

Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF

-i planperioden 2019-2022;
og framtidsutsikter mot 2035

SAMANDRAG	8
1 BAKGRUNN OG HISTORIKK.....	12
1.1 Historikk for helseføretaket.....	12
1.2 Gjennomføring av utviklingsplanarbeidet	13
1.2.1 Mandat	13
1.2.1.1 Særskilde føringar for Helse Møre og Romsdal	13
1.2.2 Organisering	14
1.2.2.1 Regionalt utviklingsplanarbeid	14
1.2.2.2 Lokalt utviklingsplanarbeid	15
1.2.3 Interessentar	17
1.2.4 Medverknad og aktivitetar	18
1.2.4.1 Brukarmedverknad	18
1.2.4.2 Kommunal medverknad.....	19
1.2.4.3 Medverknad frå tillitsvalde og verneteneste	20
1.2.5 Dei tre perspektiva	20
1.2.5.1 Føretaksperspektivet	20
1.2.5.2 Klinikkperspektivet.....	21
1.2.5.3 Samhandlingsperspektivet.....	21
1.2.6 Særskilt om bygningsmessig utviklingsplan.....	22
1.2.7 Særskilt om utgreiing av pediatriitilbodet i Helse Møre og Romsdal HF.....	22
1.2.8 Særskilt om Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)	23
1.2.9 Særskilt om FIUK.....	26
1.2.10 Særskilt om framskriving og kapasitetsutrekning	27
1.2.10.1 Føresetnader.....	27
1.2.11 Kvalitetssikring	28
2 NO-SITUASJON.....	29
2.1 Ei helseteneste for pasienten- brukartilfredsheit	29
2.1.1 Pasientforløp	29
2.1.2 Brukartilfredsheit.....	29
2.2 Pasientbehandling- fagleg prioritering, pasienttryggleik, kvalitet og pasientopplæring.....	30
2.2.1 Forbruksmønster og pasientstraumar	30
2.2.1.1 Rater for døgnopphald og liggedøgn somatikk.....	30
2.2.1.2 Rater for døgnopphald og liggedøgn psykisk helsevern og rusbehandling	32
2.2.2 Pasientstraumar, somatikk.....	32
2.2.2.1 Variasjonar i døgnopphald somatikk	33
2.2.2.2 Variasjonar i dagopphald somatikk.....	33
2.2.2.3 Variasjonar i polikliniske opphald somatikk.....	33
2.2.3 Pasientstraumar psykisk helsevern og rusbehandling.....	33
2.2.3.1 Psykisk helsevern for vaksne.....	33
2.2.3.1.1 Variasjonar innan døgnopphald, psykisk helsevern vaksne	34
2.2.3.1.2 Variasjonar innan dag og poliklinikk, psykisk helsevern vaksne	34
2.2.3.2 Psykisk helsevern for barn og unge	34
2.2.3.2.1 Variasjonar innan døgnopphald, dag-/poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge	35

2.2.3.3	Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)	35
2.2.3.3.1	Variasjonar innan døgns-, dag- og poliklinikk, TSB	37
2.2.4	Kvalitet og pasienttryggleik	37
2.2.4.1	Kvalitet	37
2.2.4.2	Pasienttryggleik	38
2.2.5	Pasientopplæring	38
2.2.5.1	Lærings og meistringssenteret (LMS)	38
	Brukarmedverknad	39
	Kompetanse	39
	Eksternt samarbeid	39
	Teknologi	39
2.2.6	Satsingsområde	39
2.3	Oppgåvedeling og samhandling	40
2.3.1	Innan Helse Møre og Romsdal HF	40
2.3.2	Med andre helseføretak	42
2.3.3	Med private	43
2.4	Organisering og leiing	43
2.4.1	Ny organisasjonsmodell	43
2.4.2	Leiging	45
2.4.3	Medarbeiderundersøking om leiing og arbeidsmiljø	46
2.5	Bemanning og kompetanse	47
2.5.1	Kort om analysegrunnlaget	48
2.5.2	No-situasjonen bemanning og kompetanseutvikling	48
2.5.3	Innspel frå klinikkane på temaet bemanning og kompetanse	49
2.6	Forskning og innovasjon	51
2.6.1	Forskning	51
2.6.2	Innovasjon	52
2.7	Økonomi	52
2.7.1	SNR	52
2.7.2	Effektivisering	53
2.7.3	Driftsinntekter og driftskostnader	53
2.7.4	Investeringar	54
2.8	Teknologi	56
2.9	Situasjonsbilete for prioriterte innsatsområde i føretaksperspektivet	57
2.9.1	Pediatric	57
2.9.2	Kirurgi Volda	58
2.9.3	Operasjonsrobot	58
2.9.4	PET	59
2.9.5	PCI	59
2.9.6	Desentralisering av tenestetilbod inklusiv avtalespesialistar	59
2.9.6.1	Bruk av og samarbeid med avtalespesialistar	59
2.9.6.2	Sunndal distriktsmedisinske senter (DMS)	62
2.9.6.3	Tilrådingar for DMS Sunndal	62

2.9.7	Bygningsmessig utviklingsplan	63
2.9.7.1	Ålesund sjukehus	64
2.9.7.2	Volda sjukehus	66
2.9.7.3	Bygningsmassen utanom sjukehusa i Ålesund og Volda.....	67
2.9.7.4	Bygningsmessig tilstand	68
2.10	Situasjonsbilete klinikkperspektivet	69
2.10.1	Klinikk for psykisk helse og rus	69
2.10.1.1	Fagutvikling	70
2.10.1.2	Pasientbehandling	70
2.10.1.3	Satsingsområde.....	71
2.10.2	Klinikk for diagnostikk	71
2.10.2.1	Fagutvikling	72
2.10.2.2	Pasientbehandling	73
2.10.2.3	Satsingsområde.....	73
2.10.3	Klinikk for medisin og rehabilitering	74
2.10.3.1	Fagutvikling	74
2.10.3.2	Pasientbehandling	75
2.10.3.3	Satsingsområde.....	76
2.10.4	Klinikk for akuttbehandling	77
2.10.4.1	Fagutvikling	77
2.10.4.2	Pasientbehandling	77
2.10.4.3	Satsingsområde.....	79
2.10.5	Klinikk for kirurgi	79
2.10.5.1	Fagutvikling	80
2.10.5.2	Pasientbehandling	81
2.10.5.3	Satsingsområde.....	82
2.10.6	Klinikk for kvinner, barn og ungdom	82
2.10.6.1	Fagutvikling	83
2.10.6.2	Pasientbehandling	83
2.10.6.3	Satsingsområde.....	85
2.11	Samhandling med kommunar og fastlegar.....	85
2.11.1	Samhandlingsavtale, samhandlingsstruktur og samhandlingsstrategi	85
	Status	86
	Utfordringar	86
2.11.1.1	Særskilt om samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og fastlegane.....	87
2.11.1.2	Satsingsområde.....	88
2.12	Prioriterte innsatsområde i Samhandlingsperspektivet	89
2.12.1	Psykisk helsevern og rusbehandling.....	89
2.12.1.1	Satsingsområde.....	90
2.12.2	Barn og unge	90
2.12.2.1	Satsingsområde.....	91
2.12.3	Barneblikk.....	91
2.12.3.1	Satsingsområde.....	91
2.12.4	Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus	92
2.12.4.1	Legevakt og ØHD organisering.....	92
2.12.4.2	Satsingsområde.....	93
2.12.5	Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient.....	93

2.12.5.1	Satsingsområde.....	94
2.12.6	Nok helsepersonell med rett kompetanse (FIUK)	94
3	OVERORDNA STRATEGIAR OG FØRINGAR.....	95
3.1	Nasjonal helse- og sjukehusplan	95
3.2	Strategi 2030.....	95
3.3	Styringskrav og rammer	96
3.4	Andre planar	96
3.4.1	Regional kreftplan Helse Midt-Norge 2011-2020.....	96
3.4.2	Revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016	97
3.4.3	Regional plan for bilettdiagnostikk	97
3.4.4	Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022	98
3.4.5	Overordna strategiar og føringar – Forsking, Innovasjon, Utdanning og Kompetanse (FIUK)	99
3.5	Helse Møre og Romsdal sin veg mot «Pasientens helseteneste»	99
4	UTVIKLINGSTREKK.....	101
4.1	Demografi og sjukdomsutvikling.....	103
4.1.1	Aktivitet i somatisk sektor	103
4.1.1.1	Liggedøgn, dagopphald og polikliniske konsultasjonar	103
4.1.1.2	Kirurgisk aktivitet	105
4.1.1.3	Bilettdiagnostikk.....	106
4.1.2	Aktivitet i psykisk helsevern og rusbehandling.....	107
4.1.2.1	Psykisk helsevern for vaksne.....	107
4.1.2.2	Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)	108
4.1.2.3	Psykisk helsevern for barn og unge	109
4.2	Endringsfaktorar	110
4.2.1	Organisering og leing	110
4.2.2	Samhandling og oppgåvedeling.....	110
4.2.3	Kompetanse	110
4.2.4	Teknologi og utstyr	111
4.2.4.1	Om Helseplattformen	112
4.2.4.2	Korleis påverkar teknologisk utvikling organisering og leing?	112
4.2.4.3	Korleis påverkar teknologisk utvikling samhandling?	113
4.2.4.4	Korleis påverkar teknologisk utvikling kompetanse?.....	113
4.2.5	Bygg	113
4.2.6	Endringsfaktorar brukt i Sykehusbyggmodellen	114
4.3	Kapasitetsbehov.....	114
4.3.1	Kapasitetsutrekning	114
4.3.2	Dagbehandling og poliklinikk.....	117
4.3.3	Kirurgisk verksemd	118
4.3.4	Bilettdiagnostikk	119

4.3.5	Psykisk helsevern for voksne	119
4.3.6	Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB).....	120
4.3.7	Psykisk helsevern for barn og unge	120
5	ANALYSE OG VEGVAL	122
5.1	Alternative vegval for helseføretaket	122
5.2	Risiko- og mogelegheitsanalysar	125
5.3	Kriterium for val	125
5.4	Valt hovudløyising	125
6	MÅLBILETE, TILTAK OG ORGANISERING FOR EI HELSETENESTE FOR PASIENTEN.....	128
7	HELSE MØRE OG ROMSDAL – «FRÅ ORD TIL HANDLING»	143
8	LITTERATURLISTE.....	145

TABELLAR

TABELL 1.1: MEDLEMMAR I STYRINGSGRUPPA	15
TABELL 1.2: MEDLEMMAR I KOORDINERINGSGRUPPA	16
TABELL 1.3: TEMA I FØRETAKSPERSPEKTIVET	21
TABELL 1.4 TEMA SAMHANDLINGSPERSPEKTIVET	22
TABELL 2.1 OPPHALD/1000 INNBYGGJARAR, DØGNOPPHALD PSYKISK HELSE OG RUS	32
TABELL 2.2 PASIENTSTRAUMAR SOMATIKK DØGN 2015.....	32
TABELL 2.3 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD PSYKISK HELSEVERN VAKSNE DØGN, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE.....	34
TABELL 2.4 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD PSYKISK HELSEVERN VAKSNE DAG OG POLIKLINIKK, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE	34
TABELL 2.5 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD PSYKISK HELSEVERN FOR BARN OG UNGE, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE.....	35
TABELL 2.6 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE DAG OG POLIKLINIKK, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE	35
TABELL 2.7 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD TSB DØGN, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE	36
TABELL 2.8 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD TSB DAG OG POLIKLINIKK, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE	36
TABELL 2.9 OVERSIKT OVER FAGOMRÅDE VURDERTE OG TILRÅDINGAR I HØVE TIL OPPGÅVE- OG FUNKSJONSFORDELINGSARBEIDET	40
TABELL 2.10	54
TABELL 2.11	55
TABELL 2.12 AVTALESPELISALISTAR I MØRE OG ROMSDAL, SOMATIKK OG PSYKIATRI	60
TABELL 2.13 AVTALESPELISALISTAR I HELSE MØRE OG ROMSDAL, PSYKOLOGAR	61
TABELL 2.14 AKTIVITETSTAL SPESIALISTKONSULTASJONAR SOMATIKK, 2016	61
TABELL 2.15 AKTIVITETSTAL SPESIALISTKONSULTASJONAR PSYKIATER/PSYKOLOG, 2016	61
TABELL 2.16 TILBOD OG AKTIVITET MED SUNNDAL DMS I 2016.....	62
TABELL 2.17 FRITTSTÅANDE BYGG I ÅLESUND.....	65
TABELL 2.18 BYGG I VOLDA.....	66
TABELL 2.19 VERKSEMD PÅ ANDRE ADRESSER.....	68
TABELL 2.20 UTVIKLING I TAL PÅ LIGGEDØGN FOR UTSKRIVINGSKLARE PASIENTAR (USK) PR. ÅR	87
TABELL 4.1 BEFOLKNINGSUTVIKLING HELSE MØRE OG ROMSDAL SITT BUSTADOMRÅDE	103
TABELL 4.2 FRAMSKRIVING AV AKTIVITET DØGN, DAG OG POLIKLINIKK HELSE MIDT-NORGE	104
TABELL 4.4 FRAMSKRIVING KIRURGI, DAG- OG DØGNOPPHALD.....	106
TABELL 4.5 BILETDIAGNOSTIKK HELSE MØRE OG ROMSDAL, 2016 TIL 2022 OG 2035	106
TABELL 4.6 AKTIVITET PSYKISK HELSEVERN VAKSNE, 2015 TIL 2022 OG 2035	107
TABELL 4.7 FRAMSKRIVING AKTIVITET TSB HELSE MIDT-NORGE, 2015 TIL 2022 OG 2035	108
TABELL 4.8 FRAMSKRIVING AV AKTIVITET PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE, HELSE MIDT-NORGE	109
TABELL 4.9 KAPASITETSBEHOV SENGER HELSE MIDT-NORGE 2022 OG 2035	116
TABELL 4.10 KAPASITETSBEHOV FOR UTVALDE ROM I POLIKLINIKK 2022 OG 2035, HELSE MIDT-NORGE	117
TABELL 4.11 FRAMSKRIVE KAPASITETSBEHOV OPERASJONSSTOVER I 2022 OG 2035, HELSE MIDT-NORGE.....	118
TABELL 4.12 KAPASITETSUTREKNING BILETDIAGNOSTIKK, AKTIVITETSTAL FRÅ 2016, HELSE MIDT-NORGE	119
TABELL 4.13 KAPASITETSBEHOV PSYKISK HELSEVERN VAKSNE 2015 TIL 2022 OG 2035	119
TABELL 4.14 KAPASITETSUTREKNING TSB HELSE MIDT-NORGE	120
TABELL 4.15 KAPASITETSUTREKNING PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE.....	121
TABELL 6.1 PRIORITERING AV TILTAK FOR ULIKE INNSATSOMRÅDE	128

FIGURAR

FIGUR 0.1 KONTEKSTMODELL FOR HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	11
FIGUR 1.1: SAMANHENG MELLOM UTVIKLINGSPLAN, OVERORDNA STRATEGIAR OG FØRINGAR, ØKONOMIPLANAR OG INNSATSFAKTORAR (SYKEHUSBYGG HF, 2016)	13
FIGUR 1.2: TIDSLINJE FOR ARBEIDET MED UTVIKLINGSPLANEN	17
FIGUR 1.3: INTERESSENTAR I ARBEIDET MED HMR SIN UTVIKLINGSPLAN	18
FIGUR 1.4: ORGANISERING AV SNR-PROSJEKTET	25
FIGUR 1.5: SJUKEHUSET NORDMØRE OG ROMSDAL (SNR)	26
FIGUR 2.1 DØGNOPPHALD PR. 1000 INNBYGGJAR	31
FIGUR 2.2 LIGGEDØGN PR. 1000 INNBYGGJAR	31
FIGUR 2.3 ORGANISASJONSKART HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	45
FIGUR 2.4 SYSTEMPERSPEKTIV PÅ PASIENTENS HELSETENESTE – LEIINGAS GJENNOMGANG	46
FIGUR 2.5 RESULTAT FRÅ AMUS 2016, TILSVARANDE RESULTAT FRÅ 2014 OG RESULTAT FRÅ REFERANSEGRUPPA	47
FIGUR 2.6 PASIENTFLYT ÅLESUND. TAL PASIENTAR 2017. PASIENTFLYT ÅLESUND. TAL PASIENTAR 2016.	65
FIGUR 2.7 PASIENTFLYT VOLDAL. TAL PASIENTAR 2016. PASIENTFLYT VOLDAL. TAL PASIENTAR 2016.	67
FIGUR 2.8 STADER DER HMR HAR VERKSEMD. RAUDT ER UTANFOR MANDAT.	67
FIGUR 2.9 TILSTANDSGRADER FORDELT PÅ OVERORDNA LOKASJONAR (KILDE MULTICONSULT 2017)	69
FIGUR 2.10 ORGANISASJONSKART KLINIKK FOR PSYKISK HELSE OG RUS	70
FIGUR 2.11 ORGANISASJONSKART FOR KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK	72
FIGUR 2.12 ORGANISASJONSKART KLINIKK FOR MEDISIN OG REHABILITERING	74
FIGUR 2.13 ORGANISASJONSKART FOR KLINIKK FOR AKUTTBEHANDLING	77
FIGUR 2.14 ORGANISASJONSKART FOR KLINIKK FOR KIRURGI	80
FIGUR 2.15 ORGANISASJONSKART FOR KLINIKK FOR KVINNER BARN OG UNGDOM	83
FIGUR 2.16 FORHOLDET MELLOM LEGEVAKTKONTAKTAR OG AVSTAND TIL LEGEVAKT FORDELT PÅ HASTEGRAD (JFR. RAKNES OG HUNSKÅR)	93
FIGUR 3.1 VERDI- OG SANNSYNLIGHEITSVURDERING AV IDENTIFISERTE TILTAK I REGIONAL PLAN FOR BILETDIAGNOSTIKK (HELSE MIDT-NORGE, 2015)	98
FIGUR 3.2 KONTEKSTMODELL FOR HELSE MØRE OG ROMSDAL HF FOR Å LEVERE "PASIENTENS HELSETJENESTE"	100
FIGUR 4.1 FRAMSKRIVING POLIKLINISK AKTIVITET MED UNDERGRUPPER, PR HF OG SAMLA FOR HMN	105
FIGUR 4.2 TILSTANDSGRADER FORDELTE PÅ OVERORDNA LOKALISERINGAR (FRÅ MULTICONSULT RAPPORTEN, 2017)	114
FIGUR 4.3 GJENNOMSNITTLEG LIGGETID VED IKKJE-UNIVERSITETSSJUKEHUS I NOREG	117
FIGUR 7.1 UTVIKLINGSDRIVARAR SKAPER BEHOV FOR ENDRING OG OMSTILLING I FAGTILBODA I HELSE MØRE OG ROMSDAL	144

Vedlegg:

- Vedlegg 01 – Rapport – Desentralisering av tenestetilbod inklusiv avtalespesialistar
- Vedlegg 02 – Rapport – Barn og ungdom
- Vedlegg 03 – Rapport – Barneblikk
- Vedlegg 04 – Rapport – Prioriterte områder for psykisk helsevern og rusbehandling (TSB)
- Vedlegg 05 – Rapport – Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus
- Vedlegg 06 – Rapport – Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient
- Vedlegg 07 – Rapport – Framskriving og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 HMN RHF
- Vedlegg 08 – Rapport – FIUK/Nok helsepersonell med rett kompetanse (vert lagt ved veke 42).

Samandrag

Bakgrunn og historikk

Helse Møre og Romsdal HF har gjennom fleire styresaker gjort vedtak om vidareføring og revidering av utviklingsplanen. Arbeidet skal sjåast i nær samanheng med Nasjonal helse- og sjukehusplan, vedtatt Helse Midt-Norge RHF sin Strategi 2030 og andre regionale strategiar og fagplanar. Føringer som vart vedtatt av styret i Helse- Midt Norge RHF 16. juni 2016, inklusive nasjonale og regionale prioriteringar knytt til utviklingsretningar og prosess, forankrar planarbeidet.

Føremålet er å gi eit bilete av ei samla utviklingsretning for dei viktigaste innsatsfaktorane; organisering og leiing, kompetanse, teknologi, samhandling, bygg m.m. Overordna målsetting er å leggje til rette for framtidsretta pasientbehandling og god bruk av ressursar.

Førande i dette arbeidet er mandat for lokal utviklingsplan (Helse Midt- Norge RHF, 2016), som føretaket fekk i føretaksmøtet i juni 2016. I høve til krav om involvering og prosess, skal arbeidet gjerast i tråd med den nye rettleiaren for utviklingsplanar (Sykehusbygg HF, 2016). Den lokale utviklingsplanen skal saman med tilsvarande planar frå dei andre føretaka i regionen, utgjere Helse Midt-Norge RHF sin utviklingsplan, og såleis svare for krava stilte i Nasjonal helse- og sykehusplan. Den samla regionale planen tener også som innspel i neste rulling av Nasjonal helse- og sykehusplan.

Som første del av arbeidet vart føretaket beden om skildre framtidig organisering og nivå på akuttkirurgisk beredskap ved Volda sjukehus;

«Helse Møre og Romsdal HF bes å beskrive framtidig organisering og nivå på akuttkirurgisk beredskap ved Sjukehuset Volda for kommende planperiode, herunder hvilke tiltak som planlegges for å sikre nødvendig kompetanse slik at kvalitet og pasientsikkerhet i det akuttkirurgiske tilbudet vert ivarettatt. Helse Midt-Norge forventer at tettere samarbeid mellom fagmiljøene i Volda og Ålesund og utviklingsarbeidet i SNR¹, vurderes for å sikre slik ivarettakelse (Helse Midt- Norge RHF, 2016, s. 6).

I styrevedtaket i januar 2017 går ein inn for å gå vidare i arbeidet gjennom ein utviklingsprosess som byggjer på standardiserte pasientforløp, og som legg opp til eit tettare samarbeid mellom sjukehusa i Ålesund og Volda.

Organisering av arbeidet

Leiargruppa i Helse Møre og Romsdal HF har gjort vedtak om at arbeidet med utviklingsplanen skal gå i linjeorganisasjonen. Arbeidet har vore organisert med ei styringsgruppe sett saman av leiargruppa, tillitsvalde, verneteneste og brukarar. Styringsgruppa har hatt ansvar for prioritering og vedtak. Som støtte for styringsgruppa og bindeledd mot den føretaksinterne verksemda, er det også oppnemnt ei koordineringsgruppe. Denne er sett saman av representantar frå stabseiningar, klinikkar og frå prosjektorganisasjonen til SNR.

¹ Nytt sjukehus Nordmøre og Romsdal (SNR)

Eit helseføretak er ein kompleks organisasjon med mange samarbeidsflater både eksternt og internt. Føretaket har difor delt arbeidet med utviklingsplanen inn i tre perspektiv;

Føretaksperspektivet, klinikkperspektivet og samhandlingsperspektivet.

Arbeidet i dei tre perspektiva har i stor grad vorte utført etter lik metodikk som har klar samanheng med forventningane til innhald i ein utviklingsplan som ligg i rettleiaren. Dei tre perspektiva ber i seg behov for samspel på ulike arenaer, noko ein har løyst gjennom utvikling av allereie etablerte møtefora. Felles for alle perspektiva er at dei er handterte gjennom styringsgruppa for utviklingsplanen.

Prioriterte satsingsområder i føretaksperspektivet

Føretaksperspektivet handlar om dei utviklingsområda føretaket ser på tvers av klinikkar og som føretaket ønskjer å satse på. Desse vart definert i styringsgruppa i møte 2. mai og 6. juni 2017:

- Pediatri
- Bygningmessig utviklingsplan (vert ferdigstilt i 2018)
- PET²
- PCI³ (januar 2018)
- Desentralisering av tenestetilbod inklusiv avtalespesialistar
- Operasjonsrobot (2018)

Prioriterte satsingsområder i klinikkperspektivet

Klinikkperspektivet handlar om dei interne utviklingsområda klinikken sjølv eig og ønskjer å satse på i planperioden. Dette er tema som kan vere knytte til ein eksisterande verksemdsplan i klinikken, oppgåver som kjem som resultat av krav og føringar med meir.

Områda som er løfta fram er skildra i kapittel 2. punkt 10 og i tiltakslista kapittel 6.

Prioriterte satsingsområder i samhandlingsperspektivet

Rettleiaren for utviklingsplanar stiller tydlege krav til involvering av kommunane i arbeidet med utviklingsplanen. Føretaket ser også at samhandlingsperspektivet er og vert særskild viktig for å løyse nokre av viktigaste fordringane i åra som kjem. For å sikre heilskapleg tenking og gjensidige planprosessar, kalla administrerande direktør inn til ekstraordinært dialogmøte⁴ med kommunane i

² PET står for Positronemisjonstomografi og er ein avansert billedundersøking i høve til å identifisere og lokalisere sjukdomsprosessar. Kreftforeningen. (2017): PET/CT. <https://kreftforeningen.no/om-kreft/undersokelse-ved-kreft/pet-scan/> lasta ned 11.10.2017.

³ PCI står for perkutan koronar intervensjon og er ein invasiv behandlingsmetode for å opne trange eller tette kransarteriar. Store medisinske leksikon. (2017): PCI. <https://sml.snl.no/PCI> lasta ned 11.10.2017.

⁴ Dialogmøte er ein formell møtearena som er nedfelt i vedtatt samhandlingsavtale som Helse Møre og Romsdal HF har med kommunane i Møre og Romsdal. Helse Møre og Romsdal HF. (2015): Samhandlingsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF.

fylket 7. april 2017. Føremålet var å identifisere og prioritere dei viktigaste utviklingsområda som helseføretaket og kommunane i lag må satse på for planperioden. Identifiserte område blei vidare drøfta i påfølgjande styringsgruppemøter 5. mai og 6. juni.

Følgjande område er løfta fram;

- Barn og unge
- Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling
- Styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus
- Nok helsepersonell med rett kompetanse/FIUK⁵
- Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient

Utviklingstrekk

Generelt står vi overfor store samfunnsendringar i åra som kjem, både når det gjeld demografi, busetjingsmønster, sjukdomsutvikling og teknologiske og medisinske mogelegheiter. Pasientane har større valfridom og sterkare rettigheter, og har større forventningar til helsetenestene enn tidlegare kva gjeld tilgang, kvalitet og respons. Ein sentral ambisjon i å skape ei helseteneste for pasienten, er å inkludere og engasjere pasientar og pårørande kring høve i eiga behandling - *ingenting om meg utan meg*. Variasjonar i forbruk og medisinsk praksis bør reduserast, og er ei sentral utfordring under prinsippet om likeverd.

Jamfør framskriving (Helse Midt-Norge RHF, 2017) forventast det eit auka tal på eldre og auka levealder. Delen med kroniske sjukdommar vert stadig meir dominerande og ikkje-smittsame sjukdomar som diabetes, kols, kreft og hjarte-karsjukdommar, er ei generell utfordring for den globale folkehelsa. Ein ser også store utfordringar knytte til infeksjonssjukdommar og resistensutvikling mot antibiotika. Denne utviklinga kan føre til eit større behov for helsetenester generelt, samstundes vil spesialisthelsetenesta truleg få meir spesialiserte funksjonar og oppgåver i lys av den teknologiske utviklinga. Framskrivninga viser mellom anna til ei auke i behov for senger regionalt på 235 fram mot 2035 og ei forventa poliklinisk auke på om lag 50 %, noko som krev areal og personell i framtida.

Analyse og satsingsområder for Helse Møre og Romsdal 2019-2022 (2035)

Forventa utviklingsretning og skildra utfordringsbilete, vil føre til eit auka press på helsetenestene og behov for spesialisthelseteneste. Dette vil krevje at helseføretaket evnar å utnytte innsatsfaktorane; organisering, leiing, kompetanse, teknologi, innovasjon, utvikling av bygg med meir, for å kunne møte framtida og pasienten sitt behov for helsetenester. Det er samstundes ei nasjonal forventning om å skape ei god oppgåve- og ansvarsfordeling mellom helsetenestene, slik at ein sikrar ressursutnyttinga ved å tilby helsetenester på rett behandlingsnivå. Samarbeid og oppgåvedeling mellom dei fire sjukehusa, mellom helseføretaka, private og kommunane vert viktig å styrke i framtida.

⁵ Nok helsepersonell med rett kompetanse er integrert med helseføretaket si satsing med *forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling* (FIUK).

Helse Møre og Romsdal HF vil ha eit kontinuerleg fokus på utviklinga av tenestetilbodet, for å kunne gi befolkninga eit fagleg godt tilbod med rett kompetanse til rett tid på rett stad.

Moglegheitsrommet ligg føre oss ved å utnytte dei omtala innsatsfaktorane, men føretaket vil samstundes peike på at alle endringar i høve til oppgåvedeling, pasientflyt og forløp, må skje gjennom vel forankra utgreiings- og avgjerdsprosessar.

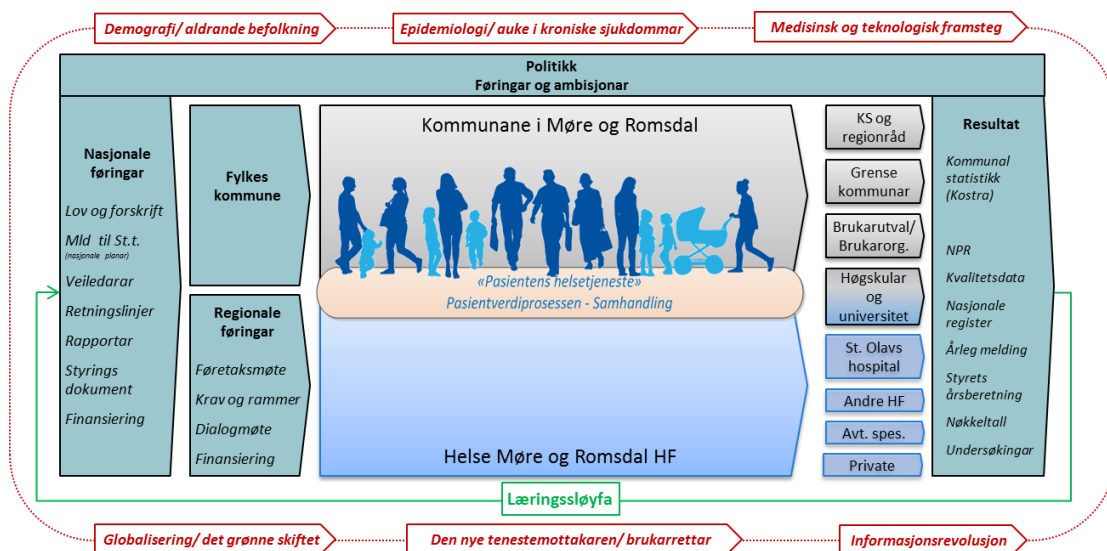
For å sikre lik tilgang til behandlingsmetodar, har føretaket sett behov for å utgreie etablering av PET og PCI i Møre og Romsdal.

Innan psykisk helse og rus vil føretaket rette merksemd mot å styrke arbeidet med «Den gylne regel». Slik styrking må gjerast i nært samarbeid mellom føretaksleiinga og det kliniske fagmiljøet. Ein må ha fokus på tverrgåande samarbeid, utjamning av variasjon, rekruttering og kompetanse. Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling er vidare eit satsingsområde i samhandlingsperspektivet, der det vert peika på behov for å satse på førebygging, likeverd i behandlingstilbod og utvikling av gode pasientforløp mellom føretaket og kommunane.

Det kirurgiske tilbodet i fylket vil vere styrka gjennom etableringa av SNR, gitt at ein løyser utfordringa med å rekruttere godt. Det er naudsynt å sjå det kirurgiske tilbodet i fylket generelt og på Sunnmøre spesielt, som éi eining organisatorisk, fagleg, for rekruttering og for drift. Ein ønskjer å utvikle det kirurgiske tilbodet gjennom metodisk arbeid og det må sjåast i samanheng med tiltak i den prehospitale kjeda. Styrking av den akuttmedisinske kjeda er eit prioritert satsingsområde, særleg i høve til kompenserande tiltak for dei med lengst reiseveg til sjukehus.

Barn og unge har fått stor merksemd knytt til korleis helseføretaket vil dimensjonere behandlingstilbodet i Møre og Romsdal, og med særskilt merksemd mot SNR. Pediatritilbodet skal vidare utformast i tida fram mot etablering av SNR og styret si vurdering av tilbodet i oktober 2017 vil vere førande.

Meir detaljert skildring av satsingsområda for dei ulike perspektiva finn de i planen kapittel 2 med konkretisert tiltaksliste i kapittel 6.



Figur 0.1 Kontekstmodell for Helse Møre og Romsdal HF

1 Bakgrunn og historikk

1.1 Historikk for helseføretaket

Den gjeldande utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF vart vedtatt i desember 2012 (Helse Møre og Romsdal HF, 2012). Arbeidet med utviklingsplanen for helseføretaket vart gitt som oppdrag i føretaksprotokollen for det nye helseføretaket i Møre og Romsdal i 2011. Utviklingsplanen skulle vise den framtidige retninga for det nyoppretta føretaket, men med vekt på å avklare sjukehusstrukturen i Nordmøre og Romsdal.

På bakgrunn av utviklingsplanen, gjorde ein i 2012 vedtak om at det skulle byggast eitt felles akuttsjukehus for Nordmøre og Romsdal styresak 2012/99 (Helse Møre og Romsdal HF, 2012). Vedtaket gav føretaket grunnlag for å gå inn i Idéfasen for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR), der ein også skulle avgjere lokalisering. Sidan vedtaket om utviklingsplanen har det kome fleire ulike typar føringar som påverkar utviklinga av helseføretaket. Dette understrekar behovet for ein utviklingsplan som eit dynamisk verktøy og behovet for å revidere og oppdatere planen, slik at utviklinga alltid er i tråd med forventa nivå.

Føretaket har gjennom fleire styresaker gjort vedtak om vidareføring og revidering av utviklingsplanen, både i påvente av og som resultat av Strategi 2030 og Nasjonal helse- og sykehusplan. Det lokale mandatet⁶ som Helse Møre og Romsdal HF fekk i føretaksmøte i juni 2016, har vorte førande for arbeidet.

Lokalt mandat hadde i utgangspunktet sett planperioden til tidsrommet 2018-2021, men dette vart våren 2017 justert til 2019-2022. Ein må også ivareta perspektivet mot 2035 i dette arbeidet. I brev frå regionalt helseføretak datert 03.04.17, vart leveringsfristen for utviklingsplanen endra til 01.03.2018. Det vart også avgjort at dei lokale utviklingsplanane skal ut på ei ekstern høyring i kommunane før dei vert styrebehandla i føretaka.

Nokre større prosjekt er ikkje løyste ut av mandatet, men har likevel stor betyding for helseføretaket i utviklingssamanheng. SNR har sin eigen prosjektorganisasjon og følgjer eige planleggingsløp gitt i tidlegfaserettleiaren⁷ for sjukehusprosjekt. SNR er ein viktig premiss for utviklingsplanarbeidet.

Hausten 2015 vart det gjennomført ei lenge etterspurd organisasjonsevaluering, basert på fusjonen i 2011, og fusjonen med Rusføretaket og Ambulanseføretaket i høvesvis 2013 og 2014. På bakgrunn av evalueringa, vart det sett i gang eit større organisasjonsutviklingsprosjekt som først har vorte fullstendig implementert i juni 2017. Hovudresultatet frå prosjektet er at Helse Møre og Romsdal HF no har fått gjennomgåande klinikkar for alle fagområde inkludert dei fire kirurgiske klinikkane som tidlegare har vore organisert geografisk. I tillegg er det utarbeida ein modell for stadleg leiing, som har vore i søkelyset også nasjonalt. Klinikkar og avdelingar er i større grad harmoniserte i storleik, og ein har utarbeida ei plattform for leiing som skal vidareforedlast i komande planperiode.

⁶ Helse Midt-Norge RHF. (2016): Mandat for lokal utviklingsplan 2018-2021. <https://helse-mr.no/seksjon/dokument/Documents/Utviklingsplan/Mandat%20for%20HMR%2017062016.pdf>

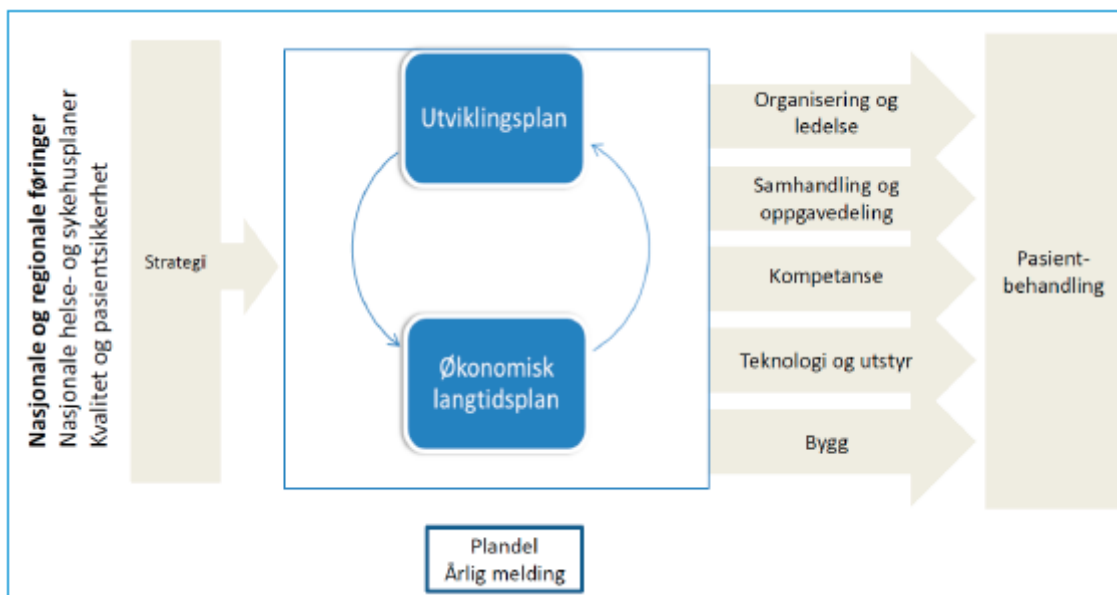
⁷ Sykehusbygg. (2016): Veileder for arbeidet med utviklingsplaner. http://sykehusbygg.no/wp-content/uploads/2015/11/endelig_version_tidligfaseveileder_des_2011.pdf

1.2 Gjennomføring av utviklingsplanarbeidet

1.2.1 Mandat

Utviklingsplanen skal verke saman med langtidsplan/langtidsbudsjett, og skal gi ei samla utviklingsretning for dei viktigaste innsatsfaktorane; organisering og leiing, samhandling og oppgåvedeling, kompetanse, teknologi og utstyr, bygg m.m. Hovudelementet i planen skal vere verksemdsdelen, og denne skal skildre status for helseføretaket sin aktivitet og verksemd, og gi grunnlag for å skildre endringar i verksemda og talfeste framtidig aktivitetsnivå og kapasitetsbehov. Utviklingsplanen skal også kunne seie noko om mogelege strukturelle endringar og organisering, konsekvensar av endringar og alternative løysingar (Sykehusbygg HF, 2016).

Saman med tilsvarande planar frå dei andre føretaka i regionen skal dei utgjere Helse Midt-Norge RHF sin utviklingsplan, og såleis svare for krava stilte i Nasjonal helse- og sykehusplan. Den samla regionale planen tener også som innspel i neste rullering av Nasjonal helse- og sykehusplan (Helse Midt-Norge RHF, 2016).



Figur 1.1: Samanhengen mellom utviklingsplan, overordna strategiar og føringer, økonomiplanar og innsatsfaktorar (Sykehusbygg HF, 2016)

Mandatet framhevar at den overordna målsettinga er å legge til rette for god pasientbehandling og god bruk av ressursar. Utviklingsplanen skal skildre eit målbilete og tilhøyrande tiltak som alle skal peike mot føremålet, som er å skape ei helseteneste for pasienten.

1.2.1.1 Særskilde føringer for Helse Møre og Romsdal

Som første del av lokal utviklingsplan, vart Helse Møre og Romsdal HF bedne om å utgreie akuttkirurgisk beredskap ved sjukehuset i Volda innan 31. januar 2017, under føresetnad om at føretaket skal oppretthalde eit akuttkirurgisk tilbod ved sjukehuset i planperioden. Arbeidet starta opp ultimo 2016, og munna ut i styrevedtak i januar 2017 Styresak 2017/05 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017). I styrevedtaket går ein inn for å gå vidare i arbeidet gjennom ein utviklingsprosess som byggjer på standardiserte pasientforløp, og legg opp til eit tettare samarbeid mellom sjukehusa i Ålesund og Volda.

Utdrag frå mandatet (Helse Midt- Norge RHF, 2016, s. 6):

«Helse Møre og Romsdal HF bes å beskrive framtidig organisering og nivå på akuttkirurgisk beredskap ved Sjukehuset Volda, herunder hvilke tiltak som planlegges for å sikre nødvendig kompetanse slik at kvalitet og pasientsikkerhet i det akuttkirurgiske tilbudet vert ivaretatt. Helse Midt-Norge forventer at tettere samarbeid mellom fagmiljøene i Volda og Ålesund og utviklingsarbeidet i SNR, vurderes for å sikre slik ivaretagelse.»

Vidare vert det i mandatet halde fram tidlegare føringar som skal leggjast til grunn frå ulike føretaksmøte høvesvis i februar 2015 og februar 2016:

Sak 5; Vidare arbeid med realisering av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) (Helse Midt-Norge RHF, 2016, s. 7)

«Styret legger til grunn at Ålesund sjukehus fortsatt skal være det mest differensierte sykehuset i Helse Møre og Romsdal HF. Både nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal og Ålesund sjukehus vil ligge tilstrekkelig nær befolkningstygndepunktet i foretaksområdet for å kunne ivareta fylkesdekkende funksjoner. Styret forutsetter at det framover legges stor vekt på tett samarbeid mellom alle fagmiljøene i foretaket.»

Sak 6; Avtale om naudsynt omstillingsprosess i føretaket i periden 2015 – 2021: (Helse Midt- Norge RHF, 2016, s. 7)

«Avtalen om naudsynt forbetnings- og omstillingsarbeid for å bringe aktiviteten i Helse Møre og Romsdal HF i balanse med budsjetttramme og resultatkrav skal leggjast til grunn for styret sitt arbeid i 2015 – 2021.»

Sak 4; Nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (Helse Midt- Norge RHF, 2016, s. 7)

«Helse Møre og Romsdal HF skal vurdere fordeling av funksjoner i foretaket gjennom arbeidene med utviklingsplan og SNR, med sikte på høy kvalitet på tilbudet, robuste fagmiljø og enkelte fylkesdekkende tilbud både ved SNR og i Ålesund.»

Mandatet viser også til at ein skal nytte «*Veileder for arbeidet med utviklingsplaner*» i arbeidet, med føresetnad om at forma på utviklingsplanen følgjer formatet gitt i rettleiaren. Vidare viser ein til krava som er stilte til prosess, involvering og risiko- og moglegheitsanalysar. Utviklingsplanen skal også, etter tilrådingane i rettleiaren, gå gjennom ei ekstern kvalitetssikring. Dette arbeidet vert koordinert regionalt, og er lagt opp som ei følgjeevaluering.

