

Felles kompetanse- og rekrutteringsplan

mellom Helse Møre og
Romsdal HF og
sunnmørskommunene

1. mai 2012

HELSE MØRE OG ROMSDAL

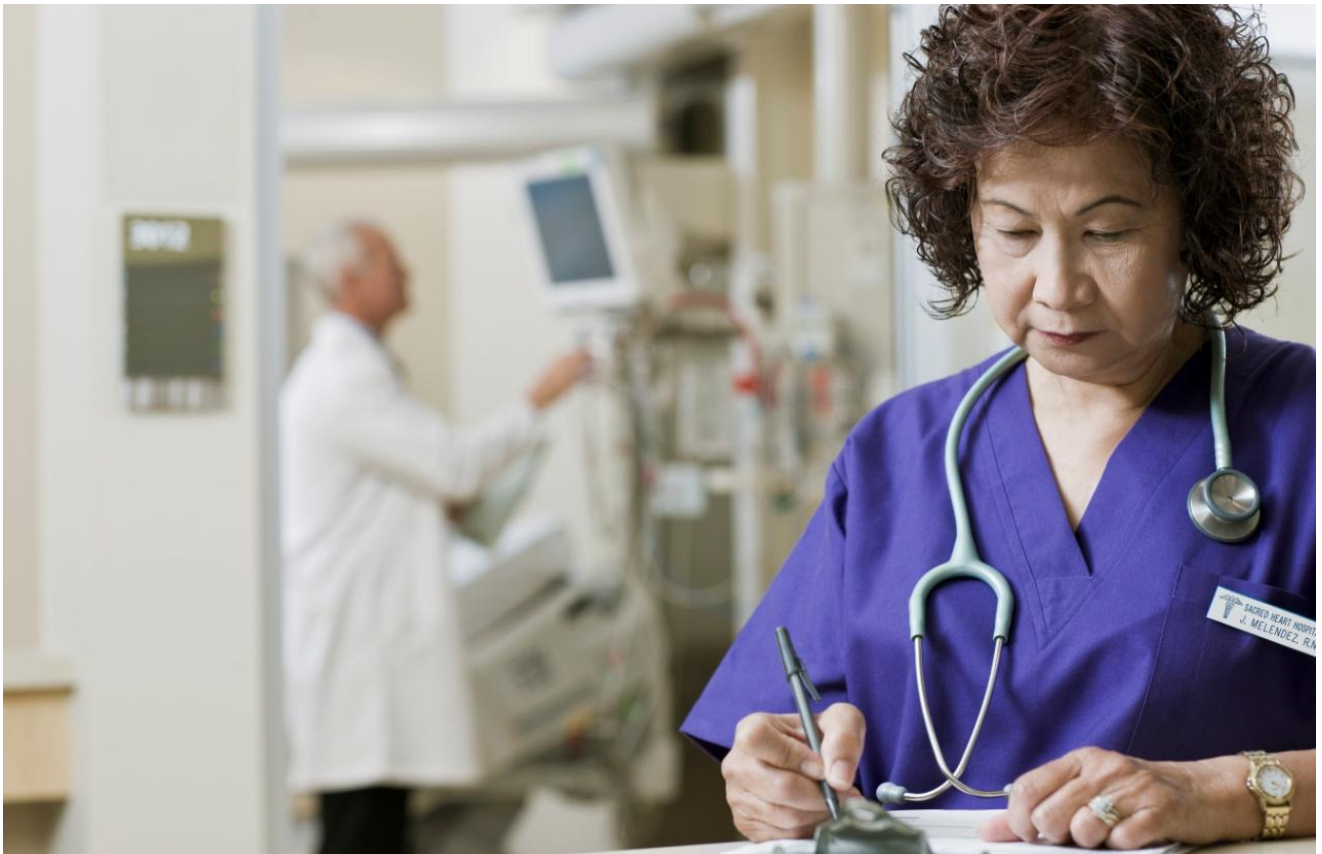


pwc

Denne rapporten er et strategisk plandokument utarbeidet av PricewaterhouseCoopers (PwC) for Sunnmøre Regionråd IKS og Helse Møre og Romsdal HF i samsvar med avtale datert 13.12.2011.

Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har fremkommet i intervjuer med de involverte og definerte aktørene og i relevant dokumentasjon som har blitt gjort tilgjengelig for oss. Vi anser våre kilder og vårt informasjonsgrunnlag som pålitelig, men PwC garanterer ikke for at dette er fullstendig, korrekt og presis. Fremlagt informasjon må ikke oppfattes å være verifisert av PwC. PwC har ikke utført noen form for revisjon eller kontrollhandlinger av Sunnmøre Regionråd IKS og Helse Møre og Romsdal HF.

Sunnmøre Regionråd og Helse Møre og Romsdal HF har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med inngått avtale og kontrakt. Rapporten er å betrakte som et offentlig dokument i hht offentlighetsloven. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av Sunnmøre Regionråd, Helse Møre og Romsdal eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller på annen måte benyttet i strid med disse bestemmelsene eller gjeldende avtale.



Forord

Denne planen er resultatet av et utviklingsarbeid som PricewaterhouseCoopers (PwC) har utført for Sunnmøre Regionråd og Helse Møre og Romsdal HF i perioden januar til mai 2012. Administrativt samhandlingsutvalg mellom sunnmørskommunene og Helse Møre og Romsdal har vært styringsgruppe for prosjektet. Bakgrunnen for prosjektet er delavtalen for kompetanse mellom sunnmørskommunene og tidligere Helse Sunnmøre, samt satsingen "Samhandling på Sunnmøre" i regi av Sunnmøre Regionråd. Arbeidet har vært et omfattende nybrottsarbeid som er unikt i sitt slag ved at den fokuserer felles kompetanse- og rekrutteringstiltak for 18 sunnmørskommuner og Helse Møre og Romsdal HF representert ved hhv Ålesund og Volda sykehus.

Planens innhold og form har blitt utviklet i en nær og åpen dialog med prosjektorganisasjonen, nøkkelpersonell i helseforetaket og flerfaglige grupper ute i alle kommunene. Planen er strategisk i sin tilnærming og setter søkelys på sentrale føringer, utfordringer og trender samtidig som den ser disse i forhold til den lokale virkeligheten på Sunnmøre. Utfordringen har vært at arbeidet startet samtidig med iverksettingen av Samhandlingsreformen hvor mange praktiske forhold og ansvar var lite konkretisert og avklart. Slik sett har også veien blitt til mens man går, noe som har vært både nødvendig, lærerikt og formålstjenlig.

Arbeidet er utført av Ken Blindheim, Kristin Tandberg Hemsøe, Are Engum, Knut Arne Askeland og Trygve Sivertsen i PwC, med sistnevnte som prosjektleder. Dagfinn Hallseth har vært ansvarlig partner i PwC. Vegard Austnes og Bodil Våge har vært prosjektansvarlige på vegne av Sunnmøre Regionråd og Administrativt Samhandlingsutvalg. Vi takker Sunnmøre Regionråd for et spennende men også krevende oppdrag og håper planen gir nytteverdi i det videre utviklingsarbeidet for både helseforetaket og kommunene.

Tønsberg, 1. mai 2012

PricewaterhouseCoopers AS



Trygve Sivertsen
Direktør
Leder for PwCs rådgivningstjenester til kommunal sektor

Innhold

1 Sammen drag	7
2 Innledning	9
1.1 Bakgrunn.....	9
1.2 Formål.....	10
1.3 Forutsetninger og presiseringer	10
3 Metoder for innsamling av informasjon	12
3.1 Prosjekt- og arbeidsmøter.....	12
3.2 Intervjuer og spørreundersøkelser	12
3.3 Grunnlagsdokumenter og statistikk	12
4 Fremtidige krav til kompetanse	14
4.1 Nasjonale mål og prioriterte områder	14
4.2 Kompleksitet i tjenesteområdene	15
4.3 Kompetansebegrepet og tilgrensende begreper	16
5 Utfordringer og muligheter	17
5.1 Forebygge og begrense sykdom	18
5.2 Helhetlig pasientforløp	19
5.3 Bruk av IKT og samhandlingsteknologi	20
5.4 Demografi	22
5.5 Fremtidige kompetansebehov	24
5.6 Kommunenes prioriterte temaer for kompetanseutvikling - bruttoliste	24
6 Tiltaksformer for overføring og utvikling av kompetanse	25
6.1 Pedagogiske prinsipper og tilnærming	25
6.2 Praksisplasser og hospiteringsordninger	26
6.3 Ambulerende team	26
6.4 Kurs- og opplæringsvirksomhet	26
6.5 Pasient- og pårørendeopplæring	27
6.6 Samarbeidskultur	27
6.7 Forskning	28
6.8 Læringsarenaer og evaluering	29
6.9 Rekruttering.....	30
7 Sentrale aktører og prioriterte tiltak	32
7.1 Beskrivelser av anbefalte tiltak.....	33
7.2 Hovedkonklusjoner - anbefalinger og tiltak	52

8 Videreutvikling og oppfølging av planen	54
8.1 Forankring og eierskap	54
8.2 Forvaltning og ajourhold	54
8.3 Roller og ansvarsfordeling	54
9 Vedlegg	56
9.1 Situasjonsbeskrivelse av de samarbeidende aktørene	56
9.2 Befolkning	94
9.3 Oversikt over folkehelsekoordinatorer i regionen	97
9.4 Beskrivelse av legevakttilbudet på Sunnmøre	98
9.5 Antall årsverk i kommunehelsetjenesten	102

Figurer

Figur 1 Hovedkomponenter i planen.....	11
Figur 2 Aktører i kommune- og spesialisthelsetjenesten.....	15
Figur 3 Innskrivningsforløpet.....	19
Figur 4 Demografi og utvikling for Sunnmørsregionen	23
Figur 5 Deming sirkel	25
Figur 6 Årsverk i kommunehelsetjenesten	102

1 Sammendrag

PwC har bistått Sunnmøre Regionråd med oppdraget å utarbeide en felles kompetanse- og rekrutteringsplan for 18 kommuner på Sunnmøre og Helse Møre og Romsdal HF representert ved sykehusene i Ålesund og Volda. Administrativt samhandlingsutvalg¹ mellom sunnmørskommunene og Helse Møre og Romsdal har vært styringsgruppe for dette planarbeidet. Det sentrale grunnlagsdokumentet for arbeidet med planen er St.meld. nr 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid”. Kompetanse og rekrutteringstiltak er i planen satt i et overordnet (strategisk) perspektiv og basert på en løpende dialog og gjensidig forståelse mellom partene. Planen er bygget opp slik at den kan rulleres årlig og det er gitt anvisning på hvordan dette kan gjøres i praksis. De innledende kapitler (1 – 3) belyser rammene for planarbeidet, presiseringer som er gjort underveis i prosessen og metodegrunnlaget som planen bygger på.

Samhandlingsreformen peker ut en retning for hvordan den samlede helse- og omsorgstjenesten i Norge skal løse de omfattende utfordringene man står overfor i framtida. De nasjonale målene, utfordringene og prioriteringene knytter seg både til demografisk og epidemiologisk utvikling, manglende innsats for å begrense og forebygge sykdom og manglende evne til å gi pasientene koordinerte tjenester på tvers av nivå og enheter. Planen tar utgangspunkt i disse. I kapittel 4 gjør planen rede for kommunenes og spesialisthelsetjenestens aktører, overordnede roller, oppgaver og ansvar. Dette bakteppet viser at arbeidet med ansvars- og oppgavefordeling mellom foretak og kommuner må foregå parallelt med kompetansekartlegging og – utvikling i kommunene. Vi har grunn til å tro at kommunene må gjøre omfattende og målforankrede grep, både inn mot dimensjonering og kapasitetstilpasning, og for å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse. I tillegg vil utvidet omfang av diagnostikk og behandling innenfor de kommunale tjenestene stille betydelige krav til utstyr og teknologiske hjelpemidler. For å sikre en vellykket kompetanseutvikling og – oppbygging er det avgjørende at kompetanse, kapasitet og utstyrsbehov ses i sammenheng. Mangfoldet av aktører i både den kommunale helse og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten stiller store krav til tydelighet, effektivitet og pasientsikkerhet i de ulike pasientforløpene.

Utfordringene og mulighetene som kommunene og helseforetaket i fellesskap står overfor når det gjelder kompetanseutvikling og rekruttering er utdypet nærmere i kapittel 5. Stortingsmelding nr 47 kategoriserer utfordringsbildet i tre: 1) tjenestenes manglende innsats for å forebygge og begrense sykdom, 2) tjenestenes manglende evne til å gi koordinerte tilbud og 3) demografisk utvikling og endret sykdomspanorama som på sikt vil true samfunnets økonomiske bæreevne. Hver av disse utfordringsområdene har vesentlige innvirkninger på kompetansebehovet i kommunene – spesielt siden nytt innhold og utvidet ansvar til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er beskrevet som et av de mest sentrale løsningsgrepene. Samhandlingsrelasjonene, kompetansesituasjonen og organisasjonsmangfoldet i og mellom sunnmørskommunene og helseforetakets institusjoner er preget av svært omfattende kompleksitet. Kommunene er heterogene mht. størrelse, geografi, kultur, kompetanse, demografi og organisering og skal forholde seg til og samhandle med et helseforetak bestående av fire sykehus og kompleks intern struktur. I tillegg vil kanskje enkelte tjenester noen steder løses interkommunalt og dermed oppstår enda flere grensesnitt og ytterligere større kompleksitet. Planen tar til orde for at dersom kommunene skal kunne håndtere disse forutsetningene på en tilfredsstillende måte, kreves bl.a. god organisasjonsforståelse, innsikt i de ulike pasientforløpene, effektive teknologiske hjelpemidler og høy strategisk lederkompetanse.

Med utgangspunkt i det beskrevne utfordringsbildet vil det være naturlig å se det framtidige kompetansebehovet i lys av fire dimensjoner som delvis griper inn i hverandre:

- Kvantitative behov/økning i omfanget av spesifikke profesjoner
- Helse og omsorgsfaglige kompetansebehov
- Rekrutteringsbehov/-strategi
- Samhandlingskompetanse og annen systemorientert kompetanse

I kapittel 6 drøfter planen ulike tiltaksformer for overføring og utvikling av kompetanse og hvilke pedagogiske prinsipper som skal legges til grunn i tilnærmingen. Kompetanseoverføringer og utvikling av kompetanse må i

¹ Jfr statutter i vedlegg 12 til Samarbeidsavtalen mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF kap. 4

denne sammenheng basere seg på at partene har god innsikt i hverandres tjenesteområder, rammebetingelser og eksisterende fagkompetanse. Dette handler også om arbeidsmåter, samhandling, rolleforståelse og beslutningsstruktur. Denne type innsikt må danne grunnlaget for aktørene sin utøvelse av helse og omsorgsfaglig kompetanse, enten den foregår under helseforetakets - eller kommunenes ansvarsområder. For å sikre at tjenesteutviklingen baserer seg på kunnskapsorienterte prinsipper og lokal forankring, vil det være nødvendig at evalueringsopplegg og i noen sammenhenger følgeforskning får en sentral plass i tjenesteutviklingen. Planen legger opp til en praksisnær etter- og videreutdanning basert på prinsippet om å utvikle lærende organisasjoner. Tiltaksformene for kompetanseutvikling og rekruttering er mangfoldige og belyses i dette kapitlet nærmere.

Hele kapittel 7 er viet de sentrale aktørene og prioriterte tiltak for kompetanseutvikling og rekruttering. Hovedfokuset er her rettet mot aktørene innenfor helsetjenesten der legevaktstjenesten, fastlegetjenesten og sykehjemslegetjenesten er grundigst beskrevet. Bakgrunnen for denne vektleggingen er at tilstrekkelig legekompertanse og – kapasitet i kommunene vurderes som særlig avgjørende for å gjøre kommunene i stand til håndtere de somatisk orienterte oppgavene som følger av reformen. Tiltakene baserer seg på de observasjoner og funn som er kommet frem under kartleggingen, hvilke konsekvenser det i hovedsak kan ha om man ikke tar tak i disse og derfra gjøre konkrete anbefalinger. Planens anbefalinger er dels knyttet til organisatoriske og strukturelle tiltak og dels kompetanse- og rekrutteringstiltak. Når det gjelder kompetansemessige tiltak så er disse sortert etter 1) Felles systemorienterte fagområder og 2) Helse og omsorgsfaglige områder. Anbefalingene ser imidlertid alle disse forholdene i nær sammenheng. Kapitlet munner ut i en oppsummert tiltaksoversikt med basis i viktige strategiske innretninger og føringer. I denne oppsummeringen fremgår det også hvordan tiltakene bør forankres økonomisk og hvordan planen skal videreutvikles og ajourholdes. Dette siste er nærmere beskrevet i kapittel 8.

Som grunnlagsopplysninger for den enkelte kommunes og helseforetakets egen planlegging, rekruttering og kompetansetilpassing har vi vedlegg 9.1 belyst demografisk utvikling både historisk og antatt fremskriving. Over halvparten av kommunene defineres som små kommuner etter innbyggertall, og et betydelig antall kommuner har en høyere andel eldre (over 80 år) enn landsgjennomsnittet. Samlede oversikter for alle kommunene i forhold til befolkning finnes i vedlegg 9.2. Kommunene beskrives også i forhold til status på helsefremmende og forebyggende tiltak, i tillegg til situasjonsbeskrivelse av helse- og sykdomsbildet i kommunen. I vedlegg 9.3 presenteres en oversikt over folkehelsekoordinatorene i regionen og deres organisatoriske tilknytting. Situasjonsbeskrivelsen inneholder videre enkle beskrivelser av kapasitet og omfang av respektive kommuners helse og omsorgstjenester, kompetanse- og rekrutteringsbehov. Helse Møre og Romsdal HF er kort beskrevet i forhold til størrelse, organisering, samt prioriterings- og satsningsområder. Det er også beskrivelser av helseforetakets rolle i arbeidet med samhandlingsreformen og hvordan de skal samarbeide med kommunene.



2 Innledning

1.1 Bakgrunn

Sunnmøre Regionråd har gitt PwC oppdraget med å utarbeide en felles kompetanse- og rekrutteringsplanen for 18 kommuner på Sunnmøre og Helse Møre og Romsdal HF representert ved Sykehuset i Ålesund og Volda. Administrativt samhandlingsutvalg² mellom sunnmørskommunene og Helse Møre og Romsdal har vært styringsgruppe for dette planarbeidet. Planen er utarbeidet på bakgrunn av dokumenterte behov, nasjonale mål og prioriterte områder.

Utgangspunktet for planen er St.meld. nr 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen, rett behandling – på rett sted – til rett tid”.

Samhandlingsreformen stiller krav til flytting av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Kommunene har gjennom den nye loven fått et større ansvar og flere oppgaver innenfor helse- og omsorg. De skal kunne tilby gode alternativer til sykehusinnleggelse for pasienter, både i forkant av sykehusinnleggelse, i stedet for og ved å ta i mot utskrivningsklare pasienter tidligere enn i dag. Kommunene har i tillegg fått et tydeligere ansvar for å legge til rette for god folkehelse, helsefremming og helseforebyggende tiltak.

Reformen vil stille store krav til kompetanse- og bemanningssammensetningen for både helseforetakene og kommunene. Å rekruttere og beholde personell er en viktig forutsetning for god kvalitet på tjenester i

² Jfr statutter i vedlegg 12 til Samarbeidsavtalen mellom kommunene og Helse Møre og Romsdal HF kap. 4

kommuners helse- og omsorgstjeneste, og vil bli en stor utfordring. For å løse denne utfordringen må Helse Møre og Romsdal HF og kommunene jobber tett sammen om kompetanseutfordringene framover.

Kompetanse- og rekrutteringsplanen skal sikre rekruttering og stabilisering, bedre arbeidsmiljøet og redusere sykefraværet, sikre kompetanseutvikling og bygge omdømme for regionen. Planen skal legge prinsipielle føringer for hvordan kommunene bør samarbeide om kompetanseutvikling og hvilke faglige fokus regionen bør prioritere å samhandle om.

1.2 Formål

Formålet med denne planen er en felles kompetanse- og rekrutteringsplan for 18 kommuner på Sunnmøre, i samarbeid med Helse Møre og Romsdal HF. Kompetanse skal i arbeidet settes i et overordnet (strategisk) perspektiv hos kommunene og i helseforetaket. Prosessen skal sikre et godt endringsklima mellom helseforetaket og kommunene og være basert på gjensidig respekt og forståelse.

Planen skal danne grunnlag for valg av strategier og prioriteringer av kompetanseutviklingstiltak som mest effektivt setter kommunene og helseforetaket i stand til å møte Samhandlingsreformen og utvikle desentraliserte tilbud for de store pasientgruppene. Planen er utformet slik at den kan rulleres årlig.

1.3 Forutsetninger og presiseringer

Hovedfokuset i denne planen skal rette seg mot kompetanse og kompetansebehov i kommunene innen det somatiske området. Det er ikke kartlagt kompetanse i helseforetaket, men gjennomført to mulighetsseminarer som rettet seg mot aktuelle oppgaver, roller og kompetanse i kommunene og som innebærer samvirke med helseforetaket. Et seminar ble holdt i forkant av intervjuene i kommunene og et i etterkant når resultatene fra intervjuene forelå. I tillegg er det gjennomført flere dialogseminarer i prosjektorganisasjonen med sikte på å få et plandokument som tilfredsstillende brukernes behov både når det gjelder innretning, innhold og form. Kompetansebehov utarbeidet etter en GAP- analyse, er erstattet med en prioritert, urangert tiltaks-/mulighetsliste som er søkt avstemt med både helseforetaket og kommunene.

Både realkompetanse og formalkompetanse drøftes i kapittel 7 som omhandler tiltak. Det har videre vært både nødvendig og formålstjenlig å se områdene for opplæringstiltak i nær sammenheng med organisatoriske tiltak, bemanningsmessig kapasitet og rekruttering.

Det har vært særlig utfordrende å tydeliggjøre konkrete kompetanseutviklingstiltak så lenge mål, tjenester/oppgaver og funksjoner i lys av Samhandlingsreformen ikke er avklart i kommunene og helseforetaket – ei heller hvordan fremtidig tjenestetilbud tenkes organisert. Løsningene her vil ha stor innvirkning på behov og krav til kompetanse og rekruttering. PwC har søkt å bringe klarhet i situasjonen så langt det har latt seg gjøre gjennom intervjuene i kommunene, arbeidsmøter i prosjektorganisasjonen underveis og tilgangen til kommunenes og helseforetakets styringsdokumentasjon. Planen vil derfor være et felles strategisk policy- og veiledningsdokument for kommunene og helseforetaket med anvisning på pedagogisk tilnærming, former for kompetanseutvikling og kompetanseområder for utvikling av spesifikke opplæringstiltak. Planen vil på denne måten danne rammeverket for tiltaksutvikling, beslutninger om kompetanseutvikling i kommunene og helseforetaket og tilhørende økonomiske rammer.

Hovedkomponentene i planen er skissert nedenfor og gir en oversikt over dokumentets struktur:



Figur 1 Hovedkomponenter i planen

3 Metoder for innsamling av informasjon

Planen baserer seg på flere kvantitative og kvalitative kilder.

3.1 Prosjekt- og arbeidsmøter

Prosjektgruppen har gjennomført følgende prosjekt- og arbeidsmøter i forbindelse med kompetansekartleggingen:

- Presentasjoner og drøftinger i Kick Off, Prosjektgruppen og Administrativt Samhandlingsutvalg
- To arbeids- og drøftingsmøter med Helseforetaket Møre og Romsdal (SiÅ/SiVolda HF)
- Møte med ekspertgruppe fra kommunene
- Drøftingsseminar med klinikkjef for Helse Møre og Romsdal HF og et utvalg fastleger fra kommunene
- Møte med Administrativt Samhandlingsutvalg og prosjektgruppa/ressursgruppa
- Møter med oppdragsgivers prosjektansvarlig (PA)
- Telefonoppfølging og e-post korrespondanse
- Seminardeltakelse og presentasjon 25.4
- Intervju med leder for Møre og Romsdal legeförening
- Intervju med Samhandlingskoordinator for Helse Møre og Romsdal HF

3.2 Intervjuer og spørreundersøkelser

Prosjektgruppen har gjennomført halvstrukturerte gruppeintervjuer i alle 18 kommunene. I Ålesund har det i tillegg vært et særskilt oppfølgingsmøte. Etter gruppeintervjuene har det blitt gjennomført en internettbasert SWOT-kartlegging til alle kommunene som en oppfølgingskartlegging.

3.3 Grunnlagsdokumenter og statistikk

I utarbeidelsen av planen har prosjektgruppen gjennomgått store deler relevant informasjon i form av stortingsmeldinger, rapporter, referater og øvrige planer. Det er særlig tatt utgangspunkt i:

- Meld St nr 47 Samhandlingsreformen,
- Meld St nr 25 Mestring, muligheter og mening,
- Meld St nr 13 (2011-2012) Utdanning for velferd,
- Meld St nr. 16 (2010 – 2011) Nasjonal helse og omsorgsplan for 2011 - 2015
- LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
- LOV 1999-07-02 nr 61: Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.
- LOV 1999-07-02 nr 64: Lov om helsepersonell m.v.
- LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter
- LOV 1999-07-02 nr 62: Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern
- LOV 2009-06-19 nr 95: Lov om voksenopplæring
- LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.
- LOV 2011-06-24 nr 29: Lov om folkehelsearbeid
- LOV 1982-11-19 nr. 66: Lov om helsetjenesten i kommunene
- NOU-11:2011 Innovasjon i omsorg
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivingsklare pasienter (FOR-2011-11-18)

- Veileder for etablering og drift av interkommunale legevaktordninger
- Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt – ”...er hjelpe nærmast!” (Rapport nr 1-2009)
- PwC FoU-rapport ”I gode og onde dager” 2010
- Veilederen ”Veien frem til helhetlige pasientforløp” – Norsk Helsenett 2012
- Rundskriv (Helsedirektoratet): Nasjonale mål og prioriterte områder for 2012
- Helse Midt-Norge RHF Strategi 2020

Det er også benyttet statistikk fra SSB og Helsedirektoratet.

4 Fremtidige krav til kompetanse

4.1 Nasjonale mål og prioriterte områder

Samhandlingsreformen peker ut en retning for hvordan den samlede helse- og omsorgstjenesten i Norge skal løse de omfattende utfordringene man står overfor i framtida. Utfordringene knytter seg både til demografisk og epidemiologisk utvikling, manglende innsats for å begrense og forebygge sykdom og manglende evne til å gi pasientene koordinerte tjenester på tvers av nivå og enheter. Meld.St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 skisserer et bredt sett av virkemidler som skal benyttes for å lykkes med samhandlingsreformen. Virkemidlene deles inn i *rettslige, økonomiske, faglige og organisatoriske*. Sentralt i de organisatoriske virkemidlene står kompetanse, opplæring, utdanning og forskning. Dette er førende for hvordan kommuner og helseforetak tilnærmer seg kompetansefeltet både i planperioden (2011-2015) og videre fremover.

St. meld. nr 47 (2008-2009) er det mest sentrale grunnlagsdokumentet for arbeidet med samhandlingsreformen. Meldingen gir en utdypende beskrivelse av både utfordringsbildet som kjennetegner helse- og omsorgstjenesten og hvilke hovedgrep som inngår i løsningsstrategiene. To av hovedgrepene er særlig relevante for kompetansefeltet og omhandler hva som i framtiden skal ligge i henholdsvis kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten sine roller.

Spesialisthelsetjenesten sin rolle skal utvikles slik at den i større grad får utnyttet sin spesialiserte kompetanse på en effektiv måte, og at oppgaver som ikke krever innsats fra spesialisthelsetjenesten, i sin helhet skal utføres på kommunalt nivå. Det som beskrives som den nye kommunerollen inneholder to hovedtyper av endringer. For det første gis kommunene et lovfestet ansvar for forebygging og folkehelsearbeid – i hovedsak hjemlet i folkehelseloven. For det andre legger meldingen opp til at helhetlige pasientforløp, med tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, i større grad skal kunne ivaretas innenfor det kommunale apparatet. Disse føringene er fulgt opp i ”Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015”, Lov om helse og omsorgstjenester og Folkehelseloven.

Kommunenes tydeliggjorte ansvar innenfor forebygging og folkehelsearbeid vil naturligvis stille nye konkrete krav til kompetanse. Det er imidlertid neppe slik at disse kravene stilles spesifikt mot helsetjenesten i kommunene. Nasjonal helse- og omsorgsplan peker på at andre sektorer enn helsetjenesten er ansvarlig for det meste av det primærforebyggende arbeidet som foregår innenfor kommunal virksomhet. I tillegg er frivillig sektor en viktig aktør på dette området. Innenfor helsesektoren vil trolig helsestasjons- og skolehelsetjenesten være områder som blir særlig sentrale for å innfri kravene i folkehelseloven. I tillegg vil organisatoriske grep kanskje være like viktige for å styrke arbeidet med forebygging og folkehelse, som opplæringstiltak.

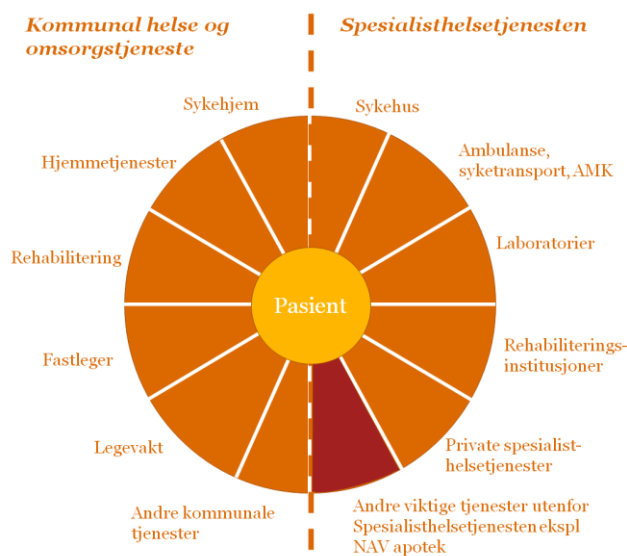
De nye kommunale oppgavene knyttet til behandling og helhetlige pasientforløp er lite presist beskrevet i førende dokumenter. Det er imidlertid en klar intensjon at omfanget av diagnostikk, behandling og oppfølging innenfor det kommunale tjenesteapparatet skal utvides betydelig. Meld.St.16 (2010-2011) Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 og Meld.St.nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen peker på områder som kronikergrupper, lærings- og mestringstilbud, palliativ medisin, habilitering/rehabilitering, men det overlates likevel i stor grad til kommuner og helseforetak lokalt og bli enige om hvordan ansvars- og oppgavefordelingen skal være mellom de ulike aktørene. Dette er også sentralt i én av de lovpålagte avtalene som i følge kommunehelsetjenesteloven skal inngås mellom kommuner og helseforetak.

Dette bakteppet viser at arbeidet med ansvars- og oppgavefordeling mellom foretak og kommuner må foregå parallelt med kompetansekartlegging og – utvikling i kommunene. Vi har grunn til å tro at kommunene må gjøre omfattende og målforankrede grep, både inn mot dimensjonering og kapasitetstilpasning, og for å sikre riktig og tilstrekkelig kompetanse. I tillegg vil utvidet omfang av diagnostikk og behandling innenfor de kommunale tjenestene stille betydelige krav til utstyr og teknologiske hjelpemidler. For å sikre en vellykket kompetanseutvikling og – oppbygging er det avgjørende at kompetanse, kapasitet og utstyrsbehov ses i sammenheng.

4.2 Kompleksitet i tjenesteområdene

På bakgrunn av de nasjonale føringene er kartlegging, analyser og tiltak nødvendig på flere områder. En kartlegging av nåsituasjonen må si noe om både kompetanse, kapasitet og utstyr. Hvilke tiltak som er nødvendige på disse områdene må basere seg både på nåsituasjonen og på de strategiske valg og løsninger kommunene i regionen og helseforetaket faller ned på. Sentrale områder for tiltak, viktige målgrupper og konkrete beskrivelser av ulike typer tiltak er beskrevet i kapitlene 7 og 8. Ut fra situasjonen i kommunene vil det være helt sentralt å gi seg mer tid til å arbeide med konkretisering av ansvarsavklaringer og beskrivelser av oppgaver, tjenester og funksjoner. Dette bør følgelig fremgå av avtalene som forplikter både kommunene og helseforetaket.

Mangfoldet av aktører i både den kommunale helse og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten stiller store krav til tydelighet, effektivitet og pasientsikkerhet i de ulike pasientforløpene.



Figur 2 Aktører i kommune- og spesialisthelsetjenesten

Figur 2 viser noe av kompleksiteten i helse og omsorgstjenesten i forhold til antallet aktører og den skarpe inndeling vi har mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Deler av kompleksiteten har sin bakgrunn i at informasjonsflyt mer enn i andre virksomheter er horisontal – mindre vertikal som i såkalte styringslinjer. Det er med andre ord strategisk viktig at beslutningsmyndigheten er sterkt desentralisert, styrt og dokumentert.

4.3 Kompetansebegrepet og tilgrensende begreper

Denne planen tar utgangspunkt i følgende definisjoner på kompetansebegrepet og tilgrensende begreper:

Kompetanse: Helheten av kunnskaper, ferdigheter og evner som gjør en person i stand til å fylle konkrete funksjoner og utføre de tilhørende oppgavene i tråd med definerte krav og mål (Meld.St.nr 13). Kompetanse er også kreativitet og evne til å finne løsninger utover det etablerte. Utvikling av kompetanse innebærer å tilegne seg ny, endret eller høyere kompetanse. Kompetansebegrepet omfatter både formell og uformell kompetanse (Linda Lai 2012).

Formell kompetanse: Formell utdanning på videregående, høyskole og universitetsnivå.

Kvalifikasjon: Det nivået en formell utdanning/eksamen gir rett til å praktisere på (KS)

Realkompetanse: All den kompetansen en person har tilegnet seg gjennom lønnet eller ulønnet arbeid, utdanning, organisasjonserfaring eller på annen måte.

Videreutdanning: Studiepoenggivende utdanning utover grunnutdanningen som gis ved høyskoler og universiteter. Innebærer som oftest en spesialisering i forhold til den faglige grunnutdanningen.

Etterutdanning: Opplæring som ikke er formelt kompetansegivende på grunnskolenivå, videregående opplæring, fagskoleutdanning eller høyere utdanning. Begrepet omfatter et vidt spekter av opplæringstiltak som varierer både i lengde, omfang og når det gjelder dokumentasjonstyper.

Planen har en bred forståelse og tilnærming til kompetanseutviklende tiltak. Vi foreslår både rekruttering, opplæring og endret organisering som aktuelle tiltak. Med organisering menes tiltak i forhold til hvordan kommunene nyttiggjør seg sine tjenester og ressurser for å sikre god utnyttelse av tilgjengelig kapasitet.



5 *Utfordringer og muligheter*

Utfordringsbildet slik det er beskrevet i Meld.St.nr. 47 Samhandlingsreformen er en sentral forutsetning for hvordan de kompetanse- og rekrutteringsmessige utfordringene for Sunnmøre-regionen skal tolkes og forstås. Overordnet deler meldingen utfordringsbildet i tre: 1) tjenestenes manglende innsats for å forebygge og begrense sykdom, 2) tjenestenes manglende evne til å gi koordinerte tilbud og 3) demografisk utvikling og endret sykdomspanorama som på sikt vil true samfunnets økonomiske bæreevne. Hver av disse utfordringsområdene har vesentlige implikasjoner for kompetansebehovet i kommunene – spesielt siden nytt innhold og utvidet ansvar til den kommunale helse- og omsorgstjenesten er beskrevet som et av de mest sentrale løsningsgrepene.

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke funnet det mulig å gi konkrete og presise signaler om hvilke oppgaver som skal overføres fra sykehus til kommuner og overlater til de lokale aktørene å finne ut av dette. Det er også i stor grad opp til de lokale aktørene å avgjøre hvordan et framtidig tjenestetilbud og samhandlingen mellom nivåene skal organiseres. Dette skal gjøres gjennom prosesser som allerede er startet og som kommer til å fortsette i flere år framover. Disse prosessene er svært avgjørende for kompetanseområdet og hvordan kompetanseutfordringene må løses. Det er derfor svært viktig at prosesser rundt organisering og bygging av det framtidige tjenestetilbudet i kommuner og sykehus er godt koordinerte med kompetanseutviklingsarbeid og rekrutteringsstrategi.

Mange av sunnmørskommunene stiller spørsmål om:

- Hvilke ambisjoner skal kommunene ha for hvor mange pasienter som skal få et nytt utvidet kommunalt behandlingstilbud?
- Hvilke ambisjoner skal kommunene ha mht liggetider, bemanningskapasitet og kompetanse?
- Hvor store ressurser (kostnader) er det rimelig å forvente at kommunene skal bruke pr pasient som får behandling i eventuell intermedier enhet og forsterket hjemmetjeneste?
- Hvordan ivaretar en framtidig omfordeling av kostnader demografiske, kompetansemessige og sykdomsmessige forutsetninger og utviklingstrekk i den enkelte kommune?
- Hvilke forventninger er det rimelig å legge til grunn når det gjelder fremdriften i å etablere nye utvidede kommunale tjenestetilbud?

Samhandlingsrelasjonene, kompetansesituasjonen og organisasjonsmangfoldet i og mellom sunnmørskommunene og helseforetakets institusjoner er preget av svært omfattende kompleksitet. Kommunene er heterogene mht. størrelse, geografi, kultur, kompetanse, demografi og organisering. Hver og en av disse kommunene skal forholde seg til og samhandle med et helseforetak med fire sykehus og kompleks intern struktur. I tillegg vil kanskje enkelte tjenester noen steder løses interkommunalt og dermed oppstår enda flere grensesnitt og mer omfattende kompleksitet. For at kommunene skal håndtere disse forutsetningene på en tilfredsstillende måte, kreves bl.a. god organisasjonsforståelse og høy strategisk lederkompetanse. I den sammenheng bør det vurderes å gjennomføre et interkommunalt program for å styrke kompetansen på strategisk lederskap i helse- og omsorgssektoren. Dette blir nærmere beskrevet i kapittel 7.

5.1 Forebygge og begrense sykdom

Helsetjenesten i Norge bruker svært mye ressurser på å behandle sykdom. Jo lenger ute i sykdomsforløpet en pasient er, desto høyere er ofte ressursinnsatsen fra helsetjenesten. Til tross for det høye ressursforbruket i vårt helsevesen opplever de ulike aktørene i tjenesten stadig knapphet på ressurser. Dette innebærer at det må gjøres prioriteringer. Når ressursene i helsetjenesten skal prioriteres skal det bl.a. tas hensyn til forholdet mellom ressursinnsats og forventet effekt av behandlingen. Samhandlingsreformen legger opp til at tilsvarende logikk skal legges til grunn for folkehelse- og forebyggingsarbeidet og den tidlige innsatsen som helsetjenesten yter for å begrense sykdom. Det er en utbredt oppfatning at forebygging og tidlig innsats i mange tilfeller gir betydelig høyere ressurseffektivitet enn komplisert og høyteknologisk behandling sent i et sykdomsforløp. Samfunnet har likevel i liten grad vært i stand til å prioritere dette arbeidet høyt. Folkehelseloven, den ”nye kommunerollen” og ideen om ”helse i alt vi gjør” er eksempler på virkemidler som skal sette samfunnet i stand til å lykkes bedre i prioriteringen av disse oppgavene.

Storparten av folkehelsearbeidet foregår utenfor helsetjenesten. Det er derfor viktig at innsats for å styrke forebygging innrettes mot et bredt spekter av tjenester og sektorer. Kulturlivet og frivillig sektor (inkl. idretten) er viktige aktører med hensyn til livsstil og fysisk aktivitet. Skole og barnehage er eksempler på arenaer hvor det er mulig å nå veldig bredt med tiltak som iverksettes siden de aller fleste innenfor de aktuelle aldersgruppene deltar på disse arenaene. Fysisk aktivitet, kosthold og kunnskap og holdninger knyttet til helse og livsstil er områder hvor skolen og barnehagen har gode muligheter for å gjøre en innsats. Infrastruktur, herunder gang- og sykkelveier, universell utforming og tilrettelegging for friluftsliv er andre områder hvor kommunene spiller en vesentlig rolle og hvor kommunale prioriteringer og politiske beslutninger får betydelig innvirkning på befolkningens livsstil og folkehelsen.



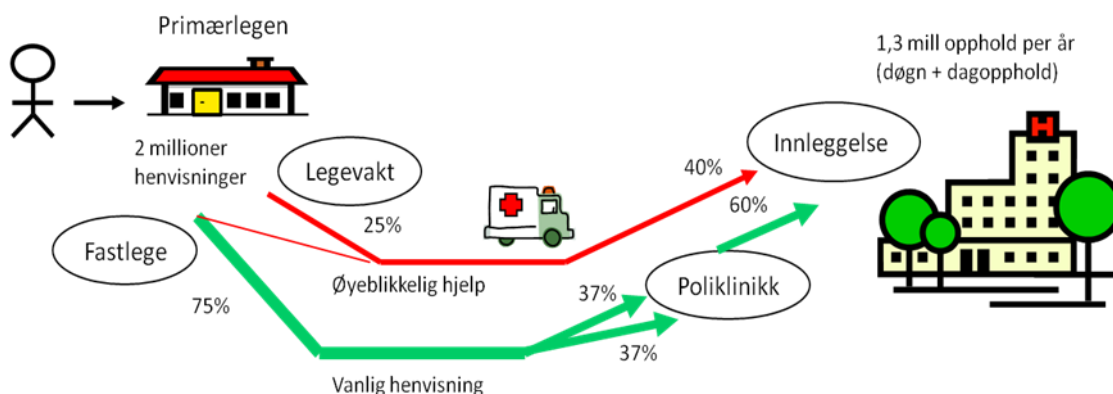
5.2 Helhetlig pasientforløp

Med helhetlig pasientforløp menes ”en helhetlig beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode. Dette knytter seg særlig til utfordringene med å tilby koordinerte tilbud til pasientene.

5.2.1 Utfordringer – ”Innskrivningsforløpet”

I Norge er det henvisningsplikt når det gjelder tilgang til spesialisthelsetjenester. Dette medfører at allmennleger har en form for ”portvaksfunksjon” i motsetning til flere andre land. Mange har derfor også antatt at storparten av innleggelsene i sykehus ”skyldes” fastleger, men nærmere analyse gir et annet bilde. Antallet pasienter som innlegges i sykehus fra primærhelsetjenesten (hovedsakelig allmennleger), er faktisk lavere enn antallet pasienter som innlegges av spesialisthelsetjenesten selv (sykehusleger) dersom en inkluderer både døgn og dagopphold.

I rapporten ”I gode og onde dager”³ ble det vist at leger i primærhelsetjenesten sender om lag 2 millioner henvisninger per år. Om lag 25 % av henvisningene er øyeblikkelig hjelp og fører til direkte innleggelse, mens om lag 75 % av henvisningene er elektive (planlagte). Alle henvisningene utløser omlag 3,7 millioner polikliniske konsultasjoner og 1,3 millioner opphold i sykehus per år. Av de 1,3 millioner oppholdene var det i dette materialet om lag 800 000 planlagte/elektive døgn- og daginnleggelse og 550 000 innleggelse i form av øyeblikkelig hjelp. Øyeblikkelig hjelp utgjorde da 40 % av alle innleggelsene (døgn og dag), evt. 2/3 (67 %) av døgnoppholdene. Dette er illustrert i figuren under⁴.



Figur 3 Innskrivningsforløpet

Av de 40 % øyeblikkelig hjelp innleggelsene i sykehuset er det slik at 60-80 % av disse kommer fra legevakten, mens svært få av disse innleggelsene kommer fra fastlegekontor.

Når det gjelder de elektive henvisningene til spesialisthelsetjenesten blir om lag halvparten avsluttet poliklinisk. Den andre halvdel blir i neste omgang lagt inn i sykehuset. Spesialisthelsetjenesten selv utfører slik ca 60 % av innleggelsene (døgn og dag) i sykehus, eller evt. vel 30 % av døgnoppholdene.

Litt grovere sagt så er leger i legevakt og spesialisten på poliklinikken ansvarlig for hver sin halvpart av innleggelsene i sykehus – legevakten med øyeblikkelig hjelp og spesialisten med elektive problemstillinger.

³ PwC FoU-rapport ”I gode og onde dager” 2010

⁴ Kilde: Prof. Anders Grimsmo - NTNU

Det er imidlertid øyeblikkelig hjelp innleggelsene for døgnopphold som er tilgjengelig for endringer av kommunenes ansvar og oppgaver. Det gjelder spesielt innleggelser som går under betegnelsen “grønn respons” og disse utgjør om lag 50 % av øyeblikkelig hjelp innleggelsene⁵.

5.2.2 Utfordringer – ”Utskrivningsforløpet”

Utskrivningsprosessen fra sykehus til kommunal tjeneste har tradisjonelt vært preget av omfattende utfordringer. Informasjonsflyten har vært suboptimal, ansvarsfordelingen har vært uklar og det har manglet økonomiske og juridiske incentiver for å understøtte en effektiv utskrivningsprosess. Resultatet har vært at et betydelig antall utskrivingsklare pasienter har blitt liggende på sykehus i påvente av et kommunalt tilbud. Dette har blitt vurdert som svært uheldig for pasientene. Det har også vært en samfunnsøkonomisk ugunstig oppgavefordeling som bl.a. har bidratt til økning i antall korridorpasienter i sykehusene.

Samhandlingsreformen legger opp til å løse disse utfordringene gjennom å overføre det finansielle ansvaret for utskrivingsklare pasienter fra sykehusene til kommunene, regulert gjennom en ny forskrift om kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter. Denne forskriften klargjør ansvars- og oppgavefordelingen mellom partene samtidig som den gir kommunene et kraftig økonomisk incentiv til å ta i mot pasienter umiddelbart etter at de er utskrivingsklare. Dette innebærer en betydelig endring i forutsetningene rundt utskrivingsforløpet, og det vil være viktig for både kommunene og sykehusene og tilpasse sine interne prosesser og tjenester slik at utskriving fra sykehus i størst mulig grad kan foregå i tråd med disse nye forutsetningene og til pasientenes beste.

5.3 Bruk av IKT og samhandlingsteknologi

Samhandlingsreformen vektlegger behovet for at meldingsutveksling og samhandling må skje elektronisk om reformarbeidet skal lykkes. Videre pekes det på at sektoren må kombinere arbeidet med innføring av elektroniske samhandlingsløsninger med organisasjonsutvikling og endring i samarbeidsrutiner for å oppnå forventet effektivisering og nødvendig kvalitetsforbedring. Dette stiller krav om både utviklingsorientert og driftsmessig IKT-kompetanse. Kompetansekrav retter seg mot brukere av EPJ-systemer⁶, teknisk kompetanse som kan håndtere utstyr og kommunikasjonsløsninger og beslutningstakere som evner å IKT-investeringenes i et samlet nytte, økonomi og innovasjonsperspektiv. Vi vil her trekke frem to sentrale satsinger 1) Meldingsutbredelse og 2) Velferdsteknologi som belyser rammene og kravene til kompetanse på IKT-området.

5.3.1 Meldingsutbredelse

Kommuner har bidratt i arbeidet med utvikling, forberedelse og implementering av løsninger for meldingsutbredelse gjennom sin deltakelse i ”ELIN-k-prosjektet”, ”Samspillkommuneprosjektet”⁷ og i det nylig avsluttede ”Meldingsløftet i kommunene”⁸ (MiK) om var en del av satsingen Nasjonalt meldingsløft. MiK er nå overtatt og videreført av prosjektsatsingen ”Meldingsutbredelse”⁹ og som sorterer under Norsk Helsenett SF – Nasjonalt meldingsløft er under avvikling. MiK og Nasjonalt meldingsløft, ble i sin tid etablert for å bidra til utbredelse av elektroniske meldinger og løsninger i samhandlingskjeder hvor kommunale helse og omsorgstjenester inngår. Utbredelsen har imidlertid hittil gått saktere enn planlagt, blant annet fordi det har vært frivillig å ta løsningen i bruk. Innføringshastigheten har også vært påvirket av ulike varianter av spesialsystemer og at kompatibiliteten mellom systemene har vært for svak. Samlet sett kan dette være noe av forklaringen på hvorfor bruken av systemer er variabel og lite forankret i helhetlige pasientforløp.

⁵ <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/5-faglige-utdypninger/5.6-innleggelser-i-spesialisthelsetjenesten>

⁶ Elektronisk pasientjournal

⁷ http://kith.no/templates/kith_WebPage_____3666.aspx

⁸ http://www.helsedirektoratet.no/samspill/meldingsloftet/prosjekter/meldingsloftet_kommunene/

⁹ www.nhn.no/meldingsutbredelse

Formålet under prosjektet "Meldingsutbredelse" er imidlertid fortsatt å bidra til bedre informasjonsflyt, økt kvalitet på de ulike pasientforløpene og at kommunenes helse og omsorgstjeneste, fastleger og sykehus raskt tar i bruk tilgjengelige godkjente elektroniske samhandlingsløsninger. Etter vår vurdering må det være et minimumskrav at aktørene (fastleger, sykehjem, kommunene, legevakt, helseforetaket på Sunnmøre) snarest knytter seg til Norsk Helsenet, sikrer seg felles plattform for EPJ-systemer og at alle fagsystemer som skal nyttes har full kompatibilitet. Elektronisk meldingsutveksling av pasientopplysninger vil være nøkkelen til å behandle pasienter til rett tid, av riktig instans og på riktig måte. Per i dag er slik meldingsutveksling ikke godt nok i varetatt internt i helseforetaket, heller ikke mellom helseforetaket og de samarbeidende sunnmørskommunene.¹⁰

5.3.2 Velferdsteknologi

Velferdsteknologi er teknologi som gjør at personer med hjelpebehov kan klare seg bedre selv i hverdagen og/eller som bidrar til økt livskvalitet. Eksempler er smarthusløsninger, overvåking av sykdomsforløp, trygghets- og sikkerhetssystemer. Velferdsteknologi er videre ment å øke mellommenneskelig kontakt mellom helse og omsorgspersonell og tjenestemottaker.

Hagen-utvalget¹¹ peker på viktigheten av at kommunene ved reovering og nybygg legger til rette for tilkopling av alarmer, sensorer og smarthusteknologi. For å konkretisere dette arbeides det på flere hold med å spesifisere kravene til bygninger og utstyr for omsorgssektoren. Det er bl.a. bygget demonstrasjonsleiligheter som viser hvilke muligheter som finnes, og det arbeides videre med innovasjon og teknologiutvikling. Vi viser i denne sammenheng til "Nasjonalt program for leverandørutvikling" i regi av NHO, KS og andre samfunnsaktører, der et av to viktige områder er helse, pleie og omsorg.

55 % av landets kommuner opplyser å ha tatt i bruk velferdsteknologi i helse og omsorgstjenestene, men ser vi bak tallene dreier dette svaret seg stort sett om "trygghetsalarmer"¹². Svært få kommuner har per i dag planer om å ta i bruk velferdsteknologi – ca. 25 %. For disse kommunene dreier planleggingen seg om fall- og bevegedetektorer, sensorer knyttet til trygghetsalarmen og smarthusinstallasjoner som styrer lys, varme, dører eller vinduer. Andre former vil for eksempel kunne være GPS-sporing, "talende" medisindosetter, bildetelefon og tids/aktivitetsanvisninger.

Forutsetninger for å ta i bruk velferdsteknologi er at man har oversikt over løsningsmulighetene, konsekvensene, rådgivning og opplæring i bruken og nødvendig økonomiske bevilgninger. 57 % av kommunene mener bruk av velferdsteknologi kan være et rekrutteringsfortrinn fremover. Skoleringsutfordringen blant helse og omsorgspersonellet knytter seg imidlertid til kvinnene som gjør andre typer studievalg enn det menn gjør. Kvinnene dominerer helse og omsorgstjenesten i kommunene, velger helsefag og omsorg i sin videreutdanning og har relativt lav interesse for data og teknologi. (Prof. K. Øvsthus -Høgskolen i Bergen 2011). Dette er en særlig utfordring for kommunene, helseforetakene og utdanningsinstitusjonene også på Sunnmøre.

10 PLO-meldingene er standardiserte meldinger utviklet til bruk for samhandling mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunene, fastleger og sykehus. PLO-meldingene er utviklet i ELIN-k-prosjektet.

¹¹ NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg

¹² KS-undersøkelse 2011

5.4 Demografi

Befolkningsutviklingen i Norge fram mot 2050 innebærer i seg selv utfordringer mht. helsetjenestens volum og kapasitet. Tallet på personer over 80 år vil i følge SSBs framskrivinger stige fra ca 190 000 i 2000 til over 500 000 i 2050¹³. I samme periode antas antall yrkesaktive personer pr eldre å synke fra 4,7 til 2,9. Selv med et stabilt sykdomsbilde vil denne utviklingen kreve omfattende omstilling mht. ressursutnyttelse og oppgaveløsning for at helse- og omsorgstjenesten skal være i stand til å møte behovet. Når sykdomspanoramaet tvert i mot er i omfattende endring øker kompleksiteten og omfanget i utfordringsbildet. Det er stor vekst i sykdommer som kan knyttes til levevaner og helseadferd. Eksempler på dette er KOLS, diabetes og kreft. Personer som rammes av disse sykdommene vil ofte måtte leve med dem livet ut. Behandling og pleie av pasienter innenfor disse gruppene stiller store krav til samhandling mellom tjenestene og forekomsten av sykdommene gjelder for en stor del også den yngre delen av befolkningen. Det er derfor grunn til å tro at omfanget av yngre brukere innen helse- og omsorgstjenesten vil vokse betydelig.

I tillegg til at dette nye sykdomsbildet øker presset kraftig på tjenestenes volum og kapasitet skapes det også andre samfunnsøkonomiske utfordringer. Veksten innenfor de nevnte sykdommene vil kunne påvirke omfanget av uføretrygdede/personer som faller utenfor arbeidslivet mens de er i yrkesaktiv alder. Dette vil igjen svekke aldersbæreevnen (antall yrkesaktive pr eldre) og viser hvor viktig forebygging og tidlig innsats blir for å sikre en robust og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i framtida.

Parallelt med den demografiske utviklingen og endringene i sykdomspanoramaet foregår det medisinsk og teknologisk utvikling som også har implikasjoner for framtidig tjenestetilbud og kompetansebehov. Den medisinske utviklingen fører til at stadig flere sykdommer og tilstander kan behandles. En stadig voksende del av diagnostikk og behandling benytter mer eller mindre avansert medisinsk-teknisk utstyr – både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Oppgaveoverføring fra sykehus til kommune vil dermed raskt også dreie seg om innføring av nytt utstyr og ny teknologi i de kommunale tjenestene – noe som har både kostnadmessige og kompetansemessige konsekvenser for kommunene. Samtidig er velferdsteknologi og telemedisin verktøy som kan ivareta evt støtte noen av de funksjonene som menneskelig arbeidskraft i dag innehar.

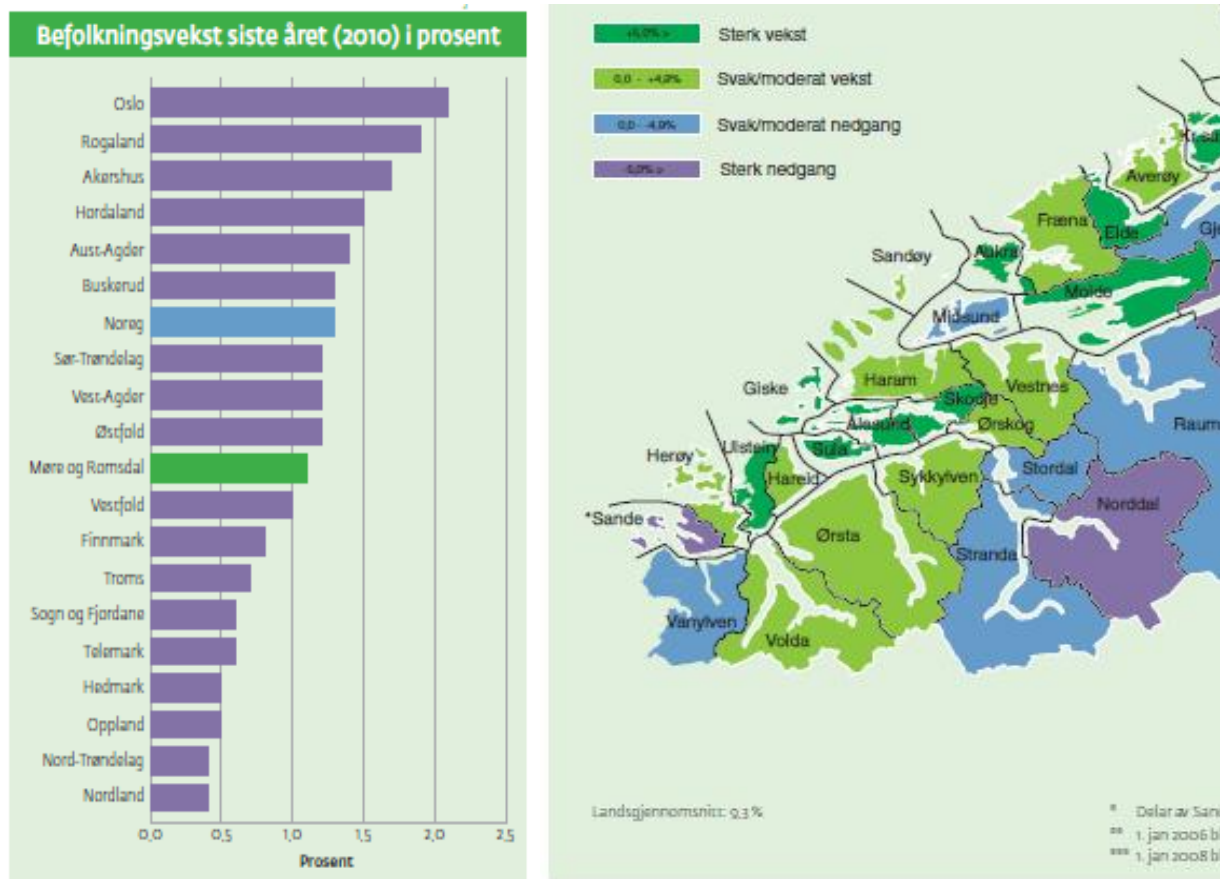
Utviklingen går også i retning av et mer flerkulturelt helsepersonell. En stadig større andel er utdannet i andre land og dette stiller endrede krav til rekruttering. Dessuten har også flere pasienter innvandrerbakgrunn. Språk og kulturkompetanse er derfor også en viktig del av kompetansehevingen.