1.2.2 Organisering

1.2.2.1 Regionalt utviklingsplanarbeid

I styresak for Helse Midt-Norge RHF Sak 2016/53 vart det tilrådd frå adm. dir. at utviklingsplanane i føretaksgruppa gradvis får ei felles form og planleggingshorisont, men at ein også må ta omsyn til dei utviklingsplanane som allereie eksisterer hjå nokre av føretaka i det vidare arbeidet. Styresaka held fram at det er viktig at det regionale helseføretaket gjer så mange avklaringar som mogeleg på førehand på regionalt nivå (Helse Midt-Norge RHF, 2016).

Helse Møre og Romsdal HF har vore med i det regionale arbeidet med utviklingsplanar. Regionen skal legge til rette for at ein kan nytte felles metodikk i utgreiings- og analysearbeid t.d. ved analyse av no-situasjonen gjennom standardiserte metodar og vurderingar, samarbeid kring endringsfaktorar som skal leggst til grunn og effekten av desse. Det vart i samband med dette sett ned ei framskrivingsgruppe der Helse Møre og Romsdal HF var representert, og som i samarbeid med Sykehusbygg HF skal gjere framskrivingar i aktuelle tidsperspektiv.

I tillegg skal ein samarbeide om aktivitets- og tidsplan for arbeidet, og det skal ligge føre ein kommunikasjonsplan. Dette, og andre koordinerande aktivitetar, vert tatt hand om i regional ressursgruppe, der Helse Møre og Romsdal HF har vore representert.

Regionalt helseføretak har også oppretta ei teknologigruppe, grunna i at dette vert sett på som ein av dei sterkaste endrings- og utviklingsdrivarane for framtidige helsetenestetilbod. Helse Møre og Romsdal HF er også representert i denne gruppa, og dette arbeidet vart ferdigstilt i juni 2017 og er såleis nytta i utviklingsplanen.

1.2.2.2 Lokalt utviklingsplanarbeid

Leiargruppa i Helse Møre og Romsdal har HF gjort vedtak om at arbeidet med utviklingsplanen skal gjerast i den ordinære styringslinja. Det er vidare sett ned ei styringsgruppe for utviklingsplanen, sett saman av leiargruppa, verneteneste, tillitsvalde og brukarrepresentant.

Tabell 1.1: Medlemmar i Styringsgruppa

NAMN	STILLING	FUNKSJON
Espen Remme	Administrerende direktør	Eigar
Helge Ristesund	Assisterende direktør	Medlem
Jo-Åsmund Lund	Fagdirektør	Medlem
Heidi Nilsen	Økonomidirektør	Medlem
Ragnhild Remøy	HR-direktør	Medlem
Trond Håvard Eidet	Konstituert HR-direktør frå 11. september	Medlem
Trine Kvalheim	Kommunikasjonsdirektør	Medlem
Kjersti Bergjord	Klinikk for akuttbehandling	Medlem
Svanhild Tranvåg	Klinikk for diagnostikk	Medlem
Mona Aagaard-Nilsen	Klinikk for drift og eigedom	Medlem
Astrid Johanne Brandshaug	Klinikk for kirurgi	Medlem
Henrik Erdal	Klinikk for kvinner, barn og ungdom	Medlem
Torstein Hole	Klinikk for medisin og rehabilitering	Medlem
Ketil Gaupset, tom. juni 2017	Klinikk for psykisk helse og rus	Medlem
Karl-Arne Remvik, fom. 14.august 2017	Klinikk for psykisk helse og rus	Medlem
Anette Lekve	Føretakstillitsvalt NSF	Medlem
Odd Frode Aasen	Føretakstillitsvalt DNLF	Medlem
Bjarte Jensen	Hovudverneombud	Medlem
Asbjørn Gausdal	Brukarrepresentant	Medlem

For å sikre framdrifta i arbeidet, har ein sett ned ei koordineringsgruppe, som har representasjon frå alle klinikkar og stabar.

Tabell 1.2: Medlemmar i koordineringsgruppa

NAMN	STILLING	FUNKSJON
Karl-Arne Remvik, til medio august 2017	Spesialrådgjevar, fagavdelinga	Leiar (til medio august 2017)
Lena Bjørge Waage	Rådgjevar samhandling, fagavdelinga	Prosesskoordinator/leiar frå medio august 2017.
Anne SA Larsen, tom. august 2017	Rådgjevar strategi, fagavdelinga	Prosesskoordinator
Trine Kvalheim	Kommunikasjonsdirektør	Medlem
Audun Krøvel	Spesialrådgjevar, Klinikk for drift og eigedom	Medlem
Gunnar Indrebø, tom. juni 2017	Seksjonsoverlege, Klinikk for med og rehabilitering	Medlem
Kari Marie R Nesseth	Avdelingssjef TSB, Klinikk for psyk og rus	Medlem
Manuela Strauss	Avdelingssjef PHBU, Klinikk kvinne, barn, ungdom	Medlem
Inge Lode	Avdelingssjef radiologi, Klinikk for diagnostikk	Medlem
Hans-Christian Ofstad	Prosjektleder SNR-prosjektet	Medlem
Kristen Rasmussen	Avdelingssjef, Klinikk for akuttbehandling	Medlem
Trine Sperre	Seksjonsleiar, Økonomiavdelinga	Medlem
Øystein Lian tom. September 2017	Klinikk for kirurgi	Medlem
Berit Kvalsvik Teige	Forskingssjef, Fagavdelinga	Medlem
Øyvind Eriksen	Personalrådgjevar, HR-avdelinga	Medlem
Knut Nautvik, frå august 2017	Sjukehuskoordinator, Volda sjukehus	Medlem
Anita Kvendseth, frå september 2017	Sjukehuskoordinator, Molde sjukehus	Medlem
Jan Ove Gravdal, frå september 2017	Rådgivar klinikk for medisin og rehabilitering	Medlem

Mandatet til gruppa er som følgjer:

- Koordineringsgruppa rapporterer til styringsgruppa.
- Koordineringsgruppa skal i hovudsak arbeide på systemnivå.
- Bidra i arbeidet i dei sakene som er klinikkovergripande (føretaksperspektivet).
- Vere støttespelar for klinikkane i arbeidet med utviklingsplanen i den einskilde klinikk.
- Kome med bidrag til tema i utviklingsplanen til styringsgruppa.
- Bidra med informasjon og skape engasjement i klinikkane.
- Sikre koordinering mot SNR.
- Gruppa vil måtte supplerast med aktuell fagleg kompetanse i saker der det er behov for det.
- Arbeidet med utviklingsplan må sjåast i samheng med langtidsplan/langtidsbudsjett.

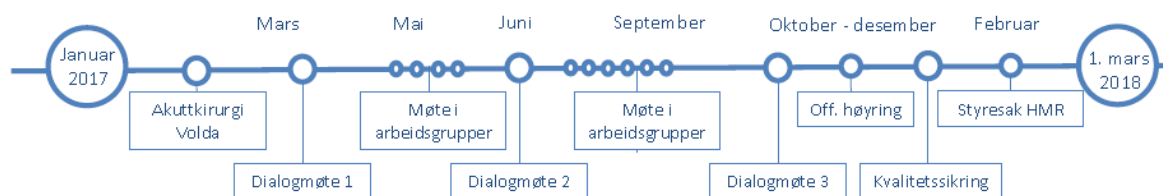
Koordineringsgruppa har i hovudsak fungert som arena for informasjonsdeling og tilbakemelding.

Helse Møre og Romsdal HF har vidare delt arbeidet med utviklingsplanen inn i tre perspektiv for gitt planperiode:

- Føretaksperspektivet⁸
- Klinikkperspektivet⁹
- Samhandlingsperspektivet¹⁰

Bakgrunnen for inndelinga, er å ivareta dei ulike interessentane og etablere eit eigarskap og ein felles kultur i arbeidet med å peike ut retninga for samfunnsaktøren Helse Møre og Romsdal HF. Ei oppdeling gjer arbeidet meir handterleg, men det er også viktig å ivareta heilskapen, og knyte innsatsområda i dei ulike perspektiva saman med dei generelle utviklingstrekk for føretaket og helsetenestene generelt. Meir detaljert om dei ulike perspektiva er skildra i delkapittel under.

Tidslinja for arbeidet er felles for alle dei tre perspektiva, og er skissert slik:



Figur 1.2: Tidslinje for arbeidet med utviklingsplanen

Det er viktig at ein ikkje skaper ei forventning om at alle utviklingsplanspørsmål skal endeleg og eintydig svarast på som ein del av utviklingsplanen og avgjerda knytt til denne i 2018. Fleire spørsmål kan vere aktuelle å arbeide med i ein lengre horisont enn leveransen for planperioden 2019-2022, og vil då sortere under framtidsperspektivet mot 2035. Arbeidet med slike spørsmålsstillingar vil såleis kunne stå fram som noko som er starta på i utviklingsplanperioden, eller som ein skal kome attende til på eit seinare tidspunkt.

1.2.3 Interessentar

Rettleiaren for utviklingsplanar legg til grunn ulike prinsipp i utviklingsplanarbeidet. Openheit er eit av desse, og det stillast krav til at det skal vere mogeleg å følgje prosessen for alle som ønskjer innsyn. Det er også stilt særskilde krav til medverknad, der kommunar, brukarar og tillitsvalde er eksplisitt nemnde. Vidare er det krav til at ein skal gjere ein interessentanalyse ved starten på arbeidet, som omfattar både eksterne og interne interessentar.

Helse Møre og Romsdal HF har nokre faste interne og eksterne interessentar i alle saker, sjølv om engasjementet kan variere frå sak til sak. Nokre interessentar har også samanheng med kvarandre og kan utløyse kvarandre sitt engasjement.

⁸ Føretaksperspektivet inneber innsatsområder for planperioden på tvers av klinikkar i Helse Møre og Romsdal HF.

⁹ Klinikkperspektivet inneber innsatsområder for planperioden innad klinikkane i Helse Møre og Romsdal HF.

¹⁰ Samhandlingsperspektivet inneber innsatsområder for planperioden mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane i Møre og Romsdal.



Figur 1.3: Interessentar i arbeidet med HMR sin utviklingsplan

1.2.4 Medverknad og aktivitetar

For å sikre ein open, involverande og føreseieleg prosess, er det gjennomført fleire tiltak og aktivitetar. Det har vore arrangert informasjonsmøte ved alle sjukehusa i føretaket for leiarar og tillitsvalde, og ein har også orientert om arbeidet på felles leiarsamlingar. Utviklingsplanen har også vore tema på styremøta i Helse Møre og Romsdal HF, som er streama via eigne nettsider og intranett.

Det er laga ei nettside (<https://helse-mr.no/om-oss/utviklingsplan>), der ein har lagt ut informasjon om bakgrunnen for arbeidet, tidslinja, organiseringa, møtearenaer og dei ulike aktivitetane i arbeidet.

1.2.4.1 Brukarmedverknad

Brukarane er dei vi er til for. Såleis er det avgjerande viktig at brukarane får ei stemme i utviklingsplanarbeidet, og at vi som helseføretak er flinke til å lytte til innspela som kjem herifrå. Føreordet frå brukarane i Nasjonal helse- og sykehusplan seier noko om kva som skal til for å skape ei helseteneste for pasienten, og mellom anna vert det framheva at brukarane må vere med i utvikling og forbedring av helsetenestene. Ein held fram at pasienten sin kunnskap må nyttast saman med fagkompetansen både når det gjeld tenesteutvikling og vurdering (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Brukarutvalet i Helse Møre og Romsdal HF har vore jamt informerte om arbeidet og ein har invitert brukarane på ulike arenaer som til dømes dialogmøta. Brukarane har vore representert i

styringsgruppa og i dei ulike arbeidsgruppene. I høve til SNR er det etablert eit eige brukarutval og det er lagt til rette for brukarmedverknad i planleggingsmøte og i temamøte.

1.2.4.2 Kommunal medverknad

For å sikre ein gjensidig og heilskapleg planprosess, vert det stilt klare forventingar til at medverknad i utviklingsplanarbeidet skal gjerast i nær dialog med kommunane. Dette er i tråd med vedtatt Samhandlingsavtale, punkt 5 (Helse Møre og Romsdal HF, 2015). Partane skal:

«...informere og involvere den andre parten i planprosesser og annet arbeid som har betydning for utforminga av helsetenester for den annen part, blant annet organisering og endring av rutiner».

Det er skissert opp følgjande prosess for medverknad av kommunane knytt til utviklingsplanarbeidet:

- Ekstraordinære dialogmøter i 2017. – 7. april, 20. juni og 30. oktober
- Etablering av partssamansatte arbeidsgrupper for aktuelle innsatsområde
- Offentleg høyring
- Orientering i møter i Overordna samhandlingsutval Møre og Romsdal

Dialogmøtet er nedfelt i Samhandlingsavtalen (ibid) sin delavtale 12, og er:

«...et forum der representanter for politisk og administrativ ledelse i helseforetaket og kommunene møtes for informasjonsutveksling og drøfting av prinsipielle saker»

Her møtast rådmenn, fagsjefar/-ansvarlege og fastlegar frå kommunane, leiinga i helseforetaket, brukarutval, Kommunenes Sentralforbund (KS), Fylkesmannen, tillitsvalde og verneteneste. I samband med utviklingsplanen er det lagt opp til tre dialogmøter i løpet av året.

Involvering av fagmiljø på tvers av nivå og medverknad frå brukarar og tillitsvalde, kan sikre eit representativt utval for aktuelle utviklingsområde og skape legitimitet i avgjerdsgrunnlaget. Det har difor vore lagt opp til arbeidsprosessar med partssamansette arbeidsgrupper for kvart utviklingsområde.

Informasjon om utviklingsplanarbeidet har elles vore tema i møter i Overordna samhandlingsutval¹¹, i regionråda¹² og lokale samhandlingsutval i Møre og Romsdal¹³. Føremålet har vore å sikre kjennskap til arbeidet med mogelegheit for dialog og innspel. Det vert lagt opp til ei formell høyring på 6 veker hausten 2017.

¹¹ Overordna samhandlingsutval er eit partssamansett, strategisk og utviklingsorientert utval mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane i Møre og Romsdal. Helse Møre og Romsdal HF. (2015): Samhandlingsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF. Delavtale 12. Samhandlingsstruktur.

¹² Sunnmøre regionråd (SRR), Romsdal regionråd (ROR) og Nordmøre regionråd (Orkide).

¹³ Lokale samhandlingsutval er partsamansette utval mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane i Møre og Romsdal. Det er eit utval knytt til kvart lokalsjukehusområde. Helse Møre og Romsdal HF. (2015): Samhandlingsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF. Delavtale 12. Samhandlingsstruktur.

1.2.4.3 Medverknad frå tillitsvalde og verneteneste

Styringsgruppa er representert med føretakstillitsvalde og hovudverneombod. Tillitsvalde er representert i arbeidsgrupper for dei prioriterte satsingsområda. Informasjon om utviklingsplanarbeidet har vore tema i møter i arbeidsmiljøutvalet helseføretaket.

1.2.5 Dei tre perspektiva

Eit helseføretak er ein kompleks organisasjon med mange samarbeidsflater både eksternt og internt, illustrert i Figur 1.3. For å sette lys på utfordringar og ha ein plan for prioritering framover, treng ein eit godt fagleg grunnlag. Det er såleis viktig å engasjere aktuelle fagfolk frå ulike nivå inn i arbeidet.

Arbeidet i dei tre perspektiva har i stor grad vorte utført etter lik metodikk, og har følgd same tidslinja. Metodikken har klar samanheng med forventningane til innhald i ein utviklingsplan som ligg i rettleiaren. Dei tre perspektiva ber i seg behov for samspel på ulike arenaer, noko ein har løyst gjennom utvikling av allereie etablerte møtefora. Felles for alle perspektiva er at dei er handterte gjennom styringsgruppa for utviklingsplanen.

For dei tema som er utgreidde i føretaksperspektivet og samhandlingsperspektivet, er det tilordna arbeidsgrupper som sit med naudsynt fagkunnskap for å kunne gjere ei utgreiing. I dei tilfelle der tema samsvarer med fagspesialiteten til ein eller fleire i koordineringsgruppa, har det vore føremålstenleg at desse utgjer (delar av) arbeidsgruppa. Dette for å sikre kontinuitet i arbeidet. Koordineringsgruppa har elles bidrege i arbeida innleiingsvis, og med mal for rapport etc.

Den overordna disposisjonen for utgreiing har vore som følgjer:

- no-situasjonen (status)
- utviklingstrekk og framskriving
- analyse og vegval
- målbilete, tiltak og organisering for ei helseteneste for pasienten

Det er viktig å presisere at dei ulike tema ikkje er uttømande verken for planperioden eller elles, men er innsatsområde føretaket ønskjer å prioritere i første omgang.

Arbeidet har vore tufta på gjeldande nasjonale, regionale og lokale føringar.

1.2.5.1 Føretaksperspektivet

Tema som sorterer under føretaksperspektivet, er knytte til området som er felles for fleire klinikkar. Gjennom møte i leiargruppa og styringsgruppa har ein skissert behovet for å peike på innsatsområde Helse Møre og Romsdal HF bør handtere i planperioden. Dei ulike klinikkane har kome med slike innspel, og ein har konkludert med kva tema ein tar vidare i gjeldande periode, 2019-2022.

Tabell 1.3: Tema i føretaksperspektivet

TEMA	MERKNADER/ ANSVARLEG
Pediatri	Klinikksjef Klinikk for kvinner, barn og unge
Bygningsmessig utviklingsplan	Klinikksjef Klinikk for drift og eigedom
PET	Klinikksjef Klinikk for medisin og rehabilitering
PCI (frå januar 2018)	Klinikksjef Klinikk for medisin og rehabilitering
Desentralisering av tenestetilbod i spesialisthelsetenesta- inklusive avtalespesialistar	Fagdirektør Fagavdelinga
Operasjonsrobot (frå 2018)	Klinikksjef Klinikk for kvinner, barn og unge Klinikksjef Klinikk for kirurgi

Alle klinikkane har fått kome med innspel til kva for tema ein bør sette opp som satsingsområde i inneverande planperiode. Styringsgruppa har prioritert mellom desse, og har kome fram til områda i tabell 1.3. Dei tema som ikkje er prioriterte, må likevel vere med som område for vidare arbeid i neste rullering av utviklingsplanen for føretaket. Slik sikrar ein den viktige kontinuiteten i denne typen planarbeid. Tema er presenterte for klinikkane og stabsavdelingane gjennom ulike møter, som til dømes i samband med generell presentasjon av utviklingsplanen, leiinga sin gjennomgang med meir.

1.2.5.2 Klinikkperspektivet

Klinikkperspektivet handlar om dei interne utviklingsområda klinikken sjølv eig og ønskjer å satse på i planperioden. Dette er tema som kan vere knytte til ein eksisterande verksemdsplan i klinikken, oppgåver som kjem som resultat av krav og føringar med meir. Ansvarleg for dette arbeidet er kvar enkelt klinikksjef og arbeidet er utført av klinikkinterne ressursar.

Organiseringa har vore opp til den enkelte klinikk, der ein har oppmoda til å nytte etablerte fora i klinikken som t.d. klinikkråd, fagnettverk etc. Utviklingsplanen har også vore tema på møta mellom administrerande direktør og klinikken i samband med leiinga sin gjennomgang.

1.2.5.3 Samhandlingsperspektivet

I samarbeid med kommunane har ein kome fram til at ein i planperioden skulle prioritere følgjande område for samhandlingsperspektivet.

Tabell 1.4 Tema samhandlingsperspektivet

TEMA
Barn og unge ¹⁴
Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling
Styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus
Nok helsepersonell med rett kompetanse ¹⁵
Teknologi og innovasjon ¹⁶
Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient

1.2.6 Særskilt om bygningsmessig utviklingsplan

Det har lenge vore eit stort behov for å kome i gang med revisjonen av den bygningsmessige utviklingsplanen for sjukehusa på Sunnmøre frå 2007. Denne planen vart handtert på overordna nivå gjennom utviklingsplanen i 2012. Dei andre institusjonane som ikkje fell inn under SNR, har også behov for å vere handterte i ein bygningsmessig utviklingsplan. I utviklingsplanarbeidet har dette vorte sett på dagsorden, og den bygningsmessige utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF, sett bort frå SNR, er organisert som eit eige innsatsområde og leia eksternt frå. Den bygningsmessige utviklingsplanen skal ta opp i seg føringar frå verksemdsmessig utviklingsplan og følgje den faglege utviklinga. Planen vert difor ferdigstilt etter at utviklingsplanen har vore på høyring, og framover mot vedtak i utviklingsplanen i byrjinga av 2018.

1.2.7 Særskilt om utgreiing av pediatrietilbodet i Helse Møre og Romsdal HF

Utgreiing av pediatrietilbodet i Helse Møre og Romsdal HF er også i ei særstilling, grunna det store engasjementet som har vore over lang tid i Nordmøre og Romsdal og den konkrete planlegginga av SNR. Administrerande direktør har difor sett det som naudsynt å prioritere dette arbeidet for planperioden, og har oppnemnt ei arbeidsgruppe som skal utgreie fagområdet. Gruppen har fått eit mandat i tre delar med følgjande oppgåver:

1. Skildre det samla pediatrietilbodet i Helse Møre og Romsdal HF
2. Evaluere dagens driftsmodell innan pediatri i Nordmøre og Romsdal
3. Utgreie framtidig driftsmodell for pediatri for Helse Møre og Romsdal HF

¹⁴ Innan området barn og unge, vart også Barnepliktsatsinga løfta fram som eit viktig innsatsområde. Dette er nærare omtalt i kapittel 2, punkt 12.3.

¹⁵ Området «Nok helsepersonell med rett kompetanse» vart integrert inn i helseføretaket sitt arbeid med *Strategi – og handlingsplan for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling (FIUK) for HMR 2018-2023*, i regi av Seksjon for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse. Tidslinja for dei to arbeida er i all hovudsak lik, og det vil vere ein styrke både for utviklingsplanen til HMR og for arbeidet med strategi- og handlingsplan innan FIUK at arbeida vert sette i samanheng. Gjennom å utvide arbeidet på desse tema til samhandlingsperspektivet, hevar ein kvaliteten med tanke på heilskapleg planlegging og involverande prosessar som understøttar mål om framtidsretta pasientbehandling med samtidig god bruk av ressursar. I praksis tyder dette at ein har knytt til seg kommunale krefter i form av representasjon i dei ulike arbeidsgruppene innanfor områda forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse. Såleis stettar ein også kravet til involvering som ligg for utviklingsplanarbeidet.

¹⁶ I dialogmøtet 7.april, kom det i tillegg fram at teknologi og innovasjon er viktige innsatsområde, noko styringsgruppa for utviklingsplanen slutta seg til i møte 6.juni. Fagområdet innovasjon vert ivarettatt gjennom arbeidet med strategi og handlingsplan for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse, der kommunane er representerte i arbeidsgruppa for innovasjon. Fagområdet teknologi er eit innsatsområde for Fagavdelinga i HMR. Etter omorganiseringa i føretaket, har fagavdelinga sett ned eit team for teknologiutvikling som går på tvers av seksjonane i avdelinga.

For punkt tre heiter det i mandatet at driftsmodellane skal ROS-analyserast og inkludere forslag til eventuelle kompensierende tiltak. Dette er også i tråd med føringane i rettleiaren for utviklingsplanar, som seier at dette skal ligge føre ved eventuelle «vesentlege endringar» (Sykehusbygg HF, 2016):

«Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver. Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn de som er direkte involverte.

Endringer i akutfunksjoner vil for eksempel alltid være vesentlige.

Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre.

Analysen må involvere de som omfattes av tiltaket, for eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akutfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert.

Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes.»

ROS-analyse er også eit av dei sentrale elementa i systematisk risikostyring av verksemda, som føretaka er pålagde å ha system for gjennom eigarkrav frå Helse- og omsorgsdepartementet.

Utgreiinga av driftsmodell for framtida inklusive ROS-analysen skal danne grunnlag for val av løysing for pediatrietilbodet i føretaket.

Medverknad er også særskilt viktig i dette arbeidet og dette vart framheva i dialogmøte mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane. For å sikre og leggje til rette for innspel frå kommunane, vart det 14.09.17 arrangert ein felles innspelskonferanse i Kristiansund, der ein diskuterte framlagte modellar knytt til korleis det barnemedisinske tilbodet kan utviklast i Helse Møre og Romsdal HF.

1.2.8 Særskilt om Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)

Gjennom fusjonen mellom Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF i 2011, fekk føretaket oppdraget om utarbeiding av ein samla plan for det nye Helse Møre og Romsdal HF. Den samla planen skulle særskilt ta føre seg sjukehusstrukturen i nordfylket, og konkluderte i desember 2012 med at det mest framtidssretta valet for å møte det langsiktige behovet for spesialisthelsetenester, var eitt felles akuttsjukehus. Det vart samstundes vedtatt å starte idéfasen for sjukehusprosjektet.

På bakgrunn av idéfasen, vart det i 2014 vedtatt at sjukehuset skulle plasserast på Hjelset utanfor Molde, og at det samstundes skulle planleggast for eit godt poliklinisk tilbod i distriktsmedisinsk senter (DMS) Kristiansund. Konseptfasen vart vedtatt i hausten 2016, og tilrådde løysing for SNR med eit akuttsjukehus på Hjelset, og eit spesialisthelsetenestetilbod i Kristiansund som inkluderer poliklinikk, dagbehandling, biletdiagnostikk, laboratorietenester og dagkirurgi, lokalisert i eksisterande sjukehus i Kristiansund (Helse Møre og Romsdal HF, 2016).

Forprosjektet starta opp i januar 2017, og skal etter planen godkjennast i slutten av året (2017) av lokalt og regionalt styre. Forprosjektet skal kvalitetssikre alle utrekningane og førebu bygginga av nytt sjukehus, slik at ein kan endeleg avgjere bygging. I løpet av 2017 har ein også vald entreprisestrategi og fått godkjent reguleringsplanar. I januar 2018 startar rivinga av gamle bygg på Hjelset og vidare skal ein på vårparten starte opp arbeid med infrastrukturen på Hjelset. Byggestart

for akuttstjukehuset på Hjelset er sett til november 2018, med ferdigstilling desember 2021, og overtaking i 2022. Byggestart er sett til medio 2019 for tilbodet i Kristiansund.

SNR er eit stort og viktig prosjekt for Helse Møre og Romsdal HF, og har sitt eige prosjektløp som følgjast tett opp av prosjektleiinga frå føretaket med hjelp frå Sykehusbygg HF, sjå Figur 1.4.

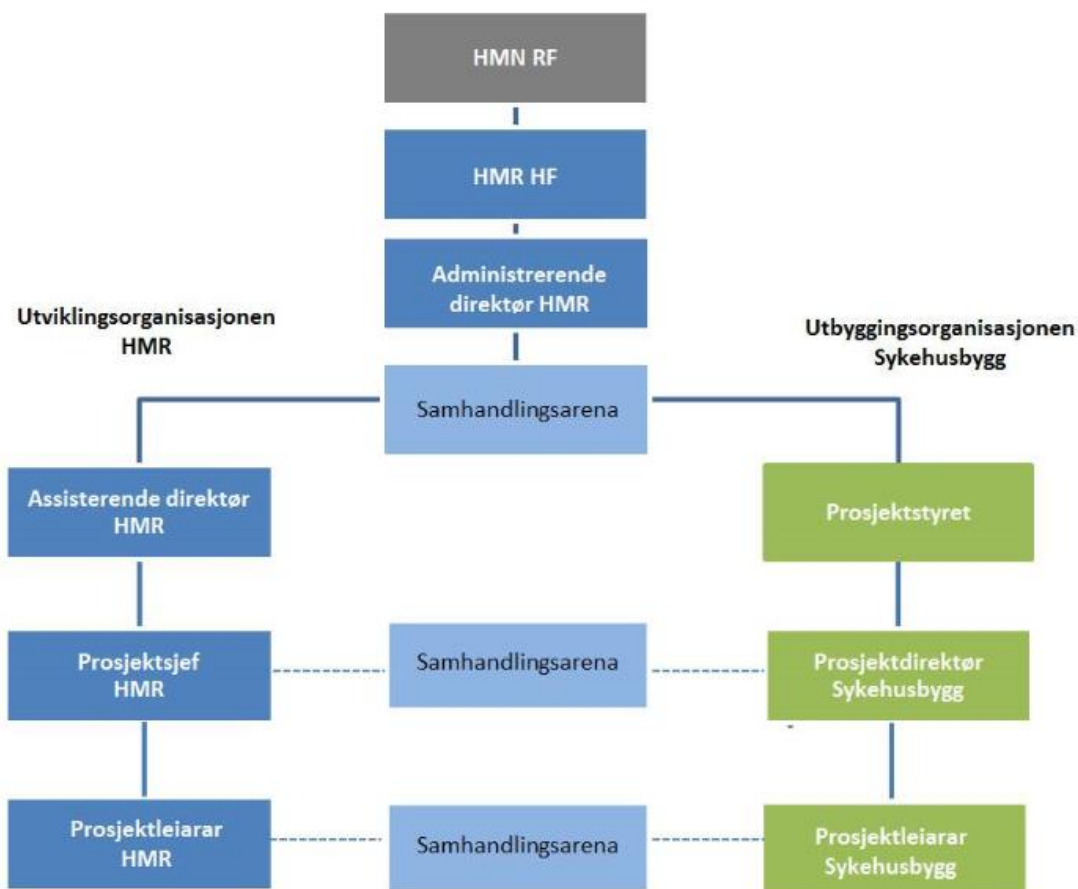
Vedtatt idéfaserapport¹⁷ og konseptrapport¹⁸ ligg til grunn og gir føringar for utviklinga SNR. Samstundes vil arbeidet med utviklingsplanen kunne påverke delar av innhaldet i SNR, til dømes avtalar om vaktberedskap, pediatriiltbodet og bruk av avtalespesialistar.

SNR skal byggast med stor fleksibilitet for å kunne handtere framtidige endringar i innhald og arealbruk, og prosjektet skal tilpasse seg og kunne gjere endringar i tråd med viktige utviklingsendringar som demografi, sjukdommar og tenestetilbod, teknologi og prioriteringar.

Det faglege og funksjonsmessige grunnlaget for SNR, er idéfaserapporten frå 2014. Det er behov for å gjere ei vurdering i arbeidet med utviklingsplanen, om kva delar av dette som eventuelt må sjåast nærare på. Det er viktig å understreke at grunnlaget for SNR er vedtatt på tre ulike forvaltningsnivå, og det skal vektige grunnar til for å gjere endringar på det.

¹⁷ Sak 2014/90. Idéfaserapport: Helse Møre og Romsdal HF. (2014): Idéfaserapport sjukehuset i Nordmøre og Romsdal – SNR. <https://ekstranett.helse-midt.no/1011/Sakslite%20og%20protokoll/Sak%202014-90%20-%20Vedlegg%201%20-%20Idéfaserapport%20SNR%20-%20HMR%20HF.pdf>

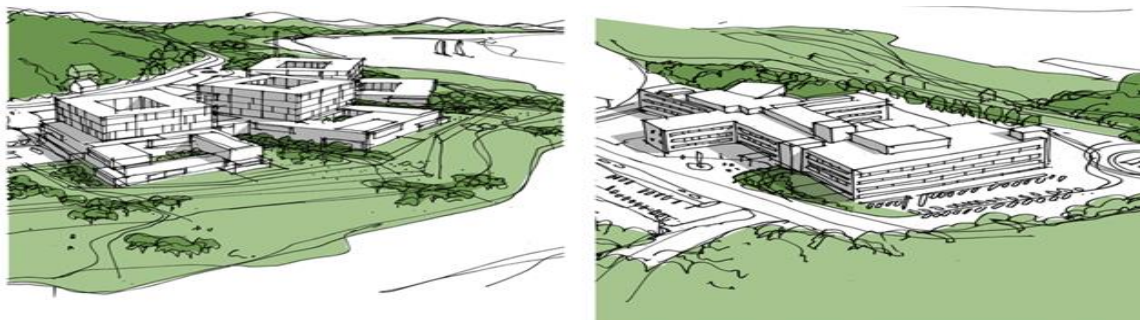
¹⁸ Sak 2016/76. Konseptrapport. Helse Møre og Romsdal HF. (2016): Konseptrapport Sjukehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR). <https://ekstranett.helse-midt.no/1011/Sakslite%20og%20protokoll/Sak%202016-76%20-%20Vedlegg%201%20-%20Konseptrapport.pdf>



Figur 1.4: Organisering av SNR-prosjektet

Organisasjonsutvikling (OU) er eit berande element for å lukkast med å sette Helse Møre og Romsdal HF i stand til å planlegge Sjukehuset Nordmøre og Romsdal. Vidare skal OU-arbeidet sikre eigarskap til driftskonseptet, utvikle nye arbeidsformer og endre organisering, kompetanse og arbeidsflyt. I 2017 blei det oppretta eit OU-prosjekt i SNR som skal utgreie løysingar for åtte timar drift for dagbehandling og poliklinikkar. Eit anna OU-prosjekt har fokus på fleksible arbeidstidsordningar tilpassa endra drift, dei som jobbar turnus og tilsette med lang reiseveg. I perioden fram mot 2022 vil det vere gjennomført fleire OU-prosjekt som skal utgreie ulike forhold, m.a. nytt konsept for akuttmottak og korttidsposten med endring i oppgåver og kompetansebehov for legar og sjukepleiarar.

Gjennomføring av organisasjonsutvikling inn mot SNR må gjerast i tett samarbeid med aktuelle klinikkar og stabsavdelingar. Eigarskapet til OU-prosjekta må vere i linjeorganisasjonen som skal gjennomføre endringane. SNR-prosjektet skal initiere og understøtte endringar, skaffe til veie grunnlagsdata mm. Linjeorganisasjonen sitt kontinuerlege forbetningsarbeid må halde fram og vil vere eit sterkt bidrag for at Helse Møre og Romsdal HF skal lukkast med SNR.



Figur 1.5: Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)

1.2.9 Særskilt om FIUK

Spesialisthelsetenesta i Norge har fire lovpålagde oppgåver: pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasient og pårørende (Lov om spesialisthelsetjenesten, 1999:§3-9.8). Innovasjon er ikkje definert som eit primært ansvarsområde, men inngår som del av den nasjonale forskings- og innovasjonsstrategien for helse og omsorg (HelseOmsorg21, 2014). Innovasjon er også eit særskilt satsingsområde i Helse Midt-Norge RHF¹⁹. Forsking er ikkje lovpålagt oppgåve i primærhelsetenesta. Derimot har kommunane ansvar for å medverke til at forskning finn stad²⁰. Helse Møre og Romsdal HF sin strategi- og handlingsplan på områda forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling (heretter FIUK) skal klargjere retning og innhald i føretaket sitt arbeid på føretaksnivå og i eit samhandlingsperspektiv.

Gitt at helsesektoren i åra framover vil få store utfordringar med å skaffe nok helsepersonell med rett kompetanse, vert det svært viktig for Helse Møre og Romsdal HF å samarbeide med sentrale aktørar om korleis ein kan tiltrekke seg, behalde, forvalte og dele kompetansen på ein best mogleg måte – og då i eit utvida samhandlingsperspektiv. Helse Midt-Norge RHF sin Strategi 2030 framhevar også at utfordringsbiletet med å leggje til rette for ei brukarstyrt helseteneste for framtida, fordrar heilskapstenking og samarbeid²¹. Arbeidsgruppene for FIUK-planarbeidet fekk seg tildelt eit ekstra mandat der ein skulle sjå spesielt på *temaet nok helsepersonell med rett kompetanse i eit samhandlingsperspektiv*. Det er dette bakteppet som har vore sentral leiestjerne for arbeidet med FIUK-planen.

Det har vore sett ned ein eigen prosjektorganisasjon for FIUK-planen, samt utarbeidd eit omfattande mandat. Arbeidet har vore leia av fagdirektøren og HR-direktør i fellesskap. Styringsgruppa for utviklingsplanen har også vore styringsgruppe for FIUK-arbeidet. Forskingssjefen har leia eit eige sekretariat. Totalt fire arbeidsgrupper med respektive leiarar har hatt ansvaret for utarbeiding av strategi- og handlingsmål for høvesvis forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling. Arbeidsgruppene har medlemmar frå kvar av klinikkane, frå kommunesektoren, brukarar og tillitsvalde. Det var også lagt opp til dialogmøte med universitet og høgskolesektoren (UH-sektoren) og Møre og Romsdal fylkeskommune ved utdanningsavdelinga (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

¹⁹ Sjå: <https://helse-midt.no/innovasjon>

²⁰ Kommunane har ansvar for å medverke til og leggje til rette for forskning. Helse Møre og Romsdal HF. (2015): Samhandlingsavtale mellom kommunene i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF. Delavtale 7.

²¹ Haga, Daniel (ukjent dato) Foredrag med tittel Strategi 2030. Behovet for samhandling i møte med nye utfordringar. Presentasjon på Samarbeidsorganmøte forskning og innovasjon våren 2016. Trondheim.

1.2.10 Særskilt om framskriving og kapasitetsutrekning

For framskriving til år 2022 og 2035, har ein i regionen nytta framskrivingsmodellen til Sykehusbygg HF. Sykehusbygg har fått oppdraget frå Helse Midt-Norge RHF, og levere medio september rapporten «Framskrivning og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035» (Helse Midt-Norge RHF, 2017) (vedlegg 7).

I dette materialet legg ein 2015 til grunn som aktivitetsår. Tala er på institusjonsnivå, og fordelinga i oppgåver og funksjonar som ligg til grunn er svarande til korleis føretaket er organisert i 2015, noko som tyder at dette er oppretthalde i tala som presenterast for 2022 og 2035. Dette er eit resultat av korleis Sykehusbygg sin modell for framskriving er bygd opp. Framskrivingar av denne typen vil alltid ha med seg eit element av uvisse, og generelt er det slik at dess lenger periode ein skriv fram, dess større vert uvisse i tala som vert presenterte. Framskrivinga viser såleis eit framtidsbilete som kan vere sannsynleg viss utviklinga held fram slik som ho har gjort til no kombinert med ulike utviklingsmogelegheiter.

1.2.10.1 Føresetnader

Det må gjerast ulike føresetnader i modellen. Mellom anna er omstillingsfaktorane som er skildra under, lagt inn på eit moderat nivå. Om desse skulle vere annleis i styrke, føreset det avgjersler på føretaksnivå enten lokalt eller regionalt.

Demografisk framskriving følgjer Statistisk Sentralbyrå (SSB) si MMMM-framskriving²², og tar utgangspunkt i aktiviteten i spesialisthelseteneste fordelt på alder og kjønn, med aldersoppdeling pr. år. Føresetnaden i modellen er at sjukdomsbelastning og behandlingsbehov for ei kvinne på 60 år i utgangsåret, vil vere det same for ei kvinne på 60 år i 2035. Det er kommentert i rapporten at det sannsynlegvis ikkje vil vere slik, men at det ikkje finst metodar for å skildre framtidige endringar i sjukdomsbiletet som er presise nok til å legge inn eitt-års nivå i modellen.

Omstillingsfaktorane er fleire:

- Vekstfaktorar for enkelte sjukdommar som ventast å auke meir enn det som kjem frå den demografiske utviklinga og som også tar med endringar i behandlingstilbod og etterspørsel.
- Overføring frå døgn- til dagbehandling, både innan kirurgi og somatikk.
- Intern effektivisering, som uttrykkjer ei forventning til at gjennomsnittleg liggetid for innlagde pasientar held fram med å gå ned.

Sensitivitetsanalysane viser at det er endringsfaktoren «intern effektivisering» som gir størst utslag på utrekninga av framtidig sengekapasitet. Viss observert årleg reduksjon i liggetid viser seg å flate ut i tidsperioden fram til 2035, vil sengebehovet vere høgare enn ein har rekna ut i rapporten, gitt at alle andre faktorar ligg uendra.

Vidare er følgjande lagt til grunn:

²² MMMM- forkorting om tyder at SSB legg til grunn ei middels prognose for dei ulike faktorane som påverkar befolkningsveksten, der faktorane som yter til veksten er fruktbarheit, levealder, innanlandsk flytting og innvandring i framskrivingane

- Døgnopphald er alle opphald med minst ei overnatting
- Dagopphald er definerte som dagkirurgi og rutinemessig dialyse. All anna medisinsk behandling vert klassifisert som poliklinikk
- Poliklinisk konsultasjon er alle vanlege konsultasjonar, alle polikliniske endoskopiar og alle polikliniske prosedyrar, dvs. småkirurgi og medisinsk dagbehandling utover dialyse . I tillegg kjem nokre medisinske opphald.
- Føresetnader for utrekningar for poliklinikkrom og operasjonsstover somatikk, er 8 timar effektiv opningstid 230 dagar i året. Belegget er sett til 85%
- Føresetnader for utrekningar for poliklinikkrom psykisk helsevern, er 6 timar effektiv opningstid 230 dagar i året, og 90 minutt konsultasjonstid i gjennomsnitt. Belegget er sett til 85% for vaksne, og 75% for barn og unge
- Konsultasjonstid for TSB er også sett til 6 timar effektiv opningstid pr. dag og 230 dagar i året, og 90 minutt konsultasjonstid. Belegget er sett til 80%

For detaljar kring framskrivingsmodellen, viser ein til vedlagt rapport (Helse Midt-Norge RHF, 2017) (vedlegg 7).

1.2.11 Kvalitetssikring

Utviklingsplanen skal, etter tilrådingane i rettleiaren, gå gjennom ei ekstern kvalitetssikring. Dette arbeidet vert koordinert regionalt, og er lagt opp som ei følgjeevaluering. Føremålet med kvalitetssikringa er å sikre at prosessen kring utarbeiding av utviklingsplanen følgjer rettleiaren for utviklingsplanar. Regionalt helseføretak har valt WSP²³ Norge til å gjennomføre kvalitetssikringa, og Helse Møre og Romsdal HF mottok i august første delrapport, der revisjonsteamet konkluderer med at Helse Møre og Romsdal HF har planlagt og lagt til rette for å ivareta krava i rettleiaren i høve openheit, involvering og føreseielegheit.

Vidare prosess frå WSP Norge inneber ei spørjeundersøking retta til kommunane, og til slutt ein endeleg rapport som skal leggest ved sluttleveransen til regionalt helseføretak.

²³ Williams Sale Partnership Limited (WSP) Norge.

2 No-situasjon

2.1 Ei helseteneste for pasienten- brukertilfredsheit

2.1.1 Pasientforløp

Helse Møre og Romsdal HF sitt arbeid med pasient- og pakkeforløp er sentralt i det kontinuerlege forbetningsarbeidet²⁴ i føretaket, nasjonal metodikk for kvalitetsforbetring og regional forløpsmetodikk er grunnlaget for utarbeiding og implementering av dei standardiserte pasient- og pakkeforløpa.

Helseføretaket har per august 2017 73% av nye pasientar innlemma i pakkeforløp kreft, som er innanfor kravet på 70%. Andre nasjonale pakkeforløp som skal implementerast frå 2018 er innan psykiatri (barn og vaksne) og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). I tillegg til nasjonale pakkeforløp, utarbeider ein standardiserte pasientforløp både regionalt og lokalt. Ved utarbeiding av pasient- og pakkeforløpa vert brukarane involvere. Dette vil halde fram vidare.

Ein nyttar eSp²⁵ som verktøy for å halde oversikt over kodinga og kvar pasienten er i forløpet, og dette gir òg god oversikt over kvar flaskehalsane er. Ved å bruke eSp aktivt, kan ein til ein kvar tid rette forbetningsarbeidet mot der behovet er størst. For å følgje opp dette arbeidet, har Helse Møre og Romsdal HF ein eigen forløpsrettleiar tilsett i Fagavdelinga, som igjen følgjer opp forløpsansvarlege legar i klinikkane. Det etablerast nettverk for forløpsansvarlege som skal ha møte med fagdirektør kvart tertial. Funksjonsskildring for forløpsansvarlege er under utforming. Det opprettast også nettverk for forløpskoordinatorane som skal ha møte månadleg saman med forløpsrettleiar i Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF.