5.4.1 Befolkningsutvikling på Sunnmøre

Møre og Romsdal har en svakere folketallsvekst enn landet for øvrig. Det var folketallsvekst i 23 av 36 kommuner i 2010. For de aktuelle kommunene på Sunnmøre var det sterkest vekst i Ålesund, Sula, Skodje og Ulstein. I de to sistnevnte kommunene forventes det at veksten blir størst de neste fem årene. Størst nedgang i folketallet har det vært i Sande og Norddal, mens Vanylven, Stranda og Stordal har hatt en svak nedgang. De øvrige kommunene har hatt en svak/moderat vekst.

Økningen i antall eldre (70 år eller eldre) er høyere i Møre og Romsdal enn ellers i landet, samtidig som andelen yngre (under 20 år) blir mindre. Denne utviklingen vil trolig fortsette i årene som kommer, og medfører at det blir en nedgang i antall personer som er i yrkesaktiv alder. Det har også vært en økning i antall innvandrere, særlig fra Europa. Dette forklarer mye av folketallsveksten i fylket, da fødselstallene har gått ned de siste 20 årene.

¹³ Meld St nr 47 Samhandlingsreformen,



Figur 4 Demografi og utvikling for Sunnmørsregionen

5.5 Fremtidige kompetansebehov

Med utgangspunkt i det beskrevne utfordringsbildet vil det være naturlig å se det framtidige kompetansebehovet i lys av fire dimensjoner som delvis griper inn i hverandre:

- Kvantitative behov/økning i omfanget av spesifikke profesjoner
- Helse og omsorgsfaglige kompetansebehov
- Rekrutteringsbehov/-strategi
- Samhandlingskompetanse og annen systemorientert kompetanse

De kvantitative behovene vil dreie seg om kompetanseområder som i dag hovedsakelig er dekket i kommunene, men som må styrkes i omfang som resultat av bl.a. oppgaveforskyvningen. Eksempel på dette kan være at sykehjemslegefunksjonen må styrkes eller at sykepleierbemanning på institusjon må økes på kvelds- og nattestid.

Faglige kompetansebehov refererer til kompetanseområder det tidligere ikke har vært stilt krav om i kommunene. Kompetanse innenfor forebygging og folkehelsearbeid er ett eksempel på et slikt område. Ulike typer medisinskfaglig kompetanse innenfor diagnostikk, behandling og oppfølging kan være andre eksempler.

Nåværende kompetansesituasjon, planlagt tjenesteorganisering og forventet behovsutvikling vil kunne si noe om framtidig rekrutteringsbehov og bør dermed være førende for rekrutteringsstrategi. En bevisst og helhetlig rekrutteringsstrategi vil være vesentlig for å lykkes i å tilpasse seg framtidige kompetansekrav i den kommunale helsetjenesten.

En av hovedutfordringene samhandlingsreformen tar sikte på å løse er helsetjenestens evne til å gi pasientene koordinerte tjenester på tvers av avdelinger og nivåer. Dette krever organisasjonsforståelse og kompetanse innenfor samhandling, kommunikasjon og relasjoner. Slik kompetanse er annerledes enn spesifikk fagkompetanse og krever gjerne også andre typer tiltak for å bygges - eksempelvis bruk av videokonferanser.

5.6 Kommunenes prioriterte temaer for kompetanseutvikling - bruttoliste

Tabellen nedenfor gir en oversikt over kommunenes prioriterte områder og temaer for kompetanseutvikling, i lys av Samhandlingsreformen. Disse områdene ble identifisert gjennom intervjuer med kommunene og er delt i helse- og omsorgsfaglige temaer og systemorienterte temaer for mer presist å kunne knytte temaene opp mot aktuelle tiltak for opplæring.

Helse og omsorgsfaglige temaer	Systemorienterte temaer
<ul style="list-style-type: none">• Rehabilitering• Palliasjon• Geriatri• Demens• Observasjonskompetanse• Samfunnsmedisin• Forebyggende arbeid – god praksis• Store og voksende pasientgrupper (diabetes, kols, hjertesvikt)	<ul style="list-style-type: none">• Prosessledelse, innovasjon og utviklingsarbeid• Flerfaglig og tverrsektorielt samarbeid• Planlegging og strategiarbeid• OU og organisasjonskultur• Strategisk ledelse og styring• Samhandlingsreformen• Rammebetingelser og arbeidsformer i kommunene og HF• Jus, IKT og økonomi

Tabell 1

I kapittel 7 vil en rekke av disse temaene bli omtalt nærmere og aktuelle tiltak vil bli skissert.

6 Tiltaksformer for overføring og utvikling av kompetanse

6.1 Pedagogiske prinsipper og tilnærming

Helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving i årene fremover. Dette blir avgjørende for å nå målene i Samhandlingsreformen. Det må jobbes systematisk med å rekruttere, utvikle og beholde personell og attraktiviteten med å jobbe i helse- og omsorgssektoren må sikres.

Kompetanseoverføringer og utvikling av kompetanse må i denne sammenheng basere seg på at partene har god innsikt i hverandres tjenesteområder, rammebetingelser og eksisterende fagkompetanse. Dette handler også om arbeidsmåter, samhandling, rolleforståelse og beslutningsstruktur. Denne type innsikt må danne grunnlaget for aktørene sin utøvelse av helse og omsorgsfaglig kompetanse, enten den foregår under helseforetakets - eller kommunenes ansvarsområder. For å sikre at tjenesteutviklingen baserer seg på kunnskapsorienterte prinsipper og lokal forankring, vil det være nødvendig at evalueringsopplegg og i noen sammenhenger følgeforskning får en sentral plass i tjenesteutviklingen.

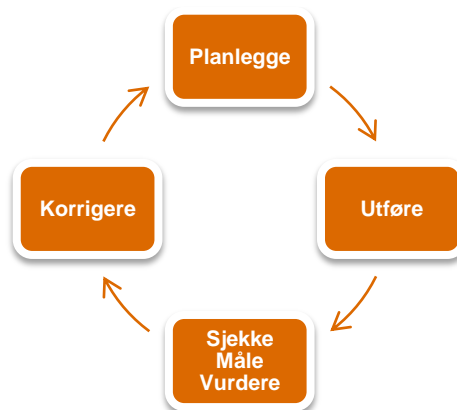
Innenfor kompetansebegrepet som er beskrevet innledningsvis vil vi presisere at kompetanse både må knyttes til individuell kunnskap, men samtidig og i like stor grad til samhandling og fellesskap. Læring hos den enkelte medarbeider avhenger ikke bare av individuelle kunnskaper, ferdigheter og holdninger, men også av menneskelige, økonomiske og fysiske ressurser i respektive kommuner og i helseforetaket.

Kompetansehevingen kan ha både formell og uformell basis og foregå så vel i arbeidshverdagen som i formelle opplæringssituasjoner og opplæringsinstitusjoner. For enkeltmennesker vil det å tilegne seg ny kunnskap og være med i spennende læringsprosesser være et individuelt gode som har verdi i seg selv. For kommunene og helseforetaket er kompetanseutvikling og individuelle kunnskaper først og fremst interessant i den grad de bidrar til at respektive organisasjoner løser sine oppgaver på en god måte. Det som virksomheten totalt sett skaper kan være langt mer, eller langt mindre, enn summen av enkeltpersonenes kunnskaper og ferdigheter. Vi snakker her om å bidra til å skape en såkalt "lærende organisasjon" som utvikler, forvalter og tar i bruk sine kunnskapsressurser slik at virksomheten totalt sett blir i stand til å mestre daglige utfordringer og etablere ny praksis når det er nødvendig. Lærende organisasjoner kjennetegnes blant annet av fleksibilitet i arbeidsmåter og organisering, og de preges av både kompetanseutvikling og kunnskapsspredning.

Oppsummert vil vi følgelig tilrå en praksisnær kompetanseutvikling enten dette gjelder etterutdanning eller videreutdanning og som innebærer at:

- innholdet knyttes til deltakernes praktiske utfordringer i hverdagen
- deltakerne får innflytelse på innholdet ved at deltakerne kan ta opp problemstillinger/utfordringer/dilemmaer som de har behov for å belyse/finne løsninger på/takle
- innholdet fører til konkrete endringer av i egen praksis
- tiltakene evalueres ut fra prinsippene om å utvikle lærende organisasjoner

Figur 5 er ment å belyse hvordan lærings og utviklingsprosesser i kan etableres systematisk, anvendes løpende og over tid.



Figur 5 Deming sirkel¹⁴

¹⁴ "Deming sirkel" - G. Langley og T. Nolan – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

6.2 Praksisplasser og hospiteringsordninger

Hospitering er en metode for å kombinere læring av teori og praktiske grep, og blir brukt i stor grad i helsesektoren. Metoden kan ha forskjellige former, men den baserer seg på at helsepersonell (ferdigutdannede og under utdanning) arbeider ved andre institusjoner enn der de opprinnelig har sitt virke. Hospitering kan bidra til at helsepersonell i større grad får innsikt i andres arbeidssituasjon og som i etterkant kan bli et viktig bidrag til både kompetanseutvikling, organisasjonslæring og bedre pasientsamhandling.

En vitalisert og gjensidig hospiterings- og praksiskonsulentordning er et av flere nødvendige virkemidler for å styrke den samlede kompetanse både i kommunene og helseforetaket. Per i dag er det stort sett kommunalt helse og omsorgspersonell som hospiterer i sykehus og i liten grad motsatt (NOU 2005:3, s 43)¹⁵. At helsepersonell i spesialisthelsetjenesten får god innsikt i arbeidsvilkårene i den kommunale helse og omsorgstjenesten, samtidig som helse og omsorgspersonell i kommunene får tilsvarende innsikt i arbeidsoppgavene på sykehuset, vil være av avgjørende betydning for videreutvikling av gode relasjoner mellom aktørene. Dette stiller krav til både målrettet styring, systematisk oppfølging og tydelig strategisk ledelse. Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt¹⁶ bør trekkes inn i det samme resonnetet, gjøres mer kjent for alle samhandlende faggrupper og utnyttes mer systematisk enn tilfellet er i dag.

6.3 Ambulerende team

Ambulant virksomhet er spesialiserte team som skal bidra til kompetanseoverføring mellom behandlingsnivåene, forebygge innleggelse og motvirke at pasienter og pårørende får unødig lang reisevei til sykehus.

Slike team kan også være en god ordning for gjensidig overføring av kompetanse, bedring av samhandling og videreutvikle relasjonsbyggingen mellom partene. På denne måten kan også ambulante team og annen ambulant virksomhet bidra til å skape gode faglige nettverk. Det er viktig at de ambulante teamene ikke kun blir "reisende i gode råd", men kan delta aktivt i pasientbehandlingen sammen med helse og omsorgstjenesten i kommunene. Det er et mål at det etableres ambulante team innenfor relevante fagområder. For å stimulere til dette, ble det i 2007 og 2008 innført egne regionale takster. Ordningen er imidlertid opphørt fra 2009.

Fra Innst. 212 S (2009–2010) kan vi lese at utbygging av tverrfaglige/ambulante team i kommunal sektor vil kunne sikre større grad av nærhet til det kommunale tjenesteapparatet og til den enkelte bruker. For å sikre en ambulant virksomhet innen lindrende behandling, geriatri eller rehabilitering vil det være behov for tverrfaglige sammensatte team med tilleggskompetanse innenfor det aktuelle fagområdet. Kommunale tverrfaglige team vil kunne utgjøre et samlet mottakspunkt for veiledning og faglig bistand fra spesialisthelsetjenesten, og sikre koordinering og helhetlig oppfølging av den enkelte bruker.

Helse og omsorgsdepartement vil gjøre en vurdering om det er formålstjenlig for flere kommuner å etablere lokalmedisinske senter med de funksjoner som i dag ligger til intermediære enheter, sykestuene, distriktsmedisinske sentre mv. som en base for ambulante team sitt virke ut i helse- og omsorgstjenestene.

6.4 Kurs- og opplæringsvirksomhet

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt overfor helse og omsorgstjenesten i kommunene forvaltes på mange ulike måter, men det er ikke gjort systematisk kartlegging av hvordan den fungerer i helse- og omsorgstjenesten som helhet (NOU 2005:3 s. 44). Denne veiledningsplikten er forankret i spesialisthelsetjenesteloven.

Et vellykket dokumentert eksempel er fra Helse Fonna (Agenda 2007) og gjelder avtale om spesialopplæring. Det er her utarbeidet en egen avtale for å sikre helhet i tjenestetilbudet for pasienter med behov for helsetjenester som krever et mer avansert helsetjenestetilbud. Avtalen definerer ansvar og oppgavefordeling

¹⁵ NOU 2005: 3, Fra stykkevis til helt - En sammenhengende helsetjeneste

¹⁶ Lov om spesialisthelsetjenester § 6-3.

knyttet til enkeltpasienter og beskriver rutiner knyttet til opplæring av helse og omsorgstjenesten i kommunene. Tiltaket og erfaringene kan med fordel også komme andre kommuner og helseforetak til gode.

Faglige nettverk er også viktige for kursing og opplæring. Et vellykket dokumentert eksempel er fra Sykehuset Telemark HF og kommunene i opptaksområdet (Agenda 2007) og gjelder samarbeid om nettverk av kontaktsykepleiere for kreftpasienter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Nettverket av kontaktsykepleier i Telemark, med røtter tilbake til 1993, består av ca. 90 sykepleiere fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Alle kommunene i Telemark fylke har sykepleiere med i nettverket. Eksempler på aktiviteter i nettverket: fagsamlinger, hospiteringsprogram, kurs, nyhetsbrev, formidling av opplæringsprogram og faglige retningslinjer, refleksjonsgrupper, identitetsskapende aktiviteter (logo, t-skjorte mm). Tiltaket og erfaringene kan med fordel også her komme andre kommuner og helseforetak til gode.

6.5 Pasient- og pårørendeopplæring

En av sykehusenes fire lovpålagte hovedoppgaver er opplæring av pasienter og pårørende. Dette er ofte organisert som del av sykehusenes lærings- og mestringsaktivitet. I forbindelse med utskrivingsforløpene fra sykehus gjennomføres gjerne strukturert individuell (evt. i en liten gruppe) undervisning og ferdighetstrening av 1-2 timers varighet på sykehusavdelingene eller poliklinikken. Når pasienten skal reise hjem er det også et tidspunkt da pasienten er spesielt motivert og mottakelig for informasjon. I hvilken grad pasienter tar til seg veiledning og råd er stekt knyttet til deres tro på egne muligheter for å håndtere oppgaver og oppsatte trenings-/rehabiliteringsmål. Dette kan påvirkes gjennom såkalt emnerettet kommunikasjon, eller endringsfokuset rådgivning¹⁷. Kommunene bør i sine avtaler med spesialisthelsetjenesten sikre seg at sykehusene gjennomfører individuell veiledning av pasienter og pårørende der dette vurderes som viktig for det videre forløpet.

En betydelig del av pasient- og pårørendeopplæringen kan også flyttes fra sykehusarenaen til kommunale arenaer. Dette er tydelig uttrykt som ønsket utvikling i samhandlingsreformen. I en slik prosess er det viktig at helseforetak og kommuner har nær dialog og tett samarbeid om hvilke tilbud som er egnet for kommunale arenaer, og hvordan oppgave forskyvningen kan gjennomføres slik at kvalitet og kompetanse opprettholdes.

For å bygge en trygg ramme og opplevelse av mestring rundt pasienter som skal utskrives fra sykehus til hjemmet, vil involvering av pårørende være et sentralt tiltak. Effekten er ved et slikt tiltak med på å bedre pasientens sosiale fungering og redusere sjansen for nye innleggelser¹⁸.

Pårørende bør informeres og involveres i god tid før pasienten skrives ut og reise hjem fra sykehusoppholdet og i en del tilfeller kan de med fordel også delta i opplæringen.

6.6 Samarbeidskultur

Samarbeidskulturen må vies særlig stor oppmerksomhet for å få effekt ut av felles tiltak for pasientbehandling og tilhørende kompetanseoverføring¹⁹. Ved utskriving av pasienter er det mange overganger som skal passeres i skifte fra spesialisthelsetjenesten til helse og omsorgstjenesten i kommunene – ulikt eierskap og regelverk, ulik administrativ oppbygning og økonomi, og sterke begrensinger i informasjonsflyt. I tillegg har helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten ulike behandlingsmålsettinger for pasientene. Alt dette setter "farge" på hvordan partene tenker og arbeider innenfor sine respektive tjenestenivåer (Paulsen m. fl. 2008, Hellesø m. fl. 2005). Prof. Anders Grimsmo har summert opp disse "kulturforskjellene" og relatert disse i seks felleskategorier tabellen på neste side.

¹⁷ Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder og video om teknikken («Å snakke om endring»)

¹⁸ Se veileder fra Helsedirektoratet (Pårørende – en ressurs)

¹⁹ PwC FoU-rapport "I gode og onde dager" (2010)

	Helse og omsorgstjenesten i kommunene	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – t.o.m. utskrivning
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spektret av diagnoser	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.
Behandling	ADL-orientert med tilrettelegging, enkel og pasienten deltar mye selv. Lite/langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Forholdet mellom pasient – helse- og omsorgspersonell	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjelden og oftest bare i korte perioder. Mange involverte samtidig. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, og ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas gjerne i møter med flere og med adheranse først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid	Med mange, også utenfor helse- og omsorgstjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunal helse og omsorgstjeneste, sporadisk kontakt med pårørende

Tabell 2

Spesialisthelsetjenesten er opptatt av at diagnose og behandling blir videreført etter utskrivningen. Omsorgstjenesten på sin side er opptatt av pasientens funksjonsnivå hjemme, og at dette i størst mulig grad skal kunne ivaretas av pasienten selv. Disse forskjellene i behandlingsmål kan skape spenninger mellom helse og omsorgstjenesten i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det vil være viktig at partene søker innsikt i hverandres rammebetingelser, organisasjonskultur og kompetanse for å sikre gjensidig tillit, hindre misforståelser og styrke relasjonsforholdet.

6.7 Forskning

Høgskolene bør kunne spille en sentral rolle som strategisk samarbeidspart for de samarbeidende sunnmørskommunene og helseforetaket. Dette gjelder også høgskoler og universitet utenfor Møre og Romsdal. Tiltak som å videreutvikle attraktive studieretninger innen helse og sosialtjenestene, etablere forsknings- og utviklingsoppdrag som er relevant for helse og omsorgstjenesten lokalt, sikre studenter praksisplasser i den kommunale helse og omsorgstjeneste og i helseforetaket vil være noen virkemidler for å gjøre Sunnmøre attraktivt for kompetent arbeidskraft og stimulere til rekruttering. Bistand i forbindelse med utvikling av strategiske planer for kompetanseutvikling, faglig veiledning og rekruttering vil være en nærliggende oppgave for høgskolene. Likeledes å drive aktiv følgeforskning på felles innovative utviklingsprosjekter i regionen. Høgskolene bør også være en arena for etterutdanning, videreutdanning og forskning for helse og omsorgsfaglig personell både i kommunene og i sykehuset. Særlig gjelder dette fagområdene strategisk ledelse og geriatri. Det anbefales å jobbe aktivt for at de lokale høyskolenes kommende fag- og rammeplaner er tilpasset Samhandlingsreformen og kompetansebehovene som skal dekkes i både kommunene og helseforetaket.

6.8 Læringsarenaer og evaluering

I det følgende er det gjort en vurdering og oppsummering av ulike former for kompetanseutviklingstiltak. Form og arena bør tilpasses de ulike fagområdene og tiltakene slik at det tilrettelegges for en gode lærings- og utviklingsprosesser.

Former og arenaer	Kommentarer
1. Samhandling med pasient / bruker	Brukermedvirkning er en lovfestet rett som gir reell innflytelse og anerkjennelse av brukeren som ekspert på egen situasjon og eget liv.
2. Fagdager / kompetansedager	Inkludert i turnus gir mulighet for målrettet faglig fokus med fordypning i aktuelle problemstillinger. Samtidig gir det mulighet til å jobbe med organisasjonens visjoner, verdier, mål og holdninger.
3. Kollegabasert veiledning	Det daglige arbeidet danner grunnlag for råd, veiledning og erfaringsutveksling med sikte på forbedring av praksis der.
4. Veiledningsgruppe/refleksjonsgruppe	Som egenartet faggruppe, tverrfaglig, fagspesifikk osv.
5. Interne møter	Mulighet for råd, veiledning, erfaringsutveksling og felles refleksjon.
6. Kompetansenettverk	Deltakelse i nettverk gir mulighet for veiledning, fordypning, samhandling på tvers og felles refleksjon. Oppgaver i for- og etterkant kan også benyttes. Konkret eksempel på nettverk satt i drift er Demensomsorgens ABC og nettverkssamlinger i regi av KS.
7. Interkommunale fagdager	Samarbeid i forhold til Samhandlingsreform-prosjekter.
8. Hospitering	Innad i egen kommune, i samarbeidende kommuner og i spesialisthelsetjenestens avdelinger, for eksempel innen fagområdet alderspsykiatri.
9. Nettbaserte læringsplattformer	Nettbaserte kurs, for eksempel e-læring i Gerica, pasientrettighetslovens kap 4A med flere.
10. Høgskolene	Sunnmøre Regionråd bør inngå samarbeidsavtale med relevante høgskoler. Det bør gjennomføres årlige samlinger hvor kompetansebehov, utdanningstilbud og forskningsoppdrag diskuteres, prioriteres og avtales.

Tabell 3

Det finnes flere måter å evaluere kompetansetiltak på. En av de mest kjente og brukte modellene er "Kirkpatrik-modellen"²⁰. Modellen viser at kompetansetiltak kan evalueres på ulike nivåer, med ulike metoder alt etter hva kommunene og helseforetaket anser som viktig å måle. Det viktigste spørsmålet vil være i hvilken grad tiltaket har gitt læring og økt nytte både for den enkelte medarbeider, men også for organisasjonen og dens brukere.

Alternativt kan det gjennom samarbeid med høgskoler i regionen avtales følgeforskning og følgeevaluering på strategisk viktige fellesprosjekter og tiltak, med sikte på kompetansebygging og kompetanseoverføring. Avtaler om slik forskning og evaluering bør være formelle for å sikre nødvendig langsiktighet i læringen.

²⁰ KS "Strategisk kompetanseutvikling i kommunesektoren" 2011

6.9 Rekruttering

Rekruttering handler både om å beholde og utvikle eksisterende medarbeidere, omdisponere medarbeidere internt og tiltrekke seg nye.

6.9.1 Rekrutteringsutfordringer

Helse- og omsorgssektoren, særlig i kommunene, har flere utfordringer knyttet til personell og rekruttering. Det er et stort behov for mer arbeidskraft fremover, bl.a fordi pleie- og omsorgsbehovet i befolkningen vil øke når vi får flere eldre som lever lenger. Tilveksten av helse- og omsorgspersonell holder pr i dag ikke tritt med etterspørselen, og det registres en særlig mangel på helsefagarbeidere og sykepleiere. Innenfor disse yrkene meldes det om frafall i utdanningen, og fokus på forskning og fagutvikling blir derfor sentralt fremover. I lys av denne situasjonen må regionen innrette seg på at det vil bli tiltakende konkurranse om helse og omsorgsfaglig arbeidskraft ikke bare i egen region, men også på tvers av regiongrensene.

Det store behovet for økt tilgang på personell kommer mellom 2020 og 2030. Regjeringen varsler at det er behov for 130 000 nye medarbeidere i helse- og omsorgssektoren. Tall fra SSB viser at en fremskrivning av hvordan tilbud og etterspørsel av helse- og omsorgspersonell fram mot 2030 vil gi:

- et underskudd på 13 000 sykepleiere
- et underskudd på 40 000 helsefagarbeidere
- tilnærmet balanse for leger
- tilstrekkelig med psykologer

Det er urealistisk å regne med særlig bemanningsvekst i sunnmørsregionen²¹. I rekrutteringsarbeidet blir helseforetakene anbefalt å tenke langsiktig og det vises til eksempel om at dersom man vil knytte til seg flere geriatrikspecialister, så må man ta med i beregningen at den krever minst 5 års utdanning. Videre er nyrekruttering en særlig utfordring for mange mindre kommuner. Ved hjelp av tilgjengelig rekrutteringsmodell²² kan kommunene nå lage prognoser for rekrutteringsbehovet for ulike stillingsgrupper de nærmeste 10 årene. Dette gjøres på grunnlag av historiske data, anslag på endringer i kommunens innbyggertall og aldersstruktur. Vi vil anbefale at partene nyttiggjør seg et slikt verktøy for å jobbe systematisk med rekrutterings spørsmålet og da gjerne på tvers av kommunegrensene.

Rekrutteringsutfordringene knytter seg også til hva den enkelte medarbeider opplever som attraktivt. I helse og omsorgssektoren synes attraktiviteten å være styrt av ulike hierarkier som både er geografisk, faglig og diagnoseorientert. Eksempelvis kan det virke som om det er mer attraktivt å arbeide i sykehus fremfor den kommunale helse og omsorgstjeneste, og at det er mer ønskelig å arbeide i store fagmiljøer enn i arbeidssituasjoner der medarbeideren som oftest står alene med oppgavene.

En siste utfordring som vi vil trekke frem er den høye andelen ansatte som jobber deltid. Dette betyr at det er stor forskjell mellom antall ansatte og antall årsverk, særlig i kommunene. Dessuten er sykefraværet høyt sammenlignet med sykefraværet i andre sektorer.

6.9.2 Rekrutteringstiltak

Det finnes flere rekrutteringstiltak som kommuner kan benytte for å tiltrekke seg personell og fagfolk. Etablere sterke fagmiljøer, jobbe for å skape et positivt omdømme for organisasjonen og kommunen, og generelt gjøre de ulike stillingene attraktive gjennom god organisering, utviklingsmuligheter og godt nettverk er noen sentrale virkemidler. Større stillingsbrøker, flere faste stillinger og jevnere fordeling av ubekvemme vakter og arbeidsoppgaver, vil også langt på vei kunne løse noe arbeidskraftproblemet de nærmeste årene. Å redusere andelen deltidsstillinger og midlertidige ansettesler er også et beskrevet mål i St.meld. nr 16 Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).

²¹ Helse Midt-Norge Strategi 2020.

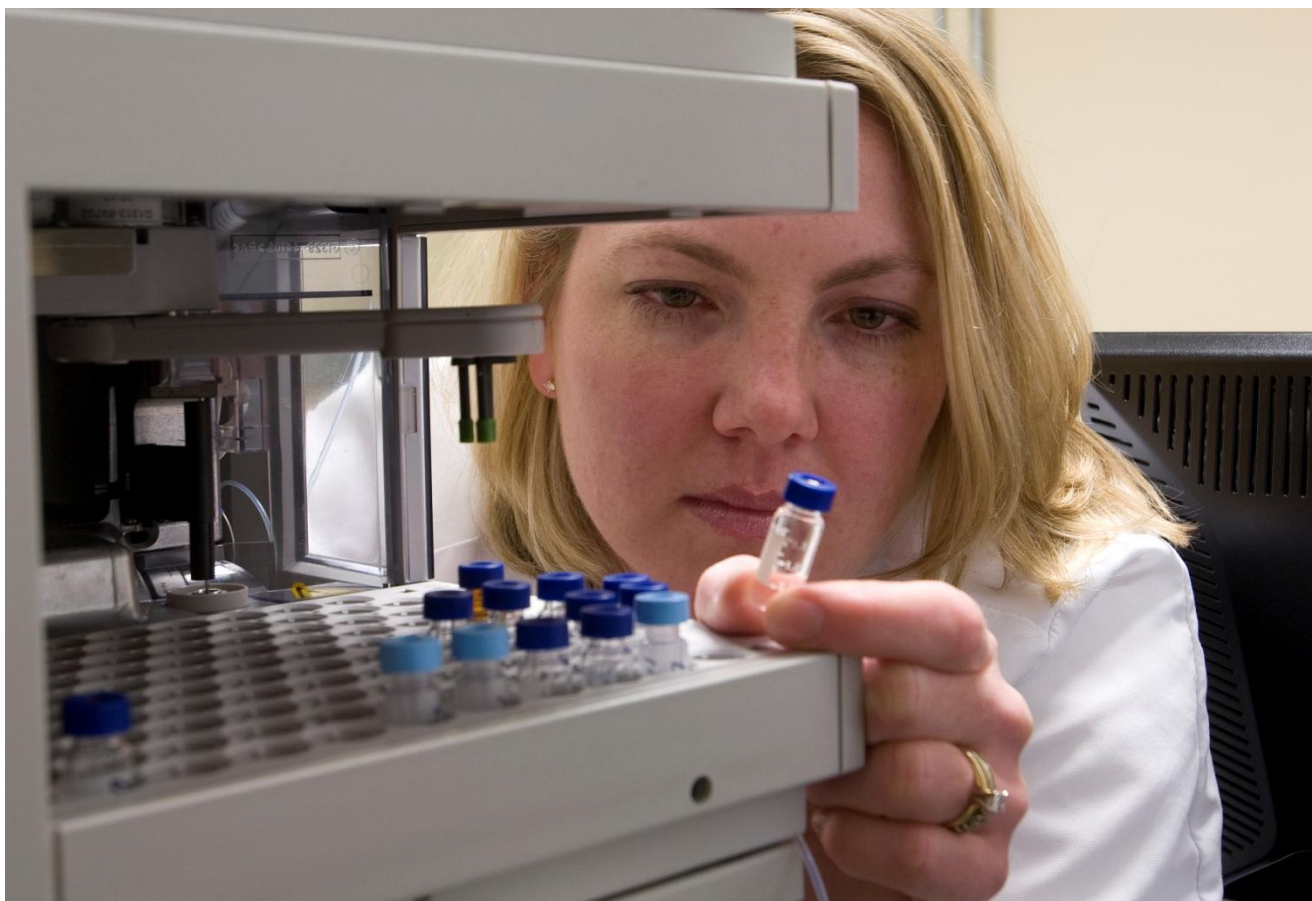
²² <http://www.ks.no/tema/arbeidsgiver/rekruttering/rekrutteringsmodell-til-bruk-for-kommunene/>

En annen sentral faktor er naturlig nok lønnsnivå og ulike belønningstiltak. Det er viktig i rekrutteringssammenheng at kommunene kan tilby konkurransedyktige lønnsvilkår, gode ferieordninger, utdanningsstøtte osv. Dette kan og bør likevel ses i sammenheng med hva lokalsamfunnet ellers har av fasiliteter, tjenester og tilbud, f.eks innen boligpolitikk og etablerte velferdstjenester.