2.1.2 Brukartilfredsheit

Det har dei siste åra vore gjennomført undersøkingar på pasienttilfredsheit i dei ulike helseføretaka, presentert frå Kunnskapssenteret. Det er viktig for Helse Møre og Romsdal HF å få informasjon om brukarerfaringar, då dette seier noko om korleis kvaliteten på helsetenesta vi yter opplevast, og gir oss kunnskap om område vi kan vere betre på. Dette er ei av fleire kjelder helseføretaket har i forbetningsarbeidet.

I 2016 vart det gjort ei undersøking på dei medisinske sengepostane i helseføretaket (Folkehelseinstituttet, 2017), og ikkje ei felles undersøking for heile føretaket, slik det har vore tidlegare år. Pasienterfaringsundersøkingane viser at Helse Møre og Romsdal HF scorar høgt på fagleg dyktigheit, pasienttryggleik, og er gode til å vise omsorg for pasientane og dei pårørande. Undersøkingane viser vidare at informasjonsflyt både til pasient og til oppfølgjande instansar kan vere betre.

Undersøkinga viser at prosessen rundt utskriving får lågast score (56 av 100).

²⁴ Kontinuerleg forbetring er forankra i Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helsetenesta. (2016).

²⁵ IKT-verktøy for standardiserte pasientforløp; eSp er HEMIT sin eigenutvikla web-applikasjon som skal sikre optimalisering av standardiserte pasientforløp ved monitorering og visualisering av måleparametrar.

Høgste scoren i undersøkinga gjeld pleiepersonale, informasjon og organisering, med 76 av 100 på alle tre indikatorane²⁶.

Indikatoren pasienttryggleik er ikkje samanlikna mellom postane i rapporten, men ein ser at alle sengepostane scorar mellom 83 og 95 av 100 på denne indikatoren, og ein ser ei signifikant forbetring frå 2015 på fleire sengepostar. Direktøren og fagdirektøren i Helse Møre og Romsdal HF har gjennomført 21 pasienttryggleiksvisittar i 2016, der dei besøker seksjonar for å skape merksemd, diskusjon og auka bevisstheit rundt tryggleiken til pasientane. Det har også vore stort fokus på pasienttryggleiksprogrammet gjennom arbeidet med kontinuerleg forbetring i føretaket, noko som vil halde fram i åra som kjem.

2.2 Pasientbehandling- fagleg prioritering, pasienttryggleik, kvalitet og pasientopplæring

2.2.1 Forbruksmønster og pasientstraumar

Framskrivinga (Helse Midt-Norge RHF, 2017) viser til at forbruket av helsetenester i regionen varierer, både mellom føretak og kommunar innan føretaket si bustadsadresse. Helse Møre og Romsdal HF skil seg ut ved å ha liten tilgang på avtalespesialistar, og viser difor eit høgt forbruk kva gjeld polikliniske konsultasjonar. Når det gjeld avtalespesialistar, er dette eit av innsatsområda som skal utgreiast under føretaksperspektivet. Det ligg elles nokre føresetnader til grunn for modellen som omtalt i kapittel 1.2.10. Viser elles til Helseatlas (Helseatlas, 2017) for rater og bruk av helsetenester i Norge.

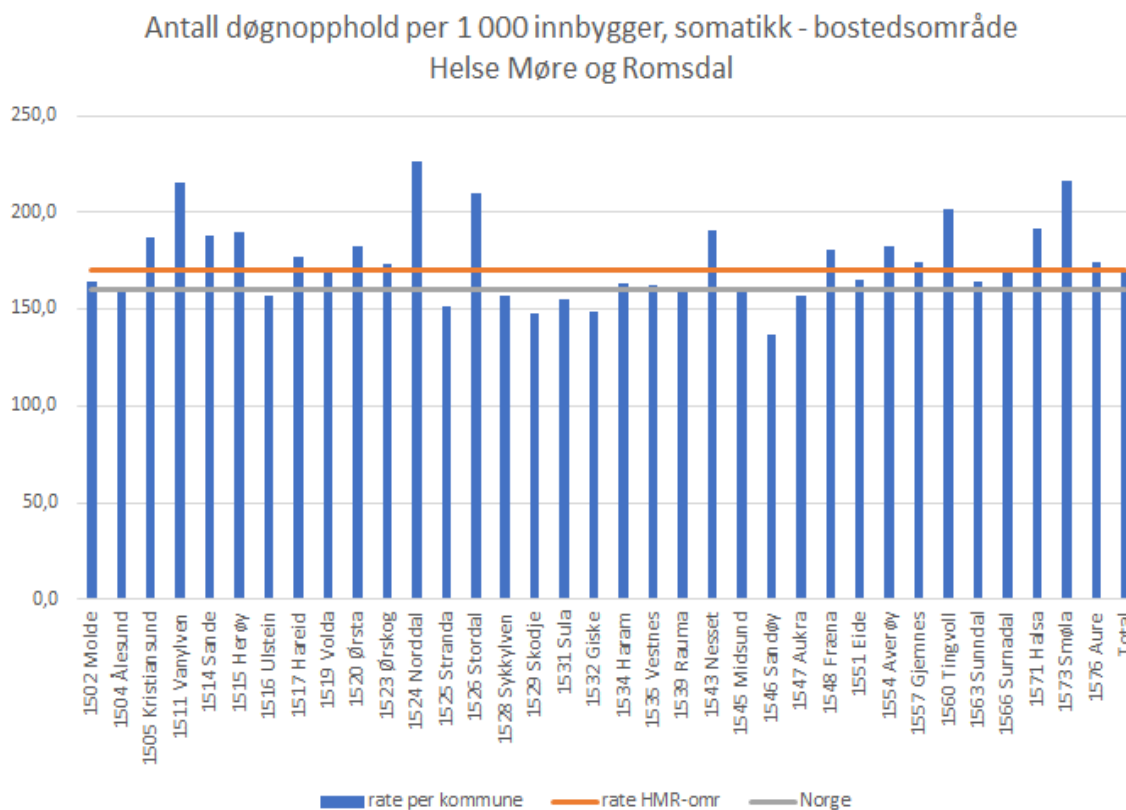
2.2.1.1 Rater for døgnopphald og liggedøgn somatikk

For Helse Møre og Romsdal HF er gjennomsnittsratene for døgnopphald pr. 1000 innbyggjar 169.9. Til samanlikning ligg Helse Nord Trøndelag HF på 192.8 og St. Olavs Hospital HF på 145.2, landet elles ligg på 160.3.

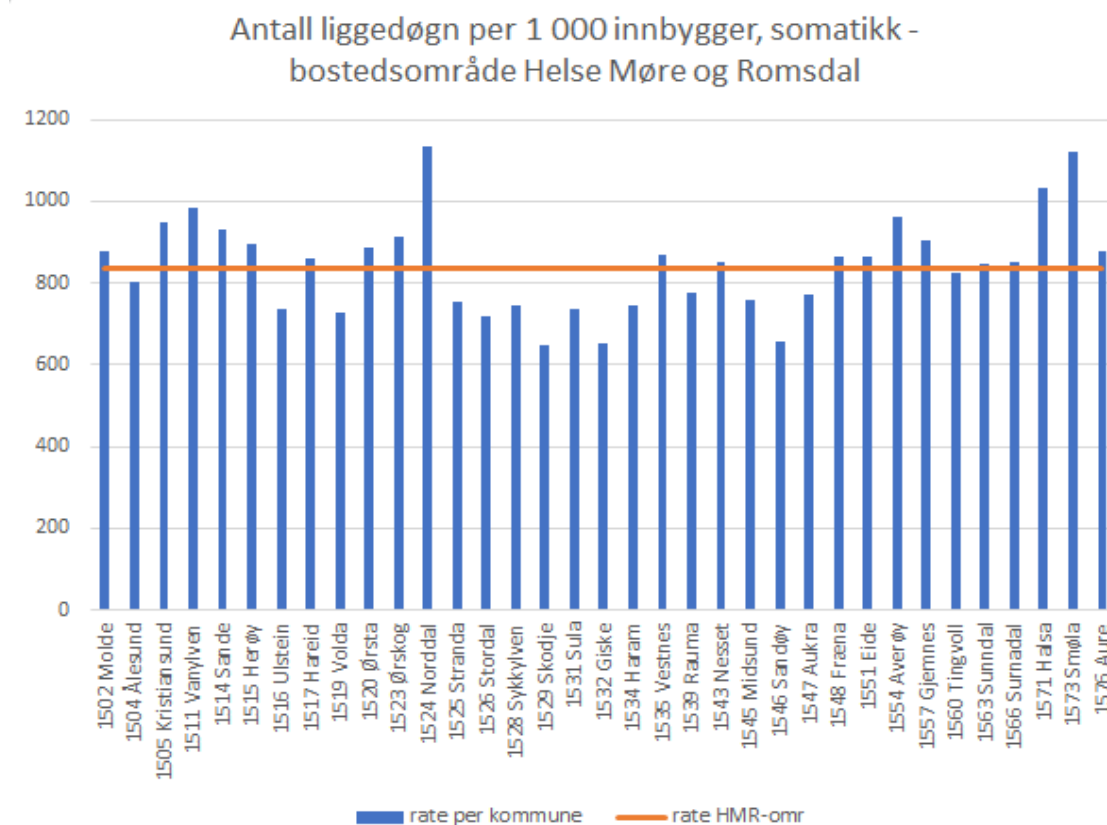
Generelt har vertskommunane for sjukehus ein tendens til å ligge høgt i forbruksrate, men mønsteret i regionen er ikkje eintydig. Ein ser at dette framleis gjeld for Kristiansund, medan Volda ligg på gjennomsnittet for føretaket, og Molde og Ålesund ligg lågare. Kommunar med lang reiseveg til sjukehus vil vanlegvis vise eit lågare forbruksmønster, men dette er heller ikkje eintydig for Helse Møre og Romsdal HF. Ein del av desse kommunane har lågt folketal og årlege variasjonar i sjukelegheit vil slå sterkare ut enn for større kommunar.

Figurane under viser høvesvis. talet døgnopphald pr. 1000 innbyggjar, og talet liggedøgn pr. 1000 innbyggjar for somatiske pasientar (Helse Midt-Norge RHF, 2017).

²⁶ Indikatorane som er brukt i undersøkinga er *Pleiepersonale, legane, informasjon, organisering, pårørande, standard, utskriving, samhandling, ventetid, pasienttryggleik*. Folkehelseinstituttet, (2017): Pasienterfaringar med medisinske sengeposter ved Helse Møre og Romsdal HF 2016. <https://www.fhi.no/publ/2017/pasienterfaringer-med-medisinske-sengeposter-ved-helse-more-og-romsdal-hf-2/> lasta ned 071017.



Figur 2.1 Døgnopphald pr. 1000 innbyggjar



Figur 2.2 Liggedøgn pr. 1000 innbyggjar

2.2.1.2 Rater for døgnopphald og liggedøgn psykisk helsevern og rusbehandling

For psykisk helse og rus, ser ein betydeleg variasjon i forbruksrater mellom føretaka i helseregionen.

Tabell 2.1 Opphald/1000 innbyggjarar, døgnopphald psykisk helse og rus

Opphold	HMR	HNT	St. Olav
PHV voksen			
- opphold	14,9	11,5	13,8
- liggedøgn	258,2	192,7	237,5
PHV barn og unge			
- opphold	3,4	5,2	2,4
- liggedøgn	36,7	64,3	34,3
TSB			
- opphold	5	3,5	4,6
- liggedøgn	148,3	129,8	120,3

Talet opphald og liggedøgn på kommunenivå er få, og variasjonane mellom kommunane er store og tilfeldige, noko som truleg kjem av at dette gjeld få personar/enkeltpersonar. Rater for liggedøgn eller døgnopphald på kommunenivå innanfor bustadområda for desse sektorane, vil difor ikkje gi relevant informasjon (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 19,20).

2.2.2 Pasientstraumar, somatikk

Talmaterialet presentert for pasientstraumane tar utgangspunkt i pasientar busette i helseføretaket sitt bustadområde og kvar dei fekk utført behandling i 2015. All aktivitet er rekna med.

Tabellen under viser pasientstraumane for somatiske døgnpasientar for 2015 (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 19).

Tabell 2.2 Pasientstraumar somatikk døgn 2015

		Behandlingssted									Total
Behandlings-nivå (NPR)	Bostedsområde	Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs hospital HF	Helse Nord-Trøndelag HF	HF i Helse Sør-Øst RHF	HF i Helse Vest RHF	HF i Helse Nord RHF	Private sykehus	Privat avtalespes	Privat rehab inst	
Døgn	1,00 Møre og Romsdal	81,6 %	11,1 %	0,1 %	2,8 %	1,2 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	2,8 %	100,0 %
	2,00 St Olavs omr	0,3 %	90,4 %	0,5 %	3,6 %	0,6 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	4,0 %	100,0 %
	3,00 Nord-Trøndelag	0,1 %	15,8 %	77,2 %	2,1 %	0,4 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	3,8 %	100,0 %
	Total	31,7 %	43,4 %	17,1 %	3,0 %	0,8 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	3,5 %	100,0 %
Dag (Dagkirurgi og dialyse)	1,00 Møre og Romsdal	82,6 %	5,7 %	0,0 %	0,7 %	0,4 %	0,1 %	10,6 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	2,00 St Olavs omr	0,1 %	79,1 %	1,5 %	1,2 %	0,1 %	0,1 %	17,8 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	3,00 Nord-Trøndelag	0,0 %	10,1 %	79,1 %	0,5 %	0,1 %	0,2 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	Total	30,7 %	36,8 %	17,9 %	0,9 %	0,2 %	0,1 %	13,4 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Poliklinikk	1,00 Møre og Romsdal	80,8 %	5,3 %	0,0 %	1,2 %	0,7 %	0,1 %	0,2 %	11,6 %	0,1 %	100,0 %
	2,00 St Olavs omr	0,1 %	68,8 %	0,2 %	1,1 %	0,2 %	0,1 %	5,8 %	21,9 %	1,7 %	100,0 %
	3,00 Nord-Trøndelag	0,1 %	15,2 %	53,8 %	0,7 %	0,2 %	0,2 %	1,2 %	28,0 %	0,6 %	100,0 %
	Total	28,3 %	36,0 %	10,7 %	1,1 %	0,4 %	0,1 %	2,9 %	19,5 %	0,9 %	100,0 %

Dekningsgraden varierer innanfor dei ulike føretaka. Helse Møre og Romsdal HF har ein dekningsgrad på 81.6% for døgnpasientane, og 11.1% av denne pasientkategorien får behandlinga si ved St. Olavs Hospital HF. Dette er nokolunde i tråd med erfaringstal, som indikerer at regionsjukehuspasientar vanlegvis utgjør rundt 10%.

For dagpasientar ligg eigendekkinga på rundt 80%, og skil seg lite mellom dei tre føretaka i regionen. Skilnaden ligg i kvar desse pasientane vel å få behandlinga si utanfor eige føretak, der private står for 10% i Helse Møre og Romsdal HF. Dette er tilsvarande for Helse Nord Trøndelag HF, men noko lågare enn for St. Olavs Hospital HF, der 17.8% vert handterte privat.

Helse Møre og Romsdal HF har ei eigendekking på rundt 80% også for polikliniske pasientar. Delen som går til private avtalespesialistar ligg på 11.6%, noko som er vesentleg lågare enn for Helse Nord Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF, der denne delen ligg på høvesvis 28% og 21.9% (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 19).

2.2.2.1 Variasjonar i døgnopphald somatikk

Nokre av kommunane presenterer data som skil seg litt meir enn andre. For Helse Møre og Romsdal HF sin del, gjeld dette Surnadal, Halså og Aure. Rindal er tatt ut av talgrunnlaget for Møre og Romsdal, og vert rekna under Sør-Trøndelag fylke. Innbyggjarane i Surnadal nyttar sjukehus i Helse Møre og Romsdal HF for kun 18% av døgnopphalda, og reiser elles til St. Olavs Hospital HF eller Orkdal. I Halså og Aure ser ein same mønsteret, men ikkje i like stor grad som i Surnadal. Høvesvis nyttar dei to kommunane Helse Møre og Romsdal HF i 63.2% og 68.8% av tilfella (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 20).

2.2.2.2 Variasjonar i dagopphald somatikk

Surnadal og Halså skil seg også her frå dei andre kommunane som høyrer til Helse Møre og Romsdal HF. 21.6% av opphalda for pasientane frå Surnadal er registererte i føretaket, medan talet for Halså ligg på 35.3%. Resten av opphalda er på St. Olavs Hospital HF. Aure nyttar føretaket i større grad for dagopphald enn for døgnopphald med 75.5% (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 20).

2.2.2.3 Variasjonar i polikliniske opphald somatikk

For polikliniske opphald, ser ein tilsvarande mønster som for dei andre opphaldskategoriane. Tre av kommunane på Nordmøre nyttar St. Olavs Hospital HF i større grad. Surnadal nyttar Helse Møre og Romsdal HF i 37.7% av tilfella, tilsvarande for Halså er talet 57.8% og for Aure 61.9%. Dekningsgraden er elles relativt høg, med 26 av 35 kommunar over 80% (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 20).

2.2.3 Pasientstraumar psykisk helsevern og rusbehandling

2.2.3.1 Psykisk helsevern for vaksne

Eigendekkinga er stor for alle føretaka i regionen, og ligg mellom på 92-94%. For poliklinikk og dagbehandlingar graden noko lågare, mellom 83-85%. 10.7% av poliklinisk behandling gjerast hos private avtalespesialistar.

Tala for behandling innanfor andre helseføretak og private sjukehus er slått saman i tabellen under, sidan dei utgjer ein så liten del av behandlingsaktiviteten totalt.

Elles behandlar St. Olavs Hospital HF ein del pasientar frå Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord Trøndelag HF gjennom ein regionale tryggleiksfunksjon. Helse Nord Trøndelag HF har også den regionale eininga for eteforstyrningar (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 20,21).

Tabell 2.3 Aktivitet og dekkingsgrad psykisk helsevern voksne døgn, pr. helseføretak og bustadområde

Bostedsområde	HMR	St. Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	2 902	74	23	40	0	51	3 090
St. Olav bosted	7	3 193	107	60	0	30	3 397
HNT bosted	0	54	1 144	20	0	20	1 238
Sum HMN bosted	2 909	3 321	1 274	120	0	101	7 725
HMR bosted	93,9%	2,4%	0,7%	1,3%	0,0%	1,7%	100%
St. Olav bosted	0,2%	94,0%	3,1%	1,8%	0,0%	0,9%	100%
HNT bosted	0,0%	4,4%	92,4%	1,6%	0,0%	1,6%	100%
Sum HMN bosted	37,7%	43,0%	16,5%	1,6%	0,0%	1,3%	100%

2.2.3.1.1 Variasjoner innan døgnopphald, psykisk helsevern voksne

Rindal kommune skil seg frå dei andre kommunane i fylket. Dette kjem av at Rindal høyrer til Helse Møre og Romsdal HF sitt bustadområde for psykisk helsevern og rusbehandling, medan kommunen høyrer til St. Olavs hospital HF sitt bustadområde for somatikk. Dette ser ein også att i tala for psykisk helsevern voksne, der 40% får behandlinga si i Helse Møre og Romsdal HF, medan 60% går til St. Olavs hospital HF. Andre opphald utanfor eige føretak er i hovudsak ved St. Olavs Hospital HF eller Helse Nord Trøndelag HF jfr. regional funksjonsdeling. Opphald ved private institusjonar (0.9-1.7%) og i ander regionar, representerer mest sannsynleg enkeltpasientar som av ulike årsaker har vorte innlagde utanfor Helse Møre og Romsdal HF (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 21).

Tabell 2.4 Aktivitet og dekkingsgrad psykisk helsevern voksne dag og poliklinikk, pr. helseføretak og bustadområde

Bostedsområde	HMR	St. Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Private avtalespes	Sum
HMR bosted	96 583	1 514	130	1 820	0	217	14 775	115 039
St. Olav bosted	134	131 322	3 553	1 680	3 167	236	14 311	154 403
HNT bosted	21	2 481	45 797	501	313	65	5 752	54 930
Sum HMN bosted	96 738	135 317	49 480	4 001	3 480	518	34 838	324 372
HMR bosted	84,0%	1,3%	0,1%	1,6%	0,0%	0,2%	12,8%	100%
St. Olav bosted	0,1%	85,1%	2,3%	1,1%	2,1%	0,2%	9,3%	100%
HNT bosted	0,0%	4,5%	83,4%	0,9%	0,6%	0,1%	10,5%	100%
Sum HMN bosted	29,8%	41,7%	15,3%	1,2%	1,1%	0,2%	10,7%	100%

2.2.3.1.2 Variasjoner innan dag og poliklinikk, psykisk helsevern voksne

Eigendekkingsgraden for poliklinikk er på 84%, og resten nyttar private avtalespesialistar. Det er betydeleg variasjon mellom kommunar når det gjeld delen som går til private avtalespesialistar. Her ligg Ulstein og Hareid høgast, med høvesvis 33.6% og 29.5%, medan Stordal er lågast med 2.2%. Plassering av avtaleheimlar i føretaket vil påverke desse tala. Nordmørskommunane Rindal, Surnadal, Halså og Aure varierer også her innanfor korleis poliklinisk aktivitet fordeler seg til St. Olavs Hospital HF sitt bustadområde, med mellom 40% og 11%. Mest truleg går desse pasientane til distriktspyskiatrisk senter i Orkdal (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 21).

2.2.3.2 Psykisk helsevern for barn og unge

Dekkingsgraden for denne pasientgruppa er høg i alle tre føretak i regionen. Samla ligg denne på 98.5% for døgnopphald og 98% for dag-/poliklinisk behandling. Døgnopphald utanfor eige føretak er i

Helse Sør-Øst RHF, og poliklinikk er delt mellom Helse Sør-Øst RHF og private avtalespesialistar med 1% på kvar. I tala i tabellen under, er behandling i sjukehus utanfor Helse Midt-Norge RHF slått saman (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 22,23).

Tabell 2.5 Aktivitet og dekkingsgrad psykisk helsevern for barn og unge, pr. helseføretak og bustadområde

Bosteds-område	HMR	St. Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	198	1	0	2	0	0	201
St. Olav bosted	0	153	2	4	0	0	159
HNT bosted	0	17	139	2	0	0	158
Sum HMN bosted	198	171	141	8	0	0	518
HMR bosted	98,5%	0,5%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	100%
St. Olav bosted	0,0%	96,2%	1,3%	2,5%	0,0%	0,0%	100%
HNT bosted	0,0%	10,8%	88,0%	1,3%	0,0%	0,0%	100%
Sum HMN bosted	38,2%	33,0%	27,2%	1,5%	0,0%	0,0%	100%

Helse Møre og Romsdal HF fordeler opphalda utanom eige føretak mellom St. Olavs Hospital HF og andre helseregionar med høvesvis 0.5% og 1%. Private sjukehus har ingen delar av tenesta til barn og unge for nokon av behandlingskategoriane.

Tabell 2.6 Aktivitet og dekkingsgrad psykisk helsevern barn og unge dag og poliklinikk, pr. helseføretak og bustadområde

Bostedsområde	HMR	St. Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst utenfor HMN	Private avtalespes HMN	Private avtalespes utenfor HMN	Sum
HMR bosted	48 603	797	4	716	0	563	109	50 792
St. Olav bosted	85	71 723	258	653	6	349	33	73 107
HNT bosted	24	1 743	23 216	189	0	372	24	25 568
Sum HMN bosted	48 712	74 263	23 478	1 558	6	1 284	166	149 467
HMR bosted	95,7%	1,6%	0,0%	1,4%	0,0%	1,1%	0,2%	100%
St. Olav bosted	0,1%	98,1%	0,5%	0,9%	0,0%	0,5%	0,0%	100%
HNT bosted	0,1%	6,8%	90,8%	0,7%	0,0%	1,5%	0,1%	100%
Sum HMN bosted	32,6%	49,7%	15,7%	1,0%	0,0%	0,9%	0,1%	100%

2.2.3.2.1 Variasjonar innan døgnopphald, dag-/poliklinikk, psykisk helsevern barn og unge

Helse Møre og Romsdal HF har 100% dekkingsgrad for døgnopphald, med unntak av Ålesund kommune og Surnadal kommune. Ålesund har nytta Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF med totalt 4.6%, medan Surnadal viser liknande tendens som for dei somatiske pasientane og pasientane innan psykisk helsevern vaksne, og har nytta St. Olavs Hospital HF for 14.3% av opphalda. For dagbehandling/poliklinikk, er det Rindal, Halså og Surnadal som utgjer hovuddelen av «lekkasjen» mot St. Olavs Hospital HF, med høvesvis 55.9%, 14.9% og 11.8% (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 23).

2.2.3.3 Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

Dekkingsgraden innan TSB er lågare enn for både somatikk og psykisk helsevern. For døgnopphalda er talet 52.8% innanfor regionen, medan 47.2% i hovudsak går føre seg i private sjukehus (ein liten del i Helse Sør-Øst RHF). Eigendekkinga for dag/poliklinikk er noko høgare med 74.7%, med tenester levere frå private sjukehus og andre regionar på 25.3%, der private utgjer den store tilbydaren. Ein

har ikkje registrert konsultasjonar for bustadområda i Helse Midt-Norge RHF hjå avtalespesialistar for dette fagfeltet.

Resultat av fritt behandlingsval for TSB er i liten grad synleg i tala for 2015. Dette vart innført på hausten i 2015, og vil truleg først gi full årseffekt i 2016 (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 23,24,25).

Tabell 2.7 Aktivitet og dekkingsgrad TSB døgn, pr. helseføretak og bustadområde²⁷

Bostedsområde	HMR	St.Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	741	63	0	15	210	11	1 040
St. Olav bosted	77	316	5	11	712	9	1 130
HNT bosted	61	41	42	0	226	7	377
Sum HMN bosted	879	420	47	26	1 148	27	2 547
HMR bosted	71,3%	6,1%	0,0%	1,4%	20,2%	1,1%	100%
St. Olav bosted	6,8%	28,0%	0,4%	1,0%	63,0%	0,8%	100%
HNT bosted	16,2%	10,9%	11,1%	0,0%	59,9%	1,9%	100%
Sum HMN bosted	34,5%	16,5%	1,8%	1,0%	45,1%	1,1%	100%

Det er stor variasjon mellom helseføretaka, samstundes med at alle tre har ein langt høgare del hjå private enn tilsvarande for somatikk og psykisk helsevern vaksne.

Tabell 2.8 Aktivitet og dekkingsgrad TSB dag og poliklinikk, pr. helseføretak og bustadområde

Bostedsområde	HMR	St. Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	8 309	604	12	135	782	72	9 914
St. Olav bosted	120	16 198	79	285	8 196	62	24 940
HNT bosted	44	487	5 898	23	1 225	10	7 687
Sum HMN bosted	8 473	17 289	5 989	443	10 203	144	42 541
HMR bosted	83,8%	6,1%	0,1%	1,4%	7,9%	0,7%	100%
St. Olav bosted	0,5%	64,9%	0,3%	1,1%	32,9%	0,2%	100%
HNT bosted	0,6%	6,3%	76,7%	0,3%	15,9%	0,1%	100%
Sum HMN bosted	19,9%	40,6%	14,1%	1,0%	24,0%	0,3%	100%

Møre og Romsdal har fleire institusjonar for TSB, og har den høgaste eigendekkingsgraden med 71.3%.

²⁷ «Resultat av fritt behandlingsvalg for TSB er i liten grad synlig i tallene for 2015. Innføring av fritt behandlingsvalg for TSB ble innført besluttet på høsten i 2015, med full årseffekt i 2016. VG hadde et oppslag i feb.2017 der Helsedirektoratet angis som kilde for tallene. Der er utgiftene til fritt behandlingsvalg angitt å fordele seg med 60% til rusbehandling og 35% til PHV. Siden tallene er presentert tidlig i 2017 er det grunn til å tro at det er regnskapstall fra 2016. Analyse av aktivitetstall for 2016 vil difor kunne gi et annet bilde av pasientstrømmer for TSB». (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 23)

2.2.3.3.1 *Variasjonar innan døgn-, dag- og poliklinikk, TSB*

I Helse Møre og Romsdal HF varierer dekkingsgraden mellom kommunane frå 0-100% for døgnopphald. Rindal har berre nytta seg av private sjukehus. For dagbehandling og poliklinikkar variasjonen også mellom 0-100%. Rindal fordeler forbruket mellom 40% på St. Olavs hospital HF og 60% på private sjukehus. Smøla har ein dekkingsgrad i eige helseføretak på berre 7.1%. Mange kommunar nyttar seg av behandlingstilbod ved St. Olavs hospital HF og private institusjonar. Dei fleste har større del av forbruket i private institusjonar enn ved St. Olavs hospital HF (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 24).

2.2.4 **Kvalitet og pasienttryggleik**

Norsk Standard, NS-EN ISO9001, definerer kvalitet som i kva grad ei samling av ibuande eigenskapar oppfyller behov eller forventning som er angitt, vanlegvis underforstått eller obligatorisk. Kvalitet og kvalitetsutvikling må difor sjåast i samheng med utvikling av ei helseteneste for pasienten, pasienttryggleik og standardiserte pasientforløp, som er sentrale forventningar til helsevesenet i dag og framover. Gjennom kontinuerleg forbetring av desse områda, vil ein sikre at kvaliteten i tenestene til ei kvar tid er i samsvar med dei forventningane og krava som vert stilte til spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal.

2.2.4.1 **Kvalitet**

Helse Møre og Romsdal HF har hatt eit kvalitetsrådgjevarnettverk²⁸, som har vore samansett av kvalitetsrådgjevarar i klinikkane og kvalitetsrådgjevarar i Fagavdelinga. Nettverket har fungert bra med jamlege møter der tema har vore pasienttryggleik og kvalitetsarbeid, og har såleis vore ein arena for god informasjonsflyt mellom klinikkane og stab innanfor desse områda. Omorganisering i klinikkane har utfordra arbeidet i nettverket, og kvalitetsrådgjevar-stillingane har vore utlyste på nytt i fleire klinikkar. Det er eit mål å få nettverket i gang igjen i løpet av 1. tertial 2018. Det er behov for å utvikle og avklare rolle og funksjon for kvalitetsrådgjevarane i klinikkane, slik at ein brukar desse ressursane på ein hensiktsmessig måte i det framtidige kvalitets- og forbetringsarbeidet i helseføretaket.

Kvalitets- og pasienttryggleiksutvalet (KPU) har til no hatt representantar frå kvalitetsrådgjevarane, klinikkleiinga, stab og fagområda i klinikken samt brukarrepresentant og vernetenesta. Frå 03.10.17 vil KPU vere samansett av direktøren si samla leiargruppe, kvalitetssjef, medisinsk fagsjef, koordinator for pasienttryggleiksprogrammet, brukarrepresentantar og verneteneste. KPU vil difor få ei meir strategisk rolle enn tidlegare, og skal mellom anna sikre at ein får til læring på tvers i organisasjonen etter uønskte hendingar, i tillegg til å sikre lik praksis i heile Helse Møre og Romsdal HF gjennom å ta ansvar for å få utarbeida overordna prosedyrar og opplæringsprogram.

I tillegg til KPU, kvalitetsrådgjevarnettverket og diverse leiarsamlingar, finst det andre råd og utval som sørgjer for samhandling internt i føretaket innanfor spesifikke område. Journalkomiteen og legemiddelkomiteen er døme på slike. Desse sistnemnde har også hatt ein periode med lav-aktivitet gjennom OU-prosessen, men skal i næraste framtid revitaliserast, og på nytt sikre at arbeidet med å kvalitetssikre journaldokumentasjon og legemiddelhandsaming i Helse Møre og Romsdal HF vert gjort på ein god måte.

²⁸ Oppgåver og ansvar for organisering av kvalitetsarbeidet inngår i retninglinje «Kvalitetsrådgivarnettverk – organisering og oppgåver» EQS ID 23839

2.2.4.2 Pasienttryggleik

Helse Møre og Romsdal HF sitt arbeid med pasienttryggleik tek utgangspunkt i det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet «I trygge hender 24/7». Føremålet med programmet er å redusere pasientskadar ved hjelp av målretta tiltak i heile helsetenesta, og er godt forankra i organisasjonen (Pasienttryggleiksprogrammet, 2010). Føretaket har vore nasjonal pilot på «*Tidlig oppdagelse av sepsis*», og har jobba systematisk med mellom anna innsatsområdet «*Samstemming med legemiddellister*» sidan 2009. Elles har ein også starta opp alle innsatsområda som er relevante for spesialisthelsetenesta. Gjennom pasienttryggleiksvisittar får dei tilsette høve til å diskutere utfordringar kring pasienttryggleik med administrerande direktør. Visittane bidreg til å etablere ein kultur for openheit rundt pasient og brukar sin tryggleik.

2.2.5 Pasientopplæring

Utvikling av kompetanse til pasientar og pårørnde er ein viktig del av tilbodet frå helsetenesta, og er ei av helseføretaket sine fire hovudoppgåver²⁹. Resultat frå internasjonal forskning viser at lærings- og meistringstilbod kan ha god effekt og vere nyttige for betre helse og meistring av kvardagen. Dette gjeld særskilt å kunne tileigne seg ny kunnskap, vere medviten om eiga helse, og oppleve gjensidig støtte og håp (Stenberg, 2017). I tillegg til helsegevinstane, kan kostnadene i helsetenesta verte reduserte.

I dag er det over 100 ulike gruppetilbod til pasientar og pårørnde i Helse Møre og Romsdal HF. Mange av desse kursa går fleire gongar i året. Dette er tilbod til både vaksne, ungdom og barn, innan psykisk helse, rus og somatikk. Det er behov for å sikre lik tilgang til gruppebasert opplæring, då tilboda er noko ujamt fordelte i fylket.

For at alle med behov skal få eit tilbod, freistar ein å gjere arbeidet med pasient- og pårørndeopplæring til ein naturleg del av pasientforløpa. Fram til dette fullt ut er integrert, nyttar ein marknadsføring via fastlegar, brukarorganisasjonar, NAV og apotek, saman med aktiv bruk av internett og Facebook.

Ein erfarer at pasientar med innvandrar- eller minoritetsbakgrunn i dag er sterkt underrepresenterte i opplæringstilboda, og dei har også i stor grad eit underforbruk og/eller lite adekvat bruk av andre helsetilbod. Dette underbyggast også i ein rapport (Folkehelseinstituttet, 2017). Forbetring av denne situasjonen vil mellom anna krevje betre kompetanse innan helsekommunikasjon og samhandling med relevante aktørar, særleg i kommunane.

2.2.5.1 Lærings og meistringssenteret (LMS)

Ansvar for at pasientar og pårørnde får naudsynt opplæring ligg til klinikkane. LMS blei oppretta for å sette pasient- og pårørndeopplæring meir i system og skal støtte klinikkane i dette arbeidet.

Hovudoppgåver til lærings- og meistringssenteret i Helse Møre og Romsdal HF er:

1. Vere ein samarbeidsarena mellom brukarrepresentantar og fagpersonar i utvikling av kurs- og gruppetilbod.
2. Vere ei støtte til klinikkane i dette arbeidet, praktisk, administrativt, fagleg.

²⁹ Jamfør lov om spesialisthelseteneste 1999 §3-8.

3. Arbeide for at opplæring av pasientar og pårørnde kjem inn i pasientforløp der det er aktuelt.
4. Vere ein helsepedagogisk ressurs for tilsette i føretaket, men også rettleie kommunetilsette og brukarrepresentantar.
5. Samhandle med kommunar på området kring opplæring av pasientar og pårørnde.

Brukarmedverknad

Planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæring krev reell brukarmedverknad for å få opplæringa best mogleg tilpassa pasientar og pårørnde. Innhaldet i kursa skal vere kunnskapsbasert. Difor jobbar LMS aktivt med å sjå til at opplæringstilbod vere utvikla av fagpersonar og brukarrepresentantar i samarbeid.

Kompetanse

LMS arrangerer helsepedagogisk opplæring og opplæring i presentasjonsteknikk fleire gongar i året. Den helsepedagogiske opplæringa er og open for tilsette i kommunane, og det er pr. i dag i gang forsøk med å utvikle eit kurstilbod der brukarrepresentantar som er involverte i opplæringstiltak, også tek del på dette kompetansehevingstilbodet.

I den nye LIS-utdanninga³⁰ har opplæring av pasientar og pårørnde fått eit tydelegare fokus, og LMS vil vere involvert i denne opplæringa. Det kan i dag sjå ut som om pasient- og pårørndeopplæring er noko tilfeldig ivarettatt i grunnutdanningane. Dette gjeld både den praktiske og teoretiske delen av utdanninga.

Eksternt samarbeid

For å styrke samarbeidet, har overordna samarbeidsutval vedtatt å opprette fire formelle nettverk for samarbeid med kommunar når det gjeld pasient- og pårørndeopplæring, eitt for kvart sjukehus. Brukarorganisasjonane er ein viktig samarbeidspartnar for utvikling og gjennomføring av opplæringstilbod, og for å etablere nye tilbod. Fastlegane er på si side ein viktig samarbeidspartnar for å nå ut med informasjon om pasient- og pårørndeopplæring, då dei kan tilvise sine pasientar til slike opplæringstilbod.

Teknologi

I dag er e-læring lite utbreidd når det gjeld pasient- og pårørndeopplæring. Det er få kvalitetssikra e-læringskurs og lite kompetanse mellom helsepersonell om bruken. Gjennom Læringsportalen vert det lagt til rette for ei sterkare satsing på dette, både som ein integrert del av opplæringstilbod, som frittstående opplæringstiltak og som førebuing til behandling og konsultasjon. I dag jobbar LMS med å implementere eksisterande e-læringskurs som ein del av helseføretaket sitt tilbod. Bruk av videokonferanse og anna elektronisk kommunikasjon i pasient- og pårørndeopplæring er i si spede byrjing, men dei forsøka som er gjort, er lovande.

2.2.6 Satsingsområde

Lærings- og meistringssenteret har identifisert følgjande satsingsområde:

- Styrke fagområdet opplæring av pasientar og pårørnde
- Styrke helsepedagogisk kompetanse blant helsepersonell

³⁰ LIS-utdanninga er utdanningsløp for legar i spesialisering.

- Arbeide kunnskapsbasert og bruke teknologi som gjer opplæringstilbod meir tilgjengeleg
- Styrke samarbeidet med brukar-organisasjonane, kommunane og andre relevante aktørar

2.3 Oppgåvedeling og samhandling

2.3.1 Innan Helse Møre og Romsdal HF

I arbeidet med idéfasen i 2014, som første del av tidlegfaseplanlegginga for SNR, vart det gjennomført eit arbeidsseminar med tema oppgave- og funksjonsdeling. Fokuset var naturleg nok retta mot SNR, og tok også opp grensesnittet mot Ålesund og St. Olavs hospital HF, som tek i vare særskilde funksjonar for høvesvis fylket og regionen. Tilrådingane frå dette arbeidet vart lagt fram for styret i Helse Møre og Romsdal HF, styresak 2014/90 (Helse Møre og Romsdal HF, 2014). Tilrådingane ligg til grunn for vidare arbeid med SNR gjennom konseptfasen, og er framstilt i tabellen under.

Tabell 2.9 Oversikt over fagområde vurderte og tilrådingar i høve til oppgave- og funksjonsfordelingsarbeidet

FAGOMRÅDE	VURDERING	TILRÅDING
Indremedisin	Nyremedisin og infeksjonsmedisin	• Nefrologisk døgntilbod med intensivbehandling, poliklinikk med dialyse, vidareførast i Ålesund og SNR • Infeksjonsmedisin med isolatfunksjonar vert oppretthalde i begge sjukehus. SNR byggjer i høve til dei krav som gjeld for isolatfunksjonar (jfr. del av sengekapasiteten som skal ha isolatfunksjonalitet)
Kirurgi	Skal ein utføre karkirurgi eitt eller to stader i føretaket?	• Karkirurgien vert samla i Ålesund • Thoraxkirurgi føreset ein lagt til regionalt nivå
Ortopedi	Utgreiing av arbeidsdeling mellom einingar, under dette evt. utvikling av reine elektive produksjonslinjer	• Deling av elektiv verksemd mellom SNR og Ålesund etter fagområde over tid, slik at denne delingsmodellen er klar ved innflytting i SNR.
Øyre/nase/hals (ØNH)	Vurdering av samling av døgntilbod og vaktordning ein stad.	• Samling av vaktordning og døgntilbod i Ålesund. Dagtilbodet si opningstid i SNR bør kunne vurderast, slik at dette vert tilpassa til å kunne fange opp tyngda av Ø-hjelpsbehov også i SNR. For barn med ØNH-problem vil tilbodet for overnatting i SNR tilsvare det tilbodet som kjem fram under området «Barn og unge»
Auge	Vurdering av samling av døgntilbod og vaktordning ein stad. Vurdere om det er behov for 24/365-vaktordning i HMR på dette området	• Verksemd begge stader, men samla vaktordning i Ålesund

Hud	Vurdere korleis ein best kan ivareta tilbodet, som poliklinikk eller gjennom avtalespesialistar	• Vurdere ei integret bruk av avtalespesialistar som også har vilkår om sjukehusoppgåver i sine avtaleheimlar
Barn og unge	Vurdering av samling av døgnfunksjonar og vaktordning ein stad i føretaket. Fleksible senger (korttidsløysingar)	• Døgnopphald i eiga barneavdeling samla i Ålesund. Ø-hjelp på dag/kveld, dagaktivitet og døgnsenger (truleg 2-3) i fleksibelt sengeområde i SNR. Sengeområdet er tilpassa barn med behov for seng, men som ikkje har behov for innlegging/overflytting til ei barneavdeling
Nevrologi	Vurdere samling av døgnfunksjonar og vaktordning ein stad (SNR). Nevrologiske døgnplassar integrert i medisin?	• Døgnavdeling, vakt, akutt og døgnoppgåver vert ivaretatt ein stad (SNR). Ålesund får nevrolog på dagtid poliklinikk og oppgåver opp mot sengeavdelingane (tilsyn). Begge stader har slageining
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Presentere alternativ (einingar/funksjonar) for korleis eit framtidig tilbod innan dette feltet kan utviklast (må sjåast i samanheng med mandat til eit evt. prosjektsamarbeid med kommunane)	• SNR får poliklinisk tilbod og døgntilbod med støttefunksjonar innanfor fysikalsk medisin og rehabilitering. Sengekapasiteten spesifiserast ikkje på dette stadiet, men avgrensast til 6-10. Konkret kapasitet vert avklart i arbeidet med hovudfunksjonsprogram
Kreft*	Inga vurdering konkret, men kan vere aktuelt med konkretisering i høve til enkeltfunksjonar. Må her til ei kvar tid følgje overordna føringar om kreftbehandling	• Samla nuklærmedisinsk verksemd i Ålesund jfr. regional kreftplan • Palliativ kirurgi både i SNR og Ålesund • Fullverdig kreftavdeling som i dag ved Ålesund sjukehus • Kreftpoliklinikk inkl. palliative tilbod i SNR
Laboratoriemedisin	Vurdere omfang på medisinsk biokjemi, transfusjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi lokalisert i SNR	• Med. biokjemi: seksjon både i Ålesund og SNR, men plass til spesialiserte analysar i SNR • Med. mikrobiologi: to seksjonar i, men der seksjonen i Ålesund har eit avgrensa repertoar som ivaretek behovet for Ø-hjelp for innlagde pasientar. Alle prøver frå primærhelsetenesta bør gå til

		hovudseksjonen (SNR). Screening av blodgivarar vil i 2021 gå føre seg ved med. biokjemi i Ålesund³¹ • Patologi samlast i Ålesund³².
Rus- og avhengigheitsbehandling	Vurdere om SNR skal ha funksjonar i høve til elektiv avrusing, delir og psykoseproblematikk	• Tilbod om rus-akuttbehandling i SNR, tilbodet vert oppretthalde i Ålesund • Rus-akutt skal vere ei observasjonseining i SNR, anslått behov for tre plassar etablert som skjermingseiningar
Vaksenpsykiatri på sjukehusnivå	Vurdere lukka/skjerma avdeling i SNR	• Akuttfunksjon i tillegg til etterfølgjande behandling i SNR
Alderspsykiatri	Vurdere eitt eller to døgntilbod i alderspsykiatri i HMR, lukka/skjerma avdeling i SNR	• Som no, men med ei tydelegare arbeidsdeling

*For kreftområdet viser ein til nasjonale føringar og regional kreftplan. Innanfor gastrokirurgi vert det vist til at avhengigheita mellom akuttfunksjon og gastrokirurgi ikkje gir rom for evaluering av alternativ slik ein vurderer dette no. Utan tilbod om kirurgisk behandling av tarmkreft vert underlaget for å oppretthalde gastrokirurgi for lite. Hovudansvaret for brystkreft både innan diagnostikk og kirurgi, er lagt til Ålesund, i samsvar med kreftplanen. Patologien skal samlast ein stad etter føringane frå regional kreftplan; i Ålesund. Cellegiftbehandling får ein i alle sjukehus, og det skal vere palliative senger i SNR.

I konseptrapporten for SNR (Styresak 2016/76) kom det til eit punkt i høve til barn og unge i SNR (Helse Møre og Romsdal HF, 2016, s. 41);

*** Tilbod til barn og unge i SNR skildra i Idéfasen er grundigare vurdert og presisert i HFP: «SNR skal ta i mot barn og unge både til poliklinikk og dagbehandling, og for innlegging av akutt sjukdom og forverring av kronisk sjukdom. Det er tilrettelagt for seks senger for barn og ungdom.*

2.3.2 Med andre helseføretak

Helse Møre og Romsdal HF samarbeider i betydeleg grad med dei andre HF i Helse Midt-Norge RHF. Samarbeidet er tydlegast mot St. Olavs Hospital HF, som utøver universitetssjukehusfunksjon innan dei fleste fagområde, men det finst også gode døme på godt samarbeid om pasientgrupper mellom Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord- Trøndelag HF. Mange fagområde har formaliserte og standardiserte samarbeidsformer i form av t.d. standardiserte pasientforløp, regionale samarbeidsmøter, særskilde samarbeidsavtalar og/eller regionale fagleiarnettverk. For andre fagområde er samarbeidet tufta på meir uformelle samarbeidsformer. Fordelen med å etablere dei formelle strukturane er mange, til dømes fagleg basert funksjonsdeling, rett kompetanse til rett pasient, kompetanseutvikling på tvers av regionen, fagutvikling på tvers av regionen, standardisere det faglege tilbodet og førebuing til Helseplattformen. Det er tydelege nasjonale føringar på at slike formelle samarbeidsformer skal styrkast.

³¹ Screening av blodgivarar vil i 2021 gå føre seg ved medisinsk biokjemi i Ålesund og SNR.

³² Jamfør regional kreftplan (2010).

Pasienten sin rett til fritt behandlingsval³³, gjer at ein del av innbyggjarane i Helse Møre og Romsdal HF får si helseteneste frå eit anna helseføretak – både regionalt og nasjonalt. Tabell 2.2 viser volumet av pasientar som vert behandla ved andre helseføretak/regionale helseføretak.

Ved Klinikkk for diagnostikk viser ein mellom anna til felles prosedyrebank for MR og CT som er etablert i Helse Midt-Norge RHF for mange organområde. Dette gir store mogelegheiter for å danne faggrupper som er sett saman av kompetente radiologar uavhengig av kvar ein arbeider. Felles bilearkiv gjer fri flyt av kompetanse og arbeidskraft mogeleg. Klinikken viser til at det kan vere organisatorisk krevjande, dersom heile regionen skal inkluderast. Kanskje må det etablerast eit felles biletdiagnostisk helseføretak. Klinikken si erfaring så langt, er at dette har vorte meir kostnadskrevjande utan å bidra til betre samhandling i eige føretak. Innan Helse Møre og Romsdal HF bør det vere enklare å få til løysingar som kan bidra til betre kvalitet, betre ressursutnytting, interessante arbeidsoppgåver og styrke rekruttering av nye spesialistar.

2.3.3 Med private

Det er det regionale føretaket som går inn avtalar med dei private helseaktørane, i kraft av «sørgje for»-ansvaret. Slike avtalar varer typisk i fire år, med moglegheit for forlenging i to år. Kostnadene ved avtalane takast ut av finansieringa til det enkelte helseføretak, basert på den private aktiviteten innafor helseføretaket sitt opptaksområde. Det er tradisjon for å diskutere valet av private tenester mellom det regionale og lokale helseføretaket før ny avtale skal opprettast, og for å justere kurs årleg ut frå endring i behov i dei ulike helseføretaka. Verken det regionale helseføretaket eller det lokale helseføretaket har påverknad på kva for private aktørar som vel å etablere tilbod, verken fageleg eller geografisk. Kva form samarbeidet med dei private helsetilboda tek på helseføretaksnivå, er variabelt. Det er ei ekstra utfordring for Helse Møre og Romsdal HF med relativt desentral sjukehusstruktur, at private aktørar og marknadskrefter kan få større utslag og effektar for helseføretaket si verksemd, enn meir samla sentral sjukehusstruktur. Det er derfor viktig at det regionale helseføretaket i si planlegging av bruk av private aktørar, har eit bevist forhold til dette.

2.4 Organisering og leiing

2.4.1 Ny organisasjonsmodell

Organisasjonsutviklingsprosjektet i Helse Møre og Romsdal HF vart starta i januar 2016 etter ei evaluering av organisasjonen hausten 2015, som viste tydelege behov for ein organisatorisk gjennomgang og plan for utvikling. Hovudmålsettinga med OU er å sette helseføretaket (organisasjon og leiing) betre i stand til å møte framtidige mål og utfordringar, og sikre at føretaket innfrir forventningane om ei best mogeleg spesialisthelseteneste. Gjennom arbeidet har ein definert målsettingar innanfor ulike område:

- *Strategiske ambisjonar*
 - Sette helseføretaket i posisjon til å lukkast med samfunnsoppdraget
 - Fokus på pasienten og pasientverdiprosessen, der sentralt verkemiddel er kontinuerleg forbetring gjennom fornying, forenkling og forbetring

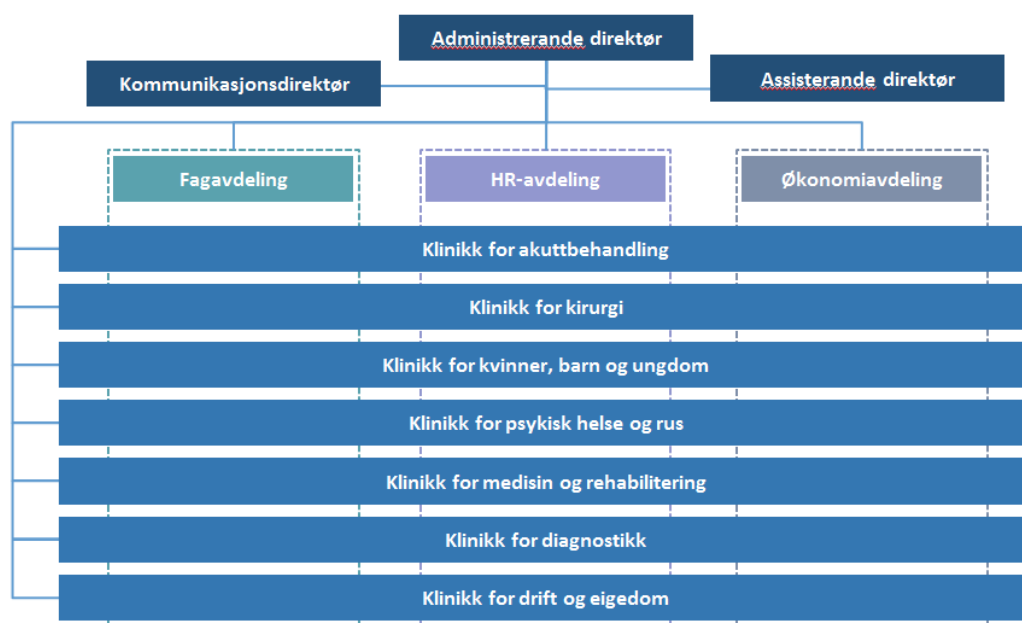
³³ Pasientar i spesialisthelsetenesta har rett til å velje behandlingsstad. Ordninga vart innført hausten 2015. Helsenorge. (2017): Fritt behandlingsval. <https://helsenorge.no/rettigheter/fritt-behandlingsvalg> lasta ned 15.10.17.

- *Fag og kvalitet*
 - Likeverdig tilbod – redusere ulikskap
 - Faglig forbedring og samordning
 - Levere kvalitet – felles standard
 - Gode fagtilbod gjennom solide fagmiljø
- *Heilskap og samarbeid*
 - Samarbeid mellom sjukehus, klinikkar og administrative einingar
 - Samarbeid og nettverksbygging
- *Leiing*
 - Ei leiargruppe som kontinuerleg forbetrar seg og som har tydelege mål innanfor «pasienten først» og «rammene er gitt»
 - Sterk og samla leiargruppe - konsistens gjennom hele linja og som dreg i same retning
 - Eit leiarskap som er tydelege på strategisk retning og mål
 - Gode avgjerdsprosessar og gjennomføringskraft
- *Økonomi*
 - Økonomisk berekraft og sikre handlingsrom
 - Optimalisere dagleg drift innanfor tildelte rammer

I mars 2016 gjekk administrerande direktør inn for å organisere klinikkane på tvers i føretaket. Ei tverrgåande organisering vart vurdert som den beste modellen for å legge til rette for kunnskapsdeling og innretting mot beste praksis, noko som vil redusere variasjon og dermed styrke kvaliteten tilboda. Ei sterkare standardisering og einsretting av tilboda er viktig for å betre pasienttryggleik og utvikle og oppretthalde likeverdige tilbod. Eit samla ansvar pr. fagområde vert oppfatta som eit betre utgangspunkt for å disponere og fordele fagressursar uavhengig av lokalisering.

Den tverrgåande organiseringa legg også betre til rette for å bygge fellesskapen som føretaket treng, for å utvikle seg i tråd med samfunnsoppdraget. Erfaringane frå klinikkane som har jobba slik over fleire år i føretaket, er stort sett positive. Ein ser at det tar tid å få resultat, men gevinstane er merkbare både når det gjeld felles prosedyrar og fagutvikling, kvalitetsheving, utveksling av kompetanse og læring. Dette er element som er naudsynte for å skape eit likeverdig tilbod og ein felles kultur.

Den nye organiseringa var fullstendig og sett i verk frå 1. juni 2017, og Helse Møre og Romsdal HF er no organisert som følgjer:



Figur 2.3 Organisasjonskart Helse Møre og Romsdal HF

2.4.2 Leing

Den nye organisasjonsmodellen inneber endringar i leiingsstrukturen. Talet på klinikkar er redusert, og såleis også talet på klinikksefjar og stabdirektørar. Leiargruppa i føretaket er omtrent halvert i høve til tidlegare. Det er framleis fire leiarnivå innanfor klinikkane i føretaket, stabane har tre (ikkje avdelingssjefnivå), og leiarane har budsjett- og personalansvar for sine einingar.

Stadleg leing har fått særskild merksemd i organisasjonsutviklinga. I handsaminga av Nasjonal helse- og sjukehusplan i Stortinget, og vidare i føretaksmøte, vart det presisert at stadleg leing skal vere hovudregelen. Samstundes heiter det at kravet om stadleg leing ikkje skal vere til hinder for tverrgåande organisering, men at ein må sørge for at ein har leiarar på dei geografiske lokalisasjonane som har fullmakter til å drive stadleg leing. Eit delprosjekt i organisasjonsutviklinga førte til eit pilotprosjektet for stadleg leing ved Volda sjukehus våren 2017. Modellen skal no breiddast elles i føretaket.

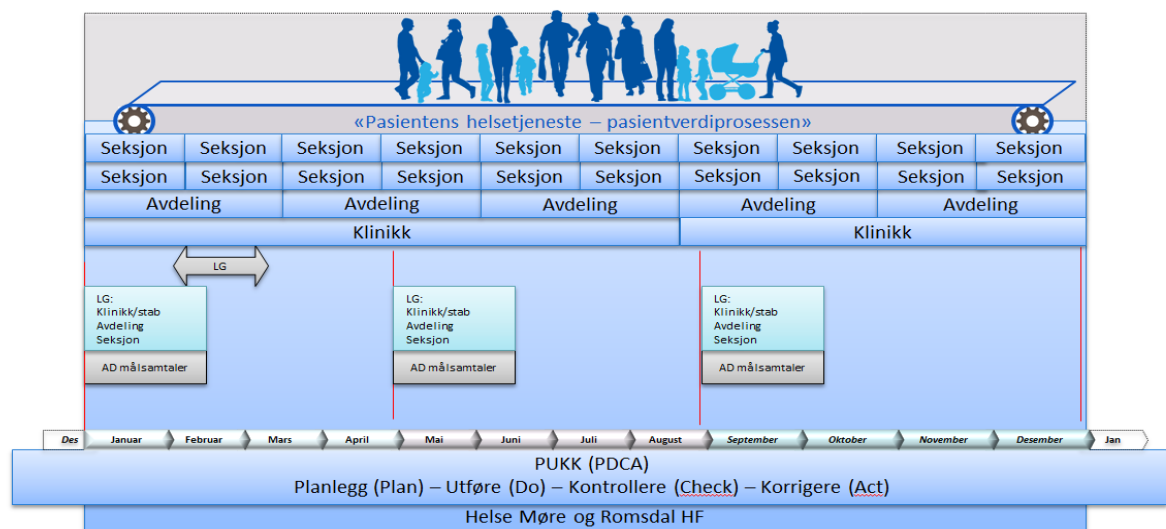
Eitt av delprosjekta i organisasjonsutviklingsprosjektet gjekk på å utarbeide ei leiarplattform for føretaket. Ambisjonen for leiarane i føretaket er uttrykt slik:

«Vi oppnår eit vellukka leiarskap i Helse Møre og Romsdal når tilsette erfarer at leiarane bryr seg om og legg til rette for at dei skal lukkast i møtet med pasienten, og når pasienten er nøgd i sitt møte med oss.»

Å leie eit føretak med sær mange lokalisasjonar over eit geografisk spreidd område, gir også utfordringar for leiarskapet. Dess viktigare vert det å vektlegge stadleg leing, koordinering og samarbeid mellom sjukehusa for å sikre god pasientflyt. Leiarane i føretaket spelar ei nøkkelrolle i høve til å lukkast med samfunnsoppdraget. Eit viktig tiltak for å nå ut i leiarlina er innføring av leiinga

sin gjennomgang i føretaket, som ein fast tertialvis aktivitet, i tillegg til ein større gjennomgang ein gong i året. Leiinga sin gjennomgang er ein del av leiaroppfølginga elles i organisasjonen.

Styringsprosessen i føretaket legg opp til at tema innan økonomi, HR, drift og fag vert drøfta i klinikkar og stabsavdelingar i faste møtepunkt gjennom året.



Figur 2.4 Systemperspektiv på pasientens helsetjeneste – Leiingas gjennomgang

2.4.3 Medarbeiderundersøking om leiing og arbeidsmiljø

Hausten 2016 gjennomførte ein arbeidsmiljøundersøking mellom alle tilsette i Helse Møre og Romsdal HF. Viktigheita av å svare på denne undersøkinga vart poengtert frå leiarar på ulike nivå, tillitsvalde og vernetenesta i førekant. Svarprosenten på undersøkinga vart 73 %.

Antall utsendte	Antall svar	Svarprosent
5150	3751	73%

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. Veiledning til hvordan lese tabellen finnes på neste side.

	Antall svar	Resultat i år	Resultat i 2014	Endring fra 2014	Referanse
MÅL	3539	64	63		65
FORBEDRINGER	3526	67	65		67
FAGLIG UTVIKLING	3492	62	60		63
KVALITET	3520	76	74		75
TRYGGHET	3504	78	77		77
RESPEKT	3471	75	73		74
MOTIVASJON	3502	78	76		77
ARBEIDSGLEDE	3493	78	76		78
TILHØRIGHET	3498	77	75		77
MEDVIRKNING	3484	57	55		57
ROLLEKLARHET	3487	87	86		87
SOSIALT SAMSPILL	3484	79	78		79
KONFLIKTER	3487	73	71		74
ARBEIDSBELASTNING	3486	62	62		63
EGENKONTROLL	3484	42	42		45
ROLLEKONFLIKT	3483	68	68		70
OPPLEVD LEDERADFERD	3476	73	71		74
PASIENTSIKKERHETSKULTUR	3322	84	83		84

INDIKATORER:

	Resultat i år	Resultat i 2014	HMR	Referanse
Jobbtillfredshet	78	76	78	78
Jobbrelatert sykefravær	87	87	87	88

Figur 2.5 Resultat frå AMUS 2016, tilsvarande resultat frå 2014 og resultat frå referansegruppa

Det er verdt å merke seg at medarbeidarane i føretaket opplever at det har vore ei positiv utvikling i høve til opplevd leiaråtfærd, og at føretaket no nesten er på nivå med regional referansegruppe på dette området. Ein må ha med at det skal relativt store endringar til for at totalbiletet skal endre seg i ei slik undersøking med mange respondentar.

Tilsvarande positive utviklingstrekk kan ein også registrere når det gjeld arbeidsmiljø, der høve som arbeidsglede og motivasjon, det å høyre til og medverking, har alle ei positiv utvikling i høve til tala frå 2014. Målt mot referansegruppa er resultatet for desse områda tilsvarande eller litt over, jamfør området for motivasjon.

Også når det gjeld verdigrunnlaget for føretaket, tryggleik, respekt, kvalitet, har helseføretaket ei positiv utvikling i høve til føregåande undersøking. Utviklinga er ikkje berre positiv internt i føretaket, den er også positiv i høve til referansegruppa. Det er vanskeleg å peike på årsaka til dette, men ein grunn kan vere at verdiane i større grad er presentert. Forhåpentlegvis vert dette sett ut i livet på ein måte som gjer at pasientar og tilsette reelt opplever ei positiv utvikling i Helse Møre og Romsdal HF, kring korleis ein etterlev verdiane i det daglege.

2.5 Bemanning og kompetanse

Helsevesenet skal førebyggje, diagnostisere og behandle sjukdom og leggje til rette for helsebringande åtferd i befolkninga. For å løyse desse oppgåvene er ein avhengig av kunnskap og nok kompetent personell som har forståing for sjukdomsførekomst og årsaker, korleis ein kan førebygge og påvise sjukdom. I tillegg til kunnskap om korleis ein kan organisere helsetenesta på ein best mogleg måte, for å oppnå maksimal utnytting av dei økonomiske og menneskelege ressursane ein treng for å takle dagens- og framtidens helse- og omsorgstenester på ulike nivå. Medisinsk og

helsefagleg forskning og innovasjon gir i så måte verdfull og grunnleggande kunnskap³⁴. Helse Møre og Romsdal HF har hatt høge ambisjonar om å kunne leggje til rette for, og aktivt drive forskning, innovasjonsarbeid og utdanning/kompetanseutvikling av sine tilsette for å vere i stand til å tiltrekke seg nok helsepersonell med rett kompetanse.

2.5.1 Kort om analysegrunnlaget

Analysegrunnlaget for dette kapitlet kan lesast i sin heilskap i Del II av FIUK-planen (Helse Møre og Romsdal HF, 2017). Under skildrast ei kort oppsummering av utfordringsbiletet sett frå eit føretaks- og samhandlingsperspektiv.

2.5.2 No-situasjonen bemanning og kompetanseutvikling

For å kunne leggje til rette for rekruttering og kompetanseutvikling i ein organisasjon, er det viktig at ein har kunnskapsbasert materiale og statistikk å halde seg til. Helseføretaket ser det som viktig at ein får på plass ein overordna strategi som ser på korleis rekruttere framtidig arbeidskraft, og korleis behalde, utvikle og omskolere/oppdatere kompetansen for dei tilsette.

Kompetanseplanlegging er ein eigen kompetanse, og leiarskapet må gjerast i stand til å forstå kampen om kompetansen i eit makro- og mikroperspektiv.

Det er behov for å skaffe seg detaljert oversikt over kva for profesjonsgrupper det vil vere særskilt mangel på i Helse Møre og Romsdal HF i framtida, og så sette inn naudsynte tiltak. Særskilt kritisk er behovet for spesialsjukepleiarar. Sjølv om tiltak er sett i gang, er dette ikkje nok grunna stor mangel på denne typen arbeidskraft i heile landet.

Pluss/minus 1000 studentar får rettleiing av eigne praksisrettleiarar i føretaket kvart år. Det er naudsynt å leggje til rette for at desse får opplæring og oppfølging på ein god måte, slik at ein sikrar at studentane får eit positivt møte med helseføretaket. Her ligg det eit stort potensiale for å legge grunnlaget for rekruttering av framtidig arbeidskraft.

I føretaket er det mange som har i oppgåve å leggje til rette for kompetanseheving – men ein veit ikkje omfanget eller kor stor stillingsprosent desse har. Føretaket bør få oversikt over kva type og kor mykje ressursar ein brukar for å å leggje til rette for etter- og vidareutdanning. Både for å sikre at denne oppgåva vert tatt i vare på ein kvalitativ og profesjonell måte, og for å få oversikt over kor store ressursar ein brukar på kompetanseheving i føretaket.

Kompetanse er ikkje statisk. Teknologiske, organisatoriske, demografiske og utdanningsmessige endringar fører til behov for livslang læring og etter- og vidareutdanning av tilsette i ein organisasjon. Ei utfordring for Helse Møre og Romsdal HF, er å få oversikt over kor mange som føler dei ikkje har rett eller oppdatert kompetanse til å utøve arbeidet på ein kvalitativ og effektiv måte. Forsking viser at det kan ligge ein stor uutnytta arbeidskraftreserve i denne delen av arbeidsstokken.

Mange nyutdanna sjukepleiarar får ikkje full jobb etter ferdig utdanning. Helseføretaket bør få på plass ordningar der ein kan utnytte arbeidskrafta på nyutdanna sjukepleiarar utan full jobb på ein

³⁴ NOU (2005: 1) God forskning – bedre helse (s, 23). Tilgjengeleg:
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-01/id389605/> (07.10.17)

betre måte – eksempelvis gjennom traineeordningar. Slike ordningar er etablerte på fleire heleføretak rundt om i landet.

Den teknologiske utviklinga går særst fort, og skal føretaket sine tilsette vere i takt med utviklinga, er det viktig at det vert sett av nok tid til at tilsette til ei kvar tid er oppdaterte og får opplæring i bruk av ny teknologi og nye teknologiske plattformer med meir.

E-læring og simulering kan være effektive og ressursparande opplæringsformer. Føretaket bør satse endå meir medvite på å leggje ein framtidig strategi på potensialet ved slike læringsformer – og då i samarbeid med viktige aktørar i UH-sektoren.

Fagopplæring er ei viktig, men lite utnytta kjelde til rekruttering av kompetanse i mange bedrifter i landet. Med dei gode påbyggingsvegane som er i fagopplæringa i dag mot utdanning på høgare nivå, bør Helse Møre og Romsdal HF sjå på potensialet for å rekruttere enno fleire lærlingar som framtidig arbeidskraft i føretaket.

2.5.3 Innspel frå klinikkane på temaet bemanning og kompetanse

Føretaket står overfor store utfordringar relaterte til rekruttering, kompetanseutvikling, og vidare organisasjonsutvikling.

Klinikk for medisin og rehabilitering viser til at det er særst viktig at sentrale område vert vurderte og vidareutvikla på både kort og lang sikt. Dei peiker særleg på nye driftsmodellar, ny arbeidstidsordningar, og rekruttering i interimfasen SNR. I tillegg har føretaket særlege utfordringar med sommardrifta, og framtidig estimert sjukepleiarmangel forsterkar desse utfordringane. Oppretting av bemanningssentral(ar), trainee-ordningar, og ulike former for jobbgilding kan vere sentrale element i løysing av desse utfordringane. Klinikken har tatt konkrete initiativ for å påskunde og teste ut slike løysingar. Innan smittevern er det behov for auka ressursar knytt til smittevernlegar og infeksjonsmedisinsk kompetanse, med tanke på antibiotikastyring og smittevern. Fagleg utvikling, deltaking i forskning og innovasjonsprosjekt er fokusområder. Det er framleis utfordringar knytt til rekruttering av spesialistar innan ulike fagområde, men på sikt ser rekrutteringa betre ut.

Klinikk for psykisk helse og rus viser til utfordringar knytte til rekruttering av spesialistar og anna behandlingsspersonell. Særskilt gjeld dette psykiatarar. Utdanning av psykologspesialistar er også ei utfordring, då storleik på fagmiljø har innverknad på val av arbeidsstad. Det er behov for fleire LIS-stillingar ved TSB for å kunne få kandidatane gjennom til normert tid. Klinikken viser elles til at dei har god kompetanse i behandlarstillingar, men at det for nokre seksjonar er ei utfordring knytt til rekruttering av kvalifisert miljøpersonell. Det å ta vare på fagpersonell vert vist til som utfordrande, og klinikken peiker på fagutvikling, pasienttryggleik, HMS og mogelegheit for eigenutvikling som faktorar som fremjar stabilitet.

Klinikk for diagnostikk erfarer at kompleksiteten i diagnostikken aukar, som igjen krev auka kompetanse innan alle fagområde i klinikken. Det er viktig å utdanne eigne legespesialistar og få dei til å vere verande i Helse Møre og Romsdal HF. Dette gjeld også radiografar, bioingeniørar og molekylærbiologar med spesialkompetanse, som er viktige for sikker diagnostikk. Klinikken meiner ein må jobbe målretta for å skaffe og halde på personell med slik kompetanse. I ein fire års-periode er det behov for at helseføretaket byggjer opp eit meir robust patologmiljø, med fleire overlegar. På grunn av mangel på patologar nasjonalt og i Skandinavia, må det gjerast gjennom å utdanne våre

eigne. Helse Møre og Romsdal HF betalar i 2017 NOK 2,3 mill. til St. Olavs Hospital HF for å ivareta det medisinskfaglege ansvaret for nukleærmedisin. Føretaket vil ha behov for å ha tilsett nukleærmedisinar, også med tanke på PET.

Klinikken driftar fire blodbankar i føretaket (tre etter innflytting fellessjukehuset SNR), og det er gått inn avtale med St. Olavs Hospital HF om medisinsk rettleiing. Klinikken vurderer det som fagleg lite tilfredsstillande å ikkje ha tilsett spesialist med ansvar for transfusjonsmedisin. Ein slik spesialist ville kunne samarbeide tett med klinikkarar i alle saker som vedkjem blodforbruk og transfusjonspraksis.

Helse Møre og Romsdal HF bør ifølge klinikken, vere «sjølvforsynt» med radiologressurs for å unngå kjøp av tenester frå private (Unilabs, private radiologar). God tilgang på LIS, som ønskjer seg tilbake til Helse Møre og Romsdal etter gruppe1-teneste, vil gjere dette mogeleg på litt sikt.

Spesialavdelingane i klinikk for akuttbehandling har sær store utfordringar når det gjeld rekruttering og kontinuerleg utdanning av personell med naudsynt kompetanse. Klinikken viser til at det ligg føre mykje dokumentasjon på alderssamansetting og behovet for vidareutdanning. Dette behovet er meldt inn til utdanningsinstitusjonane. Seksjonane har kome langt i utarbeiding av kompetanseplanar og sikring av kunnskap og kompetanse hjå dei tilsette. Klinikken viser også til ny struktur for LIS-utdanninga³⁵, som er implementert frå hausten 2017.

Klinikk for kvinner barn og ungdom viser til ei stor utfordring generelt i høve til rekruttering av nøkkelpersonell, især ved dei minste fagmiljøa. Når det gjeld fødeavdelingane i Kristiansund og Molde, visast det til avgjerd om at dei skal slåast saman i SNR. Rekrutteringa av spesialistar til dagens to seksjonar har vore utfordrande i 20 år. Dette gir konstant slitasje på nøkkelpersonellet, og representerer ein risiko for pasienttryggleiken og kvaliteten på tenestene. Fagmiljøa ser difor fram til å vere samla i SNR, og dette bør gjerast seinast to år før innflytting, slik at risikoen ved flytting og nye lokale vert minst mogleg. Fysisk samanslåing av desse to fagmiljøa må difor seinast gjerast i 2019.

Ved klinikk for kirurgi visast det til at det er ei kjent utfordring å rekruttere legespesialistar i dei kirurgiske faga. Ein har konkurranse både med private, og med større sjukehus der det ligg betre til rette for større faglege miljø og meir breidde i prosedyrar. Leger i spesialisering rekrutterast jamt, men det er ei utfordring å få dei tilbake etter avslutta spesialistløp. Utviklingsplanen vil vere eit verkty for dette, då viktige element i rekruttering er ein klar og tydelig plan på kva sjukehusa skal innehalde og kva oppgåver ein får gjere som spesialist. Fagleg interessant arbeid er den største rekrutteringsdrivaren. Ny forskrift om spesialistutdanning vil truleg medføre større samarbeid og jobbrotasjon mellom sjukehusa i føretaket både i LIS1 og LIS2 løpet.

³⁵ Ny modell for spesialistutdanning for leger er forankra i ny forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger . Helse- og omsorgsdepartementet. (2017): Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.

2.6 Forsking og innovasjon

Det har skjedd ei positiv utvikling på både forskingsfronten og innan innovasjon i føretaket siste åra.

2.6.1 *Forsking*

I dag er det aktiv forskning i alle klinikkane i føretaket. Terskelen for å starte med forskning kan vere høg for mange, og framover vil det difor vere viktig å også fokusere på små prosjekt som ein inngangsport til forskning.

Å leggje til rette for forskning krev ei bevisstgjerung av leiarskapet. I arbeidet med å byggje ein forskingskultur må det leggjast til rette for å marknadsføre forskingsaktiviteten internt og eksternt. Leiinga, tilsette og pasientane må få kjennskap til forskinga som gjerast i føretaket, kjenne dei positive effektane av denne typen arbeid, og sjå at dette er nyttig. Interesse for forskning må vektleggast ved tilsetning av nye kollegaer.

Kvalitet i forskinga bør ha høgste prioritet, og det må difor leggjast til rette for at tilsette som ønskjer å drive med forskning, eller som driv forskning, får forskingsstøtte av ypparste kvalitet. Helse Møre og Romsdal HF bør legge tilhøva til rette for god forskaropplæring og rettleiing, tilgjengeleg infrastruktur og gode arbeidsvilkår. Oppretting av organiserte forskingsgrupper, bygging av robuste forskingsmiljø, samarbeid internt og eksternt er faktorar som kan fremje kvalitet i forskinga. Det må samstundes vere rom for enkelt-forskarar med gode prosjekt.

God prosjektleiing og økonomisk berekraft er vesentleg for å lukkast med forskinga på ein god måte. Det er viktig at helseføretaket legg til rette for at ein har høgast mogleg utnyttingsgrad/gevinst av tildelte midlar og investeringar innan forskning, noko som fordrar gode system for oversikt og oppfølging av pågåande prosjekt. Leiinga har ei viktig rolle å spele for å sikre at tilsette får permisjonar/avsett tid til å gjennomføre godkjente prosjekt. Tilstrekkeleg med økonomiske ressursar er naudsynt dersom ein skal auke forskingsaktiviteten, og det er viktig at forskingsbudsjettet for Helse Møre og Romsdal HF følgjer opp ambisjonane i den regionale strategiplanen.

Samarbeid er viktig og vesentleg i alle typar forskning. Føretaket har ei særskild rolle i å sørgje for samarbeid både internt i helseføretaket og eksternt mot kommunesektor, universitet, høgskular, næringsliv og andre helseføretak, med etablering av regionale og nasjonale forskingsprosjekt/nettverk. Utvikling av felles møteplassar er viktig for å presentere forskingsprosjekt og diskutere nye idéar. Samarbeid vil kunne gi opphav til meir allsidig forskingsaktivitet til beste for pasienten. Ein vil også stå sterkare dersom ein samlar ressursane og vidareutviklar kunnskap og teknologi som alt er til stades i regionen vår.

Helse Møre og Romsdal HF har eit særskilt ansvar, og er ein viktig aktør og samarbeidspartnarar mot kommunesektoren. Når det gjeld samarbeid innan forskning, må ein arbeide for etablering av fora som kan sikre god kontakt mellom forskarar i spesialisthelsetenesta og samarbeidspartnarar i kommunane. Det er særskilt viktig å arbeide for tidleg og god involvering av kommunane i samarbeidsprosjekt og gi kommunane høve til å setje sitt preg på prosjekta.

2.6.2 Innovasjon

Strategisk satsing på innovasjon er eit heller nytt område for Helse Møre og Romsdal HF. Helse Midt-Norge RHF sette i 2016 i gang arbeidet med å utvikle eigen strategi for innovasjon i perioden 2016-2021. Som ein del av strategien, vart det tilsett fire innovasjonsrådgjevarar i regionen i 2017 – lønna av Helse Midt-Norge RHF. Rådgjevarane har sitt fokusområde i eige føretak, men er også del av eit regionalt nettverk. Nettverket samarbeider også med NTNU TTO³⁶, NTNU, Innomed og andre sjukehus. Helse Midt-Norge RHF lyser ut årlege innovasjonsmidlar. Helse Møre og Romsdal fekk tilslag på ein søknad i 2016 og tre søknader i 2017. Fokus framover er å hente midlar frå heile verkemiddelapparatet nasjonalt. Ei vesentleg tilråding frå FIUK-gruppa er at helseføretaket vidareutviklar *Kontinuerleg forbetring* som sin hovudstrategi for føretaket si kvalitetsforbetring og evne til endring. Gjennom omstilling skal ein nå framtidsretta helsetenester med pasienten i fokus. Gjennom kontinuerleg forbetring skal ein utføre tenester av høg kvalitet, i tillegg til å frigjere kapasitet, tid og økonomi til å kunne investere og vidareutvikle tenestetilbodet. Innovasjonar går eit steg vidare og ber med seg større risiko for å nå eit gitt mål der vegen fram i mange tilfelle er ukjend.

2.7 Økonomi

Langtidsbudsjettet (LTB) er ein viktig reiskap for det regionale og dei lokale helseføretaka for å kunne planlegge for framtida. Budsjettet skal vise føretaket sin økonomisk berekraft, kva rom ein har for investeringar, og kva område som må arbeidast med for å gjennomføre planane. Helseføretaka er forplikta til å planlegge investeringar og drift innan tilgjengeleg ramme og likviditet. Helse Midt-Norge RHF samordnar dei lokale helseføretaka sine LTB, og får eit bilete av dei totale investerings- og driftsmoglegheitene for det regionale føretaket. Eit slikt samla bilete gjer det mogleg for Helse Midt-Norge RHF å legge til rette for ein føreseieleg og langsiktig finansiering av drift og investeringar i helseføretaka.

I mai 2017 blei langtidsbudsjett for Helse Møre og Romsdal HF utarbeidd for perioden 2018-2023. Budsjettet er basert på prinsipp og føringar frå Helse Midt-Norge RHF og inkluderer kjende endringar og føresetnader om effektivisering i helseføretaket. Budsjettperioden er forlenga med ytterlegare 10 år fram til 2033, for å få med innverknaden som investeringa i nytt sjukehus SNR vil ha etter ferdigstilling. Mange av føresetnadane er allereie gitt, men det er viktig å ta stilling til både aktivitetsvekst, nye satsingar, investeringsnivå og størrelse på føresett effektivisering.

2.7.1 SNR

I sak 2016/76 (Helse Møre og Romsdal HF, 2016) blei konseptrapporten vedtatt styret i Helse Møre og Romsdal HF. Planlegginga er no over i forprosjektfasen. Konseptrapporten inkluderte mellom anna ei økonomisk berekraftanalyse for å vurdere om prosjektet kunne gjennomførast innanfor dei økonomiske rammene til Helse Møre og Romsdal HF og Helse Midt-Norge RHF. Bærekraftsanalysa vert oppdatert med nye tal for 2017. Det regionale helseføretaket gav si tilslutning om å gå vidare med konseptet om eit felles akuttsjukehus på Hjelset og eit distriktsmedisinsk senter i Kristiansund som inkluderer dagkirurgi.

³⁶ NTNU technology transfer.

Investeringa i SNR er i konseptrapporten kalkulert til om lag 4,1 mrd. kroner (pris des. 2015). Analysane viser at Helse Møre og Romsdal HF og Helse Midt-Norge RHF har bereevne for å realisere SNR med dei føresetnader som er lagt inn når det gjeld mål for effektivisering. Sensitivitetsanalysen trekk fram at bereevna er mest sensitiv for realisering av generelle kostnadsinnsparingar før innflytting, og føresetnader rundt framtidig inntektsnivå. Difor er det viktig at helseføretaket gjennomfører mål for effektivisering i åra før innflytting. Helseføretaket må no intensivere arbeidet med å førebu dei tilsette ved sjukehusa i Molde og Kristiansund på å vere eitt fagmiljø fram mot med realiseringa av SNR. Temaet vert difor prioritert i eit samarbeid mellom involvere klinikkar, avdelingar, seksjonar og gjennom OU-arbeidet i SNR. Kommunane i området vil også vere involvert ved behov.

2.7.2 Effektivisering

I langtidsbudsjettperioden 2018-2023 er det ei forventning frå Helse Midt-Norge RHF om ei generell effektivisering i helseføretaka i Midt Norge på minimum 1% og 1,8% for Helse Møre og Romsdal HF. I styresaken i Helse Midt-Norge RHF sak 2015/24 (Helse Midt-Norge RHF, 2015) er det vist til at styreleiar i Helse Møre og Romsdal HF og styreleiar i Helse Midt-Norge RHF har gjort ein langsiktig avtale for omstillingsarbeidet i Helse Møre og Romsdal HF. Føretaksmøtet la seinare til grunn at Helse Møre og Romsdal HF legg planer for og gjennomfører nødvendige omstillingar i tråd med føringane i avtalen. Kravet for effektivisering var satt til 1,8% av driftsramma i 2014, eller 80-90 MNOK per år. Dette var gjort for å sikre økonomisk bereevne for investeringar i perioden, og for realiseringa av nytt sjukehus.

Uavhengig av SNR må det skje ei effektivisering av drifta for å skaffe rom til investeringar, vedlikehald av bygg og utvikling i tilbodet til pasientane. SNR skal finansierast med 70% lån frå HOD, og 30% eigenkapital frå Helse Midt-Norge RHF. Dette vert so gitt samla som eit lån til Helse Møre og Romsdal HF frå Helse Midt-Norge RHF der ein startar nedbetalinga i 2022 med tilhøyrande avdrag og renter. Dei største økonomiske effektane for Helse Møre og Romsdal HF knytt til SNR kjem først i slutten av perioden for langtidsbudsjettet.

I langtidsbudsjettet for 2018-2023 er det lagt inn ei effektivisering på 100 mill. kroner årleg fram til 2021. Dette er i tråd med avtalen som blei inngått mellom styra. Innsparing knytt til nytt sjukehus og DMS Kristiansund er berekna til i underkant av 100 Mill. Kroner pr. år basert på berekraftsanalysen frå konseptfaserapporten som blei lagt fram hausten 2016. Ein forventar først full effekt av innsparingane i det andre driftsåret da det mest sannsynleg vil vere ulike utfordringar knytt til innflytting i nytt sjukehus.

2.7.3 Driftsinntekter og driftskostnader

Helse Midt-Norge RHF har gitt førebelse tal på basisramme for 2018-2023. Tala er innarbeidd i LTB for perioden fram til 2023. I åra 2024-2033 er det lagt til grunn ein vekst på 1% i basisramma kvart år basert på føresetningane frå Helse Midt-Norge RHF. Det er knytt usikkerheit til føresetnadene som er tatt for inntekts- og aktivitetsnivået for helseføretaket i åra framover. Jo lengre ein kjem ut i perioden, jo vanskelegare er det å anslå riktig nivå. Det er fleire faktorar som taler for auka inntekter også i åra framover. Ein aldrende befolkning vil forbruke meir helsetenestar og befolkninga i Norge aukar. Helsetenesta står difor ovanfor ein aktivitetsvekst dei neste tiåra. Likevel kan det hende at

noko av denne veksten må takast utan ytterligare tilførsel av midlar. ISF inntekter og polikliniske inntekter er lagt inn etter prognosen for 2017, med ein aktivitetsvekst på 1,2% pr. år fram til 2033.

I samband med auka i aktiviteten knytt det seg ei auke i kostnader. Eit mål og krav i LTB 2018-2033 er at auka i aktiviteten skal gjennomførast til ein marginalkostnad på maksimum 90% av inntektsauka. Utover den generelle kostnadsauka knytt til pasientvekst er det og lagt inn ei årleg auke på 5% i forhold til medikamentkostnader frå sjukehusapoteka (årleg prisvekst vil kome i tillegg). IKT-kostnader er budsjettert basert på føresetningar frå Hemit satt i «LTB-veileder malverk og forutsetningar 2018-2023». Det er tatt utgangspunkt i gjeldande planar innanfor området og det er utarbeidd budsjett for åra 2018-2023. Nivået for 2023 er vidareført ut perioden. Det er soleis ikkje teke høgde for auka kostnader knytt til Helseplattformen. Det er heller ikkje teke inn effektivisering knytt til dette.

I langtidsbudsjettet er det innarbeidd anslag på driftsmessige konsekvensar av SNR og DMS i Kristiansund basert på analysen av bereevna for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal som er gjort i samband med konseptfaserapporten for prosjektet. I tillegg til driftsøkonomiske innsparingar omtalt over er det mellom anna teke høgde for endringar i FDVU³⁷ kostnader, leigekostnader, sal av eigedom, endra avskrivingar og endra rentekostnader

2.7.4 Investeringar

I følge finansstrategien for Helse Midt-Norge RHF er det dei lokale helseføretaka som er ansvarlege for å syne behov for investeringar, samt prioritering og gjennomføring basert på tildelt likviditetsramme og økonomisk handlingsrom. Føretaket er ansvarlige for drift, vedlikehald og oppgradering av eige utstyr og bygningsmasse, og kan sjølv prioritere den interne fordelinga mellom drift og investeringar. Det er følgeleg det økonomiske handlingsrommet og tilgjengelig likviditet som avgjer kor mykje Helse Møre og Romsdal HF kan investere for i langtidsperioden. Helseføretaket har som følge av prognosen for 2017 midlertidig satt stopp for nye investeringar, og investeringsnivået for 2017 og resten av perioden vil vere vurdert fortløpande.

I langtidsbudsjettet må det skapast rom for investeringar både til MTU, vedlikehald- og utvikling av bygningsmassen. Effektivisering er naudsynt for å klare dette. Investering i nytt sjukehus og DMS i tillegg til 200 mill. kroner til investeringar knytt til utviklingsplan er planlagt finansiert gjennom 100% regionalt lån. Andre investeringsprosjekt må finansierast gjennom dei økonomiske rammene som er tildelt Helse Møre og Romsdal HF.