For å rekruttere nye og unge arbeidstakere må det satses aktivt og systematisk på rekrutteringskampanjer og da gjerne nært opp mot videregående skoler og universiteter/høyskoler. Et alternativ kan være å tilby relevante praksisplasser og sommerjobber i helse og omsorgstjenesten for lærlinger og skoleelever i kommunen. Det er vist at rekruttering til arbeid utenfor sykehus øker derom studenter har tidlig og regelmessig arbeidsrelasjon med kommunehelsetjenesten. Det er også viktig at kommunene markedsfører seg målrettet gjennom tilstedeværelse i tradisjonelle rekrutteringsarrangementer på universiteter og høyskoler. Tiltak ovenfor nye og unge arbeidstakere er spesielt viktige for kommuner med mange eldre arbeidstakere som om få år blir pensjonister.

Samtidig er det etter vår oppfatning avgjørende å tilrettelegge for at seniorer kan stå lenger i arbeid. Lav pensjoneringsalder er utbredt i helse- og omsorgssektoren (Meld St nr 16). Tiltak for å forhindre dette kan være nedsatt arbeidstid, lengre ferier, god tilrettelegging for fysisk aktivitet og reduksjon i arbeidsmengde.

Virkemidler og tiltak for å holde på eksisterende medarbeidere og kompetanse kan være stipendordninger og annen støtte til etter- og videreutdanning. Å samle helse- og omsorgstjenester gjennom interkommunale samarbeid for å skape større og tverrfaglige arbeidsmiljøer virker også rekrutterende.



7 Sentrale aktører og prioriterte tiltak

Samhandlingsreformen legger opp til anvendelse av et bredt sett med virkemidler. Mange sektorer inngår i løsningsbildet, og en del av virkemidlene forventes ikke å ha effekt før på lang sikt. Forebyggings- og folkehelseelementet i reformen favner spesielt bredt. En rekke sektorer og etater forpliktet gjennom folkehelseloven, og det er en utstrakt oppfatning at storparten av folkehelsearbeidet gjøres utenfor helse og omsorgstjenesten. Skolesektoren, barnehagesektoren, samferdselssektoren, teknisk sektor, kultursektoren og frivillig sektor er eksempler på sentrale aktører i folkehelsearbeidet.

Et annet hovedelement i reformen omhandler oppgaveforskyvningen mellom spesialisthelsetjenesten og den øvrige helse og omsorgstjenesten. De sentrale aktørene i denne delen av reformen befinner seg innenfor helsetjenesten og en viktig forutsetning for å lykkes med de planlagte endringene er at kompetanseutfordringene løses.

Behovet for økt kompetanse innenfor helsesektoren vil primært oppstå utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er et uttalt politisk mål at all behandling bør foregå på nærmeste/beste/laveste omsorgsnivå. I dette ligger at hyppig forekommende sykdomstilstander skal håndteres ved fastlegekontor, legevakter, sykehjem og i private hjem med støtte fra kommunal helse- og omsorgstjeneste i vesentlig større grad enn i dag.

Med utgangspunkt i dette og det som er kartlagt gjennom intervjuer og møter i de 18 kommunene og helseforetaket, er følgende de mest sentrale aktørene og tjenesteområdene for denne planen:

- Legevaktstjeneste
- Fastlegetjeneste
- Kommuneoverlegefunksjonen
- Helseforetaket
- Sykehjem og hjemmebaserte tjenester
 - Leger
 - Annet helse og omsorgspersonell
- Habilitering og rehabilitering
- Øvrige kommunale tjenester og institusjoner
- Forebyggende tjenester

I det følgende gis det en beskrivelse av disse i forhold til observasjoner i nåsituasjon, konsekvenser og anbefalte tiltak. Hovedfokuset er rettet mot aktørene innenfor helsetjenesten der legevaktstjenesten, fastlegetjenesten og sykehjemslegetjenesten er grundigst beskrevet. Bakgrunnen for denne vektleggingen er at tilstrekkelig legekompentanse og – kapasitet i kommunene vurderes som særlig avgjørende for å gjøre kommunene i stand til å håndtere oppgavene som følger av reformen.

I St.meld. nr 47 (2008-2009) er rus og psykisk helse løftet fram som sentrale elementer i Samhandlingsreformen og typiske eksempler på tjenester som krever bedre koordinering og samhandling mellom tjenesteyterne og samtidig et tydeligere helhetlig ansvar hos kommunene. Likevel er det slik at disse områdene ikke er inkludert i de økonomiske incentivordningene som er etablert for å understøtte den ønskede utviklingen. Incentivordningene er utelukkende innrettet mot somatikk og i særdeleshet medisinske diagnoser. Dette har implikasjoner for hvilke prioriteringer de ulike aktørene gjør i tilnærmingen til Samhandlingsreformen og er samtidig den viktigste grunnen til at denne planen har hovedvekt på kompetansetiltak rettet mot somatiske tjenester. Et ensidig fokus på somatisk helsetjeneste de nærmeste årene vil innebære en betydelig risiko for at arbeidet innen fagområdene psykisk helse og rus blir skadelidende både med hensyn til kompetanse, ressurstilgang og tjenesteutvikling. Det er derfor svært viktig å opprettholde og videreutvikle kompetanse og tjenestetilbud innenfor rus og psykisk helse i påvente av tydeligere nasjonale prioriteringer og tilhørende incentivordninger.

7.1 Beskrivelser av anbefalte tiltak

Tabellene 77-85 belyser observasjoner vi har gjort av prioriterte utfordringer, konsekvenser utfordringene kan ha om man ikke tar tak i disse, samt en anbefaling av aktuelle tiltak.

7.1.1 Felles systemorienterte fagområder

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Det er registrert et stort behov for å styrke seg metodisk i flerfaglig og tverrsektoriell samarbeidskompetanse, samt prosess- og utviklingsledelse.</p>	<p>Manglende samarbeids-, prosess- og utviklingskompetanse vil bidra til at</p> <ul style="list-style-type: none"> • kommunalt og regionalt planarbeid i forbindelse med gjennomføring av Samhandlingsreformen blir skadelidende • målsettinger og ansvarsfordeling blir utydelige og fragmenterte • kortsiktige og langsiktige løsninger henger lite sammen og er lite forankret i en helhetlig forståelse • relasjonen mellom helseforetak og kommuner hindrer nødvendig åpenhet, gjensidig respekt og tillit • partenes eierskap til løsningene svekkes 	<p>Videreutdanning (30 stp) innenfor dette området – kostnadsfritt for deltakerne.</p> <p>For å bedre kompetansen innen kommunalt og regionalt planarbeid har Helsedirektoratet gitt KS ved SEVS i oppdrag å etablere et videreutdanningsprogram - «Helse og Omsorg i Plan» i samarbeid med høgskoler og universitetsmiljø. Dette programmet (4 – 5 samlinger) er nå lyst ut²³ og tilbys bla av Høgskolen i Volda og gir 30 studiepoeng.</p> <p>Temaer i utdanningen vil blant annet omfatte:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Implementering av Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan - Kommunal og regional planlegging (Plan- og bygningsloven), planteori og planprosesser med vekt på samfunnsdelen, kommuneplanlegging som system, medvirkning (innbyggere og brukere), sektorplanlegging, endringer i demografi og helse - Bruk av statistikk, styringsinformasjon og -indikatorer (bl.a. helsetilstand påvirkningsfaktorer) - Helseutfordringer i et langtidsperspektiv - Innføring i Samhandlingsreformen: Målsettinger, forutsetninger, ansvarsfordeling, avtaleverk - Organisasjon, prosjekt og utviklingsarbeid, tverrfaglighet, styringsprosesser i politisk styrte organisasjoner og helseforetakene - Innovasjon og utviklingsarbeid <p>Alternativt kan prinsippene og prosesslederrollen beskrevet i LUK²⁴ (Lokal samfunnsutvikling i kommune) med fordel utnyttes. Her har Sunnmøre Regionråd besluttet å sette i gang kompetansegivende opplæring (15 stp) av prosessledere for kommunalt utviklingsarbeid fra og med høsten 2012</p>

²³ Her er det også igangsatt et eget prosjekt i Volda

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Helseforetakets kunnskap om helse og omsorgstjenesten i kommunene, arbeidsmåter og rammer er svært lav. Kommunenes kunnskaper om tilvarende i helseforetaket er også lav men i noe mindre grad.</p>	<p>Innsikt i - og forståelse av partenes rammebetingelser, arbeidsformer og kompetanse, svekker grunnlaget for gjensidig tillit, blir kime til mytedannelser og kan bli barriere for god pasientbehandling på riktig nivå</p>	<p>Etterutdanning gjennom fagdager og faglige nettverk der følgende temaer er gjenstand for drøfting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rammebetingelser i kommuner og sykehus • Kulturforskjeller mellom sykehus og kommunal sektor • Forholdet mellom spesialisthelsetjenesten valg av løsninger og kommunal helse og omsorgstjeneste sin valg • Roller, ansvar og organisering • Kompetanse • Arbeidsformer • Beslutnings og styringsstrukturer • Forholdet mellom politikk og administrasjon • Økonomi og økonomistyring,
<p>Kunnskaper om innhold i helhetlige pasientforløp og hvordan kommunene og helseforetaket kan arbeide systematisk i henhold til disse er lav og til dels svært variabel hos begge parter.</p>	<p>Manglende innsikt i - og oversikt over pasientforløpene vil kunne bidra til fragmentering av aktørenes innsats, innskrenke mulighetsrommet for gode løsninger og helhetlig samarbeid om den enkelte pasient.</p>	<p>Etterutdanningsopplegg i form av dialogseminarer basert på teori, kunnskapsbasert erfaringslæring og praktiske eksempler fra kommunene i regionen.</p> <p>Sentrale temaer i opplegget vil være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasientforløpet og elektronisk kommunikasjon ved utskriving fra sykehus • Pasientforløpet ved uplanlagte behov for helsetjenester evt innleggelse • Tiltak og tjenester som kan forebygge innleggelse • Legevaktens rolle for bedre tjeneste og ressursutnyttelse • Prosedyrer og sjekklister • Eksempler på pasientforløp knyttet til hoveddiagnosegrupper/pasientgrupper – faglige utdypninger

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>FoU-kompetanse (samfunnsvitenskaplige metoder for utredninger og evalueringer) mangler i kommunene.</p>	<p>Svekker mulighetene for at løsninger, tiltak og erfaringer blir kunnskapsbaserte og hensiktsmessig dokumenterte</p> <p>Svekker mulighetene for kompetanse- og kulturbygging når det gjelder systematisk planlegging og bærekraftige endringer og løsninger</p>	<p>Praksisnært etterutdanningsopplegg i form av fagseminarer</p> <p>Temaer i fagseminarene vil være</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oversikt og innsikt i ulike metoder for utredning, evaluering og dokumentasjon • Prosjektstyring, ledelse og oppfølging • Dokumentasjonsformer • Formuleringer, språk og illustrasjoner • Statistikk og analyser • Resultatformidling
<p>Kommunene etterlyser mer innsikt og kunnskaper knyttet til strategisk ledelse og styring. Gjelder generelt, men også rettet mot de særskilte utfordringene i Samhandlingsreformen.</p>	<p>Svekke mulighetene for målrettede og forankrede veivalg for løsninger, vurdering og avveining av løsningenes forutsetninger, konsekvenser og risiko.</p> <p>Fragmentering av kunnskaper hos folkevalgt og administrativ ledelse når det gjelder felles strategisk planlegging, ledelse og styring.</p>	<p>Program for videreutdanning eller etterutdanning i form av seminarrekke med relevante undertemaer og med realistiske og praksisnære utfordringer som skal løses mellom samlingene. Det vil være viktig å kople teori, empiri og praktiske eksempler i opplæringsprogrammet og i evt prosjektoppgave for eksamen.</p> <p>Aktuelle temaer i programmet vil kunne være:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trender og utviklingstrekk innen demografi og folkehelse • Aktørenes mangfold og egenart • Organisasjonskulturer og OU • Visjons og omdømmeutvikling • Strategisk planlegging og ledelse • Lederroller, ledelsesteori og ledelsesbegreper • Beslutningsformer og etikk • Innovasjon og ledelse • Evalueringsformer

Tabell 4

7.1.2 Legevakttjenesten

Organisering av legevakter i Norge varierer betydelig fra kommune til kommune, slik også i Møre og Romsdal. 60-80 % av øyeblikkelig hjelp innleggelser kommer fra legevakt²⁵. Kommunene har selv ansvar for organiseringen av legevaktene og det er derfor et aktuelt område dersom en ønsker å igangsette tiltak for å redusere antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin utarbeidet på oppdrag for Helsedirektoratet i 2009 et utkast til handlingsplan for legevakt²⁶. I dette omfattende arbeidet ligger anbefalinger og innspill på hvordan styrke kommunale legevakter. På et overordnet nivå vil kanskje første steg være å se på størrelse, kapasitet og aktivitet ved legevakten. Vi har ved hjelp av tillitsvalgte allmennleger samlet inn informasjon for de ulike legevaktene og dette er presentert i vedlegg 11.3. Som for fastlegekapasitet er det ikke helt enkelt å fastslå hva som er nødvendig i den enkelte kommune. En større interkommunal legevakt vil ha bedre forutsetninger for mer robust organisering med blant annet flere leger og kompetent hjelpepersonell. Geografi og lokale forhold gjør imidlertid at slik organisering kan bli utfordrende i forhold til reisetid for pasient.

En eventuell satsing mot legevakter fra kommunen eller i et kommunesamarbeid bør sikre deltakelse av engasjerte leger og/eller sykepleiere med erfaring fra feltet. En mulig start på slikt arbeid kan være en brukerundersøkelse av egen legevakt etter standardisert oppsett ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten²⁷. En slik undersøkelse vil kunne gi et rimelig godt bilde av tjenesten i egen kommune, sammenliknet med andre kommuner i samme region. Spørreskjema inneholder også spørsmål om en forsøkte å kontakte fastlege i forkant av legevakten, noe som vil være interessant for å kunne se de to tjenestene i relasjon til hverandre.

I tillegg til ressursene nevnt over vil vi nedenfor skissere noen sentrale spørsmål som bør vurderes i arbeidet med å øke kompetansen ved legevakt:

- Kvantitative behov/økning i omfanget av spesifikke profesjoner
 - Antall leger i vakt? Pågang gjennom døgnet?
 - Finnes kapasitet til hjemmebesøk?
 - Hvordan håndteres henvendelser fra sykehjem, avsatt dedikerte ressurser? (eksempel Stavanger)
 - Kapasitet på telefonsentral (mulig å gjøre målinger på hvor mange telefoner som ikke når igjennom?)
 - Finnes eventuelle senger og mulighet for observasjon av pasienter (eksempel Oslo og Bergen)?
- Faglige kompetansebehov
 - Hvilke leger går vakt, kompetanse og erfaring? (se anbefalinger i utkast til handlingsplan)
 - Muligheter for reell veiledning av mindre erfarne leger? (fortrinnsvis fysisk)
 - Hvilket hjelpepersonell finnes ved legevakten, kompetanse og erfaring? (ufaglært, sykepleier, spesialsykepleier, helsefagarbeidere, vernepleier, legesekretærer, ambulansarbeidere og andre)
 - Hvilken kompetanse finnes på personell som vurderer og selekterer pasientene, både på stedet og telefon?
 - Eventuell logg av samtaler for kvalitetsarbeidet? Eventuelle køsystemer, kvalitet på disse?
 - Muligheter for laboratorietjenester og kvalitet på disse (samarbeid NOKLUS, andre kvalitetsmålinger?)
 - Funksjonalitet og sikkerhet på journalsystem? Mulighet for elektronisk pleie og omsorgsmeldinger?
 - Muligheter for å ansette sykepleiere i kombinasjonsstillinger? En kunne sett for seg sykepleiere med kommunalt ansettelsesforhold som både jobbet ved legekantor (utleid fra kommunen) og kommunal legevakt. Tiltaket kunne sikre overlappende kompetanse og bedre flyt mellom tjenestene, samt øke den generelle helsekompetansen ved legekantoret.

²⁵ Norsk helsenett, Innleggelser i spesialisthelsetjenesten: <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/5-faglige-utdypninger/5.6-innleggelser-i-spesialisthelsetjenesten>

²⁶ ..er hjelpa nærmast, Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt

²⁷ <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/N%C3%A5+fins+verkt%C3%B8yet+for+%C3%A5+gjennomf%C3%B8re+lokale+brukerunders%C3%B8kelser+ved+legevakter.6952.cms>

- Rekrutteringsbehov/-strategi
 - Har legevakten tilstrekkelig kompetanse eller trengs alternativ rekruttering?
 - Tradisjonelt er det høy turnover på personell ved legevakt - hvilke tiltak for å motvirke dette?
 - Tiltak for å øke andel erfarne fastleger i legevakt: økonomisk kompensasjon av leger dagen etter vakt (Stavanger).
 - I de fleste kommuner avlønnes leger ved legevakt basert på antall pasienter behandlet. Ved å avlønne legen ved fastlønn vil det oppleves mer forutsigbart for legen mens kostnadene for kommunene ikke trenger å være veldig annerledes (store talls lov). En slik modell gjør dessuten legen mer økonomisk uhildet og kan bidra positivt til for eksempel strengere prioritering ved legevakten (utsette pasient til fastlege neste dag).
- Samhandlingskompetanse
 - Samarbeid mot sykehus og fastlegekontor? Sikre at epikrise alltid sendes ut fra legevakten. Mulighet for at legevakten kan se og tilby disponible timer hos fastlegen?
 - Muligheter for kommunikasjon med andre instanser (ved behov for opplysninger fra sykehusjournal, fastlegejournal, PLO-meldinger)?



7.1.3 Fastlegetjenesten

7.1.3.1 Kvantitative behov

Legetjenestene i en kommune innbefatter allmennlegetjeneste, legevakt, sykehjemsleger og kommuneoverlegefunksjon. I tillegg til dette kommer helsestasjonsleger, fengselsleger og skoleleger. Av alle disse tjenestene er det allmennlegetjenesten og legevakt som i størst omfang innebærer individrettet kurativ virksomhet for kommunens innbyggere. De to tjenester har en sterk sammenheng og begge tjenestene bør sees under ett når en vurderer endringer i tjenestetilbudet. Sammenhengen kan illustreres med en tenkt region hvor det svært vanskelig å få akutttime hos fastlege samme dag. Slik praksis kan imidlertid "bufres" opp i en relativt velfungerende legevakt med god kapasitet. Organiseringen kan likevel være uhensiktsmessig fordi pasientene oftere treffer leger som ikke kjenner dem godt og som ikke har tilgang på fastlegejournalen. Alternativ organisering er en legevakt med lavere kapasitet og strengere seleksjon, men med samtidig bedre tilgjengelighet for akuttimer hos fastlege samme dag. Enkelte steder i landet disponerer også legevakten timebøker til fastlegene i kommunene og kan således vise videre problemstillingen til neste dag dersom det vurderes forsvarlig/fornuftig.

Det er flere måter å beregne fastlegedekning i en kommune på. En metode er det såkalte normtallet på 1500 pasienter på en full fastlegeliste (300 pasienter pr virkedag). Dette tallet ble blant annet brukt under etablering av fastlegeordningen i 2001 men har ikke vært justert siden den gang. En annen tilnærming er å gjøre beregninger for legekapasitet på bakgrunn av innbyggertall²⁸. Hvordan befolkningen i en region er vant til å bruke tjenestene er vil imidlertid påvirke hvordan en beregner kapasiteten. Vi har ikke gjort en konkret vurdering av den reelle legekapasiteten i de kommunene som inngår i dette prosjektet. For at en slik vurdering skal bli fornuftig bør blant annet ta hensyn til forbruksmønster av helsetjenester, avstander, værforhold, innbyggertall og forventet utvikling i regionen.

Vi har likevel valgt å kartlegge antall leger i forhold til landsgjennomsnittet, samt å beskrive befolkningsgrunnlaget for legevaktene gjennom døgnet. Disse tallene kan være et utgangspunkt for kommunene til å vurdere hvor det er mest hensiktsmessig å starte arbeidet med å sikre både korrekt kompetanse og tilstrekkelig kapasitet på denne kompetanse i den enkelte kommune. I dette ligger at dersom en region ligger godt over landsgjennomsnittet med tanke på antall leger i forhold til antall innbyggere, så vil det sannsynligvis være naturlig å se på organiseringen og innholdet i legetjenestene før en eventuelt øker opp antall legestillinger. Når det er sagt så er det nødvendigvis ikke mulig å tilby legetjenester med samme forholdstall lege/innbygger i spredtbygde som i tettbygde strøk, dersom en skal ha samme forventninger med tanke på kvalitet og tilgjengelighet.

7.1.3.2 Faglige og organisatoriske kompetansebehov

Både helseforetak og leger i primærhelsetjenesten melder tilbake at det er et behov for å styrke allmennlegers faglige kompetanse, dersom de skal kunne ta et utvidet ansvar og erstatte tjenester som i dag tilbys fra spesialisthelsetjenesten. Hvilke pasientgrupper, fagområder og diagnoser som det er mest naturlig å sette inn ressurser på å styrke vil variere i forhold til lokale tradisjoner og eksisterende kompetanse. Det er svært mange fagfelt som trenger et løft i lys av samhandlingsreformen og en slik områdeliste vil aldri være fullstendig uttømmende eller komplett. Noen områder peker seg imidlertid ut både ut i fra et faglig og kvantitativt perspektiv (betydelig antall pasienter). Det er imidlertid en risiko for at behovet for økning i kompetanse beskrives så omfattende at det blir uoverkommelig å ta fatt på. I lys av de økonomiske incentiver som ligger til grunn i 2012 og behovet for å gjøre en slik liste håndgripelig for både kommuner, allmennleger og sykehus så har hovedfokuset i dette arbeidet blitt lagt på somatiske pasienter (kirurgi er utelatt).

I tabell 5 omtales områder som blir løftet frem både i samtaler med helseforetak og allmennleger. Disse felt omtales som fornuftige steder å starte i en større prosess med å heve kompetanse utenfor spesialisthelsetjenesten. Alle aktører vi har snakket med oppgir at det er en betydelig risiko for at spesialisthelsetjenesten "holder på" sine pasienter av frykt for at kompetansenivået ikke er godt nok utenfor sykehuset. Skal en lykkes i et slikt arbeid må en derfor velge ut noen avgrensede områder og gå systematisk til verks. Det vil bli uoverkommelig dersom alt som kan egne seg for overføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten skal overføres samtidig.

²⁸ <http://timesammedag.no/index.php?s=forsiden&u=omtimesammedag&su=hvaertsd>

Kritisk for å lykkes på et område er også at tiltak settes inn både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samtidig. Her er kunnskap om hverandres praksis, kompetanse og behandlingsmuligheter sentralt. Gjensidig arbeidsutveksling/hospitering/praksisbesøk i en eller annen form synes derfor nødvendig. Dersom en ikke setter inn tiltak i begge tjenester samtidig er det en betydelig risiko for dobbeltkapasitet (både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten). I denne sammenheng har ledende personer i helseforetaket (klinikkdirektør, adm. direktør m. fl.) et betydelig ansvar for klar og tydelig informasjon om praksis til eget personell.

Område	Kommentar
Diabetes mellitus	Relativt store diabetes poliklinikker
KOLS	Konkret forslag på at stadium 1 + 2 bør håndteres av allmennlege, stadium 3-4 bør i spesialisthelsetjenesten
Rehabilitering	Spesielt oppfølging etter hjerneslag og ortopediske inngrep (proteser) virker nærliggende. Innenfor dette området er det særlig viktig med andre faggrupper og tilstrekkelig kapasitet (fysioterapeut, ergoterapeut, logoped, ++). Allmennlegens hovedbidrag blir mest tilrettelegger.
Palliativ medisin	Innspill på at hjemmesykepleier forholder seg direkte til palliativt team, uten fastlege er involvert.
Geriatrici/alderspsykiatri/ multifarmasi	Forslag om samarbeid med geriater/farmasøyt og allmennlege. Muligheter for telemedisinsk konferanse, f.eks. gjennomgang av pasient og legemiddelliste.
Fedme	Glidende overgang, forslag på at >40 BMI beholdes i spesialisthelsetjenesten
Revmatologi	Fagområdet er trukket frem som godt eksempel der spesialist og allmennleger har utarbeidet retningslinjer for hva som bør håndteres i allmennpraksis vs. Spesialisthelsetjenesten
Kreft, særlig oppfølging/kontroller	Potensial for overføring av pasienter til allmennpraksis (kontroller). Behov for felles utarbeidede retningslinjer.
Hjerte, særlig sviktpasienter	Konkret forslag på at primært yngre pasienter følges i spesialisthelsetjenesten. Behov for felles utarbeidede retningslinjer.
Nyrepasienter	Potensial for overføring av pasienter til allmennpraksis (kontroller). Behov for felles utarbeidede retningslinjer.
Hematologi	Potensial for overføring av pasienter til allmennpraksis (kontroller). Behov for felles utarbeidede retningslinjer.
Nevrologi	Potensial for overføring av pasienter til allmennpraksis (kontroller). Behov for felles utarbeidede retningslinjer.
Pasientskoler (astma, diabetes++)	Tradisjonelt er dette organisert av helseforetaket. Interkommunalt samarbeid rundt organiseringen av dette? Ev. flere legekantor sammen? Ideelt om både ressurser fra spesialist og primærhelsetjenesten deltar. Type skole som "overføres" bør samsvare med de fagområder som blir valgt ut for allmennlegene, synergieffekt.
Eldre pasienter generelt	Reiser er spesielt belastende for denne gruppe. Økt fokus på mål med behandlingen. Etablering av "fastlane"?
Livsstil generelt	Behov for forskning på hva som faktisk nytter. Allmennlegen har et ansvar for å bidra, men form og innhold er noe umodent. Innenfor dette feltet bør det tenkes helhetlig med samarbeid på tvers av kommunale etater. Viktig at allmennlegene spesifikt informeres om gode tiltak som etableres i kommunen (lysløyper, svømmehall, treningssentre, turstier osv.)

Tabell 5

Det anbefales at en slik områdeliste oppdateres årlig og for å speile det reelle behovet hos de ulike aktører. Mulig datainnsamling kan være en standardisert internettbasert undersøkelse til: Kommuneadministrasjon, helseforetak og allmennleger. Involvering av pasienter/innbyggere/brukerorganisasjoner bør definitivt vurderes.

Nedenfor i tabell gjøres et eksempel beskrivelse etter fast oppsett (observasjon – konsekvens – anbefaling) med utgangspunkt i diagnosen diabetes mellitus. Konkrete forslag til kompetanseheving beskrives. Nesten identisk tilnærming kan gjøres for KOLS (og astma) ved å bytte ut diabetessykepleier med lungesykepleier. I tillegg beskriver vi mulig tilnærming til fagområdet palliativ behandling og lignende metode kan vurderes for rehabilitering. Begge disse fagområdene å involvere pasienter med stort hjelpebehov og et stort antall respondenter i kommunene melder tilbake om at dette er områder med betydelig forbedringspotensialet.

Andre fagområder i listen er høyst relevante men det er viktig at omfanget av pasienter står i forhold til metodene som velges. Like grundig tilnærming for alle fagområder som er nevnt i tabellen vil bli svært omfattende. En anbefaler derfor å gjøre en felles satsing på 1-5 av de første fagområdene nevnt over. Det er veldig ambisiøst å utarbeide tilsvarende løsninger for alle mindre fag som nevnt i listen. Generelt er det en betydelig risiko for å gape over for mye i samhandlingsprosjekter og etablering av gode enkelt eksempler vil være å foretrekke framfor store altomfattende prosjekter. Det er en sak å utarbeide et hoveddokument med faglige retningslinjer på tvers av spesialisthelse- og allmennlegetjenesten, men det er en annen ting å sørge for at de er oppdaterte til enhver tid.



Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Det eksisterer store og velutbygde diabetes poliklinikker (spesialisthelsetjeneste) i Møre og Romsdal. Her finnes en betydelig kompetanse både hos leger og sykepleiere. Dette tilbudet er høyt verdsatt hos pasienter.</p>	<p>Et stort og velfungerende spesialisthelsetilbud til diabetespasienter kan medføre at unødvendig mange pasienter behandles der fremfor ved fastlegekontoret. Det kan skape forventninger hos pasienter om at en "må innom" spesialisthelsetjenesten for å bli tilstrekkelig ivaretatt.</p>	<p>Godt innarbeidede pasientstrømmer som dette kan være krevende å endre og krever samtidige tiltak på både i spesialisthelsetjenesten og ved det enkelte legekontor. Mulige tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etterutdanningsgrupper og/eller fagdag for allmennleger innenfor diabetes, forelesere fra spesialistpoliklinikker (leger og el spl). - Hjelpeprogram i fastlege journal, for eksempel tips til innhold henvisning og veiledning om håndtering av pasient (eksempel Noklus modul på Diabetes) - Ansette allmennleger i deltidstilling ved eksisterende spesialistpoliklinikker - Diabetes sykepleier fra helseforetaket kan holde felles pasientopplæring ute i kommunene, mulighet for flere legekontor samtidig. - Øke kompetanse på hjelpepersonell ved legekontoret, for eksempel ved å ansette diabetes sykepleier. Kompetent person i førstelinje kan avklare spørsmål og redusere behov for legetime. Vurderes mulighet for at diabetes sykepleier fra sykehuset kan arbeide/hospitere/veilede ved allmennlegekontoret for eksempel 1 dg per mnd. - Helseforetaket kunne "leid ut" diabetes sykepleier til interesserte legekontor for å veilede/bistå både hjelpepersonell og allmennlegen. - Hjelpeprogram i sykehus journal, for eksempel standard tekst med retningslinjer for håndtering av pasient i epikrise.
<p>Velfungerende palliativt team i regionen (spesialisthelsetjeneste). Det kan forekomme at disse besøker pasient uten at fastlege er kjent med dette og/eller at hjemmesykepleier forholder seg direkte til palliativt team for avklaringer uten at fastlege er involvert.</p>	<p>Dersom fastlege ikke involveres når palliativt team besøker pasient mister fastlegen en viktig læringsarena. Risiko for redusert kontinuitet for pasienten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sikre at fastlegen som normalt kjenner pasient best alltid er involvert når palliativt team besøker pasient.. Dette vil også legge til rette for kompetanseheving hos allmennlegen. - Vurdere mulighet for telemedisinsk felleskonsultasjon dersom pasient virker komfortabel med dette. Kan senke terskel for deltakelse. - Effektiv journalføring som sikrer at all dokumentasjon er samlet fra de ulike instanser? Perm hos pasient? Elektronisk?

Tabell 6

7.1.4 Helseforetaket

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Det eksisterer ikke en fulldekkende praksiskonsulentordning i Helse Møre og Romsdal. Praksiskonsulenter blir av leger både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten pekt på som en verdifull ordning, både i forhold til utvikling av faglig kompetanse men også i forhold til samhandlingskompetanse. Ordningen er flere steder i landet vist å være et godt verktøy i endringsprosesser. Samtidig peker flere på at ordningen relativt personavhengig. Det oppleves kritisk med en godt engasjert og motivert allmennlege i stillingen.</p>	<p>Manglende praksiskonsulentordning i regionen vil kunne medføre følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redusert mulighet for faglig dialog mellom sykehusleger og allmennleger. • Reduserte muligheter for både helseforetak, allmennleger og kommuner til å kommunisere endringer i tjenestene. • En velfungerende praksiskonsulent kan fungere som korrigerende element ovenfor andre allmennleger vedrørende optimal praksis. "Korreksjon fra likemann". 	<p>Helseforetak og berørte kommuner må snarest søke å etablere praksiskonsulent stillinger.</p>
<p>Helseforetaket i MR har ved flere anledninger stilt kompetanse (sykepleiere og leger) til rådighet både for undervisning av allmennleger (for eksempel etterutdanningsgrupper) og for utarbeidelse av faglige retningslinjer for optimal pasientflyt mellom spesialisthelse- og primærhelsetjenesten. Slik aktivitet oppleves imidlertid noe fragmentert og oppstår gjerne som resultat av gode lokale initiativ, men uten en overordnet plan.</p>	<p>Tiltakene er et meget godt utgangspunkt for økt kompetanse i primærhelsetjenesten. Svakheten med dagens organisering omfanget for lite og at fagområdene/pasientgruppene som omfattes ikke nødvendigvis er de hvor behovene er størst ut i fra et pasient- og samfunnsperspektiv.</p>	<p>Stille kompetanse til rådighet for kompetanseoverføring og utarbeide retningslinjer for optimal pasientflyt bør oppmuntres, utvides og systematiseres slik at en sikrer dekning av de fagområdene som i stor grad treffes av samhandlingsreformen. Jfr. Tabell fastleger.</p> <p>Vi tror forespørselen, som i dag, primært bør komme fra kommunene/allmennlegene for å sikre at aktiviteten treffer behovene i primærhelsetjenesten.</p> <p>Videre bør sykehuset legge til rette for at fastleger og andre yrkesgrupper kan hospitere eller få deltidsstillinger i relevante sykehusenheter (lungepoliklinikk, diabetespoliklinikk, palliativ team, fedmepoliklinikk)</p>

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Telemedisin er et område med stadig økende muligheter og blir omtalt mer spesifikk i eget kapittel. Problemstillingen her går på at dersom slike løsninger skal lykkes så må den aktør som skal tilby tjenester (oftest spesialisthelsetjenesten) være motivert for at prosjektet skal lykkes. Ikke kun mottaker i primærhelsetjenesten. Helseforetaket er en maktfaktor og er vanligvis mer robust i forhold til teknologisk utvikling gjennom egen IKT avdeling.</p>	<p>Dersom kun mottaker i primærhelsetjenesten engasjerer seg i bruk av telemedisin vil ikke tjenesten fungere.</p>	<p>Helseforetaket kan ta initiativ for gjennomføring av pilot innenfor et eller få utvalgte områder. For eksempel utskrivingsamtale på mer komplekse indremedisinske pasienter med pleiebehov. Alternativt trekant samtale (pasient, spesialist, allmennlege) som alternativ til henvisning. Vil være behov for utvelgelse av dedikert ansvar hos personell både ved helseforetaket og sykehjem/fastlegekontor som eventuelt inngår i slik ordning. Jfr. kap 7.5 Pasient og pårørendeopplæring</p>
<p>Så godt som alle respondenter gir uttrykk for at det er stor risiko for at sykehuset beholder sine pasienter av frykt for kvaliteten på alternativet ute i kommunene.</p>	<p>Risiko for dobbeltkapasitet dersom tilbud bygges opp uten å bli benyttet.</p>	<p>Alle tiltak som igangsettes for å styrke tilbud i primærhelsetjenesten må følges opp med informasjon og tilsvarende justeringer i spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket har et betydelig ansvar i å kommunisere til sitt personell om endringer og tilrettelegge for at nystartede tilbud i primærhelsetjenesten blir benyttet. I dette ligger informasjonsmøter for egne ansatte, pasientinformasjon og praksisbesøk for å nevne noen.</p>

Tabell 7

7.1.5 Sykehjemsleger

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Leger ved sykehjem i Møre og Romsdal er ofte ansatte i 20 % stillinger. Dette innebærer at fastleger skal bruke omtrent 1 arbeidsdag pr uke til å gjøre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kurativt arbeid for beboerne på sykehjemmet - samtaler med pårørende - administrativt arbeid, f.eks. utvikling/oppdatering av rutiner og prosedyrer ved sykehjemmet - egen kompetanseutvikling - samhandling med sykehus, fastleger og andre yrkesgrupper (sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter og andre) 	<p>Krevende eller umulig å levere fullgodt arbeid på alle områder innenfor sykehjemsmedisin med dagens stillingsbrøker.</p>	<p>Vurdere å øke stillingsbrøker fra dagens 20 % opp til 40-50 %. Høyere stillingsbrøker enn dette vurderes krevende å rekruttere til fordi fastlegevirksomhet oppleves som både faglig og økonomisk meget attraktivt for leger. Dersom likevel mulig å rekruttere leger til 100 % stillinger ved enkelte sykehjem vil nok dette være gunstig.</p>
<p>I tillegg til oppgaver beskrevet over ligger det ofte forventninger om at legen skal være tilgjengelig for avklaring av problemstillinger ved sykehjemmet utover avsatt arbeidstid på 1 dag i uken.</p>	<p>Å basere seg på frivillige "vaktløsninger" for sykehjemslegene gir sårbare systemer. Dersom systemet svikter og lege som kjenner pasienten ikke er tilgjengelig, så vil gjerne innleggelse i sykehus være en naturlig sikkerhetsventil. Det gir økt risiko for uhensiktsmessige innleggelser.</p>	<p>Styrke legedekning på dagtid slik at det er mulig å lage mer robuste behandlingsopplegg for pasienter med risiko for endret helsestilstand på ettermiddag/kveld. Beskrivelser av hvilke tiltak som bør iverksettes. I tillegg kan det vurderes etablere egen beredskap med dedikerte leger for å ta telefoner/sykebesøk ved sykehjem i noen timer pr ettermiddag/kveld. (Eks. Stavanger legevakt)</p>
<p>Ettersom sykehjemsmedisin ikke er en egen spesialitet i dag, så vil yngre leger som går inn i en slik stilling ikke oppnå spesialiststatus uten annen praksis utenom.</p>	<p>Lav sannsynlighet for å rekruttere yngre leger til større stillinger ved sykehjem.</p>	<p>Kommunen kan vurdere å opprette stillinger som er kombinert 60 % allmennlegetjeneste og 40 % sykehjemslege. På denne måten får en både tilbudt en ordning som kan virke mer interessant for yngre leger samtidig som sykehjemmet får økt legekapasiteten.</p>
<p>Muligheter for å ta fri for å reise på kurs eller å få dekket utgifter til kompetansehevende kurs oppgis å være sterkt begrenset.</p>	<p>Vanskeliggjør utvikling av fagområdet.</p>	<p>Tilrettelegge for relevant etterutdanning både praktisk og økonomisk.</p>
<p>Flere sykehjemsleger opplever begrenset faglig fellesskap og diskusjonsmuligheter med andre i tilsvarende stilling.</p>	<p>Risiko for mangelfull faglig utvikling og derved suboptimal kvalitet på helsetjenestene som tilbys ved sykehjemmene.</p>	<p>Intensivere arbeidet med kompetansenettverk for sykehjemsleger. Finnes gode enkelt eksempler men mye gjenstår.</p>

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Generelt oppleves rammebetingelsene for sykehjemsleger lite attraktive både faglig og økonomisk.</p>	<p>Risiko for at det er et element av tvang når nye sykehjemsleger utpekes. Risiko for moderat faglig engasjement hos den aktuelle lege når oppgaver påtvinges. Dette er et uheldig utgangspunkt for å styrke og utvikle sykehjemsmedisin.</p>	<p>Kommunene må tilby konkurransedyktige arbeidsbetingelser. Kommunene bør videre stille krav om at leger som inngår i ordningen enten er ferdig spesialist i eller påbegynt utdanning. (normalt allmennmedisinsk spesialitet, men også indremedisin og geriatri). Strukturert kompetansebygging - kommunene bør følge med på pågående arbeid med kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin i regi av legeföreningen²⁹.</p>
<p>Diagnostiske muligheter ved sykehjemmene er svært varierende. Enkelte steder er det til dels betydelig utstyrsmangler.</p>	<p>Vanskeligere og mer tidkrevende å avklare tilstander. Risiko for flere sykehusinnleggelses for pasienten.</p>	<p>Det foreligger en konkret veileder fra Helsedirektoratet om hva som bør forventes av diagnostiske muligheter ved et sykehjem³⁰. Selv om denne er av noe eldre dato vil denne ha god nytteverdi inntil nyere versjon foreligger.</p>
<p>Det ble meldt inn en del områder innenfor sykehjemsmedisin hvor det virker å være særlig behov for økt kompetanse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aldersmedisin for psykisk utviklingshemmede (denne gruppen lever stadig lengre og får geriatriske tilstander langt tidligere enn øvrig befolkning). • Alderspsykiatri • Vanlig geriatri • Palliativ medisin • Rehabilitering 	<p>Risiko for at pasientgrupper blir underbehandlet eller feilbehandlet.</p>	<p>Tverrfaglig satsing med konkrete seminar, etterutdanningsgrupper med fokus på aktuelle pasientgruppene. Naturlig at slik arbeid foregår i samarbeid med Helseforetaket som har størst kompetanse på disse gruppene i dag. Hospiteringsordninger? Ambulerende geriater/team ut fra sykehus til sykehjem for kompetanseutvikling?</p>

²⁹ <http://tidsskriftet.no/article/2119035>

³⁰ Legetjenester i sykehjem - en veileder for kommunene (Helsedirektoratet 2007)

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Det foreligger ikke en klar strategi på hvilket nivå en skal håndtere akutt forverring hos sykehjems pasienter i Møre og Romsdal. Minimum 3 alternativer diskuteres i aktuelle fagmiljøer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ikke vesentlig utvidelse av dagens diagnostikk og behandling ved sykehjem, men istedenfor en effektiv og spesialisert diagnostikk i sykehus men med retur innen 1-12 timer. 2) Økt grad av diagnostikk og behandling ved sykehjem enn i dag. Sjeldnere innleggelse i sykehus. 3) Så godt som all diagnostikk og behandling ved sykehjem, i praksis ikke innleggelse i sykehus. 	<p>Manglende helhetlig strategi gjør det krevende å drive langtidsplanlegging. Kan oppstå store lokale variasjoner i kommuner som tilhører samme helseforetak. Risiko for dobbeltpasientkapasitet (både kommunene og spesialisthelsetjenesten).</p>	<p>Vil være fornuftig å avklare ambisjonsnivået i kommunene og legge en helhetlig strategi i samarbeid med helseforetaket. Gjelder både spesifikt for sykehjem, men også mot intermedieartilbud som ligger midt i mellom dagens spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste. Generelt virker intervjuobjekter i Møre og Romsdal mer innstilt på versjoner av 1) og 2) enn 3). Bør uansett avklares.</p>
<p>Journalssystemer ved sykehjem er ved flere nasjonale tilsyn vurdert å være mangelfulle. Vi har ikke gjort en vurdering av journalssystemene i de aktuelle kommunene men det er grunn til å tro at situasjonen ikke er spesielt annerledes i Møre og Romsdal.</p>	<p>Mangelfulle journalssystemer er til hinder for å utnytte eksisterende kompetanse til å gi god og trygg pasientbehandling.</p>	<p>Vurdere status på eksisterende IKT systemer ved sykehjem.</p>

Tabell 8

7.1.6 Helse og omsorgspersonell i sykehjem og hjemmebaserte tjenester

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
Det er mangel på faglige nettverk av helse- og omsorgspersonell for store pasientgrupper (spesielt kronikergrupper som diabetes, KOLS, hjertesvikt og kreft).	Utilfredsstillende kompetanseutvikling og svakere forutsetninger for å ta mer helhetlig ansvar for disse pasientgruppene.	Etablere kompetansenettverk innenfor de store pasientgruppe-områdene.
Flere peker på at fagmiljøene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester er små og sårbare. Dette gjelder både for sykepleiere og andre profesjonsgrupper	Lite utfordrende og lite utviklende for fagpersoner. Negativ effekt på rekruttering. Mindre robuste tjenestetilbud.	Skape større enheter (eks. interkommunale eller fullintegrerte løsninger). Integrering/kompetansenettverk mellom enheter.
Det er behov for økt kompetanse innenfor kols, kreft, geriatri, demens, palliasjon.	Svekket kvalitet på tjenestetilbudet. Mulighet for økt sykehusforbruk. Svakere forutsetninger for å ta mer helhetlig ansvar for disse pasientgruppene	Etablere videreutdanningstiltak, etterutdanningstiltak, veiledning fra spesialisthelsetjenesten, hospitering og kompetansenettverk.
Det er behov for flere sykepleiere, særlig innenfor akutt/ intensivsykepleie (organisatorisk funn, kompetanseelementet er dekket over).	Mye bruk av vikarbyrå., noe som er dyrt økonomisk over tid. Mulig økt sykehusforbruk.	Videreutdanning av sykepleiere. Nyrekruttering. Vurdere interkommunale løsninger for å øke volumet på tilbudet og dermed skape ressurseffektive enheter.
Tjenesten er preget av mange små stillingsbrøker og midlertidige stillinger	Det er vanskelig å rekruttere kompetente fagfolk til slike stillinger, og en god del ufaglærte tar disse jobbene. Dette er hemmende for kompetanseutvikling og rekruttering.	Samlokalisere tjenestetilbud for å skape større fagmiljøer Tilby større stillingsprosenter
Hospiteringsordning mellom spesialisthelsetjenesten og kommunens helse og omsorgstjeneste med sikte på kompetansebygging utnyttes bare delvis og sporadisk. Hittil har det stort sett vært fagpersonell (sykepleiere) som har hospitert på sykehusene og i svært liten grad andre veien. Hospiteringen har vært basert på individuelle ønsker og sjelden gjennom bevisst, målrettet og prioritert satsing fra arbeidsgivers side.	Svak "kommunekompetanse" i helseforetaket. Svak felles kulturbygging og manglende likeverdighet.	Bedre tilretteleggingen for hospitering i kommunene, bl.a. gjennom tettere dialog/forpliktende avtaler med helseforetaket.

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
Den gjennomsnittlige alderen på de ansatte i tjenesten er økende – generasjonsskifte.	Mangel på arbeidskraft og omfattende kompetansetap.	Innføre/ta i bruk bevisst rekrutteringsstrategi (tiltrekke seg yngre arbeidskraft og sikre intern kompetanseoverføring).
Det er et stadig økende omfang av flerkulturelle pasientgrupper og arbeidstakere.	Språk- og kulturutfordringer (potensiell svekket pasientsikkerhet, tillit, kommunikasjon).	Styrke språk- og kulturkompetanse. Etablere/utvikle tolketjenester Sikre god opplæring i rutiner, behandlingstiltak, medikamentlister/informasjon.

Tabell 9

7.1.7 Habilitering og rehabilitering

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
Rehabilitering har lav prioritet innenfor helse- og omsorgstjenesten. Mork Rehabiliteringssenter HF skal redusere kapasiteten, og Nevrohjemmet Rehabiliteringssenter HF er besluttet nedlagt.	Risiko for redusert kvalitet på tjenestetilbud. Økt hjelpebehov, økte kostnader og livskvalitetstap hos pasientene. Kommunene må bygge opp et tjenesteapparat og kompetanse som kan ta hånd om de tilstander som ble behandlet på institusjonene.	Styrke kompetansen på kommunal rehabilitering. Integrere rehabilitering i pasientforløpene.
Mange kommuner uttrykker stor mangel på kompetanse innenfor fysioterapi og ergoterapi.	Dette gir risiko for redusert kvalitet på tjenestetilbud grunnet rekrutteringsutfordringer	Vurdere interkommunal samarbeid om ressurser og stillinger. Satse på en bevisst rekrutteringsstrategi (jr. kap 7,9)
Det er uklarerhet i ansvars- og oppgavefordelingen mellom HF og kommunene og behov for avklaringer i forhold til hva tjenestetilbudet skal være – avklaringer på tilstand og behandlingsbehov.	Gir svak samhandling og i risiko for brudd i pasientforløp. Risiko for redusert kvalitet på tjenestetilbudet.	Utarbeide tydelige avtaler mellom kommunene og HF jf. tjenesteavtale 1 i avtaleveilederen fra HOD.
Det er svakt fokus på egenmestring, rehabilitering i hjemmet og kjente omgivelser.	Svak kvalitet på tjenestetilbud og dårlig ressursutnyttelse i forhold til hva som gir best effekt.	Bygge tilbud og kompetanse i tråd med faglige anbefalinger og best dokumentert effekt, altså i kjente omgivelser og stimulere egenmotivasjon for rehabilitering.

Tabell 10

7.1.8 Øvrige kommunale tjenester og institusjoner

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Mange kommuner har mangel på personell og kompetanse innenfor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psykisk helse - Rus - Demens - Dobbeldiagnostikk <p>Det er utfordrende å finne gode løsninger innenfor demens, rus og psykisk helse (eks. bolig, tilsyn, tilbud, støtteapparat).</p>	<p>Dette resulterer i omfattende utfordringer mht. tjenestekvalitet. I tillegg medfører det også økt forbruk av spesialisthelsetjenester på disse områdene.</p>	<p>Mulige tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styrke kompetanse og kapasitet • Interkommunal samarbeid • Interkommunale stillinger • Opplæring og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten/HF
<p>Det er en risiko for lavere prioritering av rus og psykisk helse enn somatiske tjenester i lys av samhandlingsreformen.</p>	<p>Risiko for redusert kvalitet på tjenestetilbudet</p>	<p>Det bør prioriteres å beholde og videreutvikle eksisterende kompetanse på dette området. Samtidig kreves også budsjettmessig oppfølging.</p>
<p>Flere kommuner har mangel på vernepleiere og rekrutteringsutfordringer i forhold til denne yrkesgruppen</p>	<p>Mangel på riktig arbeidskraft i deler av tjenestetilbudet.</p>	<p>Satse på en bevisst rekrutteringsstrategi (jr. kap 7,9)</p>

Tabell 11

7.1.9 Forebyggende tjenester

Observasjon/funn	Konsekvens	Anbefaling
<p>Mange kommuner mangler flerfaglig, systematisk og tverrsektoriell innsats og forståelse av forebygging og folkehelsearbeid.</p> <p>Det gis også uttrykk for manglende bevissthet i forhold til utnyttelse av frivillig innstans.</p>	<p>Dette kan medføre dårlig ressursutnyttelse og redusert livskvalitet.</p>	<p>Mulige tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere frisklivssentraler med tverrfaglig kompetanse • Styrke satsning på fysisk aktivitet i skole og barnehage • Fallforebygging både i hjemmet og på offentlige plasser. Viktig prioriteringsområdet for teknisk etat. • Bedre rammebetingelsene for frivillig sektor • Belyse folkehelsekonsekvenser i relevante beslutningsprosesser (plan, bygg, teknisk, etc.)
<p>Det synes å være mer fokus på behandling enn forebygging (mye fokus på pasientflyt).</p> <p>Eksempelvis er det en utfordring at effektene ligger relativt langt frem i tid (10 – 15 år) og aktuelle tiltak må konkurrere med kravene om løpende å ha tilbud til utskrivingsklare pasientene fra sykehus.</p>	<p>Dette kan medføre dårlig ressursutnyttelse og redusert livskvalitet.</p>	<p>Inkludere folkehelse i kommunalt planverk innenfor alle sektorer.</p> <p>Mer satsning og fokus på "God helse" programmet.</p> <p>Strategi og rolleavklaring i forhold til folkehelsekoordinatorene.</p>

Tabell 12

7.2 Hovedkonklusjoner - anbefalinger og tiltak

Kommunene har hittil i reformprosessen i hovedsak konsentrert seg om formalia knyttet til avtaleinngåelser om oppgave og ansvarsfordeling mellom HF og respektive kommuner. Kommunal medfinansiering, økonomi og prosedyrer i forholdet til utskrivingsklare pasienter fra HF har stått høyest på dagsorden og fått dominere debatten både blant fagpersonell, administrasjon og folkevalgte. Imidlertid er det få kommuner som så langt har vurdert mulighetene for å utnytte medfinansieringsforskriften og overførte midler til å styrke bemanningen. Økt innsikt over mulighetsrommet i kjølvannet av inngåtte avtaler mellom helseforetaket og respektive kommuner vil være nødvendig.

Det er stor variasjon av kunnskaper og innsikt ute i kommunene om hva Samhandlingsreformen egentlig innebærer og hvilke konsekvenser reformen har for egen kommune. Dette har medført tilsvarende stor variasjon i hva som er forberedt, tilpasset og iverksatt ifht reformen. Blant annet er det svært få av kommunene som har satt mål for nødvendig tilpassning til reformen, utvikling av tjenester/oppgaver og organisering for å møte Samhandlingsreformens krav. Utvikling av lokale målsettinger og tjenesteløsninger som er systematisk og helhetlig forankret vil være helt nødvendig utgangspunkt for utvikling og tilgjengelighet på tilhørende kompetanse.

Kommunene har vurdert utskrivingsforløpet av pasienter fra sykehus som langt mer utfordrende enn innleggelsesforløpet. Dette gjelder også kompetansemessig. Mye av årsaken ligger trolig i åpenbare endringer som at kommunene nå har plikt til å ta i mot pasienter fra sykehus samme dag som de defineres utskrivingsklare, mot tidligere 10 dager. Etter vår vurdering vil det likevel være nødvendig at kommunene og helseforetaket sikrer seg god innsikt i – og en felles forståelse av hva såkalte helhetlige pasientforløp innebærer, hvilke aktører har hvilken rolle og hvordan best sikre at pasienter får et helhetlig og trygt behandlingsopplegg. Det finnes gode verktøy og veiledning for hvordan håndtere helhetlige pasientforløp på en systematisk måte og vi foreslår at slik felles skoloring gjennomføres.

De fleste kommunene har tatt i bruk elektronisk pasientjournal og har/har planer om tilknytting til Norsk Helsenett i nær fremtid. Den elektroniske kommunikasjonen mellom de sentrale aktørene som fastlege, omsorgstjeneste, legevakt og sykehus er foreløpig ikke på plass og bidrar til unødig tungrodd flyt av pasientinformasjon. Alternative ordninger som er etablert oppleves også å kunne være en trussel for selve pasientsikkerheten. Alle kommunene understreker at IKT må være en prioritert oppgave å få på plass og da med fokus på praktisk nytte og tilhørende kompetanse. Kompetansebehovet knytter seg både til elektronisk kommunikasjon, systemutnyttelse og bruk samt datasikkerhet. En side ved IKT vil være å utnytte mulighetene som ligger i verktøyene velferds- og omsorgsteknologi og telemedisin. Flere av kommunene deltar i regionalt prosjekt på dette området, men få har etablert målrettede planer om aktuell implementering og nødvendig tjenestetilpassning. Her vil det være aktuelt å iverksette konkrete pilotprosjekter som bygger nødvendig kompetanse og erfaring og som undergis følgeevaluering.

Kommuneøkonomien setter hos de fleste kommunene klare begrensninger på hva man kan satse på og i hvilket omfang. Praksisnære etterutdanningsopplegg i fellesskap på tvers av kommunegrensene prioriteres fremfor individuell kompetansegivende videreutdanning. Det er imidlertid etter vår vurdering formålstjenlig å utnytte tilbud om kompetansegivende studium som rekrutteringsvirkemiddel for visse yrkesgrupper. Alternativt kan Sunnmøre Regionråd fremforhandle gode kompetansegivende løsninger overfor høgskoler og universitet og på den måten få til bærekraftige fellesløsninger i regionen. I denne forbindelse vil det også kunne være tjenlig å avtale faglig og metodisk kompetanseoverføring gjennom følgeforskning og følgeevaluering av iverksatte utviklings tiltak i lys av Samhandlingsreformen. Slike forsknings- og evalueringsopplegg bør i størst mulig grad være normative, inkluderende og praksisnære i sin tilnærming. Det vil være nærliggende å foreslå følgeevaluering av innføringsprosessene knyttet til kommunalt ansvar for døgnbasert øyeblikkelig hjelp fra 2016.