Tabellen under syner nivået for investeringar som er lagt inn i langtidsbudsjettet for 2018-2033:

Tabell 2.10

Investeringar	Langtidsbudsjett						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HMS, inneklima og brannsikring	25 000	15 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Tiltakspakke	15 000						
SNR (prinsnivå 2017) og midlar utviklingsplan	115 000	660 397	993 280	1 037 306	1 410 994	209 394	
Vedlikehold og utvikling av bygningsmassen	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	300 000
MTU	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000
SUM investeringar - Bygg	287 000	807 397	1 135 280	1 179 306	1 552 994	351 394	392 000

³⁷ FDVU står for Forvaltning–Drift –Vedlikehald–Utvikling av bygg.

Tabell 2.11

	Utvidet LTB periode ved store investeringer									
Investeringar	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
HMS, inneklima og brannsikring	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
Tiltakspakke										
SNR (prisnivå 2017) og midlar utviklingsplan										
Vedlikehold og utvikling av bygningsmassen	300 000	300 000	300 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
MTU	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000	82 000
SUM investeringar - Bygg	392 000	392 000	392 000	142 000	142 000	142 000	142 000	142 000	142 000	142 000

Behovet for medisinteknisk utstyr er høgt og dei siste åra har Helse Møre og Romsdal HF i all hovudsak investert i utstyr til erstatning for gammalt utstyr eller knytt til samanbrot. For 2017 har det vært rom for investeringar utover samanbrot, men frå april er det mellombels stopp i investeringane som følgje av den økonomiske utviklinga i føretaket. I gjeldande planperiode er det lagt til grunn at investeringsnivået for MTU skal ligge på om lag 82 Mill. Kroner kvart år. Dette vil ikkje imøtekomme totalbehovet for nyinvesteringar men sikrar til ein viss grad utviklingsperspektivet. I tillegg ligg det inne investeringar i nytt utstyr i investeringskostnadane knytt til SNR. Her er det føresett at 25% av eksisterande utstyrspark skal takast med inn i nytt sjukehus.

SNR har ei investeringsramme på 4 100 Mill. Kroner. P50 (pris Des 2015). I tillegg ligg det 200 mill. kroner inne i samband med investeringar knytt til utviklingsplan. I tabellen over er det budsjettert med eit førebels anslag av pådrage av investeringskostnader det einskilde år. Tala her er justert til 2017- Kroner.

I planperioden er det kvart år lagt inn 50 Mill. Kroner til bygningsmessig vedlikehald i samsvar med føringane frå regionalt føretak for å forsøke å ta inn etterslepet på vedlikehald. I tillegg har Helse Møre og Romsdal HF i 2017 motteke 15 Mill. Kroner frå regjeringa si tiltakspakke til ekstraordinært vedlikehald; motkonjunkturtiltak til krisa i oljenæringa. Bygningane som føretaket skal vedlikehalde er framleis gamle, og etterslepet på vedlikehald er dermed å sjå på som investering. Sjølv om det skal investerast i nytt sjukehus for Nordmøre og Romsdal, må føretaket sikre at bygningane i Kristiansund og Molde dekkar krava til forsvarleg arbeidsmiljø. Nokre vedlikehaldsmidlar må difor også prioriterast til desse bygga.

Den bygningsmessige utviklingsplanen skal ta opp i seg føringar som vert lagt i utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF. I behandlinga av LTB i 2018 kjem ein tilbake til føringar som dette arbeidet har gitt. Foreløpig arbeid viser at det er særleg to vedlikehaldstiltak det hastar å få gjennomført i planperioden; rehabilitering av fasadane og sikker straumforsyning ved Ålesund sjukehus. Det er uklart når ein kan finne rom for finansiering av tiltaket. Når SNR er etablert og teke i bruk, er det i perioden 2023-2026 planlagt å bruke 1,2 Mrd. Kroner til vidareutvikling av anna bygningsmasse i føretaket, og da særleg sjukehusa i Ålesund og Volda. I arbeidet med oppdatering av den bygningsmessige utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF, skal det ved prioritering av investeringsmidlar takast omsyn til at Ålesund sjukehus er det mest differensierte og eldste sjukehuset i føretaket.

Moglegheiter for driftsmessige satsingar og nye investeringsprosjekt avhenger av om ein har økonomisk bærekraft til å dekke kostnadene.

Sårbarheitsanalysar av langtidsbudsjettet synar at det er avgjerande for Helse Møre og Romsdal HF å klare den planlagde effektiviseringa kvart år for å ha økonomisk berekraft til investeringar, og utvikling av helsetenester til pasientane. Dersom effektiviseringa vert lågare enn føresett vil dette krevje ei høgare likviditetsstøtte i åra som kjem og ein må også mest sannsynleg redusere investeringsnivået i perioden. Det er mest kritisk dersom ein ikkje klarer effektiviseringa første del av perioden da resultatet akkumulerer seg utover i perioden.

Prognosen for 2017 viser eit negativt resultat på -111 mill. Lønn utgjer den største andelen av utgiftene til Helse Møre og Romsdal HF. Det er difor avgjerande å ha kontroll på bemanningsutviklinga i føretaket.

2.8 Teknologi

Gjennomsnittsalder på medisinsk teknisk utstyr (MTU) i Helse Møre og Romsdal HF er 8,1 år per 2017 (Medusa, 2017). Til samanlikning er gjennomsnittsalderen for alt MTU i Helse Midt-Norge RHF 7,75 år. Verdien på alt MTU i føretaket er 730 mill. Med dagens investeringsnivå er gjennomsnittsalderen aukande, og har dei to siste åra auka med 0,27 år. Dersom investeringsnivået som er fastsett i langtidsbudsjettet vert følgt, kan gjennomsnittsalderen haldast stabil.

Proessen for val av kva for MTU føretaket skal investere i, tek i dag ikkje omsyn til behova for plattformlikskap og standardisering. Til dette må ei ha etablerte regionale system og innføring av Helseplattformen. Utskifting av MTU må inn i strategiske og langsiktige planar, slik at teknisk nivå for MTU er likt. Dette har tyding for likskapsprinsipp ved diagnostisering og behandling av pasientar innan same fagområde og lokalisasjon. Det er også behov for å sikre at dei teknologivala som gjerast i SNR understøttar teknologi i eit regionalt perspektiv. Digitaliseringa innan medisinsk diagnostikk og behandling gir behov for auka merksemd for å ivareta informasjonstryggleik i tråd med norm for informasjonstryggleik i helse- og omsorgstenesta. Det er behov for å organisere det medisinsktekniske fagmiljøet slik at det er rusta til å møte utfordringane som skal løysast i Helseplattformen, samt dreininga mot regionale løysingar.

Klinikk for diagnostikk er ein klinikk med 'utstyrstunge' spesialitetar som tar en stor del av MTU-budsjettet. Det er eit stort etterslep på utskifting av absolutt naudsynt utstyr. På sjukehus som tar i mot traumepasientar, må det vere back-up på ein del utstyr, både på medisinsk biokjemi og røntgen. Auke i tal prøver/undersøkingar krev moderne MTU og optimalisering av arbeidsprosessar. Tilpassa og integrerte IT- løysingar langs heile kjeda, frå rekvirering/tilvising, via elektronisk overføring til/frå instrument og til svarutgiving, er heilt avgjerande for å kunne møte behovet.

Det eksisterer store mengder MTU på sjukehusa i Helse Møre og Romsdal HF, som tradisjonelt ikkje er basert på kommunikasjon med journalsystem. Dette kan gjelde alt frå enkelt diagnostisk MTU (stetoskop) til meir avansert MTU (respirator). Dokumentasjon frå slike system er i hovudsak basert på papirutskrift og manuell skanning til journal, eller skildringar av klinikaren sine funn. Dei siste åra har ein hatt ei dreining på bakgrunn av lovpålagde krav, som fører til at meir av dette utstyret skal kommunisere med eit journalsystem for å sikre dokumentasjon eller analyse av data. For å sikre kvaliteten på dokumentasjonen må datafangst gjennomførast elektronisk. Slik datafangst er krevjande å etablere for dei områda der ein ikkje har etablert regional flyt for dokumentasjonen. I

mange høve krev det også investeringar for å etablere datafangst og det er økonomisk utfordrande å drifte.

Pasientar får i dag tildelt teknologisk utrusting³⁸ for å meistre eigen sjukdom i langt større grad enn tidlegare. Det er liten grad av overordna styring av teknologien som vert tildelt, og i mange høve er det mogeleg å velje mellom fleire løysingar. Det kan særskilt vere eingongsutstyr som driv kostnader, der auka fokus på opplæring og oppfølging kan betre pasienten sin bruk av behandlingshjelpemiddel. Det fordrar store summar for føretaket kvart år knytte til innkjøp av teknologisk utstyr og behandlingshjelpemiddel. Det er behov for ein strategi for handtering av behandlingshjelpemiddel og medisinske forbruksvarer og det vil vere viktig å hente ut ein større del av potencialet i utstyret ein deler ut til pasientane.

Informasjon om pasienten eksisterer i dag i ulike system som i liten grad snakkar saman. Dette gjer det tidkrevjande å registrere og formidle relevant informasjon til samarbeidande helsepersonell. Eit døme på dette er behovet for betre kommunikasjons- og tekniske løysingar i AMK, der det no arbeidast nasjonalt med anskaffing av nytt IKT til AMK. Arbeidet er forsinka og det peikast på behovet for å kople slike anskaffingar opp mot Helseplattformen.

Helsepersonell har i prinsippet god tilgang på oppdatert medisinsk kunnskap gjennom Helsebiblioteket.no, men det er behov for at informasjonen er tilgjengeleg i dagleg klinisk arbeidsflate for å vere nytta. Dagens system har ingen eller i liten grad av klinisk avgjerdsstøtte. For å utvikle slik funksjonalitet som skal understøtte kliniske avgjersler, er det behov for å strukturere pasientinformasjonen og kople opp mot evidensbasert kunnskap og verksemdsinterne prosedyrar.

Måling og vurdering av arbeidsprosessar er avgjerande for å få ei effektiv utnytting av helseressursane. Det er behov for sanntidsmålingar og valide tal-data som ansvarlege leiarar kan støtte seg til. Det elektroniske verktøyet eSP³⁹ har som føremål å sikre optimalisering av standardiserte pasientforløp ved å monitorere og visualisere forløpsspesifikke måleparametrar i sanntid. Dette elektroniske verktøyet bidrar til å understøtte arbeidsflyt og heilskaplege pasientforløp.

2.9 Situasjonsbilete for prioriterte innsatsområde i føretaksperspektivet

2.9.1 Pediatri

Det barnemedisinske tilbodet i Helse Møre og Romsdal HF er detaljert skildra i rapport frå pediatrigruppa i høve til utgreiing av pediatriiltbodet i fylket generelt, og for Nordmøre og Romsdal spesielt (Helse Møre og Romsdal HF, 2017). Viser elles til kapittel 1.2.7, særskilt i høve til bakgrunn og mandat for utgreiing av pediatriiltbodet.

Som ein del av mandatet har det vorte gjort ei evaluering av dagens driftsmodell i Kristiansund. Pediatrigruppa viser til at dei finn dagens driftsmodell i Kristiansund komplisert, men ikkje

³⁸ Døme på teknologisk utstyr pasientar i dag nyttar kan vere blodtrykksmålarar, insulinpumper, blodsuktermålarar, smertepumper, medisinpumper, oksygentilførsel, hørselsapparat med meir.

³⁹ eSP er ei forkorting for elektroniske standardiserte pasientforløp.

uforsvarleg. Med dei samla ressursane innan pediatri, anestesilogi og prehospitale tenester, vurderast akuttilbodet til barn og ungdom i Nordmøre og Romsdal som akseptabelt, men sårbart.

Ein viser til at periodane med stenging av den pediatrike verksemda i Kristiansund i påskeveka og åtte veker om sommaren, skaper betydeleg uvisse hjå brukarane, tilsette, samarbeidspartnarar og lokalbefolkninga elles. Pediatrigruppa ber helseføretaket om å vurdere å ta ned sommarstenginga i Kristiansund til fire veker i interimfasen. Perioden bør vere den same som fødeavdelinga i Kristiansund held stengt.

Kapasitetsreduksjonen ved sengeposten for barn og ungdom i Kristiansund på helg oppfattast også som problematisk fordi tal sengeplassar kan vere for lavt. Førebuingar til helg med redusert sengetal påverkar også verksemda dagane før helg. I interimfasen vert det oppmoda om å auke tal tilgjengelege senger noko, og samstundes vurdere å trappe oppatt bemanninga på helg, frå to til tre pleiarar på dei mest belastande vaktskifta. Dagens driftsmodell fører til at mange barn og ungdom i Nordmøre og Romsdal leggst inn i vaksenavdelingar, og gruppa viser til at dette ikkje er i høve til faglege tilrådingar.

Pediatrigruppa har vidare vurdert tre ulike driftsmodellar og kome med ei tilråding for utviklinga av det barnemedisinske tilbodet i Helse Møre og Romsdal HF (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

2.9.2 Kirurgi Volda

I mandat for lokalt utviklingsplan (Helse Midt-Norge RHF, 2016) fekk Helse Møre og Romsdal HF i oppdrag å greie ut den akuttkirurgiske beredskapen innan 31. januar 2016. Det vart samstundes stadfesta at det skal vere eit akuttkirurgisk tilbod ved sjukehuset i planperioden. Viser til sak 2017/05 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) og utgreiing, der mellom anna dei lokale fagmiljøa, leiar for det regionale fagnettverket i Helse Midt-Norge RHF i generell kirurgi og fagdirektør i Helse Møre og Romsdal HF har tatt del. For utgreiing av problemstillinga vert det vist til ein arbeidsprosess som har som mål å sikre naudsynt kvalitet og pasienttryggleik i det akuttkirurgiske tilbodet. Det er lagt opp til ei prosessuell tilnærming med standardisert pasientforløp som verkty.

2.9.3 Operasjonsrobot

Den teknologiske utviklinga innan dei operative faga går fort. På 1990-tallet vart kikkhólskirurgien introdusert, og denne metoden tok gradvis over mange prosedyrar, og er i dag ein førerekt operasjonsmetode. Mot slutten av 2000-tallet har denne metoden vorte ytterlegare utvikla ved at teknologien vert kombinert med operasjonsrobot. Det er fag i klinikk for kirurgi og klinikk for kvinner, barn og ungdom (gynekologi), som vil ha nytte av operasjonsrobot. Studiar gir ikkje noko eintydig tilråding, men roboten har kome på den nasjonale og internasjonale marknaden, og ein opplever at pasientane vel bort sjukehus som ikkje kan tilby robot. For fagmiljøa vil plan om robot vere viktig i høve til rekruttering, i tillegg til at det er ein faktor for at Helse Møre og Romsdal HF kan oppretthalde sitt tilbod til befolkninga.

Ei arbeidsgruppe vil utgreie om det bør etablerast operasjonsrobot i Helse Møre og Romsdal HF. Utgreiinga vil starte i januar 2018.

2.9.4 PET

PET-CT er i dag tilrådd del av utgreiinga ved enkelte pakkeforløp for kreft. I tillegg nyttast PET-CT i oppfølging av kreftbehandling, og kan på eit tidleg tidspunkt fastslå om cytostatika har effekt eller ikkje. PET-CT er også aktuelt innan enkelte inflammasjonstilstandar og ved utgreiing av hjarteskjukdom. Det er knytt stor forventning til at denne metoden også vil inngå i utgreiing av demens som kan føre til eit auka behov for slik undersøking. I 2014 var det til samanlikning 33 PET-CT i drift i Danmark⁴⁰. I Norge eksisterer det tilbod ved universitetssjukehusa, Helse-Østfold og Helse Innlandet. Det visast til behov for å etablere eit slikt tilbod i Helse Møre og Romsdal HF innan få år, og i Ålesund først.

2.9.5 PCI

PCI – Perkutan koronar intervensjon, er ein veletablert behandlingsmetode for hjarteinfarkt. Pasientar i Helse Møre og Romsdal HF må i dag reise til St. Olavs Hospital HF. Det visast til behov for å etablere eit slikt tilbod i Helse Møre og Romsdal HF, for å sikre eit likeverdig tilbod i regionen. Ei eiga arbeidsgruppe vil utgreie om tilbodet bør etablerast i Helse Møre og Romsdal HF. Utgreiinga vil starte i 2018.

2.9.6 Desentralisering av tenestetilbod inklusiv avtalespesialistar

2.9.6.1 Bruk av og samarbeid med avtalespesialistar

Kartlegginga av aktivitet for avtalespesialistar i Møre og Romsdal byggjer på rapport frå arbeidsgruppa «Desentralisering av tenestetilbod inklusiv avtalespesialistar» (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 1).

Helse Midt- Norge RHF legg til grunn følgjande nasjonale føringar for forholdet mellom private og offentlege tenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016);

«Hovudoppgåvene i spesialisthelsetenesta skal løysast ved dei offentlege sjukehusa. Betre samarbeid mellom private og offentlege helsetenester betyr betre utnytting av ledig kapasitet, økt valfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientane skal sleppe unødig ventetid».

Avtalespesialistane er sjølvstendig næringsdrivande som driv spesialistpraksis og har individuelle avtarar med det regionale helseføretaket om driftstilskót. Avtalespesialistane utfører poliklinisk behandling og driv heil- eller deltidspresis med driftstilskót frå det offentlege. Dei er sjølv ansvarlege for alle tilhøve rundt drifta.inntekta er om lag 2/3 ytelsesbasert.

Helse Midt-Norge RHF har pr. september 2017 følgjande avtalespesialistar i Møre og Romsdal: 23 legespesialistar og 13 Psykologspesialistar.

⁴⁰ FDG PET/CT in cancer: comparison of actual use with literature-based recommendations Eur J Nucl Med Mol Imaging (2016) 43:695–706

Tabell 2.12 Avtalespesialistar i Møre og Romsdal, somatikk og psykiatri

Legespesialister	antall	årsverk
ANESTESI		
Volda	1	0,2
AUGE		
Kristiansund	2	2
Molde	2	2
Ørsta	1	1
Ålesund	2	2
GYNEKOLOGI		
Ålesund	2	2
HUD		
Ulstein	1	1
Ålesund	2	2
INDREMEDISIN		
Ålesund	3	2,5
PSYKIATRI		
Molde	1	1
Tingvoll	1	1
Ålesund	1	1
ØNH		
Kristiansund	1	0,5
Molde	1	0,2
Ålesund	2	0,4
TOTALT	23	18,8

Tabell 2.13 Avtalespesialistar i Helse Møre og Romsdal, psykologar

	antall	årsverk
Psykologspesialister		
Ulstein	1	1
Volda	1	0,2
Ørsta	1	1
Ålesund	5	4,8
Molde	3	3
Nevropsykologer		
Kristiansund	1	1
Molde	1	0,2
TOTALT	13	11,2

Totalt tal årsverk utgjør 30. Det er nyleg oppretta ein 100% heimel i nevropsykologi i Molde og ein 100% heimel i psykologi i Kristiansund, slik at det pr. 1.11.2017 er totalt 32 årsverk i Møre og Romsdal. Som tabellen ovanfor viser, er det særleg innan somatikk ei overvekt av avtalespesialistar på Sunnmøre. Det er motsett når det gjeld psykisk helsevern, der det er ei overvekt av både psykiatarar og psykologspesialister nord for Romsdalsfjorden.

Tabell 2.14 Aktivitetstal spesialistkonsultasjonar somatikk, 2016

2016	Avtalespesialist /somatikk	HMR	Totalt
Aktivitetstall, spesialistkonsultasjonar	53013	343108	396121
	13,38 %		

Tabell 2.15 Aktivitetstal spesialistkonsultasjonar psykiater/psykolog, 2016

2016	Avtalespesialist /psykiater og psykolog	HMR	Totalt
Aktivitetstall spesialistkonsultasjonar	12839	89960	102799
	12,50 %		

Tala viser at delen spesialistkonsultasjonar hjå avtalespesialistar samla for somatikk og psykisk helsevern er gjennomsnitt 13%. Dette utgjør omtrent halvparten av gjennomsnittet nasjonalt. Som det går fram av sluttrapporten om organisering av avtalespesialistar i Midt-Norge frå 2012, er det er stor geografisk skeivfordeling også innan regionen (Helse Midt-Norge, 2012):

«Kartlegginga i fase 1 av prosjektet viser at Helse Midt-Norge bruker lite avtalespesialister samanlikna med landsgjennomsnittet. I overkant av 20 prosent av dagens polikliniske konsultasjonar i Helse Midt-Norge gjennomførast hos avtalespesialist. Dette fordeler seg med 12 prosent i Helse Møre og Romsdal helseføretaksområde, 19 prosent i St. Olavs Hospital helseføretaksområde og 37 prosent i Helse Nord-Trøndelag helseføretaksområde.»

Anbefalingar i høve til bruk av avtalespesialistar i Møre og Romsdal kan lesast i rapporten (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 1).

2.9.6.2 Sunndal distriktsmedisinske senter (DMS)

I 2009 vart det gjennomført eit forprosjekt for å kartleggje føresetnader for oppretting av eit DMS i Sunndal kommune⁴¹.

Pr. i dag har senteret følgjande tilbod innafor spesialisthelsetenesta: høyrsselssentral, blodtappestasjon, tilbod om ortopediske konsultasjonar og tilbod innan bildediagnostikk. Det psykiatriske tilbodet vart avvikla i 2016.

Tilboda er bygde opp og vidareutvikla i tett samarbeid mellom Sunndal kommune og helseføretaket. Kommunen informerer om eit velfungerande tilbod med godt frammøte og med særskild god brukartilfredsheit for pasientar i Sunndal og omkringliggjande kommunar.

Mindre belastning for pasientar og pårørande som slepp lang reiseveg til sjukehus er ein styrke ved tilbodet. Pasientane er ofte eldre og har med seg følgjeperson, difor er både reduserte reisekostnader og mindre fråver frå jobb ein positiv effekt av eit tilbod nær der pasientane bur.

Følgjande tilbod og oversikt over aktivitet ved Sunndal DMS i 2016:

Tabell 2.16 Tilbod og aktivitet med Sunndal DMS i 2016

Fagområde	Tal episodar
Radiologi	701
Ortopedi	410
Blodtapping	326
Høyrsselssentral	950
Psykiatri	47

2.9.6.3 Tilrådingar for DMS Sunndal

Til tross for eit godt desentralisert tilbod til pasientane i Sunndal og kommunane som ligg rundt, vert det vist til utfordringar med at verksemda i DMS Sunndal er støtta av ambulant verksemd frå spesialisthelsetenesta. Dette har ført til ein sårbar situasjon i høve til å sikre akuttberedskapen i føretaket. Innan ortopedifaget finnes i dag to fagmiljø i høvesvis Kristiansund og Molde. Ved desse fagmiljøa skal ein kvar dag ha bemanningsplan med ortopedar i døgnavt. Fagmiljøa skal ta hand om

⁴¹Føremålet var å utgreie aktuelle løysingar for oppretting av eit DMS/intermediært tilbod i Sunndal kommune. For meir informasjon om tilrådingar og vedtak sjå Styresak 2009/111. Helse Møre og Romsdal HF. (2009): Etablering av DMS Sunndal – Intermediært tilbod i Kristiansund og Molde. <https://ekstranett.helse-midt.no/1006/Sakspapirer/ST%202009-111%20-%20Etablering%20av%20DMS%20Sunndal%20-%20Intermediært%20tilbud%20i%20Kristiansund%20og%20Molde.pdf> lasta ned 19.10.17.

augeblikkeleg hjelp heile døgnet, i tillegg til å bemanne poliklinikk og elektive operasjonar. Når ein av ortopedane skal arbeide ambulant ved Sunndal DMS, er ein sårbar i situasjonar ved anna fråvær som sjukdom eller obligatoriske kurs. Samstundes vert det vist til at tal pasientkonsultasjonar ved DMS Sunndal er redusert. Det vert difor tilrådd at ortopedtilbodet ved senteret vert avvikla, med bakgrunn i både ein sårbar bemanningssituasjon og driftsøkonomi.

Når det gjeld reiseavstanden for å komme til sjukehus for befolkninga i Sunndal, visast det til at den vert redusert til om lag 60 minutt når SNR er ferdigstilt. I dag er reisevegen frå Sunndal sentrum til Molde Sjukehus på om lag 1 time og 20 minutt. Frå Sunndal sentrum til Kristiansund Sjukehus er reisevegen om lag 1 time og 30 minutt.

Frå Klinik for diagnostikk vert det informert om at det er ressurskrevjande å bemanne det bildediagnostiske tilbodet dei har ved DMS Sunndal. I nokre høve har det ført til at klinikken måtte stenge ein røntgenlab ved sjukehuset i Molde, dei dagane ein er operativ ved DMS Sunndal. I tillegg står dyrt utstyr for bildediagnostikk ubrukt dei fleste dagar ved DMS Sunndal. Det medfører ei svært høg investeringskostnad og driftskostnad pr undersøking. Det vert vist til at Helse Møre og Romsdal HF har begrensa midlar til innkjøp av medisinsk teknisk utstyr og ein manglar røntgenutstyr ved sjukehusa. Det er difor vanskeleg å forsvare ressursbruken ein har ved å drifte tilbodet i Sunndal.

Ressursbruken er stor også for tilbod om blodtapping og det er ønske om å avvikle tilbodet i løpet av 2017. Når det gjeld høyrsselssentralen, vert det vist til å fungere godt. Tilbodet er positivt for pasientane som slepp lang reiseveg. Samstundes er det ei fagleg utfordring at det ikkje er knytt spesialist til denne sentralen. Ei vidareføring av dagens høyrsselssentral vil krevje at ein tek eit val om kven som skal ha det faglege ansvaret, i høve til om det skal vere underlagt Molde sjukehus, SNR, DMS Kristiansund eller eventuelt ein framtidig avtalespesialist. Eit slikt val vil gi fagleg forankring og høve til vidareutvikling av tilbodet (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

Anbefaling;

- Avvikle dagens tilbod med ortoped
- Avvikle dagens tilbod med røntgen.
- Avvikle dagens tilbod med blodtapping
- Etablere ei arbeidsgruppe som greier ut om nye tilbod kan leggjast til Sunndal DMS. Dette må skje i nær samanheng med SNR, slik at ein ser det i samanheng med tilbodet som skal planleggast ved DMS Kristiansund.

Meir detaljert skildring og bakgrunn for tilråding kan lesast i rapporten (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 1).

2.9.7 Bygningsmessig utviklingsplan

Skildring av dagens bygg og plan for korleis bygningsmassen best kan utviklast, er leia av SEMCO international i samarbeid med arkitektkontoret Nordic Office of Architecture. Den bygningsmessige utviklingsplanen skal støtte utviklinga som vert skissert i den overordna utviklingsplanen, og vert ferdigstilt i samband med at den overordna planen er styrebehandla i Helse Møre og Romsdal HF i februar 2018. Mandatet er avgrensa til å gjelde institusjonane i Møre og Romsdal, eksklusiv SNR, som

vert ivareteken gjennom SNR-prosjektet. Underlagstal er henta frå det pågåande arbeidet med bygningsmessig utviklingsplan.

Helse Møre og Romsdal HF eig og driv verksemd i ca. 235.000 kvm. Situasjonsbilete omfattar ca 150.000 av desse, dvs alt utanom dei verksemdene som flyttar inn i SNR (Semco, Nordic, 2017).

Dei komande åra er det naudsynt med omfattande bygningsmessig endring, oppgradering og eventuelt utbygging for å møte det auka behovet for behandling og forsvarleg pasientbehandling i tidsriktige omgivnader.

2.9.7.1 Ålesund sjukehus



Sjukehuset vart opna i 1971. Seinare har det kome til nybygg innan psykiatri, kreftbehandling, barneavdeling og pasienthotell. Hovudbygget (somatikk) har ein logisk struktur som framleis er berekraftig - med ein intensiv behandlingsakse i dei to nedste etasjane i høgblokka, og sengepostar oppover i etasjane. Poliklinikkar er stort sett plasserte i første etasje.

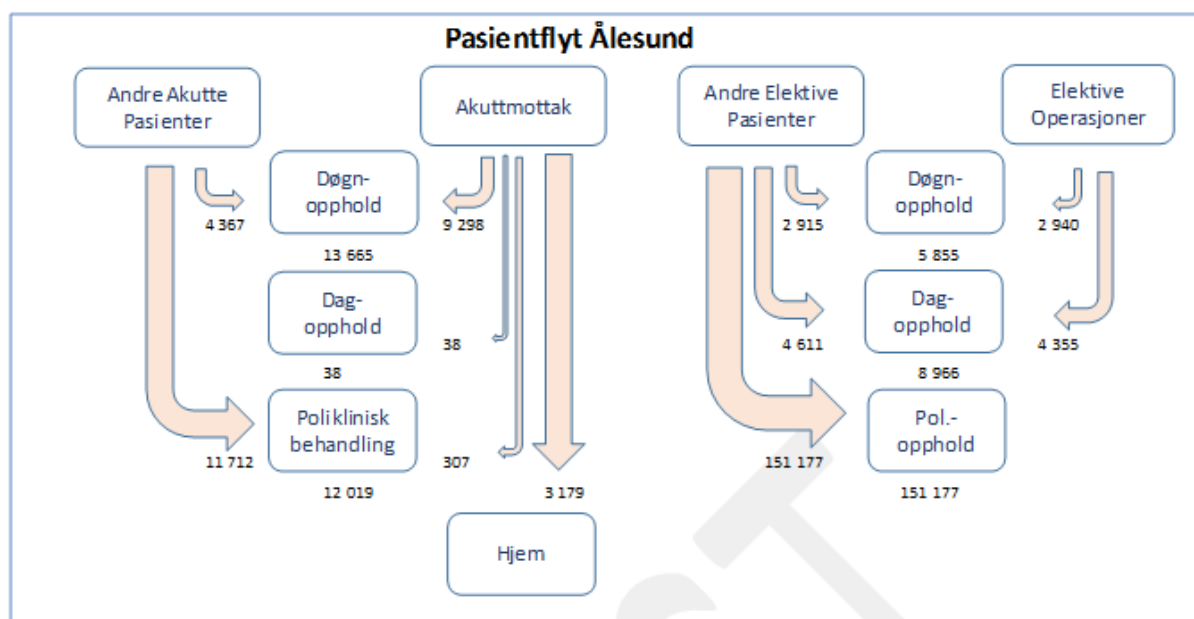
Bygget er fortløpande oppgradert, og kan sjåast på som akseptabelt, men har ikkje den standard og fasilitetar som nye sjukehus forventast å ha. To store oppgraderingsprosjekt er under planlegging: Fasademessige utskiftingar og oppgradering av det elektriske anlegget (400 V).

CF-Møller levere i 2006 ein plan for oppgradering og tilpassing av bygget til framtidige behov. Denne vart tatt godt imot, men få av tiltaka er gjennomførte. Tabell 2.17 viser bygga på Ålesund sjukehus og storleik. Det er gjort berekningar som viser at (kun) 20 % av arealet er *direkte* knytt til pasientbehandling. Dette er lågare enn Volda, og skuldast m.a. at helseføretaket sin hovudadministrasjon er inkludert i tala for Ålesund.

Tabell 2.17 Frittstående bygg i Ålesund

Sted	Ålesund Sykehus
Radettketter	Bruttoareal
2101- Audiopedagogisk	575
2102- Adm Bygget	2 110
2103- Alderspsykiatrisk	1 423
2104- Psykiatribygget	5 526
2105- Ålesund sjukehus	56 304
2106- Åse Hotell	1 522
2107- Kreftbygget	5 846
2108- Åse bøn 1	1 188
2113- Åse bøn 11	1 829
2117- BUP -VP	3 819
2118- Upa Avdeling	1 095
2119- Upa Skule	457
2120- Helikopterbase	770
2121- Barneavdeling	5 214
Totalsum	87 678

Figur 2.6 Pasientflyt Ålesund. Tal pasientar 2017. viser hovudstraumar av pasientar inn til sjukehuset basert på 2016-tal:



Figur 2.6 Pasientflyt Ålesund. Tal pasientar 2017. Pasientflyt Ålesund. Tal pasientar 2016.

I tillegg gjennomførast ca. 76.000 biletdiagnostiske undersøkingar og det takast eit ukjent tal biokjemiske prøver. Fleire av desse gjennomførast poliklinisk der hensikta med pasienten sitt besøk utelukkande er dette. Utover dette utgjer også pårørande ein stor del av besøkande til sjukehuset.

2.9.7.2 Volda sjukehus



Sjukehuset vart opna i mars 1986 og er såleis nyare enn Ålesund. Seinare er Volda DPS komet til på totalt 3694 kvm. Interiørmessig er kvaliteten akseptabel, men ikkje på nivå med nybygde sjukehus. Strukturelt er sjukehuset fornuftig bygd opp med god tilkomst frå akuttmottak til biletdiagnostikk og operasjon. Det vert vist til at poliklinikkareala er tronge og fasilitetar for effektivt pasientforløp i dagkirurgi ikkje er gode nok. Samanlikna med Ålesund er ikkje berekonstruksjonen til hinder for å etablere éinsengsrom.

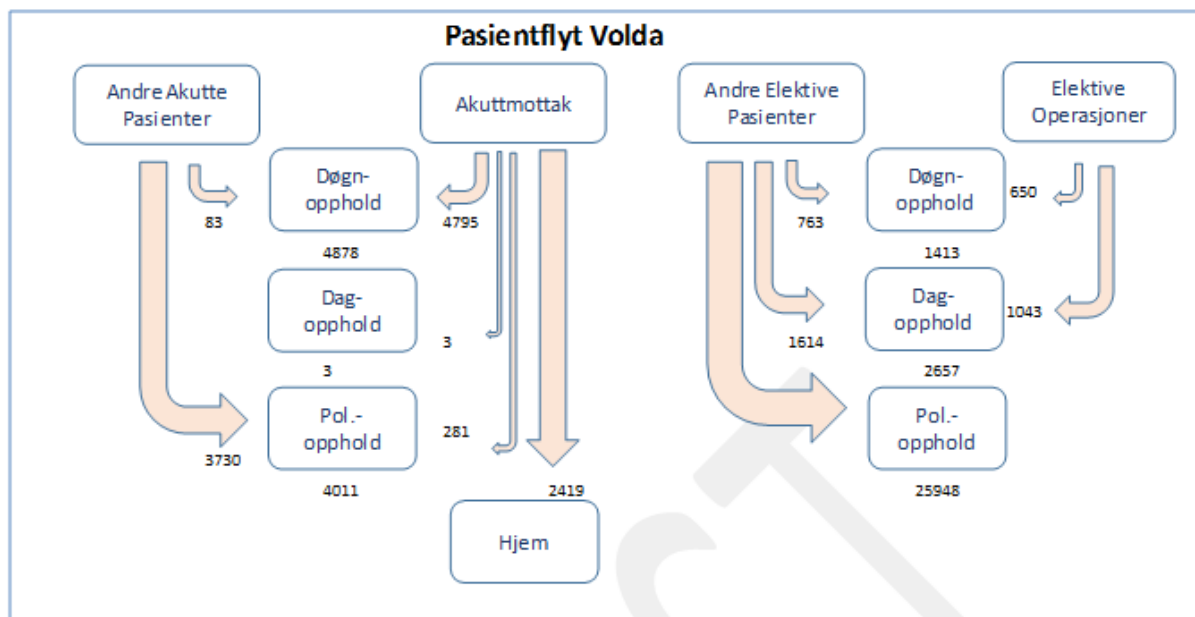
C.F. Møller levere ein bygningsmessig utviklingsplan i mai 2011 for Volda. Også denne planen vart teken godt imot, men få av tiltaka er gjennomført i etterkant. Ei utfordring på Volda sjukehus er at det ikkje er lett å finne ledige område, som er ein føresetnad for å kunne flytte på einingar i ei ombyggingsfase (Semco, Nordic, 2017).

Tabell 2.18 viser bygg i Volda med tilhøyrande tal kvm.

Tabell 2.18 Bygg i Volda

Sted	Volda
Radetiketter	Bruttoareal
2201 - Volda sjukehus	13 958
2202 - Volda DPS	3 673
2203 - Volda BUP	1 207
2204 - Kløvertun	1 862
Totalsum	20 700

Pasientflyten i Volda er vist i Figur 2.7 Pasientflyt Volda. Tal pasientar 2016..



Figur 2.7 Pasientflyt Volda. Tal pasientar 2016. Pasientflyt Volda. Tal pasientar 2016.

I tillegg gjennomførast ca. 35.000 biletdiagnostiske undersøkingar og det takast ei ukjend mengde biokjemiske prøver. Fleire av desse er polikliniske der hensikta med pasienten sitt besøk utelukkande er dette. Utover dette utgjer også pårørande ein stor del av besøkande til sjukehuset.

2.9.7.3 Bygningsmassen utanom sjukehusa i Ålesund og Volda



Figur 2.8 Stader der HMR har verksemd. Raudt er utanfor mandat.

Tilbakemeldingar frå Semco og Nordic viser at bygga fyller sin funksjon, men at dei framstår, i varierende grad, i dårleg forfatning.

Klinikk for Psykisk helse og rus har det mest desentrale tenestetilbodet og disponerer ei stor bygningsmasse over hele fylket. I tillegg disponerer Klinikk for Medisin og rehabilitering to institusjonar (Mork og Aure). Følgjande bygningsmasse er inkludert:

Tabell 2.19 Verksemd på andre adresser (justert HMR).

Sted	Kvm	Tjenester
Kristiansund DPS (Nordlandet)	2.764	Psykiatri, døgntilbod
Kristiansund DPS (Solhagen)	2.437	Psykiatri, poliklinikk
Knausen DPS	7.956	Psykiatri, BUP, poliklinikk og PHBU familiepost og VOP poliklinikk og døgntilbod
Vegsund DPS	2.919	Psykiatri, ambulant, poliklinikk og døgntilbod
Sjøholt DPS	2.351	Rus og psykiatri, ambulant og døgntilbod
Molde behandlingssenter	2.311	Rus og psykiatri, poliklinikk og døgntilbod
Ålesund behandlingssenter	5.827	Rus og psykiatri, poliklinikk og døgntilbod
Aure rehabiliteringssenter	2.423	Rehabilitering, døgntilbod
Mork rehabiliteringssenter	3.902	Rehabilitering, døgntilbod
SUM	32.890	

Følgende adresser driftes i leide lokaler og er ikke vurdert		
Vågland i Halså	320	DPS
Sunndal DMS	139	Radiologi, Ortopedi, Bløtdapping, Høyrseleentral og psykiatri
Ambulansestasjonar	8263	39 stader i HMR - leieavtaler

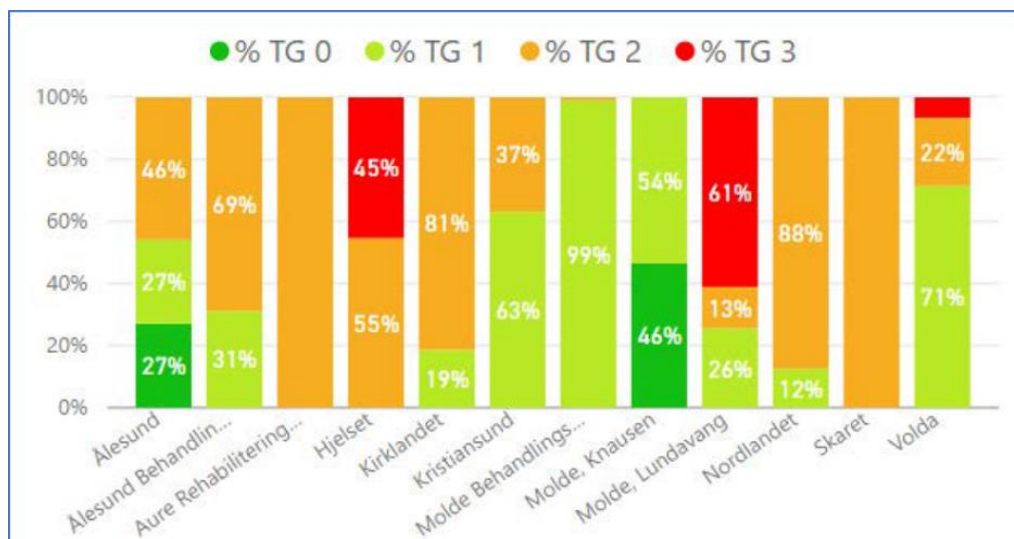
Det har vore ein markert nedgang i liggedøgn på DPS sidan 2012, frå ca. 26.700 døgn i 2012 til ca 21.800 i 2016. Denne nedgangen forventast å halde fram. Motsett forventast ein kraftig vekst i polikliniske behandlingar.

Helse Møre og Romsdal HF disponerer også 39 ambulansestasjonar med til saman 8263 kvm. Helikopterbasen i Ålesund på 770 kvm, inngår i Ålesund sjukehus. For meir detaljar sjå oversikt i rapport for dei akuttmedisinske tenestene utanfor sjukehus vedlegg 05 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

2.9.7.4 Bygningsmessig tilstand

Det vart i mai 2017 gjennomført ei kartlegging av bygningsmassen sin tekniske tilstand for Helse Møre og Romsdal HF, utført av Multiconsult⁴². Denne viser at det er eit vedlikehaldsetterslep for store delar av bygningsmassen. Dette er for Ålesund sjukehus estimert til 523 MNOK og til 94 MNOK for Volda sjukehus innanfor dei næraste 5 åra.

⁴² Ny revisjon er forventa oktober 2017



Figur 2.9 Tilstandsgrader fordelt på overordna lokasjonar (Kilde Multiconsult 2017)

I høve til figuren over er TG 0 er best og TG 3 er dårlegast (Semco, Nordic, 2017).

Meir detaljert skildring kan lesast i rapporten (Semco, Nordic, 2017) (vedlegg 8).

2.10 Situasjonssbilete klinikkperspektivet

No-situasjon for den klinikkinterne verksemda bygger på innspel frå klinikkane i Helse Møre og Romsdal HF.

2.10.1 Klinikk for psykisk helse og rus

Klinikk for psykisk helse og rus vart etablert ved at Klinikk for psykisk helsevern og Klinikk for rus- og avhengigheitsbehandling (TSB) vart samla frå 2017. Klinikken sine fagområde er habilitering, psykisk helse og rus- og avhengighetsmedisin. Disse er fordelt på i alt fem avdelingar i ein tverrgående klinikk.

Ei DPS-avdeling dekkjer Nordmøre og Romsdal (to DPS; Kristiansund og Molde) og ei avdeling dekker Sunnmøre (tre DPS; Sjøholt, Vegsund og Volda). Det er i alt tolv seksjonar i desse avdelingane - fire poliklinikkar, fem døgnsseksjonar, og tre seksjonar for ambulante tenester.

Avdeling for sjukehuspsykiatri Nordmøre og Romsdal består av fem seksjonar: Akutt psykisk helse, Utgreiing og behandling, Rehabilitering, Alderspsykiatri og Spesialisert habilitering.

Fysisk plassering er på Hjelset og i Molde, og verksemda skal inn i nye SNR.

Tilsvarande har Avdeling for sjukehuspsykiatri Sunnmøre likelydande seksjonar, men med eit særskilt ansvar for tryggleikpsykiatri.

Avdeling TSB - Tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengigheit – er samansett av i alt fem seksjonar i Molde og Ålesund. Avrusingsseksjon med akuttfunksjon, to poliklinikkar og to døgnsseksjonar for utgreiing/behandling.



Figur 2.10 Organisasjonskart klinikk for psykisk helse og rus

2.10.1.1 Fagutvikling

Dei distriktspsykiatriske sentra er langt framme nasjonalt når det gjeld dreining mot poliklinisk oppfølging og ambulant verksemd. Medikamentfritt tilbod og ACT⁴³-team er døme med fokus på fag, pasient og kvalitet. Det er stor merksemd i høve til organisasjonsutvikling i tilknytning til innflytting SNR, framtidig tryggleikpsykiatri på Sunnmøre, førebygging av suicid, rett og redusert bruk av tvang er døme på fagutvikling innan klinikken. Dette gjeld begge sjukehusavdelingane og samhandling mellom DPS og sjukehus.

Samhandlingsprosjekt med kommunane på Søre Sunnmøre innan alderspsykiatri er i sluttfasen og det er etablert fleire fagutviklingsprosjekt innan vaksenhabilitering, sikkerheitspsykiatri og alderspsykiatri. Kvalitetsforbetringsprosjekt knytt til drift og organisering av tilbod, samt utvikling av gode forløp for pasientar med samtidig rus og psykiatrisk liding (ROP) har merksemd ved avdeling for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). Avdelinga vart godkjent som utdanningsinstitusjon for legar våren 2017 og er representert på nasjonalt nivå når det gjeld pakkeforløp TSB. Det er stor merksemd mot knytt til opplæring av pasientar og pårørande.

2.10.1.2 Pasientbehandling

Innføring av nasjonale pakkeforløp for psykisk helse og rus vil i 2018 sette preg både i høve fagutvikling og pasientflyt. Organisasjonen må tilpasse seg forventningar i dei nye forløpa kva gjeld logistikk, tilgjenge og koordinering av tilbod til pasientane. Internt mellom DPS'ane, og mellom DPS, sjukehus og TSB er det god oppgåvedeling. I høve til ny-tilviste siste åra til poliklinikkane, er det ein

⁴³ ACT- team står for assertive community treatment og er ein modell for å gje oppsøkende, samtidige og heilskaplege tenester til menneskje med alvorlege psykiske lidingar. Helsedirektoratet. (2017): ACT- og FACT-team. <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/act-og-fact-team>.

auke på om lag 40 % i perioden 2012-2016. Pasientane opplevast meir behandlingssmessig krevjande ved døgninstitusjonane.

Klinikken har mange seksjonar med rik erfaring innan ambulant poliklinisk verksemd. Det er eit mål å utvikle denne vidare i retning felles forståing og praksis i opptaksområda. Ved alderspsykiatrien har ein hausta verdifull erfaring når det gjeld klinisk samhandling med kommunehelsetenesta, og det er eit klart ønskje om å vidareutvikle modellen til alle kommunane på Sunnmøre. Eininga viser elles til at bruk av sengeplassar er i endring, og det er behov for å sette pasientforløp og differensiering av tilbod i Helse Møre og Romsdal HF på dagsorden.

Ved seksjon for spesialisert habilitering er det stor merksemd mot utviklingsarbeid på tvers av psykisk helsevern og i høve til utarbeiding av pasientforløp. Det er behov for å synleggjere fagområdet i høve til områda psykiatri og rus.

Innan Avdeling for tverrfagleg spesialisert behandling for rusavhengigheit (TSB) er det utfordringar både internt og eksternt når det gjeld pasientflyt. Både med omsyn til kapasitetsutnytting på nokre døgntilbod, og med å ta unna pasientar som tilvisast til korttidsbehandling. Dette har ført til ei auke i bruk av private aktørar for å unngå fristbrot. I høve polikliniske konsultasjonar TSB er auken hittil i år over 100 %. Årsaka er todelt, då fleire har rett til poliklinisk tilbod før døgntilbod, i tillegg til at avdelinga har særskild høg aktivitet når det gjeld gruppetilbodet i poliklinikk.

For pasientar som har både rus- og psykiske helseutfordringar og som har behov for forsterka oppfølging, er det utvikla eit eige forløp i samarbeid med Molde og Ålesund kommune. Det er eit mål å utvide tilbodet til alle kommunane i Møre og Romsdal.

Bygningsmessig utviklingsplan peikar på utfordringar når det gjeld den bygningsmessige standarden for fleire av institusjonane i klinikken. Særleg gjeld dette Veggund og Sjøholt DPS. Ein må vurdere korleis dette skal løysast og vurdere samlokalisering.

2.10.1.3 Satsingsområde

I høve til utfordringsbilete og behov har klinikken identifisert satsingsområder innan;

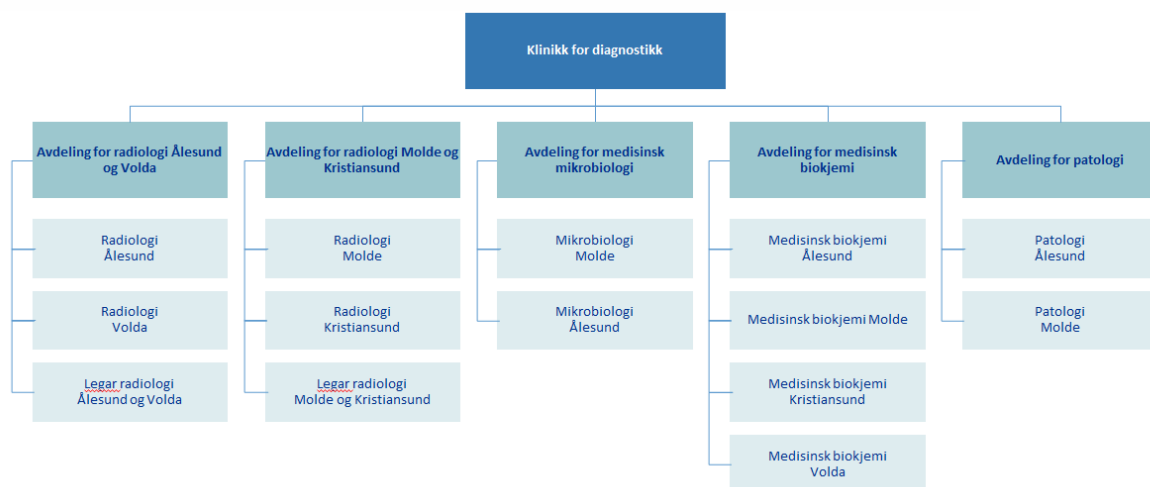
- Pasientflyt
- Kapasitet
- Finansiering
- Kompetanseutvikling
- Forsking/fagutvikling
- Kvalitetssikring av data

2.10.2 Klinikk for diagnostikk

Klinikk for diagnostikk tilbyr støttefunksjonar innan medisinsk biokjemi, transfusjonsmedisin, medisinsk mikrobiologi, patologi og radiologi og nukleærmedisin.

Medisinsk biokjemi med blodbank er lokalisert ved alle sjukehusa Ålesund, Volda, Molde og Kristiansund. Medisinsk mikrobiologi er lagt til sjukehusa Molde og Ålesund. Dette gjeld også

patologi. Radiologi har seksjon ved kvart av sjukehusa, men fagområdet nukleærmedisin er berre i Ålesund og i Molde. Radiologi er organisert i to avdelingar, Ålesund/Volda og Molde/Kristiansund. For begge avdelingane er legegruppa samla i eigen seksjon.



Figur 2.11 Organisasjonskart for klinikk for diagnostikk

2.10.2.1 Fagutvikling

Diagnostikk er ein klinikk med 'utstyrstunge' spesialitetar, og som har eit stort etterslep på utskifting av absolutt nødvendig utstyr. Auke i tal prøvar/undersøkingar krev moderne MTU, optimalisering av arbeidsprosessar og integrerte IT- løysingar langs heile kjeda er avgjerande for å kunne møte behovet. Akkreditering etter NS-EN ISO 15189 har vorte konsensus for medisinske laboratorier i Norge. Medisinsk biokjemi Ålesund er akkreditert etter denne standarden. Dei andre laboratorieseksjonane arbeider for å oppnå akkreditering. Røntgensesksjonane bør etter kvart ta sikte på ISO-sertifisering

Når det gjeld IKT tek klinikken del i fleire store IKT-prosjekt som vil krevje betydelege ressursar i neste to-års periode. Prosjekt *Breidding av Interaktiv Henvising og Rekvirering frå primærhelsetenesta* (IHR) er eit samarbeid mellom Hemit⁴⁴ og helseføretaka i Helse Midt-Norge RHF. Klinikk for diagnostikk er avhengig av prosjektstillingar for å lukkast med dette. Frå hausten 2017 er det tilsett to personar, i til saman 1.10 stilling. Prosjekt *HMN LAB* er det største pågåande prosjektet i regionen, etter Helseplattforma, og skal resultere i nytt datasystem for medisinsk biokjemi og medisinsk mikrobiologi innan 2019. Blodbanksystemet sitt datasystem Prosang og patologi sitt system Sympathy skal ikkje skiftast, men der vil kome endringar også for desse på grunn av integrasjon mot nytt laboratoriedatasystem.

Innan patologifaget vert det regionale prosjektet *Digital patologi* trekt fram. Innføring av digital patologi kan vise seg å vere eit paradigmeskifte innan patologi. Teknologien gir nye moglegheiter innan biletanalyse og mønstergjenkjenning, og forenkler og forbetrar samhandling og utnytting av høg-spesialisert kompetanse. I første omgang vil ein oppnå at patologar kan konsultere kvarandre på tvers av sjukehus, sikre drift ved små einingar ved fråver og sjukdom, «fjernundervisning» av LIS og raskare svar på prøver av pasientar som skal til behandling ved St. Olavs Hospital HF.

⁴⁴ Helse Midt-Norge IT

2.10.2.2 Pasientbehandling

Totalforbruket av radiologiske undersøkingar har vist ei jamn auke over mange år. Dei mest ressurskrevjande undersøkingane som MR og CT har den største auken, medan ultralydundersøkingar ligg relativt stabilt. Konvensjonell røntgen viser nedgang for visse typar undersøkingar, til dømes gjennomlysingsundersøkingar av gastrointestinalkanalen (GI-tractus) og ein del skjelettundersøkingar. Pakkeforløp ved mistanke om kreft genererer fleire undersøkingar som hastar. Endringar i befolkningssamansetjing med fleire eldre aukar også behovet for meir utgreiing, sidan behovet for tyngre undersøkingar som CT abdomen/bekken er sterkt samanhengande med alder. Framskrivingsrapport frå Sjukehusbygg (Helse Midt-Norge RHF, 2017) viser ei auke med 84% frå 2015 til 2035 i Møre og Romsdal for personar i aldersgruppa 80-89år. Det er sannsynleg at Helse Møre og Romsdal HF får ei underdekking med tanke på CT og MR etter 2022, dersom ikkje tal maskiner vert auka utover det som er planlagt i dag.

Diagnostikk skal yte tenester til dei andre spesialitetane i sjukehusa. Endring i funksjonsfordeling har konsekvens for diagnostikk. Ein viser er til regional kreftplan (Helse Midt-Norge RHF, 2011) og idéfaserapporten for SNR (Helse Møre og Romsdal HF, 2014) og endring i funksjonsdeling mellom sjukehusa. Samling av karkirurgi, endokrinkirurgi, nukleærmedisin og patologi i helseføretaket til Ålesund sjukehus, er døme på funksjonsdeling som gir føringar for dei diagnostiske tilboda.

Innan biletrettleia intervensjon/karkirurgi, vert vaskulære intervensjonsprosedyrar i dag utført både ved Molde og Ålesund sjukehus. Denne verksemda er avhengig av karkirurgisk 'backup' i tilfelle komplikasjonar, og karintervensjon må difor også samlast i Ålesund i tråd med konseptrapporten for SNR (Helse Møre og Romsdal HF, 2016). Det visast til at kompetanse innanfor andre biletrettleiane intervensjonar, til dømes PTC⁴⁵, arthrografi, smerteblokade, nefrostomi og biopsiar, framleis må oppretthaldast ved SNR. Nefrostomi og biopsiar må framleis kunne utførast i Volda.

Klinikken viser til at auke i førekomst av antibiotikaresistens har vore den mest alarmerande og ressurskrevjande endringa dei siste åra, og kjem til å prege faget i åra som kjem. Behovet for raskare diagnostikk vert større i takt med denne auken. Rask diagnostikk er vist å gi lågare mortalitet/morbiditet, redusert liggetid/færre innleggingar, hindre unødig bruk av antibiotika, hindre resistensutvikling og spreing av resistente bakteriar. Føresetnad for å kunne drive rask diagnostikk er utvida opningstid ved mikrobiologiske laboratorium og betre transportordningar.

2.10.2.3 Satsingsområde

I høve til utfordringsbilete og behov har klinikken identifisert satsingsområder innan;

- Kompetanse og rekruttering – rekruttere, utdanne og behalde legespesialistar, radiografar, bioingeniørar, molekylærbiologar og patologar
- Oppfølging vedtak i defase SNR
- MTU/ ny teknologi

⁴⁵ PTC står for percutan transhepatisk cholangiografi som er ei undersøking av galleveiane.

- Kvalitetssikring
- IKT.
 - HMN Lab
 - Digital patologi
- Oppretting av nye tenestetilbud HMR/Klinikken (PET, PCI)

2.10.3 Klinikk for medisin og rehabilitering

Klinikk for medisin og rehabilitering er organisert innanfor dei fire sjukehusa i Møre og Romsdal, i tillegg til to rehabiliteringsinstitusjonar på Mork og Aure.

Klinikken har ansvar for følgjande fagområde og tilbod: nyresjukdommar, lungesjukdommar, blodsjukdommar, hjartesyjukdommar, diabetes- og stoffskiftesyjukdommar, slag- og alderdomssjukdommar, mage- og tarmsjukdommar, infeksjonssjukdommar, rehabilitering, fysikalsk medisin, revmatologi, neurologi, kreft, hud, veneriske sjukdommar og kliniske støttefunksjonar (fysioterapi, ergoterapi, klinisk ernæringsfysiologi, sosionomtenester).



Figur 2.12 Organisasjonskart klinikk for medisin og rehabilitering

2.10.3.1 Fagutvikling

Klinikken står satsinga på kontinuerleg forbetring og standardiserte pasientforløp/pakkeforløp. Integrering av dette i alle prosessar på seksjons-, avdelings-, og klinikknivå vert ei sentral oppgåve.

Klinikken har ein særstør del av all augeblikkeleg hjelp i føretaket. Det tyder at ein er særleg utsett for stor variasjon i tilfang av pasientar i sengepostar og akuttinntak. Utvikling av verktøy og driftsmodellar som kan redusere desse utfordringane er såleis viktig. Prosjektet *Plan for høg aktivitet* vil vere ei sentral satsing for føretaket dei neste åra.

Når det gjeld organisering av rehabiliteringsfeltet, vart det i 2011 sett ned ei arbeidsgruppe som skulle sjå på organisering og fagleg innretning av spesialisert rehabilitering i føretaket (Helse Møre og Romsdal HF, 2011) styresak 2011/48. I tillegg til nedlegging av Nevrohjemmet og justering av sengetalet innan fagfeltet, la styret til grunn at ein måtte styrke poliklinisk tilbod i fysikalsk medisin og rehabilitering, også geografisk, satse på ambulante tenester i geriatri og rehabilitering, samle all spesialisert rehabilitering i sjukehusa på sikt, og oppretting av felles inntaksteam og fagleg styring av Mork og Aure frå avdelinga i Ålesund. Deler av dette styrevedtaket er ulike årsaker ikkje følgd godt

nok opp i ettertid og i arbeidet med utviklingsplanen og SNR, ser ein at det no er naudsynt å følge opp dette. Det vert difor i første del av 2018 starta opp eit arbeid for å vurdere dei ulike delane av styrevedtaket og konsekvensar for fagleg innretning og organisering i lys av fagleg utvikling innan feltet.

2.10.3.2 Pasientbehandling

Klinikken leverer tenester innan mange ulike fagområde (> 15 spesialitetar/faggrupper). Augeblikkeleg hjelp utgjør største delen av klinikken sin aktivitet, men elektive tenester utgjør også ein viktig del av aktiviteten i form av polikliniske besøk og elektive opphald. I tråd med pålegg og grunna faglege behov innan til dømes rehabilitering og geriatri, er utvikling av ambulante tenester eit fokusområde i klinikken. Desentralisering og overføring av tenester og kompetanse i samråd med brukarar og kommunane rettast også merksemd, for å sikre rett behandlingsnivå og best mogleg tilbod for dei som treng medisinsk oppfølging i spesialisthelsetenesta. Døme på slike tiltak er hospital at home⁴⁶ og heimedialyse. Andre prosjekt som er sentrale i klinikken, er førebygging av innlegging av eldre, KOLS⁴⁷-prosjekt som klinikken har saman med Molde kommune og satsinga pasientforløp for den eldre multisjuka pasient. Det er i dag ingen økonomiske insentiv for slik utvikling, og klinikken opplever det difor særst utfordrande å finne økonomisk handlingsrom for denne utviklinga. Føretaket bør ta opp denne problemstillinga gjennom vår eigar, Helse Midt-Norge RHF.

Det er behov for å styrking av kapasitet innan fleire fagområde (geriatri, lunge, kardiologi, nyre, kreft, infeksjon/smittevern, revmatologi, gastromedisin), ut frå underdekning i dag og på grunn av framtidig utvikling fagleg og demografisk. Det er i framskriving av behov for Helse Midt-Norge RHF og Helse Møre og Romsdal HF stipulert ein auke i snitt av polikliniske konsultasjonar/dagbehandling på 20% til 2022, og 50% til 2030. Utvalde område vil få enno sterkare vekst, mellom anna dialyse, scopivirksemd, kreftbehandling og infusjonar. Korleis dette skal løysast vil verte ei sentral utfordring for klinikken og føretaket, og vil utfordre evna til tenesteinnovasjon, nyttiggjering av ny teknologi, samhandling med meir. I høve til oppretting av screeningtilbod for tjukktarmskreft⁴⁸, vil dette utfordre rekruttering og undersøkingskapasiteten enno meir. Det vert viktig at helseføretaket tek dette med i vidare planlegging, både fagleg og bygningsmessig.

Ortogeriatrici⁴⁹ er tenkt etablert som øymerka senger i medisinsk avdeling geriatriisk sengepost og med tett samarbeid mellom fagfolk med geriatriisk- og ortopedisk spisskompetanse. Det er sett ned ei arbeidsgruppe for å gjennomføre oppdatering av rapport som vart utforma i 2015. Frist for dette arbeidet er 20.11.2017. Konklusjonane vil kunne ha føringar for organisering også i andre delar av Helse Møre og Romsdal HF.

⁴⁶ Hospital at home er ein modell der pasienten får tilbod om akutt spesialisthelseteneste heime der pasienten bur.

⁴⁷ Kronisk obstruktiv lungesjukdom.

⁴⁸ På vegne av Helsedirektoratet vart det gjennomført eit arbeid knytt til screening av tarmkreft. Konklusjonen frå arbeidsgruppa var at det bør innførast landsomfattande screening mot tarmkreft. Helsedirektoratet. (2016): Rapport om et nasjonalt screeningprogram.

<https://helsedirektoratet.no/Documents/Kreft/Rapport%20fra%20arbeidsgruppe%20om%20et%20nasjonalt%20screeningprogram%20mot%20tarmkreft.pdf>. Regjeringa har vedtatt å innføre screeningprogram for heile landet frå 2019. Helse- og omsorgsdepartementet. (2017): Nytt screeningprogram for tarmkreft.

<https://hoyre.no/aktuelt/nyheter/2017/mer-kreftscreening-i-2018/> lasta ned 15.10.17.

⁴⁹ Ortogeriatrici handlar om strukturert geriatriisk-ortopedisk samarbeid hos eldre pasientar med brotskadar.

Det er behov for ei rekkje utviklingsprosjekt på kort sikt, der klinikken ønskjer å bidra til ei rask utvikling i føretaket av tenelege modellar. Klinikken har spela inn fleire avgjerdsgrunnlag til føretaket innanfor desse områda. Nokre av områda er prioriterte og organiserte på føretaksnivå, men ein treng likevel at klinikken arbeider aktivt med organisasjonsutvikling på desse felta. Dette vil til dømes vere: Effektiv drift minst åtte timar dag/poliklinikk, fleksible arbeidstidsordningar, bemanningssentral, rekruttering, trainee-ordningar, bruk av helsefagarbeidarar m.m. Det visast også til framtidig sengepostdrift, plan for høg aktivitet, bruk av observasjonssenger/korttidspostar, organisering og bruk av lett og tung overvaking, organisering av akuttmottaka.

Det har vore ein særleg stor auke av medikamentutgifter siste året, og med dei vedtak som er gjort i nasjonalt prioriteringsråd, så reknar vi med vidare sterk auke i utgiftene. Det er særleg tre område vi ser ein sterk auke ut over generell prisstigning og utover at talet på pasientar aukar:

- Nye medikament for behandling av kreft (ofte biologisk behandling)
- Nye medikament for behandling av MS
- Nye medikament for behandling av sjeldne/minder vanlege kroniske tilstandar (medfødde og erverva)

Per august 2017 er auken i klinikken samla på 27% i høve til 2016, medan den for kreft og MS er på høvesvis 36 og 43%. Dei samla kostnadane i klinikken til medikament var i 2016 drøyt 121 millionar, og auken i 2017 åleine er estimert til om lag 30 millionar.

Klinikken rettar elles merksemd mot pasienten i fokus, og det visast til samval ved viktige avgjerder. I høve til samarbeid på tvers av fagspesialitetar, til dømes innan nevrologi og geriatri og spesifikt med tanke på slagbehandling. Innan kardiologi er det behov for å etablere eige vaktteam. Isolasjonsskapasiteten i heile føretaket er betydeleg underdekt, og det er behov for minst tre fullverdige luftisolat både ved SNR og Ålesund sjukehus.

Klinikken ser vidare på realisering av SNR som vesentleg for å løyse framtidige oppgåver. Det vert ei viktig oppgåve å sikre robuste fagmiljø i SNR samla, samstundes som det er ei balansert utvikling i føretaket. Det visast til utviklinga ved sjukehusa i Volda og Ålesund og vedtak om at Ålesund sjukehus skal vere det mest differensierte etter St. Olavs Hospital HF. Klinikken vil i tillegg særleg peike på den unike rolla DMS i Kristiansund kan få som «utviklingslaboratorium» for samhandling, innovasjon, og desentralisering av spesialisthelsetenester. Det vert viktig for både klinikken og føretaket å utnytte dette potensialet.

2.10.3.3 Satsingsområde

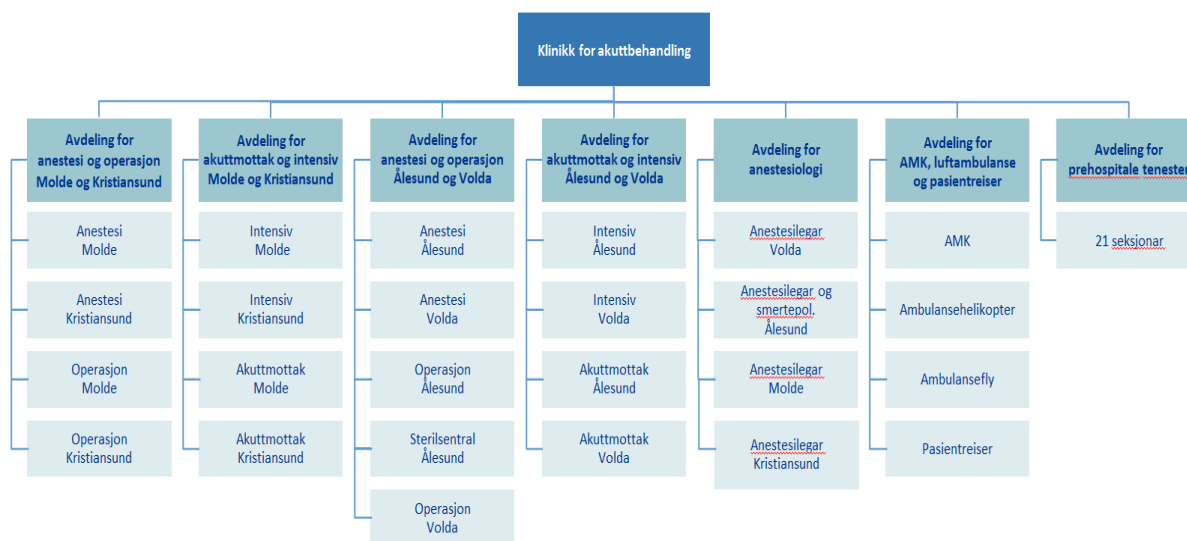
Klinikken har identifisert følgjande satsingsområde:

- Utvikling av ambulante tenester
- Samhandling og vidareføring av samhandlingsprosjekt med utvikling av desentraliserte tenester og overføring av tenester og kompetanse
- Styrking av kapasitet
- Implementering av dokumentert ny organisering av tverrfaglege tenester som ortogeriatrici.
- Organisasjonsutvikling

- Oppretting av nye tenestetilbud HMR/Klinikken (PET, PCI, Ortogeriatrí, vaktordning nefrologi og kardiologi (Ålesund))

2.10.4 Klinik for akuttbehandling

Inntil fusjonen av Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF i 2011, var avdeling for kirurgi og avdeling for akuttmedisin slått saman til ein felles klinikk i Molde og Kristiansund (2009), og tilsvarande i Ålesund og Volda (2010). Gjennom organisasjonsutviklingsarbeidet i Helse Møre og Romsdal HF, valte HMR ein tverrgående klinikkstruktur, som resulterte i at dei fire kirurgiske klinikkane og Klinik for prehospital tenester vart slått saman til ein felles klinikk 1. mai 2016. Denne klinikken vart vidare delt i to; Klinik for kirurgi og Klinik for akuttbehandling 1. mai 2017. Pasientreiser⁵⁰ vart innlemma frå same dato.



Figur 2.13 Organisasjonskart for klinik for akuttbehandling

2.10.4.1 Fagutvikling

Pasientforløp for ulike diagnosegrupper er ei prioritert satsing i Helse Møre og Romsdal. Klinik for akuttbehandling går inn som ein serviceklinikk i fleire av forløpa. Pasientforløp vidareutviklast i organisasjonen og klinikken tek del etter behov.

2.10.4.2 Pasientbehandling

Det er særskilt ulik aktivitet, kapasitet og pasientstraum ved sjukehusa. Dette gjeld særskilt innan ortopedi, kirurgi og traumatologi.

Pasienttryggleiksprogrammet er implementert, og det nyttast ulike resultatsystem for alvorlegheit og tidleg identifisering av forverring av sjukdomstilstand. Dette vil vere implementert i aktuelle avdelingar i klinikken. Teamtrening innanfor traume, hjartestans og nyfødtdresuscitering er etablert.

Analysar har vist at kapasiteten på luftambulansetenesta, herunder helikopter og fly, vurderast som tilstrekkeleg med dagens behov, men det er avhengig av endring i behandlingstilbod. Døme kan vere endringar i høve til trombektomi og ved hjerneslag. Dersom slike tilbod vert etablert i Helse Møre og

⁵⁰ Pasientreiser var tidlegare seksjonert under Samhandlingsavdelinga.

Romsdal HF, vil dette føre til eit auka forbruk av luftambulanse, men til kortare transportar då helikopteret er meir tilgjengeleg i sitt primære dekningsområde.

Helse Midt-Norge RHF har sett i gang arbeid med revidering av beredskapsanalysen som dagens struktur er basert på. Analysen utførast av GEODATA⁵¹, og vil vere ferdig i løpet av 2017. Utgangspunktet er å finne den optimale plasseringa av ambulansestasjonane, basert på det området som skal dekkast. I den nye analysen, vil også historiske bruksmønster nyttast, med utgangspunkt i hentestad for alle akutte oppdrag i Møre og Romsdal frå 2013 og fram til dato for gjennomføring av analysen. Analysen skal også ivareta ny infrastruktur som er komen etter 2003, som til dømes vegsamband og sjukehusstilbod:

Atlantehavstunnelen, Eiksundsambandet, Kvivsvegen, Tresfjordbrua, Imarsund, Norøyvegen og SNR vil alle påverke strukturen, men særskilt etablering av SNR.

Den kommunale legevaktorganiseringa vil også påverke ambulansestructuren. Dette gjeld særskilt der ambulansebåt er berebjelken i legevaktsamarbeidet. Møre og Romsdal fylkeskommune er i slutfasen med nye ferjeavtalar. I samband med dette, har Helse Møre og Romsdal HF bede om opsjonar på beredskapsferje i sambanda: Sykkylven-Magerholm, Hareid-Sulesund, Solholmen-Hollingsholm, Seivika-Tømmervåg, og Edøy- Sandvika.

Styrking av tilgjenge av ambulansar er ein vesentleg del av sikringa av ein forsvarleg akuttberedskap. Om ein ambulanse forlét sitt primærområde, må rekvirent (AMK) ha fokus på alternativ dekking av området. Prinsippet om at næraste ressurs skal nyttast ved akutte oppdrag er innarbeida, men det kan i visse situasjonar vere behov for beredskapsflytting av ledige ressursar for ein optimal beredskap for eit område. Nasjonalt jobbast det med fleire løysingar som styrkar akuttberedskapen:

- Singel paramedic⁵²
- Community paramedic⁵³
- Kvite bilar, differensiert tenestetilbod⁵⁴
- Etablering av intensivambulanse

Det visast til eit behov for å etablere tilbod for pasientar som treng intensivbehandling når luftambulansenesta ikkje kan ta oppdraget. Dette gjeld overføringar mellom eige sjukehus og overføringar til andre helseføretak. Ambulansen må vere knytt til ei anesthesiavdeling og tilby nærast lik kompetanse som luftambulansenesta. For Møre og Romsdal visast det til at eit slikt tilbod bør etablerast både ved SNR og ved Ålesund sjukehus. Ambulansepersonell som er i ordinær beredskap kan bemannast opp ved behov. Intensivambulansen kan også tilby møtetenester for ambulansar som er på veg mot sjukehus, i dei tilfella det er behov for spisskompetanse.

⁵¹ Geodata er eit teknologiselskap som gir hjelp til bedrifter med å visualisere eigne fag- og forretningsdata i kart. Geodata. (2017): Om oss. <https://www.geodata.no/om-oss> lasta ned 13.10.17.

⁵² Bil eller MC stasjonert lokalt som rykk ut og klarer til ambulanse er til stade

⁵³ Distriktsutfordringar kan møtast gjennom utdanning av meir kompetent personell i dei prehospitale tenestene, som kan bidra også inn mot primærhelsetenesta (t.d legevakt og akutttilbud i kommunal regi (ØHD/KAD). Det opprettholdast ambulansestasjoner som har ledig kapasitet av hensyn til forsvarleg beredskap. Helse Møre og Romsdal HF. (2017): Rapport – Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.

⁵⁴ Kvite biler er eit tiltak for å sikre hensiktsmessig bruk av ambulanseberedskapen og er enklare innreia med noko mindre krav til personellet. Helse Møre og Romsdal HF. (2017): Rapport – Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.

Helse Midt-Norge HRF planlegg frå og med 2017 å fordele inntektsramma for prehospitale tenester etter objektive kriterium i tråd med prinsipp i Magnussen-modellen⁵⁵. Føremålet er å kunne etablere ein samanheng mellom forventna behov for ambulansetenester/-pasienttransport og karakteristika ved befolkninga innafor dei geografiske områda tenestene vert levert. Dette arbeidet med innføring av Magnussen modellen for prehospitale tenester, vil få konsekvensar for alle føretaka i Midt-Norge, og ein må førebu eit arbeid på dette i Helse Møre og Romsdal HF med oppstart tidleg i 2018.

2.10.4.3 Satsingsområde

Klinikken har identifisert følgjande Satsingsområde;

- Utvikling av prehospitale tenester
- Kvalitetsarbeid
- Intensivmedisin
- Akuttmottak/observasjonspost
- Sterilforsyning
- Operasjonsstuen
- Smertetilbod
- Rekruttering

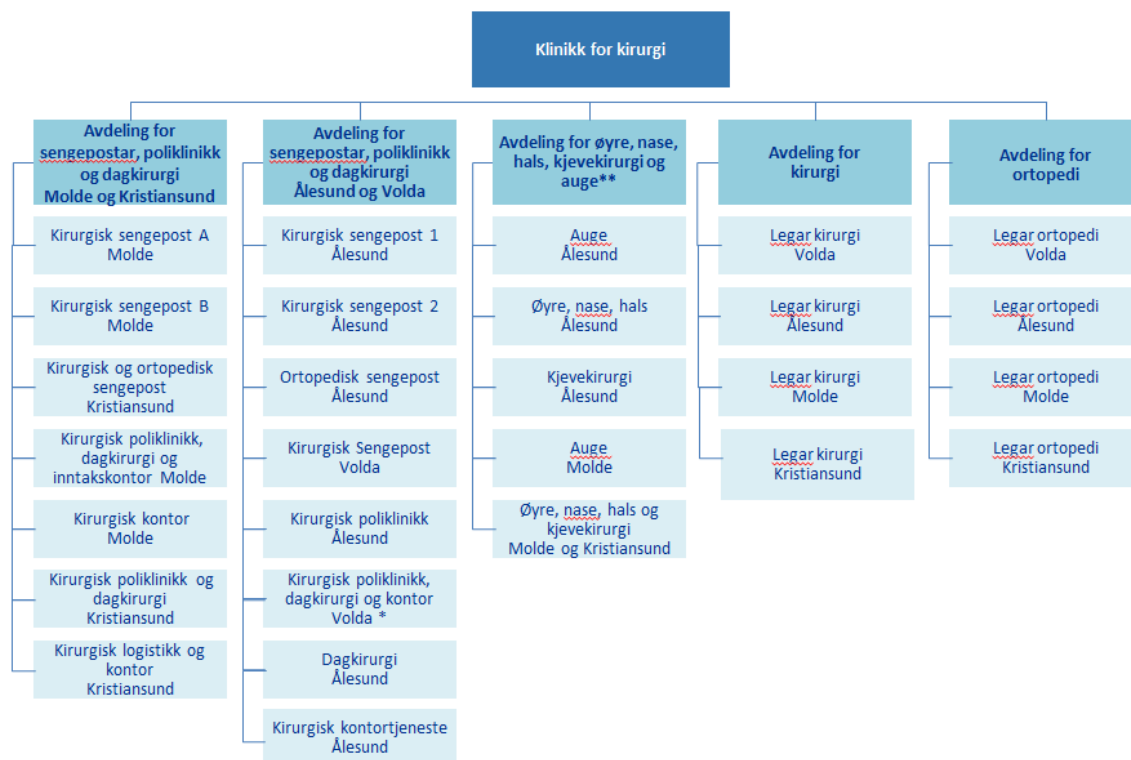
2.10.5 Klinikk for kirurgi

Organisasjonsforma for Klinikk for kirurgi i Helse Møre og Romsdal HF, er eit resultat av omorganiseringa i føretaket i 2016/2017. Klinikken vart etablert som ein føretaksovergripande klinikk mai 2017. Det har tidlegare vore fire kirurgiske klinikkar; ein på kvart av dei fire sjukehusa – og desse klinikkane var då samansette av alle dei kirurgiske disiplinane i tillegg til anestesi og akuttmedisinske seksjonar. I mai 2017 skilde ein kirurgi og akuttbehandling, og etablerte føretaksovergripande Klinikk for kirurgi og føretaksovergripande Klinikk for akuttbehandling.

Kirurgisk klinikk har ansvar for blautdelskirurgien (gastrokirurgi, endokrinkirurgi, karkirurgi, urologi), og kreftkirurgi, ortopedisk kirurgi, øyre-nase-hals kirurgi, augekirurgi, kjevekirurgi. Innanfor alle desse faga er det også stor poliklinikk- og dagbehandlingsaktivitet, i tillegg til behandling for innlagde pasientar. Klinikken utgjør ein viktig del av akuttberedskapen i Helse Møre og Romsdal HF.

Klinikken har elleve-tolv separate spesialistvaktskift i drift, i tillegg kjem mange vaktlag for legar i spesialisering, i tillegg til vaktlag for turnuslegar (no LIS1). Dette gjer klinikken ekstra komplisert å leie og å drifte, men reflekterer også høg kompetanse i faga. Driftseiningar elles er som det går fram av organisasjonskartet.

⁵⁵ Magnussen-modellen vart vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF i 2011 og vart implementert i 2012. Føremålet er likeverdig tilbod uavhengig av demografiske og geografiske høve. Rammene fordelast mellom ein behovsindeks og sin kostnadsindeks. ISF-inntektene vidareførast som før. Helse Midt-Norge RHF. (2011): Sak 70/11 – Implementering av ny finansieringsmodell (Magnussen-modellen) for helseforetak i Helse Midt-Norge.



Figur 2.14 Organisasjonskart for klinikk for kirurgi

Alle dei fire sjukehusa i Helse Møre og Romsdal HF er per definisjon «akuttsykehus» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Klinikken for kirurgi har allereie i dag nokre funksjonsdelingar mellom sjukehusa både når det gjeld planlagd behandling og vaksamarbeid på augeblikkelege hjelp. Klinikken har også grensesnitt til St. Olavs Hospital HF og større universitetssjukehus på behandling som er sentralisert. Klinikken er avhengig av god samhandling og planretning med andre klinikkar innan helseføretaket, då aktivitetane har behov for vesentlege støttetenester frå andre fagområde.

2.10.5.1 Fagutvikling

Med dei utfordringane som er skildra i Nasjonal Helse- og Sykehusplan kring akuttkirurgisk beredskap, vil dette fordre samarbeid mellom sjukehus og fagmiljø utover det ein har i dag. Helse Møre og Romsdal HF vart bede om å skildre framtidig organisering og nivå på akuttkirurgisk beredskap ved sjukehuset i Volda, og levere dette til Helse Midt-Norge RHF våren 2017. (Viser til kapittel 1.2.1.1, og vedtak om å gjennomføre ein utviklingsprosess som bygg på standardiserte pasientforløp). Ein føreset eit tettare samarbeid mellom fagmiljøa i Ålesund og Volda. Klinikken har starta på arbeidet knytt til ytterlegare samarbeid mellom Volda og Ålesund sjukehus og vil følge denne arbeidsprosessen vidare.

Nasjonalt skal dei fire regionale helseføretaka samordne framskriving av sentrale utviklingstrekk, der det for gastrokirurgifaga og spesialsjukepleiarar gjerast ei eiga framskriving, ved hjelp av Nasjonal bemanningsmodell. Denne er venta skal liggje føre i oktober 2017.

Klinikken viser til Regjeringa sine mål med Nasjonal Helse- og Sykehusplan, om å halde fast ved ein desentralisert sjukehusstruktur. Utfordringane knytte til dette er størst innanfor kirurgifaget, på grunn av aukande krav til spesialiserte ferdigheiter og spesialisert medisinsk teknisk utstyr. Den

generelle kirurgen vil etter kvart forsvinne. For å få til dette, har Regjeringa gjennom Nasjonal Helse- og Sykehusplan, varsla at dei vil stille krav om at fagleg og organisatorisk nettverksfunksjon mellom sjukehus skal styrkast og vere meir forpliktande. Nettverka skal sikre hensiktsmessige oppgåvefordelingar. Vidare skal dei sikre samarbeid om pasientforløp, utdanning, bemanning og ambuleringsordningar.

Viktige omstillingsprinsipp for å løyse framtida sine utfordringar i spesialisthelsetenesta utviklast i SNR-prosjektet. Føringer frå dette leggjast til grunn i heile føretaket, og derav må klinikken også jakte driftsprinsipp som set heile helseføretaket i stand til å møte framtida.

- Utvida opningstider, åtte timar effektiv opningstid på poliklinikk og dagbehandling
- Sambruk av generelle poliklinikkrom
- Sengerom; einsengs kontra fleisengsrom

I høve til DMS Kristiansund, vil klinikken særskild peike på potensiale for samhandling, teknologi og innovasjon. Dette kan bane veg for endra behandlings- og konsultasjonspraksis, og på område i kirurgisk klinikk. I SNR prosjektet vert det skild ut ein eigen dagkirurgisk eining utanfor akuttsjukehuset, som er nytt for føretaket og utfordrar planlegging i føretaksperspektivet.

2.10.5.2 Pasientbehandling

Som vist i kapittel 2.3.1, vart det i idéfaserapporten (Helse Møre og Romsdal HF, 2014) gitt tilrådingar for utvikling og funksjonsdeling knytt til planlegging og dimensjonering av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal, SNR. Rapporten omhandlar SNR og Ålesund sjukehus, men ikkje funksjonsdelingar mellom Ålesund og Volda sjukehus. Klinikken viser til at det er viktig med ein god prosess, der ein ser heilskapen i føretaket med stor vekt på tett samarbeid mellom fagmiljøa. Idéfasen slår elles fast at SNR skal byggjast opp på dei tunge kirurgiske disiplinane som gastrokirurgi, ortopedi og urologi. Det visast til at det er styrevedtak på at Ålesund sjukehus skal vere det mest differensierte sjukehuset i Helse Møre og Romsdal HF.

Klinikk for kirurgi går hausten 2017 i gang med eit arbeid kring planlegging av operasjonalisering av tilrådingar frå konseptfasen;

- Tilråding om å samle karkirurgien i Ålesund
- Tilråding om å samle brystkreftkirurgi i Ålesund (jfr. kreftplan)

Det gjer at det er behov for å finne løysingar for mellom anna operasjonsstovekapasitet, areal/bygg, reiser, bemanning/kompetanse, forholdet mellom kirurgisk operativ behandling og kirurgiske polikliniske konsultasjonar;

For fagområda ortopedi og øyre-nase-hals og auge, som alle er nemnde med tilrådingane i idéfasen, er ein avhengig av ein større analyse og målbilete, fagleg og økonomisk vurdering. Klinikken vil arbeide med dette i 2018.

Innan traumeorganisering har Helse Midt-Norge RHF vedtatt revidert Nasjonal Traumeplan som retningsgivande (Helse Midt-Norge RHF, 2017). System for traumeorganisering i Helse Møre og Romsdal HF er ein vesentleg drivar for Klinikk for kirurgi, som vil ha innverknad på kompetanseplanlegging og drift. Samfunnsmessig er system for traume ein viktig tryggleiksfaktor.

Klinikken viser til behovet for å klargjøre og operasjonalisere traumeorganiseringa i helseføretaket framover.

Når det gjeld tilbudet knytt til gastrokirurgi i føretaket, er innhald og eventuell deling av oppgåver i elektiv gastrokirurgisk verksemd mellom sjukehusa, eit tema i utviklingsplanen. Dette må også sjåast i samanheng med effektive driftseiningar, rekruttering, vedlikehald av naudsynt kompetanse og fagleg forsvarlege helsetenester, evne til berekraft i fagmiljø og støttetenester til andre fag.

Klinikken viser til at fleire hundre eldre personar behandlast for hoftebrót i Helse Møre og Romsdal HF kvart år. Prognosen er alvorleg, både når det gjeld motorikk, eigenmeistring og kognisjon. Forsking viser at ortogeriatrici som er eit strukturert samarbeid mellom ortopedi og geriatri, vil gi betre resultat for pasientane, meir effekt av helsekronene, og nye vitskaplege innfallsvinklar. Ei arbeidsgruppe i Ålesund vil hausten 2017 jobbe med korleis ein kan få realisert dette i Helse Møre og Romsdal HF.

Fleirtalet av kirurgiske inngrep i Noreg gjerast dagkirurgisk. Det er også innanfor desse områda pasientane ofte kan velje mellom offentlege sjukehus og private tilbydarar. Dette utfordrar klinikken, særleg i høve til fagområda ortopedi og øyre-nase-hals, og ein kan forvente at det kan kome til fleire fagområde.