Strategiske innretninger og føringer

- Helhetlige pasientforløp for de store og voksende pasientgruppene (kols, diabetes, demens, hjertesvikt, hjerneslag, kreft) legges til grunn for alle tiltak
- Starte med de tiltak som retter seg mot somatiske tjenester og de ulike legefunksjonene i kommunene
- Flest mulige fellestiltak prioriteres – interkommunalt og mellom helseforetak og kommuner
- Praksisnær etter- og videreutdanning prioriteres basert på prinsippet om å utvikle lærende organisasjoner
- Videreføre den forebyggende satsingen gjennom folkehelseprogrammet og folkehelsekoordinatorene og sikre erfaringsbasert kompetanseoverføring i hele regionen
- Følgforskning og følgeevaluering på utvalgte sentrale satsinger og viktige fellestiltak herunder pilotforsøk

Organisatoriske tiltak

- Revurdere mål, tjenester og organisering kommunevis og i samarbeid med HF
- Større stillingsbrøker generelt men særlig for sykehjemsleger og helsefagarbeidere
- Øke kapasiteten for sykepleiere, fysio- og ergoterapeuter, psykologer
- Økt legedekning på dagtid
- Gjensidig hospitering og etablering av PKO³¹
- Aksess til Norsk Helsenett – kompatible EPJ-systemer
- Nye ambulerende team og faglig støtte fra spesialistsykepleiere
- Telemedisinske felles-konsultasjoner
- Etablering av ulike faglige nettverk og veilednings-ordninger
- Etablere interkommunale organisatoriske enheter og ordninger

Opplæringstiltak

Helse- og omsorgsfaglige tiltak

- Rehabilitering (hverdags)
- Palliasjon
- Demens
- Kols
- Diabetes
- Akuttisykepleie
- Alders- og sykehjemsmedisin
- Samfunnsmedisin (kommune-overleger)

Systemorienterte tiltak

- Videreutdanning "Helse og omsorg i Plan"
- Organisasjonskultur, tjenester og kompetanse i kommuner og helseforetak
- Helhetlige pasientforløp – metode
- Strategisk ledelse og styring
- Utretnings og evalueringskompetanse
- Fremmedspråk og kulturer

Rekrutteringstiltak

- Økonomisk støtte og permisjonsordninger til kompetanseutvikling
- Markedsføring av faglig satsing og fagmiljøer
- Rekrutteringskampanjer mot videregående skoler, høyskoler og universitet
- Lønnsutvikling og belønningstiltak
- Avtaler om kompetanseutvikling, følgforskning og følgeevaluering ved høyskoler og universitet
- Ulike boligpolitiske og velferdspolitiske tiltak
- Praksisplasser og sommerjobber for lærlinger og studenter
- Seniortiltak – stå lenger i arbeid

Økonomi/Finansiering

- Kostnadseffektive fellesopplegg for kompetanseoverføring for deltakerne prioriteres
- Økonomiske rammer for oppfyllelse av planens prioriteringer nedfelles i kommunenes og helseforetakets årsbudsjetter og økonomiplaner
- Administrativt samhandlingsutvalg arbeider for å sikre gode finansieringsordninger for fellestiltakene

Planens behandling og ajourhold

- Planen bør tas hensyn til i formelle avtalene mellom helseforetaket og kommunene.
- Besluttes i kommunestyret og helseforetakets styre
- Planen samordnes med kommunens og helseforetakets øvrige overordnede strategiske planverk
- Administrativt samhandlingsutvalg spesifiserer, koordinerer og tilrettelegger konkrete opplæringstiltak og har ansvaret for løpende ajourhold og markedsføring av fellesplanen

Tabell 13

³¹ Praksiskonsulentordning

8 Videreutvikling og oppfølging av planen

8.1 Forankring og eierskap

Planen er et felles styringsdokument for helseforetaket og de 18 kommunene på Sunnmøre. I det planen har sin forankring i Samhandlingsreformen vil det være naturlig å knytte plandokumentet inn mot de avtaler som regulerer oppgavefordelingen mellom helseforetaket og den enkelte kommune. Derved vil også planen kunne få en samordnet og parallell politisk behandling i kommunestyrene/bystyrene og knyttes opp mot øvrig styringsdokumentasjon i kommunene. Til dette siste vil vi anbefale at kommunene definerer Samhandlingsreformen som et av sine prioriterte planstrategiområder etter Plan og bygningsloven og knytte kompetanse og rekrutteringsplanen inn mot dette. Fra og med 2014 bør "Rusområdet og psykisk helsearbeid" få en tilsvarende prioritering. På samme måte anbefaler vi at prioriteringen må gjelde for helseforetaket, hvor beslutningen gjøres på autoritativt nivå i foretakets styrende organer og forankres i foretakets øvrige strategiplaner. Dette vil være viktig for å sikre nødvendig forankring, koordinering og forpliktelse hos de samarbeidende partene.

Administrativt samhandlingsutvalg bør ha en aktiv og koordinerende rolle i oppfølgingen av plandokumentet og ajourføre de endringer som løpende besluttes gjennomført. Administrativt samhandlingsutvalg bør formelt følge opp både overfor helseforetaket og kommunene gjennom tertialvis rapportering kombinert med felles drøftingsseminarer. Administrativt samhandlingsutvalg bør sammen med partene medvirke til at det utarbeides en felles prosedyre for oppfølgingen.

8.2 Forvaltning og ajourhold

Med utgangspunkt i felles oppfølgingsprosedyrer og koordinert beslutningsstruktur hos partene bør neste generasjon plan være konsentrert mot etablering av mål, tjenester/oppgaver og organisasjonsmessige tiltak. Dette med sikte på å ajourføre aktuelle tiltak for kompetanseutvikling og rekruttering. Basisopplæring innenfor de systemorienterte tiltaksområdene og de mest opplagte helse- og omsorgsfaglige områdene bør likevel kunne gjennomføres uten at alle rammer og mål er lagt.

Administrativt samhandlingsutvalg bør ha en sentral rolle i å utvikle og konkretisere de spesifikke opplæringstiltakene, tildele ansvar og invitere til gjennomføring. Det vil sannsynligvis være mulig å inngå avtale med ulike leverandører av opplæringstiltak allerede høsten 2012, mens de tiltak som vil kreve større økonomiske uttelling for partene og deres deltakelse, naturlig må trekkes inn i partenes årsbudsjetter og økonomiplaner.

Momenter som er aktuelle å følge med på for Administrativt samhandlingsutvalg vil kunne være:

- Type og antall gjennomførte opplæringstiltak
- Deltakelse per tiltak, kommune og foretak
- Resultatoppgjør etter konkrete kriterier
- Iverksatte utviklingstiltak per kommune og foretak
- Nytteverdi etter konkrete kriterier
- Tilfredshet og viktighetsindex

8.3 Roller og ansvarsfordeling

Administrativt samhandlingsutvalg bør spille en nøkkelrolle i koordineringen av aktuelle tiltak enten de gjelder mellom kommuner, mellom kommuner og helseforetak eller mellom kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner.

Administrativt samhandlingsutvalg bør på vegne av kommuner og helseforetak ta initiativ overfor universitet og høyskoler med sikte på å utvikle kompetansetiltak (videre- og etterutdanning) og fellesprosjekter som er kostnadseffektive for deltakerne, praksisnære og som gir høyt faglig utbytte. Utvalget må her sørge for å plassere ansvar i det videre arbeidet med planens anbefalinger. Administrativt samhandlingsutvalg bør også formalisere møteplasser (fagdager, nettverksmøter, gjensidig hospitering og lignende) for aktørene med sikte på gjensidig kompetanseoverføring, relasjonsutvikling og løsning av praktiske utfordringer. På noen fagområder kan det være naturlig at kommuner danner sine "faglige klynger" i form av formalisert interkommunalt samarbeid. Dette kan være i form av vertskapsløsninger for andre kommuner basert på spesiell kompetanse i en eller flere av kommunene, geografisk beliggenhet eller evt felles praktiske utfordringer/prosjekter. Administrativt samhandlingsutvalg bør kunne spille en aktiv rolle som fasilitator og utvikler av slike samhandlingsløsninger.

Helse Møre og Romsdal HF bør primært bidra med kompetanseoverføring av spesialistkompetanse. Dette på en slik måte at kommunenes helse og omsorgstjeneste utvikler sin egen fagkompetanse og kan utføre nye oppgaver på egen hånd. Samtidig at helseforetaket på sin side kan frigjøre tid til ytterligere spesialisering i sin tjenesteyting. Helseforetaket kan med fordel videreutvikle ordninger som ambulerende palliativt team til å gjelde for andre fagområder og på den måten samhandle med, støtte og videreutvikle det kommunale tjenesteapparatet. Kommunene vil kunne være særlig tjent med at helseforetaket strukturerte og målrettet felles opplæringstilbud for sine pasienter og deres pårørende i større grad enn tilfellet er i dag. I noen tilfeller vil det også være hensiktsmessig at det kommunale hjelpeapparatet var til stede på slik opplæring dersom det er aktuelt med tjenesteyting og faglig/praktisk oppfølging fra kommunen. Dette vil være et viktig arbeid for å styrke pasientenes egen mestring og egenbehandling.

Kommunene har ansvaret for å dekke behovet for helse og omsorgstjenester for sine innbyggere og personer som ellers oppholder seg i kommunen. I henhold til folkehelseloven har kommunene et særlig ansvar for å i verksette målrettede tiltak av forebyggende karakter og som sikrer god helse på sikt. Særlig gjelder dette innenfor store og komplekse fagområder som rus og psykisk helse. Etter hvert har kommunene også ansvaret for døgnbasert øyeblikkelig hjelp. For å lykkes vil kommunene i sin tjenesteyting være særlig avhengig av et nært og strukturert samspill med aktørene i spesialisthelsetjenesten. Dette fordrer imidlertid at kommunene har mål og rammer for sin tjenesteyting og organiserer denne på en slik måte at det er tydelig og forutsigbart hvor og hvordan spesialisthelsetjenesten og kommunen bør samvirke. Særlig i Samhandlingsreformens første faser vil det være viktig å trygge innbyggerne på en fullverdig og riktig behandling utenfor sykehus både på kort og lang sikt. Kommunene har en særlig rolle å spille her.



9 Vedlegg

9.1 Situasjonsbeskrivelse av de samarbeidende aktørene

I det følgende gis det en situasjonsbeskrivelse av de aktuelle kommunene i Sunnmørsregionen og Helse Møre og Romsdal HF³². Det presenteres sentrale befolkningstall for de enkelte kommunene, da størrelse og befolkningsutvikling er sentralt i forhold til vurderinger rundt kompetansebehov, rekruttering og tilgang på personell. Over halvparten av kommunene defineres som små kommuner etter innbyggertall³³, og et betydelig antall kommuner har en høyere andel eldre (over 80 år) enn landsgjennomsnittet. Samlede oversikter for alle kommunene i forhold til befolkning finnes i vedlegg 9.2. Kommunene beskrives også i forhold til status på helsefremmende og forebyggende tiltak, og situasjonsbeskrivelse av helse- og sykdomsbildet i kommunen. Dette kan både gi indikasjoner på prioriterte områder og utfordringer i forhold til ulike pasientgrupper. I vedlegg 9.3 presenteres en oversikt over folkehelsekoordinatorene i regionen og deres organisatoriske tilknytting. Situasjonsbeskrivelsen inneholder videre enkle beskrivelser av kapasitet og omfang av kommunehelsetjenestene, og kompetanse- og rekrutteringsbehov pr. kommune. Dette er naturlig nok sentralt i forhold til anbefalinger og foreslåtte tiltak senere i planen.

Helse Møre og Romsdal HF er kort beskrevet i forhold til størrelse, organisering, samt prioriterings- og satsningsområder. Det er også beskrivelser av helseforetakets rolle i arbeidet med samhandlingsreformen og hvordan de skal samarbeide med kommunene.

9.1.1 Ålesund kommune

Ålesund er blant de 20 største byene i Norge og fungerer som et knutepunkt for tjenester og kommunikasjon for hele Sunnmøre.

9.1.1.1 Befolkning

Det har generelt vært befolkningsvekst i kommunen de siste 5 årene. Befolkningen vil også øke jevnt i alle aldersgrupper i de neste 10 årene.

9.1.1.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011³⁴:

Folkemengde 1.1.2012: 44 416	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	195	180	277	215	231
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	253	307	390	471	508
Folketilvekst	448	487	667	686	739
Folkemengde (1.januar)	41 385	41 833	42 320	42 987	43 670

Tabell 14

³² Basert på statistikk fra SSB, Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet, samt intervjuer med de respektive kommunene.

³³ Små kommuner defineres som kommuner med opptil 5000 innbyggere.

³⁴ SSB Befolkningsstatistikk. Befolkningsendringer i kommunene, 1951-2012 (samme kilde for alle kommunene)

9.1.1.1.2 Befolkningssammensetning og -fremskrivning 2011-2021³⁵

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17 år	9956	22,7	25	10666	11591	12374	12742
18-66 år	28241	64,6	61,8	30532	32155	33291	34104
67-79 år	3483	7,9	8,7	4353	5338	6067	6477
80 +	1990	4,5	4,4	2040	2092	2512	3195
Totalt	43670			47591	51176	54244	56518

Tabell 15

Ålesund har flere personer i alderen 18-66 år enn landsgjennomsnittet, men et lavere antall mellom 0-17 år i forhold til landsgjennomsnittet. Ålesund har ikke betydelig antall flere eldre enn landsgjennomsnittet.

9.1.1.2 Helse

9.1.1.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Ålesund ønsker å aktivisere eldre gjennom seniorsenter/eldresenter og frisklivssentral. Fokuset skal være på ernæring, sosialt felleskap, aktivitet, forbygging i hjemmet o.l.

Kommunen er prosjektdeltaker i et midtnorsk prosjekt innenfor velferds- og omsorgsteknologi. Den deltar også i et fagutviklingsprosjekt sammen med HF for rehabilitering av slagpasienter i hjemmet og ønsker å ha et målrettet fokus på rehabilitering. Ålesund er vertskommune for Utviklingssenter for hjemmetjenester i Møre og Romsdal.

9.1.1.2.2 Helse og sykdom

Ålesund ligger under landsgjennomsnittet, både når det gjelder hjerte- og karsykdommer som er målt ved antall pasienter behandlet i sykehus, og KOLS, astma, type 2 diabetes og psykiske lidelser som er målt ved bruk av legemidler.

9.1.1.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)³⁶

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	1235	282,8	309,9	254,3
Helsefagarbeider/hjelpepleiere	373,9	85,6	98,1	75,0
Sykepleier	283,2	64,9	70	52,1
Barnevernspedagog	44,7	10,2	7,9	7,65
Vernepleier	17,7	4,1	10,2	13,5
Ergoterapeut	8,9	2,0	2,3	3,0
Fysioterapeut	7,7	1,8	3,4	3,9
Psykolog	-	-	0,2	0,4
Leger (i alt)³⁷	37,2	8,5	8,3	7,9

Tabell 16

³⁵ SSB, Befolkning, framskrevet folkemengde

³⁶ SSB, sysselsatte/årsverk med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenester i kommunal forvaltning, etter sektor (samme kilde for alle kommuner)

³⁷SSB, Legeårsverk i kommunehelsetjenestene (samme kilde for alle kommuner)

9.1.1.2.4 Kompetansebehov

Ålesund uttrykker behov for tverrfaglig samhandlingskompetanse mellom HF og kommunen. Det er pr i dag ingen samhandlingsfora mellom HF og kommunen. Ålesund ser også utfordringer med fragmenterte pasientforløp og det er nødvendig med et mer helhetlig perspektiv, spesielt i samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjenesten. Det er et behov for å kartlegge pasientforløpene i kommunen. Det er også ønske om å etablere et nettverk for de store pasientgruppene, f.eks kreft, kols og palliasjon.

Nedleggelsen av Nevrohjemmet i Ålesund vil også medføre et krav til økt kompetanse. Det er i tillegg kompetansebehov innenfor folkehelse, miljørettet arbeid og rehabilitering.

Kommunen vektlegger viktigheten av å ha tydelig prioriterte områder; rehabilitering, samhandlingskompetanse, observasjon, helhetlige pasientforløp, forebyggende arbeid og forskning. Det er også et behov for å etablere akutt plasser.

9.1.1.2.5 Oversikt over legeårsverk³⁸

- Kommunalt ansatte leger 2 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 0,5)
- Næringsdrivende fastleger 32 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 7,3)
- Leger utenfor fastlegeordningen 3,2 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 0,7)

9.1.1.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)³⁹

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	3546	79,8	16258	2476	55,7
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	923	463,8	5744	569	285,9

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 17

9.1.1.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Ålesund har pr. i dag ikke spesielle rekrutteringsutfordringer. Dette kan relateres til at kommunen har god tilflytting og befolkningsvekst.

³⁸ SSB, Legeårsverk i kommunehelsetjenestene 2010 (samme kilde for alle kommuner)

³⁹ Helsedirektoratet

9.1.2 Vanylven kommune

Vanylven kommune ligger lengst sørvest på Sunnmøre og grenser i nord (over Rovdefjorden) til Sande og Herøy, i øst mot Volda, i sør mot Eid og Vågsøy og i sørvest mot Selje. Kommunen består av flere bygder og kommunesenteret ligger i Fiskå

9.1.2.1 Befolkning

Vanylven har hatt en negativ befolkningsvekst de siste årene og denne trenden vil fortsette de neste årene. Andelen eldre i befolkningssammensetningen vil øke.

9.1.2.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 3388	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	-9	4	-20	-22	-14
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	3	-39	-3	-32	-15
Folketilvekst	-6	-36	-23	-54	-29
Folkemengde (1.januar)	3 536	3 530	3 494	3 471	3 417

Tabell 18

9.1.2.1.2 Befolkningssammensetning og -fremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	699	20,6	25	633	568	567	541
18-66 år	2079	61,4	61,8	2045	1912	1746	1634
67-79 år	401	11,8	8,7	490	586	613	564
80 +	238	7,0	4,4	225	228	278	350
Totalt	3417			3393	3294	3204	3089

Tabell 19

Vanylven har en høyere andel eldre og lavere andel yngre mennesker enn landsgjennomsnittet.

9.1.2.2 Helse

9.1.2.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Vanylven ønsker å ha fokus på folkehelse (fysisk aktivitet, kosthold, rus, stresshåndtering). Kommunen ønsker særlig å satse på forebygging i ung alder.

Vanylven har ikke lenger frivillighetssentral, da denne ble nedlagt for noen år tilbake. Frivillige organisasjoner består hovedsakelig av eldre personer med begrenset kapasitet.

Vanylven har pr i dag kommet langt i forhold til samhandlingsreformen. De skal f.eks søke midler om et lokalmedisinsk senter. Kommunen har også startet med øyeblikkelig-hjelp døgntilbud fra 1.januar 2012.

9.1.2.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mer utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet (30-74 år).

9.1.2.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.snitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	107	315,8	309,9	254,3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	34,5	101,8	98,1	75,0
Sykepleier	24,8	73,1	70	52,1
Barnevernspedagog	0	0,0	7,9	7,65
Vernepleier	2,5	7,4	10,2	13,5
Ergoterapeut	0	0,0	2,3	3,0
Fysioterapeut	2,3	6,8	3,4	3,9
Psykolog	0	0,0	0,2	0,4
Leger (i alt)	6,0	17,6	8,3	7,9

Tabell 20

9.1.2.2.4 Kompetansebehov

Kommunen har mange medarbeidere med lang erfaring og høy kompetanse. Det er behov for økt kompetanse innenfor rehabilitering. Kommunen har også behov for flere sykepleiere i forhold til hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Sykepleierkompetansen bør særlig være innenfor akutt, klinisk sykepleie, palliasjon og diabetes.

9.1.2.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 1,1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 3,4)
- Næringsdrivende fastleger 3,9 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 11,3)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 2,9)

9.1.2.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	371	109,5	1477	254	74,9
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	110	462,2	554	70	294,1

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 21

9.1.2.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Kommunen har ikke hatt spesielle utfordringer til nå, men ser at det i fremtiden kan bli en utfordring å rekruttere sykepleiere og helsefagarbeidere.

9.1.3 Sande kommune

Sande kommune er en øykommune like nord for Stadt. Kommunen grenser til Herøy i nord og øst, til Vanylven i sør og til Selje i Sogn og Fjordane i vest.

9.1.3.1 Befolkning

Sande har hatt en negativ befolkningsutvikling de siste årene, med unntak av 2010. Frem mot 2021 vil folketallet øke for alle aldersgrupper, med unntak av gruppen 0-17 år.

9.1.3.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 2588	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	-11	3	-12	-3	-12
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	-13	36	-11	110	-25
Folketilvekst	-24	39	-23	107	-37
Folkemengde (1.januar)	2 526	2 502	2 541	2 518	2625

Tabell 22

9.1.3.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17 år	539	20,5	25	562	546	541	520
18-66 år	1611	61,4	61,8	1762	1855	1866	1862
67-79 år	304	11,6	8,7	318	349	403	418
80 +	171	6,5	4,4	183	187	167	224
Totalt	2625			2825	2937	2977	3024

Tabell 23

Sande har en høyere andel eldre og en lavere andel yngre mennesker enn landsgjennomsnittet.

9.1.3.2 Helse

9.1.3.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Sande samarbeider med Herøy og helseforetaket om et kompetanseprosjekt innenfor geriatri. I tillegg samarbeider kommunen med høyskolen i Molde (og Møre og Romsdal fylkeskommune) om en desentralisert utdanning innen vernepleie. Kommunen er en del av 7-stjerne samarbeidet mellom de 7 nabokommunene på Søre Sunnmøre.

Kommunen har fått etablert frivillighetssentral fra 2012 og ønsker gjennom denne sentralen særlig å sette fokus på livsstilssykdommer og fysisk aktivitet.

9.1.3.2.2 Helse og sykdom

I Sande er det færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mer utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet (30-74 år).

9.1.3.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.snitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	107	413,5	309,9	254,3
Helsefagarbeider/hjelpepleier	31,6	122,1	98,1	75,0
Sykepleier	19,3	74,6	70	52,1
Barnevernspedagog	6,1	23,5	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	0	0	2,3	3,0
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	3	11,4	8,3	7,9

Tabell 24

9.1.3.2.4 Kompetansebehov

Sande kommune har behov for økt kompetanse innenfor rehabilitering, psykisk helse, palliasjon, demens og observasjon. Behovet skyldes delvis hvilke områder og pasientgrupper kommunen forventer en økning i etterspørsel etter tjenester og hvilke områder kommunen har kompetanseutfordringer i dag. Det kan bli en utfordring å ha kompetanse hele døgnet på avanserte behandlingsformer.

Kommunen ser det som en mulighet å fylle kompetansegapet ved å sende personell på videreutdanning.

9.1.3.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Næringsdrivende fastleger 2 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 7,6)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 3,9)

9.1.3.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	307	118,6	1274	203	78,4
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	82	479,5	426	49	286,5

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 25

9.1.3.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Det er en utfordring både å rekruttere og beholde gode leger i Sande kommune. Kommunen har pr i dag 3 fastleger. Utfordringen ligger i at mange leger ønsker heller å jobbe på sykehus eller i nabokommuner med vekst. Det er også vanskelig å rekruttere nok hjelpepleiere.

9.1.4 Herøy kommune

Herøy kommune består av åtte øyer, hvor syv av dem er knyttet sammen med bruer. Den grenser i sørvest mot Sande, over Rovdefjorden i sør mot Vanylven og Volda, og mot Ulstein i øst. Fosnavåg er kommunesenteret

9.1.4.1 Befolkning

Kommunen har hatt en liten befolkningsvekst de siste årene, med unntak av 2009. Folketallet vil øke moderat i alle aldersgrupper de neste 10 årene.

9.1.4.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 8727	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	21	21	15	19	59
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	11	-25	19	131	135
Folketilvekst	32	-4	34	150	194
Folkemengde (1.januar)	8321	8353	8349	8383	8533

Tabell 26

9.1.4.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	2029	23,2	25	2060	2109	2141	2141
18-66 år	5276	60,4	61,8	5589	5612	5581	5435
67-79 år	798	9,1	8,7	958	1144	1263	1370
80 +	430	4,9	4,4	450	466	544	688
Totalt	8533			9047	9331	9529	9634

Tabell 27

Herøy har en høyere andel eldre og en lavere andel yngre enn landsgjennomsnittet.

9.1.4.2 Helse

9.1.4.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Herøy er en del av 7-stjernenettverket som er et samarbeid mellom de 7 nabokommunene på Søre Sunnmøre. Kommunen deltar også i et prosjekt på geriatrikompetanse i samarbeid med Sande og helseforetaket.

Det jobbes forebyggende med barn og unge, og hjemmetjenesten får opplæring i å forebygge rus i hjemmet. Kommunen har et eget dagsenter for demente og pårørendeskole mot demens. Det er en folkehelsekoordinator i 50 % stilling som deles med Sande, Ulstein og Hareid.

Kommunen er langt fremme på bruk av IKT, og har gode systemer for internkontroll og samhandling.

9.1.4.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mer utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.4.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.snitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	214	245,2	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleier	63,6	72,9	98,1	75,0
Sykepleier	53,2	60,9	70	52,1
Barnevernspedagog	4,5	5,2	7,9	7,65
Vernepleier	2,9	3,3	10,2	13,5
Ergoterapeut	2,8	3,2	2,3	3,0
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	-	-	0,2	0,4
Leger (i alt)	8	9,4	8,3	7,9

Tabell 28

9.1.4.2.4 Kompetansebehov

Herøy mangler særlig kompetanse innenfor rehabilitering (fysioterapi og ergoterapi) og dobbeldiagnostikk (rus/psykisk helse, psykisk helse/demens). I tillegg er det behov for økt kompetanse innenfor kols, ortopedi og overvekt.

Det er også et behov for bedre kontakt og samhandling mellom legetjenesten og øvrige helse og - omsorgstjenester.

9.1.4.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Næringsdrivende fastleger 7 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 8,2)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 1,2)

9.1.4.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	371	42,4	1477	254	29,1
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	110	255,8	554	70	162,8

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 29

9.1.4.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Herøy har en utfordring i forhold til rekruttering av fysioterapeuter. Om noen år vil mange hjelpepleiere gå av med alderspensjon og det kan bli en utfordring å rekruttere erstatning for disse.

9.1.5 Ulstein kommune

Ulstein er en kommune på øya Hareidlandet på Sunnmøre i Møre og Romsdal, med kommunesenteret Ulsteinvik.

9.1.5.1 Befolkning

Ulstein har hatt befolkningsvekst de siste årene som vil fortsette de neste 10 årene.

9.1.5.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 7 828	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	34	12	65	53	30
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	71	95	346	237	46
Folketilvekst	105	106	409	290	77
Folkemengde (1.januar)	6841	6946	7052	7461	7751

Tabell 30

9.1.5.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	1957	25,2	25	2159	2305	2468	2613
18-66 år	4915	63,4	61,8	5931	6713	7227	7698
67-79 år	581	7,4	8,7	738	876	1000	1112
80 +	298	3,8	4,4	292	331	421	523
Totalt	7751			9120	10225	11116	11946

Tabell 31

Ulstein har en større andel yngre mennesker og en lavere andel eldre mennesker enn landsgjennomsnittet

9.1.5.2 Helse

9.1.5.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Kommunen har et godt samhandlingsklima og en bra samhandlingsavtale gjennom 7-stjerne samarbeidet (mellom 7 nabokommuner på Søre Sunnmøre). Gjennom 7 stjernenettverket deltar også Ulstein i et samarbeid med høyskolen i Molde om en desentralisert 4-årig vernepleierutdannelse.

Det er et ønske om å gjøre mer rehabilitering i hjemmet, og kommunen skal sette sammen et team med ulike kompetanse som kan reiser rundt i Ulstein.

9.1.5.2.2 Helse og sykdom

Antall personer som bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet. Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mer utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet (30-74 år).

9.1.5.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.nitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	163	210,3	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	35	44,7	98,1	75,0
Sykepleier	33,4	42,6	70	52,1
Barnevernspedagog	13	16,6	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	-	-	2,3	3,0
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	6,9	9,0	8,3	7,9

Tabell 32

9.1.5.2.4 Kompetansebehov

Ulstein kommune har behov for økt kompetanse innenfor rehabilitering, demens, personer med store adferdsproblemer, rus og psykisk helse. En utfordring vil også være å ha riktig kompetanse på jobb og nok kapasitet. Kommunen trenger mer kapasitet, særlig innen hjerte, lunge og kirurgi, samt kapasitet til å ha døgnkontinuerlig kompetanse.

Det er generelt et behov for mer samhandlingskompetanse og gode samhandlingsarenaer.

9.1.5.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 0,6 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 0,8)
- Næringsdrivende fastleger 6,3 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 8,2)

9.1.5.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	637	81,4	2475	457	58,3
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	120	402,7	676	82	275,2

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 33

9.1.5.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Det er ikke store rekrutteringsutfordringer og kommunen får stort sett mange søkere på de fleste stillinger. Ulstein har likevel mange ufaglærte i småstillinger og ofte få søkere til disse stillingene.

9.1.6 Hareid kommune

Hareid ligger på øya Hareidlandet. Vest på samme øya ligger Ulstein kommune. Hareid er omgitt av øykommunene Giske og Sula i nord og øst, og Ørsta over Vartdalsfjorden.

9.1.6.1 Befolkning

Hareid har hatt en liten befolkningsøkning hvert år de siste fem årene. Folketallet vil følge samme utvikling de neste 10 årene.

9.1.6.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 5000	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	-1	37	26	8	44
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	67	39	16	65	24
Folketilvekst	66	76	42	73	68
Folkemengde (1.januar)	4 675	4 741	4 817	4 859	4 932

Tabell 34

9.1.6.1.2 Befolkningssammensetning og -fremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	1167	23,7	25	1253	1371	1439	1421
18-66 år	3086	62,6	61,8	3495	3634	3778	3870
67-79 år	417	8,5	8,7	486	615	703	761
80 +	262	5,3	4,4	255	258	282	362
Totalt	4932			5489	5878	6202	6414

Tabell 35

Hareid har en høyere andel eldre mennesker enn landsgjennomsnittet. For de øvrige gruppene er det ikke store forskjeller fra landsgjennomsnittet.

9.1.6.2 Helse

9.1.6.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Hareid ønsker å gjøre det mer attraktivt for helsepersonell å jobbe i kommunene kontra helseforetaket, gjennom å øke kompetanse og lage et attraktivt arbeidsmiljø.

Kommunen er i gang med en omlegging i drift på omsorg til mer hjemmebasert omsorg.

Kommunen trenger flere frivillige og støttekontakter via frivillighetssentralen.

9.1.6.2.2 Helse og sykdom

Flere personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerter- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet (30-74 år).

9.1.6.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	101	202,0	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	39,5	79	98,1	309,7
Sykepleier	30,7	61,4	70	51,8
Barnevernspedagog	3,8	7,6	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	-	-	2,3	3
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	4,7	9,5	8,3	7,9

Tabell 36

9.1.6.2.4 Kompetansebehov

Hareid har behov for økt kompetanse innenfor demens, rehabilitering, palliasjon (kreftsykepleie) og øyeblikkelig hjelp. Kommunen ser særlig utgående forløp som en stor utfordring.

9.1.6.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Næringsdrivende fastleger 4,7 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 9,5)

9.1.6.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	476	95,2	1909	322	64,4
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	96	366,4	473	65	248,1

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 37

9.1.6.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Ingen helt konkrete rekrutteringsutfordringer. Utfordringene er knyttet til stillingsprosent og lønn.

9.1.7 Volda kommune

Volda ligger ved Voldsfjorden, der kommunesenteret Volda ligger, med tettstedet Folkestad på vestsiden. Fjorden har sidearmene Dalsfjorden, Austefjorden og Kilsfjorden. Volda grenser i nord og øst til Ørsta, i sør til Hornindal og Eid og i vest til Vanylven. Vest for åpningen til Voldsfjorden er kommunene Herøy og Ulstein.