Klinikken har lukkast med å dreie mykje drift over frå døgn til dag – og etter kvart også frå dag til poliklinikk. Dette er ei ønska utvikling, både politisk og for pasientane. Men det gir klinikken også nokre utfordringar økonomisk. Klinikken viser til at det å samstundes planlegge for denne dreinga, er utfordrande i praksis. Klinikken har framleis potensiale her, og det rettast kontinuerleg merksemd mot dette i driftsplanlegginga.

2.10.5.3 Satsingsområde

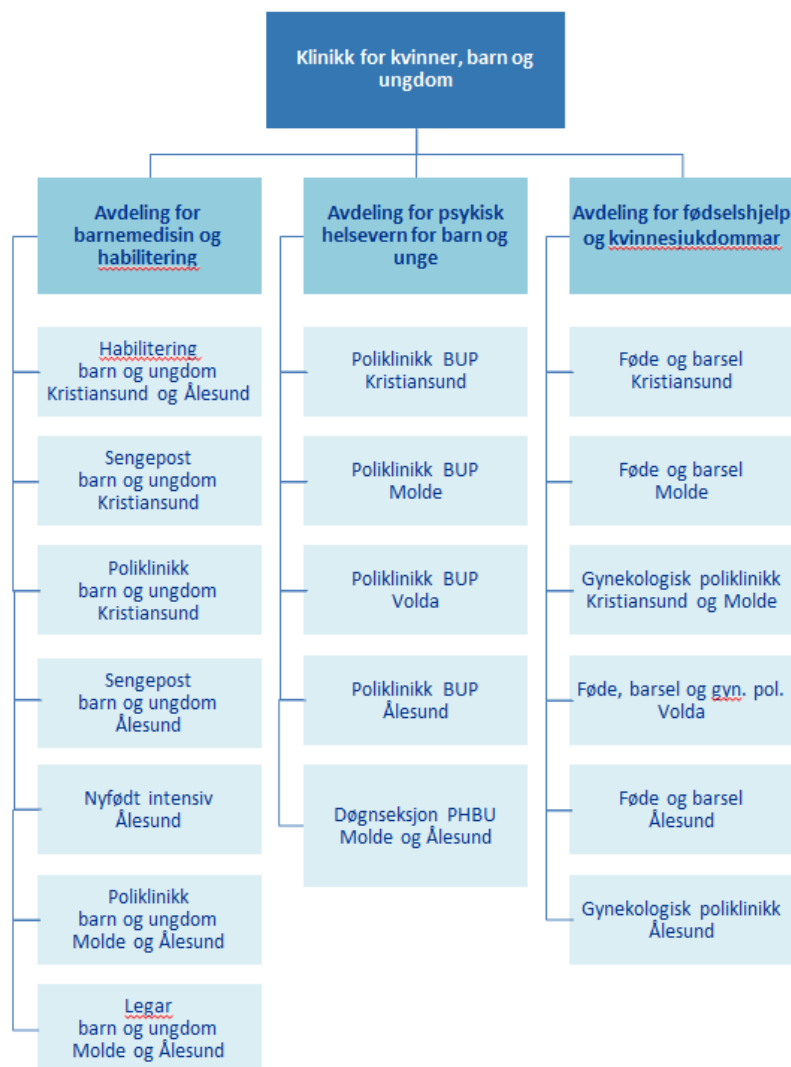
Klinikk for kirurgi har følgjande satsingar for planperioden:

- Sikre kapasitet og kapasitetsutnytting til å behandle de som trenger det
- Pasientperspektiv og Samfunnsoppdrag
- Fagleg samarbeid internt i foretaket og med St.Olavs
- Kompetanse og rekruttering – utdanne og behalde legespesialister
- Utdanning av LIS
- Likeverdige tilbud med same kvalitet
- Ressursutnytting og kostnadskontroll
- Ventetid
- Oppdatert utstyrspark

2.10.6 Klinikk for kvinner, barn og ungdom

Klinikk for kvinner, barn og ungdom (KKBU) vart etablert ved samanslåinga av Klinikk for barn og unge og Kvinneklinikken den 01.05.16. Den er samansett av dei tverrgåande, fagområdeinndelte avdelingane Avdeling for barnemedisin og habilitering (ABH), Avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar (AFK) og Avdeling for psykisk helsevern for barn og unge (APHBU). Karakteristisk for klinikken er mange små fagmiljø, mykje poliklinisk aktivitet og mange beredskapstenester, i tillegg

til ein seksjon i kvar avdeling med høgspesialiserte, fylkesdekkande tenester i Ålesund. KKBU si målsetting er å tilby heilskaplege og likeverdige helsetenester av høg og lik kvalitet til våre pasientar og deira pårørande.



Figur 2.15 Organisasjonskart for klinikk for kvinner barn og ungdom

2.10.6.1 Fagutvikling

Fagområda har over tid satsa på felles fagutvikling, standardisering og pasientforløp. Det er fokus på fortsatt dreining mot dag og poliklinikk, samhandling og regionalt samarbeid, til dømes gjennom fleire regionale pasientforløp og fleire regionale fagleiarnettverk. Ei stor utfordring for klinikken er rekruttering av nøkkelpersonell, særleg i dei minste fagmiljøa. Andre utfordringar utover det reint faglege og pasientnære tilbodet, er sjukefråver, lite hensiktsmessig bygningsmasse og gammalt utstyr/MTU.

2.10.6.2 Pasientbehandling

Avdeling for barnemedisin og habilitering (ABH) har fagområda barnemedisin (pediatri) og habilitering for barn og unge (HABU). Pediatriisk tilbod inneheld poliklinikk på alle fire sjukehusa, dagbehandling på tre av sjukehusa og døgnopphald etter barnesentermodell ved Kristiansund

sjukehus og Ålesund sjukehus. Likevel ligg det framleis barn på sengepostar som ikkje er tilrettelagde for barn på sjukehus ved alle fire sjukehusa, mest i nordfylket. Dei siste åra har ein styrka kompetansen innan ungdomsmedisin og tilrettelagt for ungdommane sine særlege behov. Overgangane mellom barne-, ungdoms- og vaksenmedisin er krevjande og det vert jobba med å stadig forbetre desse. Fagmiljøet i Ålesund har høg kompetanse på enkelte fagområde, som til dømes kardiologi og reumatologi, og i praksis dermed nokre føretaksfunksjonar. Fagområdet er elles grundig vurdert av pediatrigruppa som leverte sin rapport om «Pediatritilbodet i Helse Møre og Romsdal HF» innan fristen den 01.10.17 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

Nyfødt intensiv-seksjon i Ålesund har føretaks funksjon for alle sjuke nyfødde i fylket og for alle premature fødselar frå svangerskapsveke 26+0 til - 35+0, medan fødselar før veke 26 sendast til St. Olavs Hospital HF etter avtale med Helse Midt-Norge RHF.

Habilitering for barn og unge yter tverrfaglege spesialisthelsetenester til pasientar med samansette, komplekse og langvarige vanskar. Dette er ein tverrgående seksjon i Kristiansund og Ålesund, som er organisert i team og har mykje ambulant verksemd. Det er likevel betydeleg færre pasientar enn nasjonale behovsanslag viser. Seksjonen har utfordringar med liten legeressurs i Kristiansund og store utfordringar knytte til bygg, særleg i Ålesund.

Innan fødselshjelp og kvinnesjukdommar (gynekologi), er tilbodet sett saman av poliklinikk, dagkirurgi/-behandling og døgnopphald på alle fire sjukehusa, og byggjer i stor grad på nasjonale krav og retningslinjer som til dømes *Eit trygt fødetilbod*. Det er fokus på god kvalitet og standardiserte pasientforløp, i tillegg til å sikre robuste fagmiljø og kompetanseutvikling. Innan gynekologisk operativ verksemd går trenden mot stadig meir kikkholkskirurgi og dagkirurgi, og i framtida bør ein kunne tilby robotkirurgi ved eitt av sjukehusa i føretaket. Fødeinstitusjonane i Noreg er inndelt i tre nivå ut frå risikoen til dei fødande, og desse er kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestove. I dag har Helse Møre og Romsdal HF ein kvinneklinikk i Ålesund og tre fødeavdelingar i Kristiansund, Molde og Volda, og nivået med kvinneklinikk heng saman med samla tilgjengeleg kompetanse på sjukehuset og nyfødt intensiv. Fødande med høg risiko vert difor selektert til fødsel ved Ålesund sjukehus. Dersom infrastrukturen i framtida gir ferjefritt samband i fylket, ligg det til rette for at døgntilbodet i fødselshjelp og kvinnesjukdommar kan samlast på to sjukehus.

Avdeling for psykisk helsevern for barn og unge (APHBU) leverer tenester innan psykisk helsevern med fokus på heilskap til alle < 18 år og familiane deira. Tilbodet er sett saman av fire BUP-poliklinikkar, som ligg nær dei fire sjukehusa, og ein tverrgående døgnseksjon, med ei elektiv familieeining i Molde og ei akutteining (UPS) i Ålesund. Fagområdet er prega av tverrfagleg og heilskapleg tilnærming og dei ulike faggruppene, har familien og systemperspektivet sentralt i pasientbehandlninga. Størsteparten av tenestene vert gitt ved poliklinikkane, og det er fokus på å gi eit hjelpetilbod på lågast mogleg nivå, m.a. gjennom ambulante team. I framtida skal ein framleis tilby tverrfagleg generalist-tilnærming, i tillegg til å utvikle spesialiserte tilbod til pasientane med dei mest alvorlege og til dels lågfrekvente sjukdommane, t.d. psykoseteam, noko som vil bety ei funksjonsdeling mellom seksjonane. Tilbodet i døgnseksjonen må vere meir samanhengande, slik at pasientane kan nyte godt av både kompetansen på akutte problemstillingar og den familiebaserte tilnærminga. Overgangane til vaksenpsykiatrien er ofte krevjande, og ein vil utvikle samarbeidet med Klinikk for psykisk helse og rus for å forbetre dette. Fysisk nærleik mellom det akutte døgntilbodet i

avdelinga og Klinik for psykisk helse og rus sitt døgntilbod, ville vere gunstig for begge fagmiljøa si faglege utvikling og det samla ressursbehovet.

2.10.6.3 Satsingsområde

- Utvikle og forbetre det pediatriiske tilbodet
- Sikre heilskapleg, likeverdig og god løysing for drifta i SNR Hjelset og DMS Kristiansund
- Sikre ein varig og robust nyfødt intensiv i Helse Møre og Romsdal HF, som behandlar nyfødde frå svangerskapsveke 26+0 i Møre og Romsdal.
- Sikre nok legeressursar
- Betre tilrettelagt bygningsmasse
- Regionalt senter for intensiv habilitering av barn og ungdom med multifunksjonshemming
- Sikre ein varig og robust kvinneklinikk (høgaste fødeinstitusjonsnivå) i Helse Møre og Romsdal HF
- Fysisk slå saman føde- og barselsavdelingane i Kristiansund og Molde, seinast i 2019.
- Delta i utgreiing og etablering av robotkirurgi
- Utvikle kompetanse og kapasitet ved sengeposten i psykisk helsevern for barn og unge.
- Fysisk slå saman familieeininga og akutteininga, for å sikre eit meir samanhengande tilbod for dei mest alvorleg sjuke pasientane og familiane.
- Sikre rekruttering og stabilisering av diagnoseansvarleg personale (legar og psykologar) i psykisk helsevern for barn og unge.

2.11 Samhandling med kommunar og fastlegar

Føremålet med samhandlingsreforma som vart sett i verk i 2012, var å medverke til at pasientar og brukarar får meir koordinerte helsetenester, førebyggje sjukdom, og at ein større del av helsetenestene skal vere leverte i kommunane der pasientane lever og bur. Meir samansette behov fører til at sjukehus og kommunehelsetenesta må betre samarbeidet om trygge pasientforløp og samanhengande tenestetilbod.

Nasjonale meldingar peikar på at dei kommunale tenestene i åra framover, vert stadig meir viktig for å møte dei samla utfordringane, og befolkninga sine behov for helsetenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

«En forutsetning for bærekraft i spesialisthelsettenesten er også at primærhelsettenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

2.11.1 Samhandlingsavtale, samhandlingsstruktur og samhandlingsstrategi

For å realisere samhandlingsreforma sine intensjonar, har samhandlingsarbeidet vore støtta av eit sett tiltak av både strukturell og normativ karakter. I lokale prosessar har Helse Møre og Romsdal HF og kommunane i fylket forhandla fram og konkretisert samhandlinga i lovpålagde samarbeidsavtalar.

Avtalen har til føremål å tydeleggjere oppgåve- og ansvarsdelinga mellom kommunane og helseføretaket på ein slik måte at pasientar og brukarar får heilskaplege helse- og omsorgstenester. Samhandlingsavtalen har elleve obligatoriske og to frivillige avtaleområde, i alt 13 delavtalar (Helse Møre og Romsdal HF, 2015).

Samhandlingsstrukturen har si forankring i delavtale 12, som omfattar fora som dialogmøte, samhandlingskonferanse, overordna samhandlingsutval Møre og Romsdal, fire lokale samhandlingsutval knytt til kvart lokalsjukehusområde og kliniske samhandlingsutval. Dei kliniske samhandlingsutvala er knytt opp til fagområda barn og unge og svangerskap, fødsel og barselsomsorg. I tillegg er det eit ikt-utval, eit akuttutval og digitalt fagråd Møre og Romsdal. Føremålet for samhandlingsstrukturen er å understøtte og sikre gjennomføring av samhandlingsavtalen.

Med mange fora som har ulik rolle, funksjon og i høve til at avgjerdsmynde ligg til den enkelte organisatoriske eininga, erfarer helseføretaket at det ligg eit utviklingspotensiale til strukturen. Det er behov for å utvikle strukturen vidare, slik at den er føremålstenleg og bidrar til å understøtte utviklinga av helsetenestene på tvers av nivåa.

Med utgangspunkt i Samhandlingsavtalen, og sentrale og regionale føringar, er det utforma ein samhandlingsstrategi for perioden 2016 -2018⁵⁶. Partssamansette faglege arbeidsgrupper har utforma handlingsplanar for å forbetre heilskapen i helsetenestene på tvers av tenestenivå innanfor desse områda: Helsetenester til barn og unge, rus og psykisk helse, pasientforløp for den eldre multisjuka pasient, palliativ plan, samarbeid om krise- og katastrofeberedskap og utvikling av den akuttmedisinske kjeda. Det er utforma handlingsplan for å medverke til auka bruk av «individuell plan» som samhandlingsverktøy. Det er òg laga plan for utvikling og implementering av felles elektroniske verktøy som understøttar kommunikasjonen og informasjonsflyten i pasientforløpet på tvers av tenestenivåa.

Status

Handlingsplanane har ført til betre kvalitet på samhandlinga på dei omtalte områda gjennom konkrete tiltak og strategiar. Framdrifta i iverksetjing av handlingsplanane er ulik. Plan og strategiar for vidareutvikling av omtalte samhandlingsområde vert vidareført via dei føringane som no vert lagt i Utviklingsplanen, for perioden 2018 – 2021.

Utfordringar

Kommunane og helseføretaket er likeverdige samarbeidspartnarar som i fellesskap skal utvikle heilskapelege pasientforløp. Dette utfordrast av at partane er organiserte i to ulike forvaltningsnivå. Samhandlingsavtalen og politiske signal gir føringar for ei tettare integrering av nivåa i åra som kjem. Sjølv om der er døme på det motsette, har mykje av samhandlingsaktiviteten fram til no vore prosjektbasert, gjerne forbigåande, og ikkje som ein integrert del av drifta.

Det er ei erfaring at det er kapasiteten og kvaliteten på tenestene i kommunane som er avgjerande for etterspurnaden etter spesialisthelsetenester, meir enn innhaldet i den gjeldande Samhandlingsavtalen. Den føreståande evalueringsprosessen av Samhandlingsavtalen, kan vere eit høve til at partane undersøker korleis avtalen i større grad kan byggje opp under den faglege samhandlinga, ved å tydeleggjere kva oppgåvedeling faktisk kan innebære innanfor ulike fagområde. Det vil elles vere viktig å at helseføretaket og kommunane i lag identifiserar kva for samarbeidstiltak som må til, for å utvikle meir heilskapelege og like helsetenester i fylket.

⁵⁶ Samhandlingsstrategi og handlingsplanar mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane er tilgjengelege på nettsida til Helse Møre og Romsdal HF; <https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling#samhandlingsstrategi-møre-og-romsdal-2016-2018> lasta ned 15.10.17.

Tre konkrete døme knytte til oppgåver som vert ulikt handterte i kommunane

- 1) Intravenøs væskebehandling.** Ny forskning viser til at eit enkelt undervisningsopplegg i intravenøs væskebehandling ved enkelte sjukeheimar i Oslo, førte til ein vesentleg reduksjon av innleggingar i sjukehus. Ein kunne vise til resultat som meir nøgde pasientar, fordi dei unngjekk sjukehusinnlegging, og betre bruk av ressursar (Aftenposten, 2017). Dei fleste kommunane i Møre og Romsdal har same kompetanse. Det er likevel ikkje uvanleg at pasientar vert lagde inn i sjukehus for slik behandling.
- 2) Augeblikkeleg hjelp døgntilbod (ØHD).** Det er vesentlege skilnader i utforming og drift av dette tilbodet som alle kommunane er pålagde å ha frå 1. jan. 2016. Frå at det er eit kommunevis tilbod med ei/to senger vanlegvis integrerte i sjukeheim, til at det er eit relativt avansert medisinsk interkommunalt tilbod av ulik storleik. Dette er ein skilnad i organisering og utforming som sentrale føringar opnar for. Det har vorte ein skilnad i kva grad tilbodet vert vurdert som ein integrert del i den akuttmedisinske kjeda og eit alternativ til innlegging i sjukehus, kor tilgjengeleg tilbodet er for samarbeidande partar og den samla bruk av tilbodet. Tilbodet er positivt evaluert av pasientane.
- 3) Utskrivingsklare pasientar.** Frå og med 2012 vart det ein vesentleg auke i pris for utskrivingsklare pasientar, jfr. Tabell 2.20 over utviklinga i tal på ventedøgn for utskrivingsklare pasientar. Tala varierer frå månad til månad. Periodane med mange pasientar som ventar på tilbod frå kommunane pregar drifta av sengepostane det gjeld, med overbelegg og korridorpatientar. Noko som kan føre til svekka pasienttryggleik ved sengeposten, og redusert beredskap ved dei aktuelle sjukehusa. Det er hovudsak dei tre store bykommunane som har utfordringar med å ta i mot pasientane når desse er klare for utskriving frå sjukehusa.

Tabell 2.20 Utvikling i tal på liggedøgn for utskrivingsklare pasientar (USK) pr. år

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Hittil i 2017 (sept.2017)
Sum døgn USK pasientar	12372	5763	5292	4719	5123	8428	4996
Utgjer i sjukehussenger 1 seng = 365 døgn	34 senger	16 senger	14 senger	13 senger	14 senger	23 senger	(fordelt på 273 døgn) 18 senger

2.11.1.1 Særskilt om samarbeid mellom spesialisthelsetenesta og fastlegane

God pasientbehandling er avhengig av god samhandling mellom dei samarbeidande instansane som har ansvar for å følgje opp pasienten. Samhandlinga går føre seg på ulike arenaer.

Skriftleg kommunikasjon er ein viktig arena. Mogelegheitene for elektronisk overføring av informasjon har styrka kommunikasjonen mellom dei samhandlande partane vesentleg. Tilvising frå fastlege og epikrise frå spesialisthelsetenesta er to viktige dokument i denne samanheng. I tillegg kjem e-meldingar mellom spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, med melding om innlegging i sjukehus og utskrivingsklar pasient, i tillegg til anna relevant informasjonsutveksling. Det finst i dag ikkje gode løysingar for at fastlegar kan sende inn ein elektronisk førespurnad om pasientbehandling til spesialisthelsetenesta. Dersom ein hadde ei slik løysing på plass, kunne ein fått

ei avklaring i primærhelsetenesta og unngått innleggingar av fleire pasientar, både akutt og elektivt. Det er vanskeleg å sjå føre seg at ei slik løysing er på plass innan Helseplattformen er innført, då endringar i funksjonalitet i Doculive⁵⁷ ikkje vil vere prioritert.

Særskilt om epikriser. Kommunehelsetenesta er avhengig av ei god epikrise frå opphaldet i spesialisthelsetenesta, for å kunne gi pasienten ei forsvarleg oppfølging (med mindre pasienten motset seg det). Epikrisa skal sendast til innleggande lege eller tilvisande helsepersonell. Det skal også sendast epikrise ved poliklinisk behandling eller behandling hjå spesialist. Per i dag er ikkje denne informasjonsflyten frå helseføretaket god nok.

Når det er lege ved kommunal legevakt som tilviser, så skal epikrisa sendast til kommunen sitt journalsystem for legevakta, ikkje til fastlegejournalsystemet, fordi det kan innebære samanblanding av roller. Det er naudsynt at den kommunale legevaktenesta har ei elektronisk adresse, slik at epikrisar kan sendast dit. Det er i dag berre nokre få kommunar som har ei slik elektronisk adresse.

Særskilt om ordninga med praksiskonsulent. Ein annan arena for samhandling mellom spesialisthelsetenesta og fastlegane, er gjennom praksiskonsulentane. I Helse Møre og Romsdal HF er det per i dag tilsett fire praksiskonsulentar fordelte på 80 % stilling, ein 20% stillingsressurs knytt til det enkelte sjukehus og kommunane i opptaksområdet. Finansieringa av praksiskonsulentane er eit spleiselag mellom helseføretaket og kommunane, der partane dekkjer 50% av kostnadene med ordninga. Dette er fastlegar som skal ha eit særskilt ansvar for samhandlinga mellom fastlegar og spesialisthelsetenesta (Helse Møre og Romsdal HF, 2015). Praksiskonsulentane har ansvar for å arrangere fagdagar/undervisningsmøter for fastlegane i Møre og Romsdal, der overlegar frå Helse Møre og Romsdal HF har ansvaret for undervisninga. Desse treffpunkta gir gode mogelegheiter for vert vidareført. Ordninga med praksiskonsulentar er mykje brukt, og fungerer godt som ein samhandlingsressurs på ein viktig samhandlingsarena.

Behov for å utvikle ein ny møtearena. Praksiskonsulentane representerer likevel ei avgrensa ordning med tanke på å skulle ivareta kontaktbehovet som eksisterer mellom allmennlegane i kommunane og spesialistane ved sjukehusa på systemnivå. Ein tilrår difor at det vert etablert ein ny møtearena for legane i spesialisthelsetenesta og kommuneoverlegane. Dette for å få ei auka felles forståing rundt utfordringar på begge sider, i tillegg til å ha ein arena der representantane i møtet har myndigheit til å sette i verk forbetringstiltak utan for mange mellomledd.

2.11.1.2 Satsingsområde

Samhandlinga mellom kommunane og helseføretaket er i god utvikling på mange områder. Det er viktig at samarbeidet vert enno betre, også for at det skal vere tydeleg kva for type helsetenester som vert gitt, på kva for nivå. Det vert viktig å planlegge og dimensjonere spesialisthelsetenestene på eit rett nivå, med omsyn til befolkninga sine behov for spesialiserte helsetenester. Det er behov for å utvikle Samhandlingsavtalen til å vere eit meir tydeleg samhandlingsverktøy, som synleggjer konkrete forpliktingane hjå partane.

Utviklinga innanfor samhandling har vorte styrka gjennom bruk av same elektroniske samhandlingsverktøy som e-meldingar og elektronisk informasjonsutveksling. Ein ser at til dømes palliativ plan som skal vere tatt i bruk i alle kommunar og ved sjukehusa frå 2018, kan følgje

⁵⁷ Doculive er eit elektronisk pasientjournal system.

pasienten der pasienten er. I tillegg til å skape tryggleik og føreseielegheit for pasient, pårørande og helsepersonell både i kommunane og ved sjukehusa, så viser dette eit framtidsretta verkty som vil auke mogelegheitene for god og naudsynt informasjonsflyt for å styrke kvaliteten i pasientbehandlinga. Her er det eit utviklingspotensiale, mellom anna når det gjeld å få sendt epikriser i det pasienten vert overført til kommunalt tenestenivå. På noko sikt (fire år) vert Helseplattformen innført som eit felles journalsystem. Ein forventar at Helseplattformen vil løyse ei rekkje av dei utfordringane som eksisterer i dag knytte til naudsynt informasjonsflyt, for å sikre kvaliteten på pasientbehandlinga.

Satsingsområde på tvers av nivåa:

- Samhandlingsavtalen og samhandlingsstruktur
- Epikriser må følgje pasientane til neste behandlingsnivå i rett tid
- Legevakttenesta i kommunane må få eiga elektronisk adresse
- Det er behov for å utvikle ein ny møtearena for spesialistane i sjukehus og kommuneoverlegane i kommunehelsetenesta
- Utvikle ambulant verksemd
- Vidareføre og breidde samhandlingsprosjekt med kommunane
- Pasientforløp
- Satsing på førebygging
- Samarbeid om kompetanseheving
- Utvikle organisasjonsmodellar med ny teknologi og tenesteinnovasjon

2.12 Prioriterte innsatsområde i Samhandlingsperspektivet

I det følgjande presenterast no-situasjon for prioriterte innsatsområde i Samhandlingsperspektivet. Skildringa er henta frå rapportar utarbeida av tverrgående arbeidsgrupper (vedlegg 2-6).

2.12.1 Psykisk helsevern og rusbehandling

Samhandlingsreforma (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009) legg til grunn at kommunane skal ta større ansvar for behandling og oppfølging av pasientar også innan psykisk helsevern og rus. Dei siste åra har det skjedd ei ønska utvikling med færre senger i spesialisthelsetenesta og meir behandling gjerast i kommunane. Endringa er etisk, fagleg, politisk og økonomisk grunnlagt, men følgjast av utfordringar knytte til den auka oppgåveoverføringa frå spesialisthelsetenesta til kommunane.

Kommunane skal mellom anna sørge for tilbod om døgnopphald for helse- og omsorgstenester til pasientar og brukarar med behov for augeblikkeleg hjelp. Ny rettleiar frå Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2016), viser til at denne plikta skal utvidast frå 2017 til også å gjelde pasientar med psykisk helse- og rusmiddelproblem. Dette kan gi større mogelegheit til å kome tidlegare til og om mogeleg unngå behov for innlegging i spesialisthelsetenesta. Samstundes kan føringane skape utfordringar for kommunane når det gjeld dimensjonering av tenester og økonomiske og kompetansemessige utfordringar.

Rus og psykisk helse er eit samansett og komplekst område og det er vanskeleg å finne dei enkle «standardløyningane». Tal pasientar med samansette helseutfordringar er aukande, der både rus,

psykisk lidning, somatikk og habilitering er ein del av biletet, og som samla gir betydeleg nedsett funksjonsevne.

Det er ei utfordring å sikre gode og koordinerte ambulante tenester, likeverdige tenestetilbod og individuelt tilpassa tilbod til dei som treng det. Det er behov for at spesialisthelsetenesta støttar kommunane meir i behandlingsforløpa; «*Alvorlige og langvarige problemer/lidelser*». Slik det er i dag opplever kommunar at dei får mest hjelp i behandlingsforløpa der det er «*Kortvarige alvorlige problemer/lidelser og langvarige milde problemer/lidelser*». Tilbodet skal primært byggjast opp og vere gitt nær der pasient/brukar bur, og spesialisthelsetenesta skal støtte opp om arbeidet i kommunane gjennom rettleiing og kompetanseoverføring. Spesialisthelsetenesta skal på si side spissast og gi tilbod om utgreiing og behandling av meir alvorlege tilstandar. Dersom dei ulike helsetenestene samhandlar slik at pasientane får behandling på rett nivå og til rett tid, kan det frigjere kapasitet i spesialisthelsetenesta, slik at ventetida til dei pasientane som treng eit tilbod raskt, går ned.

2.12.1.1 Satsingsområde

Arbeidsgruppa har identifisert følgjande Satsingsområde:

- Likeverdig behandling uavhengig av kommune
- Oppgaveoverføringa frå spesialisthelsetenesta til kommunane
- Pasientar med samansette psykiske- og rusrelaterte lidningar
- Helsefremmande og førebyggjande tiltak

Meir detaljert skildring kan lesast i rapporten (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 4).

2.12.2 Barn og unge

Skildringa frå arbeidsgruppa *Barn og unge* viser til at samarbeidet både mellom kommunane og helseføretaket og innad organisasjonane har forbettringspotensial, for å nå mål om heilskaplege og koordinerte tenester.

I kommunane er det utfordringar knytte til den interne samhandlinga og ansvarshøve rundt barnet, på grunn av utydelege samarbeidsstrukturar. Der er manglande kjennskap til kvarandre sine arbeidsmetodar og kva for kompetanse ein sit med. Dette utfordrar utnytting av tverrfagleg kompetanse i eiga kommune når det er behov for den. Det er utfordrande å sørgje for tverrfagleg koordinerte tilvisingar til spesialisthelsetenesta. Samhandlingsreforma har pålagt kommunane fleire oppgåver innan helse, og det er ressursknappheit og utfordringar knytt til rekruttering av fastlegar. Det visast til behov for meir og betre samhandling mellom legane og andre aktørar i kommunen.

I spesialisthelsetenesta peikar ein på behovet for koordinert oppfølging. Noko som fordrar at ein utnyttar samla kompetanse på tvers av fagområde. Det er særskilt viktig med kort avstand til hjelp for barn og unge som har komplekse helseutfordringar, og som treng oppfølging frå ulike delar av spesialisthelsetenesta. Brukarar og helsepersonell bør oppleve føreseielege samarbeidslinjer innan helseføretaket, i overgangen frå barn til ungdom og til vaksen. Auka krav til rask utgreiing og behandling samstundes med ressursknappheit, kan føre til avgrensa kapasitet til å gi naudsynt rettleiing til kommunehelsetenesta.

I høve til samhandlinga mellom helseføretaket og kommunane, visast det til behov for å få meir kjennskap til kvarandre i høve til føringar om fagleg innretning og prioriteringar og korleis tenestene er organisert.

2.12.2.1 Satsingsområde

Arbeidsgruppa har identifisert følgjande Satsingsområde:

- God kvalitet på samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta for barn og ungdom:
 - Etablering av læringsnettverk med representasjon frå kommunar frå Sunnmøre, Romsdal, Nordmøre med fokus på samarbeid/samhandling.
 - Implementering av «*Samordning av hjelpetilbud barn og unge*⁵⁸» («*Kvalitet i alle ledd*») og «*Mission Possible*⁵⁹».
- Behov for eigen samhandlingsavtale med fokus barn og unge mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal.
- Etablering av faste møtepunkt på leiarnivå mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta for barn og ungdom.

Meir detaljert skildring kan lesast i rapporten (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 2).

2.12.3 Barneblikk

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt alle helseføretak oppdrag om å etablere lågterskeltilbod for gravide og småbarnsfamiliar som omfattast av rus eller psykiske vanskar. Bakgrunnen er at ein del gravide og foreldre med skadelege rusvanar eller psykiske vanskar ikkje vert omfatta av eksisterande tilbod eller vert ikkje fanga opp tidleg nok. Barna får difor ikkje naudsynt oppfølging med risiko for å vere belasta av utfordringane til foreldra. Dette kan tyde på at tilboda til målgruppa ikkje er heilskaplege nok, eller har andre manglar. Koordinator vart tilsett april 2016 og vart organisert under avdelingssjef for Psykisk helse barn og unge.

Tilbodet skal vere lett tilgjengeleg for familiar i ein tidleg fase i problemutviklinga. Det skal ha eit tverrfagleg og heilskapleg familieperspektiv, og vert kalla «familieteam». Familieteama i Møre og Romsdal skal difor etablerast i kommunal regi, og i første omgang i sjukehusa sine vertskommunar. Det er forventa oppstart av familieteama i første halvdel av 2018.

2.12.3.1 Satsingsområde

Det er identifisert følgjande satsingsområde for Barneblikk:

⁵⁸ Prosjektet *Kvalitet i alle ledd – samordning av hjelpetilbud til barn og unge* har vore eit samarbeidsprosjekt mellom Helse Møre og Romsdal HF og kommunane Averøy, Fræna, Molde og Smøla. Målet med dette arbeidet har vore å utvikle gode samarbeidsrutinar mellom familiar, kommunar og spesialisthelsetenesta, slik at barn med samansette vanskar og behov får så god og samordna hjelp som mogleg. Det er laga pasientforløp og retningslinjer for samarbeid som kan vidare utvidast og utviklast til alle kommunane i fylket. Helse Møre og Romsdal HF. (2017): Rapport – Barn og ungdom i Møre og Romsdal. Vedlegg 02.

⁵⁹ Mission Possible er ei felles satsing for å styrke tidleg, rett og koordinert hjelp til barn i risiko, og drive førebyggjande tiltak for barn generelt. Det er nettverksbasert og har deltakarar frå kommunane på Sunnmøre, Helse Møre og Romsdal HF, Bufetat og politiet. Det blir jobba med betre samhandling - felles rutineutvikling - mellom aktørane. Helse Møre og Romsdal HF. (2017): Rapport – Barn og ungdom i Møre og Romsdal. Vedlegg 02.

- Tverrfagleg forankring
- Geografisk spreining
- Kompetanseheving
- Kommunikasjon
- Ambulant verksemd
- Brukarmedverknad
- Tidleg innsats
- Finansiering

Meir detaljert skildring kan lesast i rapporten (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 3).

2.12.4 Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus

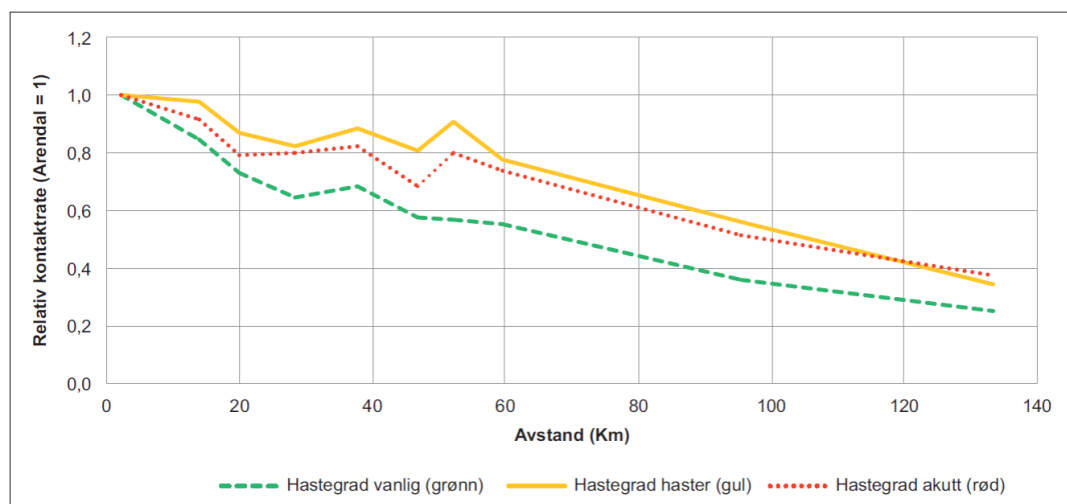
Det er eit felles ansvar mellom helseføretak og kommune å sikre ein forsvarleg prehospital beredskap og teneste. Akutforskrifta (Helse - og omsorgsdepartementet, 2015) legg strenge føringar og for å oppnå målsettingane, krevjast det betre samarbeid mellom kommunane og helseføretaket. I planlegging av framtidig behov, er det identifisert fleire usikre faktorar. Det visast til kommunesamanslåing, ny sjukehusstruktur, endringar i funksjonsfordeling og helsetilbod er uavklart. Infrastruktur er i endring med nye vegprosjekt og fjordkryssingar. Dei demografiske endringane viser ein befolkningsauke med fleire eldre- der tal eldre vert størst i kommunar med lengst reiseveg. Befolkninga generelt vil stille større krav til tilgjengelegheit, kvalitet og innhald i helsetenesta, og dette kravet saman med endringar som skildra, vil auke presset på den akuttmedisinske kjeda.

2.12.4.1 Legevakt og ØHD⁶⁰ organisering

Det er gjennomført ei kartlegging av legevaktene i Møre og Romsdal, som viser at legevaktsamarbeidet aukar og at det utviklast stadig større legevakter. Dei største legevaktene er plassert bynære.

Legevaktene er i dag integrerte i resten av tilbodet for augeblikkeleg hjelp i kommunane, og samarbeider med naudetatane og spesialisthelsetenesta direkte og gjennom AMK. Det er derimot store skilnader innan legevaktene og korleis dei i dag prioriterer dei sjukaste pasientane. Rekruttering til legevakt og mangel på kvalifisert helsepersonell er ei utfordring med tanke på god helsehjelp for innbyggjarane, særskilt i distrikta. Kvalitetskrav fører til sentralisering av legevaktene, og mange innbyggjarar har lang reiseveg til legevakt. Den lokale oversikta viser at dette allereie er situasjonen fleire stader i Møre og Romsdal, og fleire samarbeid er under utvikling. Dei største legevaktene er rundt byane. Kontakt med legevakt minkar i tråd med avstanden jamfør modell under. ØHD-samarbeidet vert i aukande grad lagt til legevaktene. Framleis har ikkje alle kommunar starta opp sine ØHD-tilbod.

⁶⁰ ØHD står for Augeblikkeleg hjelp døgnopphald og er eit alternativ til sjukehusinnlegging. Helsedirektoratet. (2016): Kommunenes plikt til øyeverekkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmateriell. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Puverekasjoner/Attachments/133/Kommunen-es-plikt-til-oyeverekkelig-hjelp-dognopphold-veiledningsmateriell.pdf>



Figur 10.2 Forholdet mellom legevaktkontakter og avstand til legevakten, fordelt på hastegrad akutt (rød), haster (gul) og vanlig (grønn).

Kilde: (Raknes og Hunskaar, 2013)

Figur 2.16 Forholdet mellom legevaktkontakter og avstand til legevakt fordelt på hastegrad (jfr. Raknes og Hunskaar)

2.12.4.2 Satsingsområde

Arbeidsgruppa har identifisert følgjande forbetningsområder (Helse Møre og Romsdal HF, 2017)(vedlegg 5):

- Forpliktande samarbeid mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal HF konkretisert i samhandlingsavtalen
- Etablere samarbeidsorgan, vurdere opp mot dei fire store legevaktene
- Vurdere samlokalisering av legevakt, ØHD/KAD og ambulansestasjoner
- Kompenserande tiltak for å sikre lokal beredskap⁶¹
- Differensiere transporttilbodet for hensiktsmessig ressursutnytting
- Langsiktige avtalar med beredskapsferjer og lokalisering av ambulansebåtar
- Felles kommunikasjonsverktøy

2.12.5 Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient

Ei partssamansett arbeidsgruppe og styringsgruppe har utforma «*Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient*». Føremålet er at den multisjuka eldre pasienten skal få kvalitativt gode og likeverdige tenester i Møre og Romsdal, med fokus på pasienten sine helsebehov. Pasienten skal få eit betre liv gjennom meistring og tryggleik i helsetenestene i tråd med nasjonale retningslinjer og føringar, og med basis i Samhandlingsavtalen mellom kommunane og Helse Møre og Romsdal.

Følgjande definisjon ligg til grunn i arbeidet:

⁶¹ Kompenserande tiltak kan vere lokalisering av ambulansestasjon der dette er naudsynt for å sikre beredskapen. Andre tiltak kan vere enkle diagnostiske einingar knytt opp mot ambulansestasjon eller sjukeheim. Community paramedic kan vere personell som drifrar slike einingar. Akutthjelpers (first responder) ordninga må vidareførast og utviklast. Helse Møre og Romsdal HF. (2017): Rapport styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus. vedlegg 5.

Den eldre multisjuka pasient har fleire kronisk somatiske og/eller psykiske sjukdomar. Desse kan påverke kvarandre og det generelle funksjonsnivå og føre til auka risiko for komplikasjonar som t.d. polyfarmasi, delir, fall, immobilisering, underernæring og auka hospitalisering. Kontakt med helsetenesta for desse pasientane skjer gjerne ved akutt sjukdom/funksjonstap. Multisjuka pasientar har behov for tverrfagleg og funksjonsretta tilnærming.

Iverksetjing av forløpet er starta ved at det vart gjennomført fire oppstartssamlingar for forløpet våren 2017 med stor deltaking frå kommunar og helseføretak. Det er i ferd med å vert etablert forbedringsteam i alle kommunar og ved alle sjukehusa som skal følgje eit læringsnettverk som KS⁶² gjennomfører for *Gode pasientforløp for eldre og kronisk sjuke*. KS har sitt oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med Folkehelseinstituttet, og er forankra i Primærhelsemeldinga (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) og Norsk helse- og sykehusplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I tillegg til læringsnettverket, skal ein bruke etablerte møtearenaer for fagfolk for å formidle kunnskap om arbeidsmetodar og verkty som følgjer forløpet. Arbeidsmetodar og verkty er i all hovudsak henta frå det nasjonale pasienttryggleiksprogrammet «/trygge hender». Fokuset skal endrast frå «kva er i vegen med deg» til «kva er viktig for deg» Iverksetjing av forløpet vert støtta og følgt av ei partssamansett ressursgruppe som minimum har eit treårsperspektiv (2017-2019) på arbeidet med å iverksette forløpet med verkty og metodar.

2.12.5.1 Satsingsområde

Det er identifisert følgjande Satsingsområde for pasientforløpet for den eldre multisjuka (Helse Møre og Romsdal HF, 2017)(vedlegg 6).

- Utforme systematikk og struktur i oppfølginga av pasientane i målgruppa
- Sikre overgangane mellom tenestenivåa
- Endring av fokus, frå «kva er i vegen med deg», til «kva er viktig for deg»

2.12.6 Nok helsepersonell med rett kompetanse (FIUK)

Meir detaljert skildring kan lesast under kapittel 2.5, og 2.6. FIUK-planen vert vedlagt (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

⁶² Kommunenes sentralforbund

3 Overordna strategiar og føringar

3.1 Nasjonal helse- og sjukehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016), viser til at Regjeringa vil skape ei helseteneste for pasienten. Dei viktigaste måla i planen er å

- *Styrke pasienten*
- *Prioritere tilbodet innan psykisk helse og rusbehandling*
- *Fornye, forenkle og forbetre helsetenesta*
- *Nok helsepersonell med riktig kompetanse*
- *Betre kvalitet og pasienttryggleik*
- *Betre oppgåvedeling og samarbeid mellom sjukehus*
- *Styrke akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus*

Frå planen heiter det vidare at å skape ei helseteneste for pasienten, tyder at helsetenestene i dag må endre kultur, haldningar, organisering og leiing. Pasientane skal mobiliserast til å vere med som endringsagentar for eiga helse, noko som vil forbetre helsetenestene både for pasientane sjølve og for medarbeidarane i helsetenesta. Ein held fram kor viktig det er å møte pasienten med respekt, og sørgje for heilskap i tenestene, god kvalitet og god informasjon. Ekspertgruppa for brukarar, pasientar og pårørande understrekar også viktigheita av at ei helseteneste for pasienten nettopp er til for pasienten. Samverke mellom pasienten sin kunnskap, både om eiga helse og systemet rundt, og fagkompetansen hos medarbeidarane i helsetenesta vil gjere tilboda betre.

3.2 Strategi 2030

Helse Midt-Norge RHF understrekar utfordringane spesialisthelsetenesta står overfor i det komande. Endingane i befolknings- og busetjingsmønster, fagleg og teknologisk utvikling og forventningane til tenestene er element i eit felles utfordringsbilete. Måten ein driv på i dag, er ikkje berekraftig tida som kjem. Det er vidare halde fram at spesialisthelsetenesta ikkje kan løyse utfordringane åleine, men at det krev eit samarbeid med kommunane og utdanningsinstitusjonane.