9.1.7.1 Befolkning

Volda har hatt en befolkningsøkning på ca 50-100 personer de siste fem årene. Veksten vil fortsette likt de neste 10 årene.

9.1.7.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 8 693	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	37	35	29	10	-
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	53	68	34	81	38
Folketilvekst	89	103	64	82	38
Folkemengde (1.januar)	8 317	8 406	8 509	8 573	8 655

Tabell 38

9.1.7.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17 år	2057	23,8	25	2084	2290	2480	2577
18-66 år	5328	61,6	61,8	5621	5753	5850	5939
67-79 år	775	9,0	8,7	978	1139	1230	1253
80 +	495	5,7	4,4	450	452	542	691
Totalt	8655			9133	9634	10102	10460

Tabell 39

Volda har en høyere andel eldre mennesker enn landgjennomsnittet.

9.1.7.2 Helse

9.1.7.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Volda er folkehelsekommune, med egen folkehelsekoordinator (60 %) og frisklivssentral. Den ligger på norgestoppen når det gjelder forebyggende arbeid. Kommunen ønsker å fokusere på aktivitet og kosthold, samt forebyggende hjemmebesøk. Volda har også forebyggende hjemmehjelp til 80+ personer, som nettopp er etablert. Det jobbes med å skape gode oppvekts og levevilkår i kommunen, og Volda har kommunal rusomsorg som samarbeider med lærere (informasjon til skoleelever).

Volda har fokus på utskrivingsklare pasienter og har opprettet en korttidsavdeling på sykehjemmet. I tillegg har de styrket kompetansen ved å ansette en fysioterapeut og sykehjemslege.

Kommunen er en del av 7-stjerne samarbeidet mellom de 7 nabokommunene på Søre Sunnmøre.

9.1.7.2.2 Helse og sykdom

Flere personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerter- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet (30-74 år).

9.1.7.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.snitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	266	306,0	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	77,3	88,9	98,1	75,0
Sykepleier	56	64,4	70	52,1
Barnevernspedagog	16,8	19,3	7,9	7,65
Vernepleier	7	8,1	10,2	13,5
Ergoterapeut	-	-	2,3	3,0
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	78,3	9,6	8,3	7,9

Tabell 40

9.1.7.2.4 Kompetansebehov

Volda kommune har behov for økt kompetanse innenfor lindrende behandling, hjerte, lunge, nevrologi og rehabilitering. Kommunen ser det som en utfordring å kunne tilby mange helsetjenester i en liten kommune.

9.1.7.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 0,8 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 0,9)
- Næringsdrivende fastleger 7,5 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 8,6)

9.1.7.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	794	91,4	3549	541	62,4
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	244	492,9	1421	148	298,9

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 41

9.1.7.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Volda har pr. i dag ikke spesielle rekrutteringsutfordringer.

9.1.8 Ørsta kommune

Ørsta er den største landbrukskommunen i Møre og Romsdal. Den grenser i øst til Sykkylven og Stranda, i sør til Hornindal, og i sørvest til Volda. Nord for Vartdalsfjorden i nord ligger også kommunene Ulstein, Hareid og Sula.

9.1.8.1 Befolkning

Ørsta har hatt en befolkningsøkning på ca 50-100 personer de siste årene. Veksten vil fortsette likt de neste 10 årene.

9.1.8.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 10 398	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	14	21	29	18	21
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	-12	21	110	11	4
Folketilvekst	1	37	143	30	25
Folkemengde (1.januar)	10 162	10 163	10 200	10 343	10 373

Tabell 42

9.1.8.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	2407	23,2	25	2435	2518	2625	2634
18-66 år	6363	61,3	61,8	6519	6546	6499	6529
67-79 år	954	9,2	8,7	1122	1331	1486	1513
80 +	649	6,3	4,4	614	598	663	817
Totalt	10373			10690	10993	11273	11493

Tabell 43

Ørsta har en høyere andel eldre mennesker enn landgjennomsnittet.

9.1.8.2 Helse

9.1.8.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Ørsta har i dag størst fokus på pasientflyten og jobber med å få til dette på en god måte. Det er pr. i dag mer fokus på behandling enn forebygging.

Kommunen ønsker å fokusere mer på folkehelse. Kommunen ansatte en folkehelsekoordinator i 60 % stilling i 2011. Det skal etableres et frivillighetssenter, hvor mange yngre pensjonister kan bidra. I tillegg har kommunen et samlokalisert dagsenter som er et lavterskelsenter, eksempelvis sosialisering mot ensomhet. Demensomsorg vil bli større og det er behov for å etablere flere differensierte tilbud (herunder dagtilbud) i kommunen. Ørsta ønsker også et bedre samarbeid med pårørende.

9.1.8.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerter- og karsykdom ser ut til å være mer utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.8.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.snitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	276	265,4	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	110,8	106,6	98,1	75,0
Sykepleier	63,1	60,7	70	52,1
Barnevernspedagog	9	8,7	7,9	7,65
Vernepleier	6,8	6,5	10,2	13,5
Ergoterapeut	2,8	2,7	2,3	3,0
Fysioterapeut	3,2	3,1	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	12,2	11,7	8,3	7,9

Tabell 44

9.1.8.2.4 Kompetansebehov

Ørsta har ikke fått kartlagt alle områdene i forhold til kompetanse, men det er registrert behov for økt kompetanse innenfor miljøterapi, demens, rus og psykisk helse, habilitering og rehabilitering, sykepleiere i forhold til ulike diagnoser, eksempelvis smertelindring og kronikere.

Kommunen kommer til å trenge flere i pleie og omsorg, blant annet vernepleiere og spesialsykepleiere.

9.1.8.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 2,7 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 2,6)
- Næringsdrivende fastleger 8,5 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 8,2)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 1.0)

9.1.8.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	995	91,8	4345	695	66,8
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	297	457,6	1843	192	297,2

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 45

9.1.8.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Kommunen har per i dag opprettet 10 læreplasser i helsefagarbeid. Antall elever som søker lærer plass i kommunen varierer fra år til år. Kommunen har få faste stillinger å tilby lærlinger etter avsluttet læretid og dette gjør det utfordrende å rekruttere og beholde helsefagarbeidere. Det er i tillegg en utfordring å rekruttere sykepleiere og vernepleiere.

9.1.9 Ørskog kommune

Ørskog ligger på nordsiden av Storfjorden og er et bindeledd mellom de ytre kyststrøkene og de indre fjordbygdene på nordre Sunnmøre. Kommunesenteret er Sjøhold. Ørskog grenser til Vestnes kommune i nord og øst, til Stordal kommune i sør og til Skodje kommune i vest. Over Storfjorden i sørvest ligger Sykkylven kommune.

9.1.9.1 Befolkning

Ørskog har hatt en liten befolkningsvekst de siste årene og denne moderate veksten vil fortsette de neste 10 årene.

9.1.9.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 2202	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	1	-4	7	-9	7
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	31	27	-11	-9	75
Folketilvekst	31	23	-4	18	82
Folkemengde (1.januar)	2088	2119	2142	2138	2120

Tabell 46

9.1.9.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	466	22,0	25	494	517	538	535
18-66 år	1346	63,5	61,8	1350	1340	1310	1214
67-79 år	177	8,3	8,7	257	329	365	341
80 +	131	6,2	4,4	106	98	143	200
Totalt	2120			2207	2284	2356	2290

Tabell 47

Ørskog har en høyere andel mennesker over 80 år enn landsgjennomsnittet.

9.1.9.2 Helse

9.1.9.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Ørskog ønsker å utarbeide flere lokale sosiale arenaer og mer bruk av idrettshall, treningsstudio og turområder. De vil fokusere på kosthold og kostveiledning, røykeavvenning, fremme fysisk aktivitet ol. Kommunen bør få en mer systematisk kartlegging av folkehelseutfordringer som igjen gjør at de kan drive et mer systematisk forebyggende arbeid. Ørskog er med i ÅRU-prosjektet vedrørende velferdsteknologi. Kommunen har også etablert et eget prosjekt innen rus.

Det skal være et prioriteringsområde å øke kapasitet og kompetanse i sykehjem. Ørskog ønsker også å se på muligheter for å tilby bedre tjenester ovenfor unge demente.

Ørskog har stor aktivitet innen frivillige, og bør bli flinkere å utnytte denne ressursen.

9.1.9.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerter- og karsykdom ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. Utbredelsen av KOLS og astma hos voksne er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.9.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.nitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	84	381,5	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	26,9	122,2	98,1	75,0
Sykepleier	17,7	80,4	70	52,1
Barnevernspedagog	0	0,0	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	0	0,0	2,3	3,0
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	3,7	17,5	8,3	7,9

Tabell 48

9.1.9.2.4 Kompetansebehov

Ørskog har behov for økte kompetanse innenfor fysioterapi og ultralyd. Det er også et behov for økt kapasitet innenfor psykologtjenester.

9.1.9.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 0,9 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 4,3)
- Næringsdrivende fastleger 1,8 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 8,5)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 4,7)

9.1.9.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	165	74,9	597	127	57,7
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	41	320,6	199	31	236,6

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 49

9.1.9.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Ørskog har pr. i dag ikke spesielle rekrutteringsutfordringer.

9.1.10 Norddal kommune

Norddal kommune er en av de store jordbrukskommunene på Sunnmøre. Den grenser til Stordal i nordvest, Rauma i nord og øst, Skjåk i sørøst, og Stranda i sør og vest. Bygder i kommunen er Eidsdal, Fjørå, Tafjord, Valldal, og Norddal (Dalsbygda). Kommunesenteret ligger på Sylte i Valldal.

9.1.10.1 Befolkning

Norddal har hatt en negativ befolkningsutvikling de siste årene (nedgang). I løpet av de neste 10 årene vil folketallet reduseres ytterligere.

9.1.10.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 1 738	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	-4	-16	2	-6	-5
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	-51	25	29	-34	-18
Folketilvekst	-56	8	32	-40	-23
Folkemengde (1.januar)	1 817	1 761	1 769	1 801	1 761

Tabell 50

9.1.10.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	428	24,3	25	424	396	392	403
18-66 år	1009	57,3	61,8	1006	968	940	893
67-79 år	186	10,6	8,7	211	242	262	269
80 +	138	7,8	4,4	107	113	117	147
Totalt	1761			1748	1719	1711	1712

Tabell 51

Norddal har en høyere andel eldre mennesker i forhold til landsgjennomsnittet, og færre yngre mennesker enn landsgjennomsnittet.

9.1.10.2 Helse

9.1.10.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Norddal er en av 10 kommuner (i fylket) som er med i et frivillighetsprosjekt, og er i gang med å lage en frivillighetsplan som er ute på høring. Mye av den planen omhandler hvordan man kan bruke frivilligheten i det forebyggende arbeidet. Kommunen ønsker at folkehelsearbeid skal gjennomsyre planarbeidet.

9.1.10.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. Utbredelsen av KOLS og astma hos voksne er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet (30-74 år).

9.1.10.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.nitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	92	529,3	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	37,4	215,2	98,1	75,0
Sykepleier	11,4	80	70	52,1
Barnevernspedagog	-	-	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	0	0	2,3	3,0
Fysioterapeut	0	0	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	3	17	8,3	7,9

Tabell 52

9.1.10.2.4 Kompetansebehov

Norddal uttrykker at den største utfordringen i forhold til samhandlingsreformen vil være å ha nok kompetanse på plass 24/7. Kommunen mangler kompetanse innenfor jordmortjenester og rus. I tillegg er det en utfordring med tilgang til hyppig legekompentanse, akutt sykepleiere og veldferdsteknologi

9.1.10.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 5,7)
- Næringsdrivende fastleger 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 5,7)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 5,7)

9.1.10.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	192	110,5	740	135	77,7
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	53	384,1	304	36	266,7

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 53

9.1.10.2.7 Rekrutteringsutfordringer

Norddal har utfordringer med å rekruttere sykepleiere, jordmødre og vernepleiere.

9.1.11 Stranda kommune

Stranda kommune ligger ved Storfjorden på Indre Sunnmøre. Kommunesenteret er Stranda. Den grenser i nord til Stordal, i øst til Norddal og Skjåk, i sør til Stryn og Hornindal, og i vest til Ørsta og Sykkylven

9.1.11.1 Befolkning

Befolkningen i Stranda kommune har vært ganske stabil de siste 5 årene og vil ha en svak vekst de neste 10 årene.

9.1.11.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 4 602	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	25	-4	-5	-10	7
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	18	-6	3	57	18
Folketilvekst	43	-10	-2	44	27
Folkemengde (1.januar)	4 500	4 543	4 533	4 531	4 575

Tabell 54

9.1.11.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	1002	21,9	25	1002	1030	1121	1185
18-66 år	2754	60,2	61,8	2839	2939	2934	2880
67-79 år	518	11,3	8,7	572	595	620	643
80 +	301	6,6	4,4	306	308	341	397
Totalt	4575			4719	4872	5016	5105

Tabell 55

Stranda har en høyere andel eldre og en lavere andel yngre mennesker enn landsgjennomsnittet.

9.1.11.2 Helse

9.1.11.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Stranda gjør mye innenfor forebygging, eksempelvis innefor idrett, mosjon, reumatiker, skole. Det er ønskelig med mer samarbeid mellom hjemmehjelp og frivillighet.

Kommunen har også et eget prosjekt for kompetansebygging innen rus, og har flere personer som er utdannet innenfor forebyggende arbeid i forhold til rus.

9.1.11.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet (30-74 år).

9.1.11.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.snitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	141	306,4	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	47,7	103,7	98,1	75,0
Sykepleier	30,4	66,1	70	52,1
Barnevernspedagog	3,8	8,3	7,9	7,65
Vernepleier	3	6,5	10,2	13,5
Ergoterapeut	0	0	2,3	3,0
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	5	10,9	8,3	7,9

Tabell 56

9.1.11.2.4 Kompetansebehov

Stranda har utfordringer kompetansemessig til å kunne gjennomføre intensjonene i samhandlingsreformen, og trenger hovedsakelig barnevernspedagoger, miljøterapeuter, ergoterapeuter, fysioterapeuter og kompetanse innenfor demens og rehabilitering.

9.1.11.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 4 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 8,7)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 2,2)

9.1.11.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	363	78,8	1927	263	57,1
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	83	275,7	660	62	205,9

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 57

9.1.11.2.7 Rekrutteringsutfordringer

Det er en utfordring at det nesten ikke er norske søkere innenfor helsefag.

9.1.12 Stordal kommune

Stordal kommune ligger ved Storfjorden og har kommunesenteret i Stordal. Den grenser i nordvest til Ørskog, i nord mot Vestnes, i øst mot Rauma, i sørøst mot Norddal, i sør mot Stranda og i vest til Sykkylven.

9.1.12.1 Befolkning

Stordal har hatt en lav befolkningsvekst de siste fem årene og den lave veksten vil fortsette de neste ti årene.

9.1.12.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 1026	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	2	11	-5	-	-6
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	-7	11	34	-8	10
Folketilvekst	-5	22	29	-8	4
Folkemengde (1.januar)	984	979	1001	1030	1022

Tabell 58

9.1.12.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	256	25,0	25	255	247	245	263
18-66 år	600	58,7	61,8	638	667	674	656
67-79 år	108	10,6	8,7	110	124	135	170
80 +	58	5,7	4,4	59	59	66	75
Totalt	1022			1062	1097	1120	1164

Tabell 59

Stordal har et høyere antall eldre mennesker enn landsgjennomsnittet.

9.1.12.2 Helse

9.1.12.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Stordal ønsker å ha et fokus på forebygging i forhold til røyking og KOLS. Kommunen har frivillighetssentral.

9.1.12.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.12.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.nitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	36	350,9	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	14,7	143,3	98,1	75,0
Sykepleier	6,3	61,4	70	52,1
Barnevernspedagog	0	0	7,9	7,65
Vernepleier	0	0	10,2	13,5
Ergoterapeut	-	-	2,3	3,0
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	2	19,6	8,3	7,9

Tabell 60

9.1.12.2.4 Kompetansebehov

Stordal trenger kompetanse innen psykisk helse, generell spesialsykepleie, demens, rehabilitering,

I tillegg trenger de døgntilgjengelig kompetanse og mangler pr i dag lege for dette. Kommune trenger også å bygge opp et dagtilbud til yngre (dvs. aktivitørkompetanse).

9.1.12.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 9,8)
- Turnusleger 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 9,8)

9.1.12.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	79	76,9	406	57	55,5
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	19	327,6	132	10	172,4

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 61

9.1.12.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Det er utfordrende å få høyt utdannede personer til å søke jobber i Stordal.

9.1.13 Sykkylven kommune

Sykkylven ligger ved Storfjorden og grenser i øst til Stordal og Stranda og i sørvest til Ørsta. Nord for Storfjorden ligger kommunene Ålesund, Skodje og Ørskog.

9.1.13.1 Befolkning

Sykkylven har hatt en liten befolkningsvekst de siste årene og den lave veksten vil fortsette i årene fremover.

9.1.13.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 7 664	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	7	11	44	42	21
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	16	61	-20	28	-20
Folketilvekst	24	74	24	73	2
Folkemengde (1.januar)	7 467	7 491	7 565	7 589	7 662

Tabell 62

9.1.13.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	1852	24,2	25	1869	1857	1890	1894
18-66 år	4770	62,3	61,8	4910	5007	5005	5025
67-79 år	647	8,4	8,7	805	1005	1149	1162
80 +	393	5,1	4,4	393	381	450	594
Totalt	7662			7977	8250	8494	8675

Tabell 63

Sykkylven har flere eldre mennesker over 80 år enn landsgjennomsnittet.

9.1.13.2 Helse

9.1.13.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Sykkylven ønsker å satse mer på rehabilitering og forebygging. Kommunen har mange med spesialutdanning innen psykisk helse, geriatri, demens, kreft, og rehabilitering. Kommunen bør samhandle om forebygging i en faster form enn tidligere.

Pr. i dag er det helsestasjonen som driver forebyggende arbeid og da spesielt med fokus på yngre. Eksempelvis er det startet et turopplegg (fjøre til fjells) og utarbeidet ny lysløype.

Sykkylven er en aktiv MOT kommune som arrangerer rusfrie arrangement. Kommunen har også frivillighetssentral og forsøker å engasjere f.eks. pensjonister i frivillig arbeid.

9.1.13.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. Utbredelsen av KOLS og astma hos voksne er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.13.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.snitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.snitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	176	229,6	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	37,6	49,1	98,1	75,0
Sykepleier	54,5	71,1	70	52,1
Barnevernspedagog	-	-	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	0	0	2,3	3,0
Fysioterapeut	-	-	3,4	3,9
Psykolog	1,5	1,9	0,2	0,4
Leger (i alt)	5,3	7	8,3	7,9

Tabell 64

9.1.13.2.4 Kompetansebehov

Sykkylven trenger vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og økt kompetanse innefor geriatri, rus, kreft, kols, slag, diabetes, intensiv, livsstilssykdommer (overvekt) og beinbrudd.

9.1.13.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Næringsdrivende fastleger 5,3 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 7,0)

9.1.13.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	537	70,1	2379	409	53,4
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	118	300,3	723	85	216,3

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 65

9.1.13.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Sykkylven har utfordringer med å rekruttere sykepleiere innen psykisk helse.

9.1.14 Skodje kommune

Skodje er en middels stor kommune sentralt i Ålesundsregionen. Den grenser mot Haram i nord, Ørskog i øst og Ålesund i vest. Over Storfjorden mot sør ligger Sykkylven kommune.

9.1.14.1 Befolkning

Skodje har hatt en svak, jevn befolkningsvekst de siste årene. Denne utviklingen vil fortsette de neste årene.

9.1.14.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 4 184	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	9	43	17	34	26
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	74	107	25	101	79
Folketilvekst	82	151	43	135	105
Folkemengde (1.januar)	3 668	3 750	3 901	3 944	4 079

Tabell 66

9.1.14.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	1063	26,1	25	1203	1331	1487	1552
18-66 år	2583	63,3	61,8	2879	3131	3356	3577
67-79 år	277	6,8	8,7	384	528	595	619
80 +	156	3,8	4,4	158	158	197	296
Totalt	4079			4624	5148	5635	6044

Tabell 67

Skodje har et høyere antall yngre og lavere antall eldre mennesker enn landsgjennomsnittet.

9.1.14.2 Helse

9.1.14.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Skodje ønsker å ha fokus på forebygging og folkehelse i årene fremover, blant annet gjennom å åpne en frisklivssentral. Det er ønskelig at pasienter skal få gode tilbud i nærmiljøet (lokalmiljøet).

Skodje har også styrket NAV-kontoret med 1 ny stilling, miljøterapeut på rusfeltet.

9.1.14.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. Utbredelsen av KOLS og astma hos voksne er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.14.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.nitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	119	284,4	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	36,3	86,8	98,1	75,0
Sykepleier	27,5	65,7	70	52,1
Barnevernspedagog	5,1	9,1	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	0	0	2,3	3,0
Fysioterapeut	1	2,4	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	4,8	11,8	8,3	7,9

Tabell 68

9.1.14.2.4 Kompetansebehov

Kommunen har ikke ergoterapeut og habilitering og rehabilitering er en stor utfordring. Det kan være et godt alternativ å samarbeide med andre kommuner om slike stillinger. I tillegg trenger Skodje kompetanse innenfor Geriatri.

9.1.14.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 0,8 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 2,0)
- Næringsdrivende fastleger 3,0 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 7,4)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 2,5)

9.1.14.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	367	87,7	1521	260	62,1
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevenende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	79	506,4	499	42	269,2

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 69

9.1.14.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Skodje har problemer med å rekruttere vernepleiere. I tillegg må det ansettes en kommunelege våren 2013 og det kan bli utfordrende.

9.1.15 Sula kommune

Sula er en øykommune og den yngste kommunen i Møre og Romsdal. Administrasjonssenteret er Langevåg. Kommunen grenser til Ålesund, Hareid og Ørsta.

9.1.15.1 Befolkning

Sula har hatt en jevn befolkningsvekst de siste årene som vil fortsette de neste 10 årene.

9.1.15.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 8 256	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	38	46	54	77	76
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	48	102	97	86	90
Folketilvekst	88	152	153	165	160
Folkemengde (1.januar)	7 538	7 626	7 778	7 931	8 096

Tabell 70

9.1.15.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	2063	25,5	25	2279	2479	2652	2755
18-66 år	4975	61,5	61,8	5397	5773	6014	6361
67-79 år	654	8,1	8,7	783	955	1142	1145
80 +	404	5,0	4,4	408	390	456	571
Totalt	8096			8867	9597	10264	10832

Tabell 71

Befolkningssammensetningen på Sula er ganske lik landsgjennomsnittet, med unntak av at det er flere eldre mennesker over 80 år enn landsgjennomsnittet.

9.1.15.2 Helse

9.1.15.2.1 Tiltak og forebyggende arbeid

Sula har jobbet mye med forebygging og har et stort spekter av basistilbud, f.eks natursti, idrettshaller, fritidsklubb, rikt kulturliv, MOT kommune ol. Fokus på forebygging av livsstilssykdommer blir også viktig i fremtiden.

9.1.15.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.15.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.nitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	201	243,5	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	65,9	79,8	98,1	75,0
Sykepleier	50,5	61,2	70	52,1
Barnevernspedagog	5,7	6,9	7,9	7,65
Vernepleier	6,8	8,2	10,2	13,5
Ergoterapeut	-	-	2,3	3,0
Fysioterapeut	3,3	4,0	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	6,8	8,4	8,3	7,9

Tabell 72

9.1.15.2.4 Kompetansebehov

Sula har behov for å styrke den generelle hjemmetjenesten. I tillegg har kommunen behov for økt kompetanse innenfor læring og mestring, helserelatert adferd og forebyggende tiltak. Sula må imidlertid styrke basistjenestene i første omgang for å kunne ta unna befolkningsveksten og øking i antall tilfeller demens.

Sula har pr i dag ikke store gap i kompetanse, men vil trenge mer spesialkompetanse i fremtiden (eksempelvis spesialister innen kreft). Et godt alternativ er å bygge opp en palliativ gruppe mellom kommunene i form av et interkommunalt samarbeid.

9.1.15.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Næringsdrivende fastleger 5,8 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 7,2)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 1,2)

9.1.15.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelseser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	715	86,6	3035	482	58,4
Medisinske akuttinnleggelseser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevene kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	179	443,1	1044	95	235,1

*For medisinske akuttinnleggelseser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 73

9.1.15.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Sula har delvis utfordringer med å rekruttere sykepleiere og vernepleier (helse og sosialfag). Det er også vanskelig å skaffe vikarer til ferieavvikling/svangerskapspermisjoner/sykdom. Sula bruker mer vikarer (flest fra Sverige) nå enn tidligere

9.1.16 Giske kommune

Giske er en øykommune, vest for Ålesund. Kommunen består øyene Giske, Vigra, Godøya og Valderøya. Kommunesenteret ligger i tettstedet Nordstrand på Valderøya, selv om Vigra er den største øya. Kommune har fire tettsteder.

9.1.16.1 Befolkning

Giske har hatt en jevn befolkningsvekst de siste årene og denne veksten vil fortsette de neste ti årene.

9.1.16.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 7 312	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	50	14	59	20	44
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	80	75	94	97	120
Folketilvekst	130	96	156	120	163
Folkemengde (1.januar)	6 647	6 777	6 873	7 029	7 149

Tabell 74

9.1.16.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	1886	26,4	25	2004	2114	2182	2300
18-66 år	4372	61,2	61,8	4775	5107	5362	5550
67-79 år	573	8,0	8,7	695	854	989	1072
80 +	318	4,4	4,4	322	321	410	498
Totalt	7149			7796	8396	8943	9420

Tabell 75

Befolkningssammensetningen i Giske er ganske lik befolknings sammensetningen i landet forøvrig.

9.1.16.2 Helse

9.1.16.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Kommunen ønsker å jobbe forebyggende med overvekt, holdningsarbeid i forhold til helse, lese- og skrivevansker og fysisk aktivitet. Frivillighetssentralen i Giske blir brukt veldig mye (kjøring av brukere, flytting, hjelpe eldre, bingo o.l.). I tillegg har kommunen et samarbeid med Røde Kors i Ålesund.

Giske har et godt tilbud innen rus og psykologi.

Giske ønsker tettere samarbeid med andre kommuner, f.eks palliativt team og i forbindelse med ressurskrevende pasienter.

9.1.16.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.16.2.3 Oversikt over årsverk (2010, kommunalt ansatte og leger)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.nitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	202	276,3	309,9	254,3
Helsefagarbeider/ hjelpepleiere	50,7	69,3	98,1	75,0
Sykepleier	51,3	70,2	70	52,1
Barnevernspedagog	-	-	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	-	-	2,3	3,0
Fysioterapeut	3	4,1	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	8,6	12	8,3	7,9

Tabell 76

9.1.16.2.4 Kompetansebehov

Giske trenger økt kompetanse palliasjon, rehabilitering, habilitering, samhandling, intervenøs behandling, omsorgstjenester for barn, rusoppfølging og psykisk helevern.

Eksempelvis trenger kommunen sykepleiere med spesialutdanning innen f. eks. demens, kreft, geriatri, palliasjon, hjelpemiddel og rehabilitering. I tillegg er det behov for videreutdanning av vernepleiere og fysioterapeuter.

9.1.16.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 0,8 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 1,1)
- Næringsdrivende fastleger 6,8 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 9,5)
- Turnuskandidater 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 1,4)

9.1.16.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelse (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	593	81,1	2821	411	56,2
Medisinske akuttinnleggelse, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	147	462,2	926	90	283,1

*For medisinske akuttinnleggelse 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 77

9.1.16.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Kommunen har utfordringer med å rekruttere barnevernspedagoger og vernepleiere.

9.1.17 Haram kommune

Haram kommune fordeler seg både over fastland og øyer. Administrasjonssenteret er Brattvåg, og tillegg har kommunen tre andre tettsteder. Kommunen grenser i øst mot Vestnes og i sørøst mot Skodje. Over Grytafjorden i sør ligger Ålesund kommune, og mot vest ligger øykommunen Giske. Mot nord ligger kommunene Sandøy og Midsund.

9.1.17.1 Befolkning

Haram har hatt en lav befolkningsvekst de siste årene og folketallet vil øke omtrent likt de neste årene.

9.1.17.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 8973	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	1	9	17	-3	10
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	9	66	27	120	106
Folketilvekst	11	77	45	118	116
Folkemengde (1.januar)	8 606	8 617	8 694	8 739	8 857

Tabell 78

9.1.17.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17år	2016	22,8	25	2037	2068	2118	2149
18-66 år	5453	61,6	61,8	5659	5775	5796	5814
67-79 år	837	9,5	8,7	1012	1198	1336	1345
80 +	551	6,2	4,4	523	513	579	718
Totalt	8857			9231	9554	9829	10026

Tabell 79

Haram har en høyere andel eldre mennesker enn landsgjennomsnittet.

9.1.17.2 Helse

9.1.17.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Helsestasjon, PPT, barnevern, barnehage, skole, rus, psykisk helse og omsorgstjenestene i kommunen har i flere år jobba målretta og på tvers for å styrke folkehelse, forebygging, tidlig intervensjon og samhandling. Utviklingsarbeidet blir drive i forpliktende samarbeid mellom fag og nivå i kommunen, helseforetak og utdanningsinstitusjoner.

Det har spesielt blitt satset på barn og unge gjennom programmet "Saman for barn og unge 2007 – 2017". Det er utviklet flere tverrfaglige tiltak, for eksempel BAPP (grupper for barn med foreldre med rus- eller psykiske vansker), skolevegringsteam og PMTO (veiledning til foreldre). Innen folkehelsearbeid jobbes det blant annet med fysisk aktivitet og kosthold i skolen, seniorsvømming og kostholdskurs for eldre.

9.1.17.2.2 Helse og sykdom

Færre personer bruker legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. KOLS og astma hos voksne ser ut til å være mindre utbredt enn ellers i landet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.17.2.3 Oversikt over sysselsatte og årsverk i kommunen (2010)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (gj.nitt pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	241	268,6	309,9	254,3
Helsefagarbeider/hjelpepleiere	84,8	94,5	98,1	75,0
Sykepleier	79,4	88,5	70	52,1
Barnevernspedagog	5,9	8,5	7,9	7,65
Vernepleier	1,9	2,1	10,2	13,5
Ergoterapeut	-	-	2,3	3,0
Fysioterapeut	3,1	3,5	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	9,5	10,7	8,3	7,9

Tabell 80

9.1.17.2.4 Kompetansebehov

Haram har hatt en langsiktig satsing på ledelse, og vil jobbe videre med utvikling av samkjørt horisontalt og vertikalt ledelse i hele organisasjonen. Det er stort mangfold i nasjonaliteter i kommunen, og kompetanse i å møte flerkulturelle utfordringer er viktig. Flere av våre fremmedspråklige ansatte har behov for å øke kompetanse i norsk språk og kultur. Det er behov for flere sykepleiere og andre med helsefaglig utdanning, og ny klinisk stige ved høgskolen er aktuell. Med tanke på oppgaveoverføring fra helseforetak, også innen rehabilitering, er det behov for mer kapasitet og kompetanse for fysioterapeuter, ergoterapeut og trolig også lege.

Kommunen ønsker å klargjøre mulighetsrommet innenfor omsorgsteknologi/velferdsteknologi. I tillegg er det viktig å utvikle et kompetanseoverføringssystem. F.eks. mer bruk av team, og etablering av nettverk for de store pasientgruppene.

9.1.17.2.5 Oversikt over legeårsverk (2010)

- Kommunalt ansatte leger 0,5 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 0,6)
- Næringsdrivende fastleger 8,0 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 8,2)
- Leger utenfor fastlegeordningen 0 årsverk

9.1.17.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	704	78,4	3137	485	56,1
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	194	352,1	1228	123	223,2

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 81

9.1.17.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Det er en utfordring å rekruttere spesialpedagoger og psykologer. Dagens alderssammensetning viser et stort rekrutteringsbehov på helsepersonell i løpet av de første ti årene.

9.1.18 Sandøy kommune

Sandøy er den nest minste kommunen i Møre og Romsdal etter folketall. Den grenser til Haram i sør, Midsund i øst og Aukra i nord.

9.1.18.1 Befolkning

Sandøy har nesten ikke hatt befolkningsvekst de siste årene. Befolkningen antas øke mer de neste 10 årene.

9.1.18.1.1 Befolkningsutvikling 2007-2011:

Folkemengde 1.1.2012: 1315	2007	2008	2009	2010	2011
Fødselsoverskudd	-1	-7	3	-5	-5
Nettoflytting inkl. inn- og utvandring	6	33	10	19	-12
Folketilvekst	5	26	13	12	-17
Folkemengde (1.januar)	1276	1281	1307	1320	1332

Tabell 82

9.1.18.1.2 Befolkningsfremskrivning 2011-2021

	2011	Prosentvis fordeling	Prosentvis fordeling (hele landet)	2016	2021	2026	2031
0-17 år	298	22,4	25	333	366	391	409
18-66 år	791	59,4	61,8	857	884	927	976
67-79 år	130	9,8	8,7	145	197	221	201
80 +	113	8,5	4,4	103	84	84	106
Totalt	1332			1438	1531	1623	1692

Tabell 83

Sandøy har en høy andel eldre (80 år eller eldre) og en lavere andel yngre mennesker enn landsgjennomsnittet.

9.1.18.2 Helse

9.1.18.2.1 Tiltak og forbyggende arbeid

Sandøy har høyt fokus på fysisk aktivitet, og et mangfold av lag og organisasjoner som bidrar godt til folkehelse. Sandøy kommune prioriterer satsing på forebyggende arbeid, her særlig med målgruppen barn og unge. Samhandlingskompetanse og kompetanse på tidlig intervensjon i alle ledd som møter barn og unge er i denne sammenheng viktig å prioritere. Sandøy ønsker å få satt i gang flere frisklivstiltak.

9.1.18.2.2 Helse og sykdom

I Sandøy bruker færre personer legemidler mot psykiske lidelser, som blant annet angst og depresjon, sammenlignet med resten av landet. Hjerte- og karsykdom er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, vurdert etter antall pasienter behandlet i sykehus. Utbredelsen av KOLS og astma hos voksne er ikke entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet, basert på bruk av legemidler (45-74 år). Utbredelsen av type 2-diabetes, målt ved bruk av legemidler, ser ut til å være lavere enn ellers i landet (30-74 år).

9.1.18.2.3 Oversikt over sysselsatte og årsverk i kommunen (2010)

	Årsverk	Årsverk pr 10 000 innbygger	Årsverk - Møre og Romsdal (pr 10 000 innbygger)	Årsverk -Landsgj.nitt (pr 10 000 innbygger)
Totalt i pleie- og omsorgssektoren	57	433,5	309,9	254,3
Helsefagarbeider/hjelpepleiere	17,2	130,8	98,1	75,0
Sykepleier	14,4	109,5	70	52,1
Barnevernspedagog	-	-	7,9	7,65
Vernepleier	-	-	10,2	13,5
Ergoterapeut	0	0	2,3	3,0
Fysioterapeut	0	0	3,4	3,9
Psykolog	0	0	0,2	0,4
Leger (i alt)	2	15	8,3	7,9

Tabell 84

9.1.18.2.4 Kompetansebehov

Sandøy trenger økt kompetanse innen diabetes, KOLS, brudd, hjertesvikt, tidlig intervensjon, språk og samhandling. Sandøy ønsker å samarbeide og dele kompetanse med andre kommuner, eksempelvis tolketjenester innen helse, depresjon og ADHD hos barn, og psykologi. I forhold til kompetanseheving er det et godt alternativ å utvikle kombinasjonsstillinger, ved å ha en person i flere 20 % stillinger mellom flere kommuner. Sandøy har også behov for fysioterapi og ergoterapi, eventuelt i samarbeid med andre kommuner (trenger 30 %).

Gjennomføring av opplæring og kurs bør skje i større grad gjennom videokonferanser. Sandøy er en liten kommune med få ressurser og lang reisetid blir fort krevende.

9.1.18.2.5 Oversikt over legeårsverk

- Kommunalt ansatte leger 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 7,5)
- Næringsdrivende fastleger 1 årsverk (legeårsverk pr.10 000 innbygger 7,5)

9.1.18.2.6 Pasientstrøm og opphold på sykehus (2010)

	Antall opphold	Gj.snitt antall opphold pr.1000 innbygger*	Antall liggedager	Antall pasienter	Gj.snitt antall pasienter pr.1000 innbygger*
Medisinske akuttinnleggelser (innlagt (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	137	104,2	703	89	67,7
Medisinske akuttinnleggelser, 80 år eller eldre (innlagt, 80 år eller eldre, (dvs ikke poliklinikk) på sykehus uten gjennomføring av operasjonsstuekrevende kirurgi, og hvor innleggelsen skjedde som øyeblikkelig hjelp).	47	415,9	284	28	247,8

*For medisinske akuttinnleggelser 80 år eller eldre gjelder "Gjennomsnittlig antall pr.1000 eldre innbyggere"

Tabell 85

9.1.18.2.7 Rekrutteringsutfordringer:

Det er en utfordring med nyrekruttering. I dag skjer bare rekruttering av personer som allerede kommer fra kommunen, og det blir for lite i fremtiden. Kommunen har kompetansefond for å støtte utdanning

9.1.19 Helse Møre og Romsdal HF⁴⁰

9.1.19.1 Om helseforetaket

Helse Møre og Romsdal HF er et av de fem selvstendige helseforetakene i Helse Midt-Norge RHF og har ansvaret for den offentlige spesialisthelsetjenesten i Møre og Romsdal. Helseforetaket ble opprettet i mars 2011. Hovedoppgavene til helseforetaket er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Virksomheten er fordelt på Ålesund sykehus, Volda sykehus, Molde sykehus, Kristiansund sykehus og flere mindre institusjoner: Nevrohjemmet Rehabiliteringssenter, Mork Rehabiliteringssenter, Aure Rehabiliteringssenter, Volda DPS, Sjøholt DPS, Ålesund DPS, Molde DPS/Knausensenteret og Kristiansund DPS med poliklinikk Halså. Helseforetaket har også ansvaret for ambulans- og nødmeldingstjenesten i opptaksområdet. Det er altså stor geografisk spredning av institusjonene. Hovedadministrasjonen er i Ålesund. For sunnmørsregionen er det hovedsakelig sykehuset i Ålesund og Volda som er viktige samhandlingsaktører innenfor spesialisthelsetjenesten.

Helse Midt-Norge Strategi 2020 peker ut sentrale utfordringer, prioritering og mål for de aktuelle helseforetakene i regionen

Utfordringer	Viktigste prioriteringer	Mål
<ul style="list-style-type: none">Befolkningens sammensetning og behov endresTydligere krav til dokumentert kvalitetAnsatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktorØkonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none">Sikre behandlingstilbudet for store og voksende pasientgrupperDesentralisere helsetilbud for de store pasientgruppene som bruker tjenesten ofteFrigjøre ressurser fra passiv vakt til aktiv pasientbehandling	<ul style="list-style-type: none">Styrket innsats, kapasitet og kompetanse for de store pasientgruppeneKunnskapsbasert pasientbehandlingEn organisering som underbygger gode pasientforløpRett kompetanse på rett sted til rett tidØkonomisk bærekraft

Tabell 86

9.1.19.2 Helseforetaket og samhandlingsreformen

Helseforetakene skal bidra aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallelt med kommunene. Helseforetakene skal være en hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten og Helse Møre og Romsdal HF har definert følgende overordnede mål i lys av samhandlingsreformen:

- Det skal etableres og videreutvikles effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, inkludert lokalmedisinske senter.
- Med bakgrunn i de lovpålagde avtalene mellom kommuner og helseforetak skal det etableres helhetlige pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner. I forbindelse med dette vektlegger helseforetaket viktigheten av å beskrive øyeblikkelig hjelp tilbudene i regionen slik at det tilbys løsninger som er formålstjenlige for både pasienter, kommuner og helseforetak. Spesialisthelsetjenesten skal også ta medansvar for forebyggende helsearbeid og habilitering/rehabilitering
- Praksiskonsulentordningen skal utvides.

Fra 2012 har Helse Møre og Romsdal etablert en egen samhandlingsavdeling for å samhandle mer målrettet med kommunehelsetjenesten. Helseforetaket deltar i en rekke prosjekter i ulike kommuner i regionen.

Helse Møre og Romsdal HF skal i samarbeid med Helse Midt-Norge kartlegge og avklare behovet for kompetanse og rekruttering av personell.

⁴⁰ Beskrivelsen er basert på informasjon fra Helse Midt-Norge Strategi 2020 og Helse Møre og Romsdal Styrets Årsberetning 2011.

9.2 Befolkning

Befolkningsutvikling i forhold til folkemengde, samlet for alle kommunene 2005-2011:

Kommune	2007	2008	2009	2010	2011
Ålesund	41 385	41 833	42 320	42 987	43 670
Vanylven	3 536	3 530	3 494	3 471	3 417
Sande	2 526	2 502	2 541	2 518	2625
Herøy	8321	8353	8349	8383	8533
Ulstein	6841	6946	7052	7461	7751
Hareid	4 675	4 741	4 817	4 859	4 932
Volda	8 317	8 406	8 509	8 573	8 655
Ørsta	10 162	10 163	10 200	10 343	10 373
Ørskog	2088	2119	2142	2138	2120
Norrdal	1 817	1 761	1 769	1 801	1 761
Stranda	4 500	4 543	4 533	4 531	4 575
Stordal	984	979	1001	1030	1022
Sykkylven	7 467	7 491	7 565	7 589	7 662
Skodje	3 668	3 750	3 901	3 944	4 079
Sula	7 538	7 626	7 778	7 931	8 096
Giske	6 647	6 777	6 873	7 029	7 149
Haram	8 606	8 617	8 694	8 739	8 857
Sandøy	1276	1281	1307	1320	1332

Tabell 87

Befolkningsfremskrivning, samlet for alle kommunene 2011-2021

Kommune	2011					2016					2021				
	0-17 år	18-66 år	67-79 år	80+	Totalt	0-17 år	18-66 år	67-79 år	80+	Totalt	0-17 år	18-66 år	67-79 år	80+	Totalt
Ålesund	9956	28241	3483	1990	43670	10666	30532	4353	2040	47591	11591	32155	5338	2092	51176
Vanylven	699	2079	401	238	3417	633	2045	490	225	3393	568	1912	586	228	3294
Sande	539	1611	304	171	2625	562	1762	318	183	2825	546	1855	349	187	2937
Herøy	2029	5276	798	430	8533	2060	5589	958	450	9047	2109	5612	1144	466	9331
Ulstein	1957	4915	581	298	7751	2159	5931	738	292	9120	2305	6713	876	331	10225
Hareid	1167	3086	417	262	432	1253	3495	486	255	5489	1371	3634	615	258	5878
Volda	2057	5328	775	495	8655	2084	5621	978	450	9133	2290	5753	1139	452	9634
Ørsta	2407	6363	954	649	10373	2435	6519	1122	614	10690	2518	6546	1331	598	10993
Ørskog	466	1346	177	131	2120	494	1350	257	106	2207	517	1340	329	98	2284
Norddal	428	1009	186	138	1761	424	1006	211	107	1748	396	968	242	113	1719
Stranda	1002	2754	518	301	4575	1002	2839	572	306	4719	1030	2939	595	308	4872
Stordal	256	600	108	58	1022	255	638	110	59	1062	247	667	124	59	1097
Sykkylven	1852	4770	647	393	7662	1869	4910	805	393	7977	1857	5007	1005	381	8250
Skodje	1063	2583	277	156	4079	1203	2879	384	158	4624	1331	3131	528	158	5148
Sula	2063	4975	654	404	8096	2279	5397	783	408	8867	2479	5773	955	390	9597
Giske	1886	4372	573	318	7149	2004	4775	695	322	7796	2114	5107	854	321	8396
Haram	2016	5453	837	551	8857	2037	5659	1012	523	9231	2068	5775	1198	513	9554
Sandøy	298	791	130	113	1332	333	857	145	103	1438	366	884	197	84	1531

Kompetanse- og rekrutteringsplan
For helseforetak og kommuner på Sunnmøre

Kommune	2026					20131				
	0-17 år	18-66 år	67-79 år	80+	Totalt	0-17 år	18-66 år	67-79 år	80+	Totalt
Ålesund	12374	33291	6067	2512	54244	12742	34104	6477	3195	56518
Vanylven	567	1746	613	278	3204	541	1634	564	350	3089
Sande	541	1866	403	167	2977	520	1862	418	224	3024
Herøy	2141	5581	1263	544	9529	2141	5435	1370	688	9634
Ulstein	2468	7227	1000	421	11116	2613	7698	1112	523	11946
Hareid	1439	3778	703	282	6202	1421	3870	761	362	6414
Volda	2480	5850	1230	542	10102	2577	5939	1253	691	10460
Ørsta	2625	6499	1486	663	11273	2634	6529	1513	817	11493
Ørskog	538	1310	365	143	2356	535	1214	341	200	2290
Norddal	392	940	262	117	1711	403	893	269	147	1712
Stranda	1121	2934	620	341	5016	1185	2880	643	397	5105
Stordal	245	674	135	66	1120	263	656	170	75	1164
Sykkylven	1890	5005	1149	450	8494	1894	5025	1162	594	8675
Skodje	1487	3356	595	197	5635	1552	3577	619	296	6044
Sula	2652	6014	1142	456	10264	2755	6361	1145	571	10832
Giske	2182	5362	989	410	8943	2300	5550	1072	498	9420
Haram	2118	5796	1336	579	9829	2149	5814	1345	718	10026
Sandøy	391	927	221	84	1623	409	976	201	106	1692

Tabell 88

9.3 Oversikt over folkehelsekoordinatorer i regionen

Folkehelsekoordinatorene samarbeider gjennom God Helse programmet i Møre og Romsdal. God helse er et partnerskap om folkehelse som de fleste kommunene i fylket er medlem av. Programmet har satsningsområder innenfor fysisk aktivitet, kosthold, rus, tobakk, og psykisk helse. Det ledes av seksjonen for folkehelse og fysisk aktivitet i Møre og Romsdal fylkeskommune. Seksjonen har i oppdrag å være en regional utvikler for områdene folkehelse, fysisk aktivitet og friluftsliv.

Tabellen nedenfor gir en oversikt over folkehelsekoordinatorer i de ulike kommunene:

Kommune	% stilling og organisering	Kommune	% stilling og organisering
Ålesund	50 % stilling Rådmannens lederteam	Norddal	50 % stilling folkehelsekoordinator og 50 % koordinator barn og unge Tverrfaglig styringsgruppe Tilhører enhet for kultur
Vanylven	50 % stilling Rådmannens lederteam	Stranda	-
Sande	50 % stilling fordelt på Sande, Herøy, Ulstein og Hareid Styringsgruppe bestående av rådmenn og lensmenn fra de fire kommunene	Stordal	50 % stilling + 50 % stilling som daglig leder av frivilligsentralen Styringsgruppe (ledet av rådmann)
Herøy	50 % stilling fordelt på Sande, Herøy, Ulstein og Hareid Styringsgruppe bestående av rådmenn og lensmenn fra de fire kommunene	Sykkylven	50 % stilling folkehelsekoordinator + 50 % idrettskonsulent. Tverrfaglig råd Tilhører enhet for kultur
Ulstein	50 % stilling fordelt på Sande, Herøy, Ulstein og Hareid Styringsgruppe bestående av rådmenn og lensmenn fra de fire kommunene	Skodje	50 % Styringsgruppe ledet av kommunalsjef
Hareid	50 % stilling fordelt på Sande, Herøy, Ulstein og Hareid Styringsgruppe bestående av rådmenn og lensmenn fra de fire kommunene	Sula	50 % Rådmannens ledergruppe
Volda	60 % stilling. I tillegg barn og unge sin representant i Det Faste Planutvalet, 15 % stilling Overordnet styringsorgan er Driftsstyret	Giske	50 % Styringsgruppe ledet av ordfører
Ørsta	60 % stilling	Haram	50 % Styringsgruppe (ledes av avdelingsleder for Helsetjenester)
Ørskog	Avdelingsleder for Helseavdelingen og 50 % folkehelsekoordinator	Sandøy	80 % helsesøster

Tabell 89

9.4 Beskrivelse av legevaktilbudet på Sunnmøre

Kartleggingen av legevaktilbudet er gjort med bistand fra tillitsvalgte allmennleger og inneholder derfor ikke utfyllende opplysninger om alle kommunene.

Kommune	Kl. 08.00-15.30 (ikke helg)	Antall innbygg. (1.1.2012)	Kl. 15.30-22.00	Antall innbygg. (1.1.2012)	Kl. 22.00-08.00	Antall innbygg. (1.1.2012)
Ålesund	Legevakt i Ålesund	44416	Legevakt i Ålesund	51276	Legevakten i Ålesund fungerer som en felles interkommunal legevakt for Ålesund, Giske, Skodje, Ørskog, Stordal, Sula og Haram	83229
Giske	Legevakt i Giske	7312	Legevakt i Giske	7312	Legevakten i Ålesund fungerer som en felles interkommunal legevakt for Ålesund, Giske, Skodje, Ørskog, Stordal, Sula og Haram	83229
Skodje	Legevakt i Skodje	4184	Interkommunal legevakt for kommunene Skodje, Stordal og Ørskog mellom kl 15.30 – 22.00	7412	Legevakten i Ålesund fungerer som en felles interkommunal legevakt for Ålesund, Giske, Skodje, Ørskog, Stordal, Sula og Haram	83229
Ørskog • Ett sykehjem i kommunen	Legevakt i Ørskog	2202	Interkommunal legevakt for kommunene Skodje, Stordal og Ørskog mellom kl 15.30 – 22.00	7412	Legevakten i Ålesund fungerer som en felles interkommunal legevakt for Ålesund, Giske, Skodje, Ørskog, Stordal, Sula og Haram	83229
Stordal	Legevakt i Stordal	7412	Interkommunal legevakt for kommunene Skodje, Stordal og Ørskog mellom kl 15.30 – 22.00	7412	Legevakten i Ålesund fungerer som en felles interkommunal legevakt for Ålesund, Giske, Skodje, Ørskog, Stordal, Sula og Haram	83229
Sula • Hjelpepersonell på legevakten mellom 08.00-15.30 alle hverdager. • Ett sykehjem i kommunen, men ingen avtale med sykehjemslegene om "tlf beredskap etter kl 1600". • Kun en lege på vakt.	Legevakt på Sula	8256	Legevakt på Sula	8256	Legevakten i Ålesund fungerer som en felles interkommunal legevakt for Ålesund, Giske, Skodje, Ørskog, Stordal, Sula og Haram	83229

Kommune	Kl. 08.00-15.30 (ikke helg)	Antall innbygg. (1.1.2012)	Kl.15.30-22.00	Antall innbygg. (1.1.2012)	Kl.22.00-08.00	Antall innbygg. (1.1.2012)
Haram <ul style="list-style-type: none"> Ingen hjelpepersonell n på legevakten Det finnes to sykehjem i kommunen, men ingen formelle avtaler om beredskap for sykehjemslegene. Kun én lege på legevakten 	Legekantor/ fastlege	8973	Legevakt i Haram	8973	Legevakten i Ålesund fungerer som en felles interkommunal legevakt for Ålesund, Giske, Skodje, Ørskog, Stordal, Sula og Haram	83229
Ulstein <ul style="list-style-type: none"> Det er hjelpepersonell på vakt lørdager mellom kl 10-13. Ett sykehjem og det er under utprøvningsavtale med sykehjemslegene om "tlf beredskap etter kl 1600". Kun en lege på legevakten 	Legevakt ved Ulstein Legesenter	7828	Felles legevakt for Ulstein og Hareid ettermiddag/ kveld/helg.	12828	Interkommunal nattlegevakt for Ulstein, Hareid, Ørsta og Volda, samlokalisert med akuttmottaket ved sykehuset i Volda. Sykepleiere i akuttmottaket har fleksibel arbeidsintruks slik at de skal hjelpe til på nattlegevakten ved behov. Det er kun 1 lege på vakt, og ingen formalisert bakvaktordning.	31922
Hareid <ul style="list-style-type: none"> Ingen formelle avtaler med sykehjemslegene 	Legevakt ved Hareid Legesenter	5000	Felles legevakt for Ulstein og Hareid ettermiddag/ kveld/helg.	12828	Interkommunal nattlegevakt for Ulstein, Hareid, Ørsta og Volda, samlokalisert med akuttmottaket ved sykehuset i Volda. Sykepleiere i akuttmottaket har fleksibel arbeidsintruks slik at de skal hjelpe til på nattlegevakten ved behov. Det er kun 1 lege på vakt, og ingen formalisert bakvaktordning.	31922

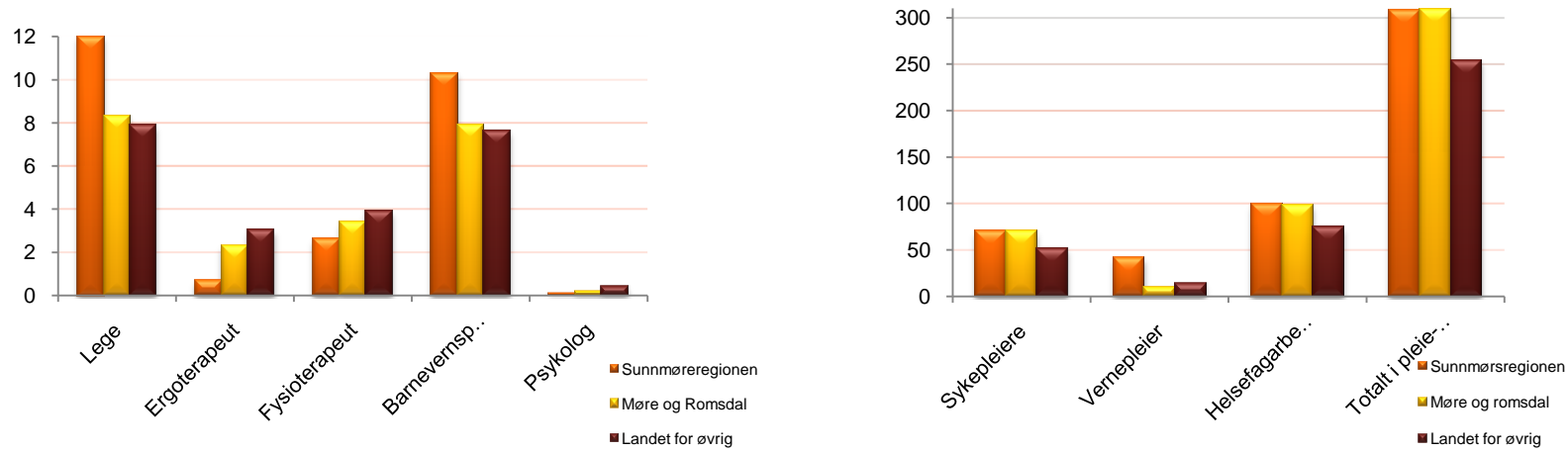
Kommune	Kl. 08.00-15.30 (ikke helg)	Antall innbygg. (1.1.2012)	Kl.15.30-22.00	Antall innbygg. (1.1.2012)	Kl.22.00-08.00	Antall innbygg. (1.1.2012)
Ørsta	Legevakt i Ørsta	10398	Legevakt i Ørsta	10398	Interkommunal nattlegevakt for Ulstein, Hareid, Ørsta og Volda, samlokalisert med akuttmottaket ved sykehuset i Volda. Sykepleiere i akuttmottaket har fleksibel arbeidsintruks slik at de skal hjelpe til på nattlegevakten ved behov. Det er kun 1 lege på vakt, og ingen formalisert bakvaktordning.	31922
Volda	Legevakt ved Volda Legesenter	8693	Legevakt ved Volda sykehus	8693	Interkommunal nattlegevakt for Ulstein, Hareid, Ørsta og Volda, samlokalisert med akuttmottaket ved sykehuset i Volda. Sykepleiere i akuttmottaket har fleksibel arbeidsintruks slik at de skal hjelpe til på nattlegevakten ved behov. Det er kun 1 lege på vakt, og ingen formalisert bakvaktordning.	31922
Vanylven <ul style="list-style-type: none"> • Ikke hjelpepersonell på legevakten • Ett sykehjem i kommunen • Ingen avtale med sykehjemsleger • Kun en lege på vakt 	Legevakt ved Vanylven Legesenter	3388	Legevakt i Vanylven	3388	Legevakt i Vanylven	3388
Sande <ul style="list-style-type: none"> • Hjelpepersonell på legevakten på lørdager mellom 10 og 14. • Ett sykehjem i Sande kommune. • Avtale med sykehjemslege om tlf. beredskap etter kl 16. 	Felles legevakt med Herøy hele døgnet.	11200	Felles legevakt med Herøy	11200	Felles legevakt med Herøy	11200

Kommune	Kl. 08.00-15.30 (ikke helg)	Antall innbygg. (1.1.2012)	Kl.15.30-22.00	Antall innbygg. (1.1.2012)	Kl.22.00-08.00	Antall innbygg. (1.1.2012)
Herøy <ul style="list-style-type: none"> Hjelpepersonell på legevakten på lørdager mellom 10 og 14. I Herøy er det to sykehjem men ingen avtale med sykehjemslegene på disse sykehjemmene. 	Felles legevakt med Sande hele døgnet.	11200	Felles legevakt med Sande	11200	Felles legevakt med Sande	11200
Norddal	Legevakt i samarbeid med Geiranger og Liabygda, legekantoret i Valldal	2258	Legevakten i Ålesund	51276	Legevakten i Ålesund	83229
Sykkylven	Legevakt ved Sykkylven legesenter	7664		7664		7664
Stranda	Legevakt i Stranda	4602	Legevakt-telefon Legevakten i Ålesund	51276	Legevakttelefon Legevakten i Ålesund	83229
Sandøy <ul style="list-style-type: none"> Sandøy har (med unntak av Liabygda og Geiranger) et interkommunalt legevaktsamarbeid med kommunene Aukra og Midsund. Legevakten er et døgndekkende tilbud. 	Felles legevakt med Aukra og Midsund	6592	Felles legevakt med Aukra og Midsund	6592	Felles legevakt med Aukra og Midsund	6592

Tabell 90

9.5 Antall årsverk i kommunehelsetjenesten

De to diagrammene nedenfor viser snitt antall årsverk pr 10 000 innbygger samlet for de aktuelle kommunene samlet, Møre og Romsdal og landet for øvrig:



Figur 6 Årsverk i kommunehelsetjenesten