Strategi 2030 (Helse Midt-Norge RHF, 2016) tar omsyn til dei nemnde utfordringane i eit heilskapleg perspektiv. Strategien fokuserer på drivkreftene for utvikling mot 2030, sett i samfunns-, pasient-, arbeidskraft-, kunnskaps- og teknologiperspektivet, og ein legg til grunn å skape framifrå helsetenester som inneber at tenestene er likeverdige, heilskaplege og ansvarlege. Vidare er det utforma fire strategiske mål for perioden:

1. *Vi skaper ei helseteneste for pasienten*
 - *Befolkninga sine behov er styrande for korleis vi utviklar oss. Pasientar og pårørande tek aktivt del i avgjersler om eiga behandling og utvikling av helsetenesta*
2. *Vi rekrutterer, utviklar og held på kompetent personell*
 - *Tilsette si kompetanse er pasientane sin tryggleik for betre kvalitet. Rett kompetanse møter pasientane i heile forløpet. Vi tar vår del av ansvaret for utdanning*
3. *Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for ei betre helse*

- *Tilsette og organisasjonen utviklar og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Kort veg frå kunnskap til forbetra praksis*
4. *Vi er gode lagspelarar*
- *Vi tenkjer heilskap og samhandling. Laget er sett saman av alle aktørar som bidreg i helsetenesta. Vi spelar kvarandre gode og utnyttar kvarandre sine føretrinn*

3.3 Styringskrav og rammer

Gjennom styringskrav og rammer frå Helse Midt-Norge RHF, får Helse Møre og Romsdal HF ein mest mogeleg heilskapleg styringsbodskap. Krava er gitt til regionalt helseføretak gjennom oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet. Regionalt helseføretak har ansvar for befolkninga sin tilgang til spesialisthelsetenester slik dette er fastsett i lover for føreskrifter, og Helse Møre og Romsdal HF skal tilby tenester til befolkninga innan sitt ansvarsområde som ein del av regionen sitt overordna ansvar.

Jfr. styringsdokumentet for 2017, skal Helse Møre og Romsdal innrette verksemda med sikte på å nå følgjande overordna mål (Helse Møre og Romsdal HF, 2017):

1. *Redusere unøddig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen*
2. *Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*
3. *Bedre kvalitet og pasientsikkerhet*
4. *Økonomisk bærekraft*

I det vidare held ein fram Regjeringa si målsetting om å skape ei helseteneste for pasienten, der ein viser til at pasientane skal oppleve respekt og openheit, kunne få medverke i avgjersler som vedgår den enkelte og korleis eiga behandling skal gjennomførast- «ingenting om meg utan meg». Gode og samanhengande helsetenester mellom nivå og god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient er også viktige byggesteinar for å realisere ei helseteneste for pasienten.

I styringsdokumentet for 2017 viser ein eksplisitt til eit knippe strategiar og planar vedtatt i 2016, som er med som rammer for arbeidet med utviklingsplanen (i tillegg til nasjonale føringar og faglege retningslinjer):

- *Strategi 2030 – Fremragende helseteneste*
- *Regional plan for psykisk helsevern (2016 – 2020)*
- *Regional plan for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (2016 -2020)*
- *Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Midt-Norge*

Dette er ikkje ei uttømande liste, men viser til forventna satsingsområde i føretaka i regionen.

3.4 Andre planar

3.4.1 Regional kreftplan Helse Midt-Norge 2011-2020

Pasientgruppa med kreft utgjør ein stor del av pasientane i regionen, fleire får kreft og fleire lever lenger med kreft. Aukande insidens og prevalens, kombinert med høge forventningar til diagnostikk, behandling og oppfølging stiller også krav til kvar enkelt pasient, dei pårørande og samfunnet (Helse

Midt-Norge RHF, 2010) generelt. God kreftomsorg krev innsats frå alle tenestenivå, og samhandling mellom primærhelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Den regionale kreftplanen byggjer på nasjonale retningslinjer for utgreiing, behandling og oppfølging frå Helsedirektoratet. Overordna målsetting er å gi kunnskapsbasert kreftbehandling, organisert på ein slik måte at pasienten sine mogelegheiter for å vere frisk, få forlenga liv og få god smertelindring, ligg på eit høgt nasjonalt og internasjonalt nivå. Planen føreset at den kurative kreftbehandlinga handterast ved få sjukehus med god breidde og høg grad av spesialisering, medan palliasjon skal leverast nærast mogeleg pasienten sin heim. Pasientforløpsarbeid er ein sentral strategi i regionalt og lokalt arbeid med forbetring av kreftomsorga.

Behandlingsopplegg innan kreftdiagnostikk og kreftbehandling vert meir og meir nasjonalt/regionalt tilrettelagt. I idéfasen for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal, vart det stilt fram forslag til organisering av krefttilbodet i Helse Møre og Romsdal HF, med utgangspunkt i Regional kreftplan. Vedtaka gjorde på basis av dette, stadfestar Ålesund som det mest differensierte tilbodet innan kreftbehandling for Møre og Romsdal.

I idéfasen viste ein til at avhengigheita mellom akutfunksjon og gastrokirurgi ikkje gav rom for evaluering av alternativ på dåverande tidspunkt. Utan tilbod om kirurgisk behandling av tarmkreft, vert underlaget for å oppretthalde gastrokirurgi for lite. Hovudansvaret for brystkreft både innan diagnostikk og kirurgi, vart lagt til Ålesund, i samsvar med kreftplanen. Vidare vart det, etter føringane, vedtak om å samle patologien ein stad; i Ålesund. Cellegiftbehandling får ein i alle sjukehus, og det skal vere palliative senger i SNR.

3.4.2 Revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016

Styret i Helse Midt-Noreg RHF vedtok revidert Nasjonal Traumeplan i juni 2017, som siste regionale helseføretak i Noreg, styresak 2017/53 (Helse Midt-Norge RHF, 2017). Planen skal vere retningsgivande for den vidare utviklinga og organiseringa av behandling av alvorleg skadde pasientar i regionen. Planen representerer konsensus i eit samla fagmiljø, og er basert på beste tilgjengelege evidens og metodologi for utarbeiding av dei nasjonale faglege retningslinjene. Dei økonomiske konsekvensane er sagt å vere avgrensa. Slik planen er skriven, har ein prøvd å unngå behov for ei regional tilpassing, då ein i arbeidet har hatt ei nasjonal innføring for auget, og tatt høgde for å redusere variasjon mellom regionane. Det vil likevel vere behov for å tilpasse nokre konkrete løysingar lokalt, til dømes innan tilbod om rehabilitering. Det er under planlegging eit lokalt/regionalt arbeid for å tydeleggjere og eventuelt justere operasjonaliseringa av nasjonal traumeplan i vår region.

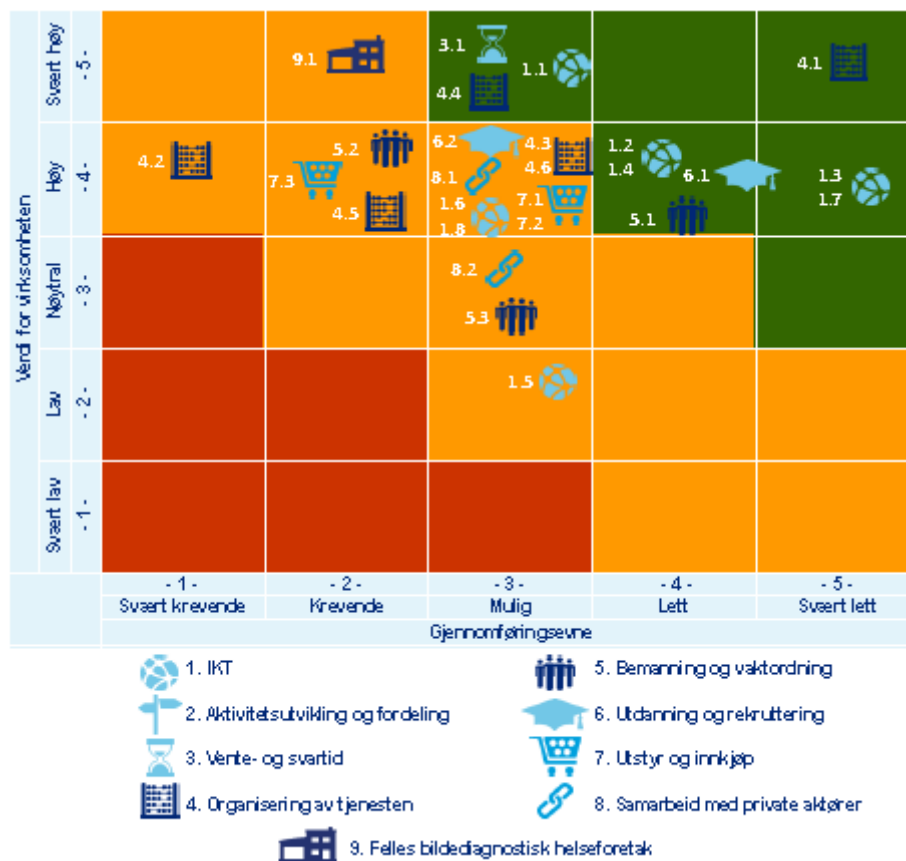
Planen medfører ikkje endringar i den noverande sjukehusstrukturen for regionen. St. Olavs Hospital HF skal framleis vere traumesenter, Ålesund sjukehus er akuttsjukehus med traumefunksjon med meir omfattande behandlingsansvar, og sjukehusa i Molde, Namsos og Levanger er akuttsjukehus med traumefunksjon. Alle sjukehusa skal kunne ta i mot traumepasientar i gitte høve.

3.4.3 Regional plan for biletdiagnostikk

Bruken av biletdiagnostikk er stadig aukande, og teknologiutviklinga gjer at ein får forbetra metodar og tilgang til nye metodar. Regional plan for biletdiagnostikk har som hovudmålsetting å sikre riktig

bruk og likeverdig tilgjenge til biletdiagnostikk, med god ressursutnytting i samhandling mellom det offentlege og private.

Den regionale planen viser til utvikling av tiltak som skal stykke fagmiljøa i regionen, og bidra til betre samarbeid og koordinering av dei biletdiagnostiske tenestene, i tillegg til å bidra til betre og meir effektiv ressursutnytting i regionen. Desse er framstilte som ei verdi- og sannsynlegheitsvurdering i figuren under.



Figur 3.1 Verdi- og sannsynlegheitsvurdering av identifiserte tiltak i regional plan for biletdiagnostikk (Helse Midt-Norge, 2015)

I planen tilrår ein å gjennomføre tiltaka som er vurderte som særst lette å gjennomføre, og som har høg eller særst høg verdi.

3.4.4 Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022

Auka velstand, høgare levealder og digitalisering av samfunnet er med på å endre norsk helsevesen. Livskvalitet er ikkje berre knytt til god helse eller til graden av plager og sjukdom, det handlar like mykje om mogelegheita til å forstå, vurdere og meistre eigen situasjon. Digitaliseringa gir oss store mogelegheiter til dette, men også utfordringar for både individ og samfunn. Digitale tenester skal utformast i samspel mellom pasient og helseteneste, slik at pasienten tek aktivt del i avgjersler om eiga helse (Direktoratet for e-helse, 2016).

Dei strategiske områda i Nasjonal e-helsestrategi, byggjer på ambisjonen for e-helseutviklinga frå Stortingsmeldinga «Én innbygger- én journal». Strategien skildrar strategiske satsingsområde for dei

komande åra, med eit grunnleggande prinsipp om at det som kan løysast nasjonal, skal løysast nasjonalt. Målbiletet som er tilrådd for «Én innbygger- én journal» er at ein skal ha ei felles, nasjonal løysing for elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrativt system (PAS).

Satsingsområda for e-helsestrategien er:

- *Digitalisering av arbeidsprosessar*
- *Betre bruk av helsedata*
- *Felles grunnmur for digitale tenester*
- *Betre samanheng i pasientforløp*
- *Helsehjelp på nye måtar*
- *Nasjonal styring av e-helse og auka gjennomføringsevne*

3.4.5 Overordna strategiar og føringar – Forsking, Innovasjon, Utdanning og Kompetanse (FIUK)

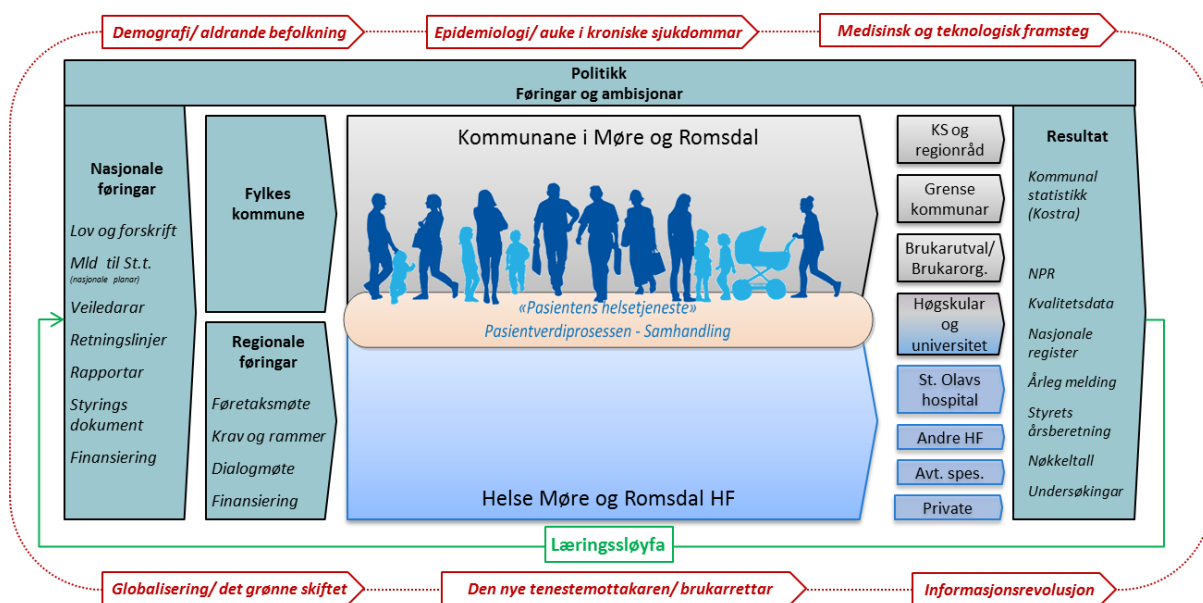
- *Strategi for forskning i Helse Midt-Norge (2016-2020)*
- *Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge (2016-2020)*
- *Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge (2015-2020)*
- *HelseOmsorg21*

3.5 Helse Møre og Romsdal sin veg mot «Pasientens helseteneste»

Visjonen for helsetenestene i Helse Møre og Romsdal HF er uttrykt i Helse Midt-Norge RFH sin overordna strategi (2008-2020) ; « *På lag med deg for helse di* » og verdiane; *Kvalitet, Tryggleik og Respekt*. For å operasjonalisere dette i helseføretaket er *Pasientverdiprosessen* løfta fram som det viktigaste satsingsområdet i føretaket. Fokus på å skape verdi i kvart ledd for pasienten, handlar om å sjå heilskapen og vere medviten om at jobben ein gjer er ein del av ei rekkje hendingar pasienten må stille seg til, frå første kontakt med helseføretaket, til han eller ho har fått naudsynt helsehjelp/ oppfølging. I tillegg må ein også evne å sjå spesialisthelsetenesta som del av ei lengre pasientrelatert kjede, som også inkluderer primærhelseteneste og andre institusjonar/samarbeidspartar.

Helse Møre og Romsdal HF har i tillegg til arbeidet med utviklingsplanen styrevedtak på at det skal utviklast eit styringssystem for føretaket, i tråd med ny føreskrift om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, og tilrådingane i den internasjonale kvalitetsstandarden NS-EN ISO 9001 (Helse Møre og Romsdal HF, 2016). Utviklingsplanen og utviklinga av styringssystemet må sjåast i samanheng. Helse Møre og Romsdal HF har ambisjonar om at dette skal vere kontinuerlege prosessar i føretaket som gjer oss i stand til å møte framtidige endringar av ulik art, og som opplevast som viktige og motiverande verkty for å styrke pasientverdiprosessen.

Kontekstmodellen til Helse Møre og Romsdal i systemperspektivet for å levere «*pasientens helsetjeneste*» er skissert i Figur 3.2 Kontekstmodell for Helse Møre og Romsdal HF for å levere «*Pasientens helsetjeneste*» Figur 3.2. Helse Møre og Romsdal HF har mange interesseflater og må handtere mange felt og fagområde. Kompleksiteten er stor i eit område med rivande utvikling på fleire frontar. Utviklingsplanen er eit viktig dokument i så måte, for å stake ut retning, hjelpe oss å prioritere og kommunisere med omverda. Det er *pasientverdiprosessen* som skal vere den overordna prosessen for å levere «*pasientens helsetjeneste*».



Figur 3.2 Kontekstmodell for Helse Møre og Romsdal HF for å levere "Pasientens helsetjeneste"

4 Utviklingstrekk

Generelt står vi overfor store samfunnsendringar i åra som kjem, både når det gjeld demografi, busetjingsmønster, sjukdomsutvikling og teknologiske og medisinske mogelegheiter. Forventningane er store til dei helsetenestene som skal ytast. Nok kompetanse og ressursar til å dekke behova i framtida er ei utfordring som krev at vi organiserer tenestene og arbeidet annleis enn i dag, og at vi evnar å utnytte mogelegheitene kunnskap og teknologi gir.

Eit scenario som vil vere sær sannsynleg i framtida er at ressursane i større grad rettast mot medikament og teknologi, og i mindre grad mot bemanning. Dette er også ei samfunnsmessig naudsynt utvikling, då forholdet mellom talet på yrkesaktive og pensjonistar er i betydeleg endring. Der det i 1960 var seks yrkesaktive for kvar pensjonist, var tilsvarande tal i 2013 tre, og i 2060 vil det, jfr. Statistisk Sentralbyrå, vere ein og ein halv yrkesaktiv person pr. pensjonist.

Kompetansebehovet for framtida er komplekst og skriv seg frå ei rekkje utviklingsfaktorar innan medisin- og helsefag, teknologi, sjukdommar, demografi, endra pasientrolle, organisering og leiging av helsetenestene, profesjonsinteresser og økonomi. Samarbeid med utdanningsinstitusjonane er viktig for å sikre rett nivå og innhald på kompetansen framover. Rekruttering og klare å halde på tilsette er viktig i åra som kjem.

Teknologisk og medisinsk utvikling har det ein kan oppfatte som ein eksponentiell⁶³ vekst. Dette gir mange nye mogelegheiter, men er også kostnadsdrivande. Det er såleis viktig å nytte forskingsresultat og nye løysingar kunnskapsbasert for å sikre kvalitativt gode tenester i framtida, både med tanke på utføring og økonomi. Den generelle teknologiutviklinga vil også kunne påverke helsetenestene i form av at stadig fleire sit på eigen helseinformasjon, og ønskjer ei stadfesting på at ein er frisk og dermed oppsøker helsetenesta.

Spesialisthelsetenesta vil truleg få meir spesialiserte funksjonar og oppgåver. Den teknologiske utviklinga vil framleis føre til mindre invasive inngrep, kortare liggetid og auka behov for kompetanse. I løpet av det komande tiåret vil dagbehandling eller korttidsopphald ved sjukehus kanskje vere den dominerande behandlingsforma i spesialisthelsetenesta. Oppfølging og informasjon vil i større grad vere utført av kommunehelsetenesta. Berre dei sjukaste vil opphalde seg i sjukehusa på døgnbasis. Her vil utviklinga vere ulik for dei einskilde sjukdomsgruppene. Det vil vere større vekt på teamarbeid i behandling, og sannsynlegvis vil det finne stad ei "jobbgliding" mellom profesjonar og nivå for å løyse faglege utfordringar.

Delen av menneske med kroniske sjukdommar vert stadig meir dominerande, og ikkje-smittsame sjukdommar⁶⁴ er ei utfordring for den globale folkehelsa. Ein ser også store utfordringar knytte til infeksjonssjukdommar og resistensutvikling mot antibiotika.

Auka tal på eldre og auka levealder, gir større behov for helsetenester. I samfunnsperspektivet i Strategi 2030, har ein sett lys på at 1% av befolkninga nyttar 20% av spesialisthelsetenestene (Helse Midt-Norge RHF, 2016). Dette er også eit signal om at ein må gjere noko kring å forbetre innsatsen og oppfølginga av desse.

⁶³ Eksponentiell vekst er når ein størrelse aukar med fast prosent over like store tidsrom. Wikipedia. (2017): Eksponentiell vekst. https://no.wikipedia.org/wiki/Eksponentiell_vekst lasta ned 12.10.17.

⁶⁴ Kreft, hjarte-/karsjukdommar, KOLS og diabetes type 2

Fokuset på førebygging må styrkast, då det er venta at veksten i livsstilssjukdommar vil auke. Dette er eit område der spesialisthelsetenesta treng bidra i større grad for å vere med på å skape ei helseteneste for pasienten.

Ettersom dei fleste unge og innvandrarak buset seg i byane, går befolkningsveksten ned i utkantkommunar, og med vekst i talet på eldre - endrast samansetjinga av pasientar i helseregionen.

«Den nye pasientrolla» inneber at pasientane har større valfridom og sterkare rettigheter, og har større forventningar til helsetenestene enn tidlegare kva gjeld tilgang, kvalitet og respons. Ein sentral ambisjon i å skape ei helseteneste for pasienten, er å inkludere og engasjere pasientar og pårørande i eiga behandling- ingenting om meg utan meg. Variasjonar i forbruk og medisinsk praksis som ikkje er grunngjevne bør reduserast, og er ei sentral utfordring under prinsippet om likeverd.

Framover må ein kunne ta omsyn til heile skalaen for utviklinga av tenestetilbodet, frå samhandling og straumlinjeforming av tenestene internt i sjukehusa, mellom føretaka og mellom nivåa i helsetenesta, til endring av kliniske prosedyrar og etablert praksis, nye metodar, ny kunnskap og nytt utstyr.

I følgje framskrivinga (Helse Midt-Norge RHF, 2017), aukar det regionale behovet for senger med 235 fram til 2035, der auka er størst frå no og fram til 2022. Behovet for dialyseplassar aukar, og vil vere 106 i 2022 og 140 i 2035 i regionen. Modellen legg også til grunn eit behov for auke i infusjonsbehandling. Polikliniske konsultasjonar vil auke med i underkant av 50% mot 2035, noko som krev areal og personell i framtida. Operasjonsstovene er framskrivne til å utgjere eit behov på 89 stover fordelt mellom 53 til inneliggande kirurgi og 36 for dagkirurgi, noko som er mindre enn for dagens situasjon.

Auke i normalsenger vil vere handterleg i følgje rapporten. Det er sagt at regionen si største utfordring når det gjeld sengekapasiteten, er å kunne drive effektivt i til dels gamle og lite føremålstenlege sjukehuskroppar.

Auke i poliklinikk og dagbehandling stiller som sagt store krav til helseføretaka, og det er ikkje mogeleg å «bygge seg ut av» dette. Her må ein vurdere andre kompensasjonar, som t.d. auke i driftstid og teknologisk utvikling.

For biletdiagnostikk er det for framtida viktig å analysere nærare kva for modalitetar som vil vekse mest, korleis ein kan styre bruken og korleis ein skal kunne samarbeide med private kring dette.

For psykisk helsevern og rusbehandling viser modellen at det vert mindre behov for døgnplassar og auke i kapasitetsbehovet for poliklinikk og dagbehandling. Utfordringane ligg i å kunne dekkje opp for forventa behov for polikliniske tenester, der ein held fram at dette neppe kan gjerast ved å auke talet behandlararar. Det er også tydelege politiske forventningar til tilboda både innan psykisk helsevern og rusbehandling, der nærleik til tilboda, valfriheit, førebygging, tilgang til tenestene når behovet melder seg og meir ambulant verksemd, er definerte målsettingar.

For detaljar kring føresetnader og sensitivitet i Sykehusbyggmodellen, visast det til kapittel 1. punkt 2.10. Særskilt om framskriving.

4.1 Demografi og sjukdomsutvikling

Befolkningsutviklinga for Helse Møre og Romsdal HF er vist i tabellen under

Tabell 4.1 Befolkningsutvikling Helse Møre og Romsdal sitt bustadområde

Bostedsomr	Innb 2015	Innb 2022	Innb 2035	% endring 2015-2022	% endring 2015-2035
HMR bost					
0-17 år	57 602	57 631	59 812	0,1	3,8
18-49 år	107 776	109 350	113 987	1,5	5,8
50-66 år	56 057	58 495	59 501	4,3	6,1
67-79 år	26 930	34 972	39 208	29,9	45,6
80-89 år	10 598	10 725	19 507	1,2	84,1
90 år og eldre	2 718	3 106	4 253	14,3	56,5
Sum HMR bost	261 681	274 279	296 268	4,8	13,2

I regional samanheng, har Møre og Romsdal den lågaste veksten av gruppa 90+ fram mot 2035 med 56.5%. Totalt i regionen vil talet innbyggjarar over 80 år utgjere 7.3% av befolkninga, og det er denne gruppa som har høgast forbruk av somatisk spesialisthelseteneste.

Generelt vil helseregionen oppleve ei auke i befolkning, der ein i Helse Møre og Romsdal HF vil oppleve vel 30% av denne auka.

I det følgjande omtaler ein framtidig aktivitets- og kapasitetsbehov for somatikk, psykisk helsevern og vaksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfagleg spesialisert rusbehandling. Ein viser til kapittel 1.2.10 for bakgrunn og føresetnader for framskrivingane.

4.1.1 Aktivitet i somatisk sektor

Alle helseføretaka i regionen vil oppleve ei auke i liggedøgn i aktuell framskrivingsperiode, med størst vekst fram mot 2022, med 1.1% årleg vekst, og noko mindre mot 2035, med 0.7% årleg vekst. Total vekst utgjør 63433 liggedøgn. Om ein føreset at helseføretaka nyttar observasjonssenger og pasienthotell, som i modellen, vil talet liggedøgn i normalsenger for heile regionen gå ned med 1684 liggedøgn, i høve til totalt tal på liggedøgn i 2015. Modellen gir vekst i pasienthotell og observasjonspost, men ikkje for normalsenger.

I og med at NPR ikkje skil på typen døgnssenger, vil ikkje reell situasjon for det enkelte helseføretak kome fram av tala. Sykehusbygg har difor valt å vektlegge totalt tal på liggedøgn i framskrivinga. Føretaka si organisering av døgnverksemd vil vere avgjerande for kor mange normalsenger med døgnbemanning det er behov for.

4.1.1.1 Liggedøgn, dagopphald og polikliniske konsultasjonar

Tabellen under viser framskrivinga i aktivitet i NPR-kategoriane for alle føretaka i regionen, og for Helse Midt-Norge samla. Ein presiserer at dagbehandling svarer til dialyse og dagkirurgi, all anna dagaktivitet kategoriserast som poliklinikk (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 26,27).

Tabell 4.2 Framskriving av aktivitet døgn, dag og poliklinikk Helse Midt-Norge

år	aktivitet	St Olav	HMR	HNT	SUM HMN
2015	døgnopphold	52 896	36 288	19 792	108 976
	liggedøgn	232 681	155 819	76 071	464 571
	dagopphold	24 864	20 075	11 899	56 838
	poliklinikk	452 647	335 089	126 849	914 585
Framskrevet 2022	døgnopphold	56 129	38 487	21 003	115 619
	normalseng	240 504	161 031	78 116	479 651
	observasjon	1 680	1 151	649	3 480
	pasienthotell	8 360	5 797	3 009	17 166
	sum liggedøgn	250 545	167 979	81 774	500 297
	dagopphold	29 242	23 598	14 296	67 136
Framskrevet 2035	poliklinikk	538 146	399 827	150 985	1 088 958
	døgnopphold	57 224	39 619	21 078	117 921
	normalseng	233 426	156 501	72 961	462 888
	observasjon	4 877	3 413	1 870	10 160
	pasienthotell	26 810	18 534	9 614	54 958
	sum liggedøgn	265 112	178 448	84 445	528 004
%-vis endring 2015 til 2022	dagopphold	37 723	30 472	18 323	86 518
	poliklinikk	664 579	495 746	182 702	1 343 027
	døgnopphold	6,1	6,1	6,1	6,1
	sum liggedøgn	7,7	7,8	7,5	7,7
%-vis endring 2015 til 2035	dagopphold	17,6	17,5	20,1	18,1
	poliklinikk	18,9	19,3	19,0	19,1
	døgnopphold	8,2	9,2	6,5	8,2
	sum liggedøgn	13,9	14,5	11,0	13,7
	dagopphold	51,7	51,8	54,0	52,2
	poliklinikk	46,8	47,9	44,0	46,8

Auke i dagbehandling fordelast mellom forventta auke i dialysebehandling og dagkirurgi. Dette utgjør ei auke på knapt 62% for dialyse frå 2015 til 2035, medan det for dagkirurgi ligg på ein auke på 37.2% i same periode. Auke i poliklinikk ligg på nesten 50%.

Ved å gå nærare inn i datasetta, ser ein at alle medisinske dagopphald og polikliniske konsultasjonar vil auke framover i tid, noko som gjeld for alle helseføretaka i regionen. Framskriving av stråleterapiaktivitet viser same trenden, i alle fall for tal på pasientar/behandlingsseriar. Framskriving for dialyse viser altså ein sterk auke for alle helseføretaka, og vil for alvor slå inn i perioden 2022-2035. Auken er forventta med tanke på befolkningsvekst i eldre aldersgrupper, og ein framleis aukande førekomst av diabetes type 2.

Figur 4.1 Framskriving poliklinisk aktivitet med undergrupper, pr HF og samla for HMN

år	Type aktivitet dag/poliklinikk	St. Olav	HMR	HNT	HMN
2015	dialyse (dagbehandling NPR)	10 278	10 221	7 037	27 536
	Kjemoterapi	9 516	7 990	3 298	20 804
	Infusjoner	5 105	4 883	2 885	12 873
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	15 672	10 294	5 312	31 278
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	2 492	1 850	305	4 647
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	63 024	71 498	23 690	158 212
	Lysbehandling	10 859	7 431	0	18 290
	Strålebehandling	24 689	11 076	0	35 765
	Poliklinikk annen	321 290	220 067	91 359	632 716
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	452 647	335 089	126 849	914 585
Framskrevet 2022	dialyse (dagbehandling NPR)	12 142	12 073	8 664	32 879
	Kjemoterapi	11 630	9 808	4 228	25 666
	Infusjoner	6 040	5 903	3 464	15 407
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	19 103	12 549	6 465	38 117
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	2 831	2 053	340	5 224
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	74 308	86 161	28 468	188 938
	Lysbehandling	11 760	8 128	0	19 888
	Strålebehandling	30 801	14 213	0	45 015
	Poliklinikk annen	381 673	261 010	108 020	750 703
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	538 146	399 827	150 985	1 088 957
Framskrevet 2035	dialyse (dagbehandling NPR)	16 544	16 313	11 632	44 488
	Kjemoterapi	14 234	12 032	5 090	31 357
	Infusjoner	7 468	7 426	4 283	19 177
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	24 902	16 162	8 214	49 278
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	3 262	2 289	362	5 913
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	92 045	110 091	34 866	237 002
	Lysbehandling	12 436	8 554	0	20 990
	Strålebehandling	38 659	18 013	0	56 673
	Poliklinikk annen	471 572	321 179	129 886	922 637
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	664 579	495 746	182 702	1 343 027
%-vis endring 2015 til 2022	dialyse (dagbehandling NPR)	18,1	18,1	23,1	19,4
	Kjemoterapi	22,2	22,8	28,2	23,4
	Infusjoner	18,3	20,9	20,1	19,7
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	21,9	21,9	21,7	21,9
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	13,6	11,0	11,4	12,4
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	17,9	20,5	20,2	19,4
	Lysbehandling	8,3	9,4		8,7
	Strålebehandling	24,8	28,3		25,9
	Poliklinikk annen	18,8	18,6	18,2	18,6
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	18,9	19,3	19,0	19,1
%-vis endring 2015 til 2035	dialyse (dagbehandling NPR)	61,0	59,6	65,3	61,6
	Kjemoterapi	49,6	50,6	54,3	50,7
	Infusjoner	46,3	52,1	48,5	49,0
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	58,9	57,0	54,6	57,5
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	30,9	23,7	18,7	27,2
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	46,0	54,0	47,2	49,8
	Lysbehandling	14,5	15,1		14,8
	Strålebehandling	56,6	62,6		58,5
	Poliklinikk annen	46,8	45,9	42,2	45,8
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	46,8	47,9	44,0	46,8

4.1.1.2 Kirurgisk aktivitet

For kirurgisk aktivitet, har ein valt å nytte talet opphald i kirurgisk DRG som grunnlag for talet operasjonar for høvesvis døgn- og dagkirurgi, basert på pasientdata frå NPR. Dette kjem av at det har vore vanskeleg å nytte datagrunnlag frå lokale operasjonsregister for å seie noko om den kirurgiske verksemda i føretaka, då denne ikkje har vore komplett. Det har heller ikkje vore mogeleg å skilje mellom dag- og døgnkirurgi. Slik det er gjennomført, er det ukomplisert for dagkirurgisk aktivitet sidan talet for dagopphald fell godt saman med talet på operasjonar. For døgnkirurgien er dette noko meir problematisk, då det kan førekome at ein utfører meir enn eitt kirurgisk inngrep på ulike tidspunkt for eit døgnopphald. Ein trur ikkje dette har så stort omfang, frå andre framskrivingar er det estimert at det i 3% av opphalda vert utført meir enn eitt inngrep på opphaldet. Dette er difor lagt til som ein faktor på 3% på opphalda i kirurgisk DRG for døgnpasientar når kapasitetsbehovet for operasjonsstover for døgnkirurgi skal reknast ut. Framskrivinga for kirurgisk aktivitet er vist i tabellen under (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 29,30).

Tabell 4.3 Framskriving kirurgi, dag- og døgnopphald

år	Opphold i kirurgisk DRG	St Olav	HMR	HNT	SUM
2015	Døgnopphold	16 823	8 609	4 561	29 993
	Dagopphold	14 586	9 854	4 862	29 302
Framskrevet 2022	Døgnopphold	19 069	9 552	5 042	33 663
	Dagopphold	17 101	11 524	5 632	34 257
Endring 2015 til 2022	Døgnopphold	2 246	943	481	3 670
	Dagopphold	2 515	1 670	770	4 955
%-vis endring 2015 til 2022	Døgnopphold	13,3 %	11,0 %	10,6 %	12,2 %
	Dagopphold	17,2 %	16,9 %	15,8 %	16,9 %
Framskrevet 2035	Døgnopphold	21 324	10 653	5 425	37 402
	Dagopphold	21 180	14 160	6 691	42 030
Endring 2015 til 2035	Døgnopphold	4 501	2 044	864	7 409
	Dagopphold	6 594	4 306	1 829	12 728
%-vis endring 2015 til 2035	Døgnopphold	23,6 %	21,4 %	17,1 %	22,0 %
	Dagopphold	38,6 %	37,4 %	32,5 %	37,2 %

Alle helseføretaka vil altså få ein auke i aktiviteten framover i perioden. Delen dagkirurgi i Helse Møre og Romsdal HF er på over 50% i 2015 av alle opphald med kirurgisk DRG.

4.1.1.3 Biletdiagnostikk

Aktivitetsåret for biletdiagnostikk er 2016, og ein har ikkje inkludert aktivitet ved private institutt som har avtale med Helse Møre og Romsdal HF. Alle biletdiagnostiske modalitetar er framskrivne med same faktor, og aktiviteten er framskriven med same vekt uavhengig av pasientkategori (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 30).

Tabell 4.4 Biletdiagnostikk Helse Møre og Romsdal, 2016 til 2022 og 2035

Sum alle behandlingsnivå	år 2016	år 2022	År 2035	endring antall 2016-2022	endring prosent 2016-2022	endring antall 2016-2035	endring prosent 2016-2035
CT	28 696	32 107	37 471	3 411	11,9 %	8 775	30,6 %
MR	27 527	31 768	39 109	4 241	15,4 %	11 582	42,1 %
NM	1 720	1 969	2 391	249	14,5 %	671	39,0 %
RG	123 794	140 913	169 503	17 119	13,8 %	45 709	36,9 %
UL	22 638	25 754	30 950	3 116	13,8 %	8 312	36,7 %
PET	0	0	0	0		0	
Mammografi	11 096	12 981	16 339	1 885	17,0 %	5 243	47,3 %
Sum	215 471	245 491	295 763	30 020	13,9 %	80 292	37,3 %

Ein har ikkje utført forbruksanalysar kring bruk av biletdiagnostikk i helseføretaka sine bustadområde. Tala ein har, viser ulik fordeling mellom modalitetar mellom helseføretaka i regionen, og indikerer ulike forbruksmønster i bustadområdet. Helse Møre og Romsdal HF nyttar MR i nesten same omfang som CT, medan ein ser anna mønster hjå dei andre føretaka. Dette vil føre til ulikt utslag i utrekna behov for MR-rom i framskrivinga mellom føretaka, og ein tilrår at fagmiljøa i regionen drøftar dette vidare. Samla auke i kapasitetsbehov ligg på 35%, der ein ser størst behov for mammografi, og minst behov for CT. Korleis ein vektar behovet for dei ulike modalitetane, må kome som eit resultat av strategisk utviklingsplan for helseregionen (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 32).

4.1.2 Aktivitet i psykisk helsevern og rusbehandling

4.1.2.1 Psykisk helsevern for vaksne

Basis for framskrivingane ligg mellom anna i befolkningsframskrivinga til SSB. Aldersfordelinga for pasientar innanfor psykisk helsevern og rusbehandling følgjer ikkje den somatiske, slik at demografisk auke i talet på eldre ikkje vil slå like mykje ut. Omstillingsfaktoren er lagt «flatt» på alle diagnosegruppene, og inneheld element som vekst i etterspurnad, overføring av liggedøgn til kommunane i tillegg til intern effektivisering i form av redusert liggetid. For poliklinikk har ein nytta ein vekst i etterspurnad på 11.7% til 2022, og 25% til 2035, med ei gradvis aukande overføring til kommunane på høvesvis 1.9% og 4.2%. Framskrivingskala visast i tabellen under (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 39,40,41).

Tabell 4.5 Aktivitet psykisk helsevern vaksne, 2015 til 2022 og 2035

	HMR	HNT	St. Olav	HMN
2015				
Døgnopphold	3 161	1 403	3 740	8 304
Døgn rate /10.000 innb.	14,9	11,6	13,8	
liggedøgn				
2015	48 545	23 751	60 110	132 406
2022	49 569	24 441	60 156	134 166
2035	44 022	21 316	55 156	120 494
2015-2022 endring	1 024	690	46	1 760
2015-2022 % endring	2,1	2,9	0,1	1,3
2015-2035 endring	-4 523	-2 435	-4 954	-11 912
2015-2035 % endring	-9,3	-10,3	-8,2	-9,0
poliklinikk/dag				
2015	77 913	46 773	125 014	249 700
2022	91 596	55 236	146 663	293 495
2035	110 817	67 642	177 690	356 149
2015-2022 endring	13 683	8 463	21 649	43 795
2015-2022 % endring	17,6	18,1	17,3	17,5
2015-2035 endring	32 904	20 869	52 676	106 449
2015-2035 % endring	42,2	44,6	42,1	42,6

Endringsfaktorane tar omsyn til statlige føringar, der meir av behandlinga er forventa gjort poliklinisk og ambulant.

Alle helseføretaka opplever ein nedgang i liggedøgn mot 2035, medan ein mot 2022 ligg på ca. same nivå som for 2015. Auke i poliklinisk behandling ligg på omtrent same nivå for alle helseføretaka, og går opp frå 42.1% til 44.6%.

4.1.2.2 Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

Denne typen behandling er ikkje likt fordelt i helseregionen, og ein har ulik bruk av institusjonar utanfor eige helseføretak. For framskriving har ein ikkje laga ei oversikt over kor stor del av dei ambulante konsultasjonane som vert behandla utanfor eigne lokale. Innanfor fagfeltet er det ein stor del indirekte konsultasjonar, som i framskrivinga er handterte som direkte konsultasjonar når kapasiteten skal reknast ut. Dagopphald er lagt til polikliniske aktivitet både for framskriving og kapasitetsutrekning. I kapasitetsutrekninga ser ein på desse som ein vanleg konsultasjon med behandlingstid på 90 minutt (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 43,44).

Tabell 4.6 Framskrivning aktivitet TSB Helse Midt-Norge, 2015 til 2022 og 2035

Type aktiviteter	St. Olav	HNT	HMR	HMN
Aktivitetstall 2015				
Rater døgnopphold/1000	4,6	3,5	5	
Døgnopphold	451	47	929	1 427
Rater liggedøgn/1000	120,3	129,8	148,3	
Liggedøgn	11 180	1 790	19 302	32 272
Dagopphold	1	0	1 409	1 410
Poliklinikk	16 801	5 599	6 306	28 706
Framskrevet 2022				
Døgnopphold	491	50	1 046	1 587
Liggedøgn	10 490	1 727	19 084	31 302
Dagopphold	1	0	1 613	1 614
Poliklinikk	19 336	6 305	7 382	33 023
Framskrevet 2035				
Døgnopphold	551	55	1 150	1 756
Liggedøgn	9 099	1 471	16 564	27 135
Dagopphold	1	0	1 942	1 943
Poliklinikk	23 393	7 470	8 994	39 857
Prosentendring 2015-2022				
Døgnopphold	8,8 %	7,2 %	12,5 %	11,2 %
Sum liggedøgn	-6,2 %	-3,5 %	-1,1 %	-3,0 %
Dagopphold	9,5 %		14,5 %	14,5 %
Poliklinikk	15,1 %	12,6 %	17,1 %	15,0 %
Prosentendring 2015-2035				
Døgnopphold	22,2 %	17,9 %	23,8 %	23,1 %
Liggedøgn	-18,6 %	-17,8 %	-14,2 %	-15,9 %
Dagopphold	36,0 %		37,8 %	37,8 %
Poliklinikk	39,2 %	33,4 %	42,6 %	38,8 %

Skilnaden i rate mellom døgnopphold skrivar seg frå plasseringa av institusjonane. Raten er rekna ut i høve til befolkninga i dei respektive bustadsområda. Helse Møre og Romsdal HF, til dømes, vil ta mot pasientar utanfor eige bustadområde til innlegging, sidan føretaket har fleire institusjonar som tilbyr denne type behandling, og vil såleis kome ut med ein høgare rate relativt sett.

Når det gjeld framskrivingsmodellen, er denne den same som nyttast for psykisk helsevern for vaksne. Aktivitetsframskrivinga har same profil som for desse, men ein liten topp liggedøgn i 2022, for deretter å oppleve ein reduksjon i liggedøgn mot 2035. Rusbehandlingsfeltet har, som for psykisk helsevern for vaksne, ein føresetnad i at poliklinisk aktivitet skal auke i same periode (Helse Midt-Norge RHF, 2017).

4.1.2.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Framskrivninga for psykisk helsevern for barn og unge følgjer same modellen som for vaksne, med same føresetnader og kvalitative faktorar. Tabellen under viser framskriving av aktivitet for psykisk helsevern for barn og unge.

Tabell 4.7 Framskrivning av aktivitet psykisk helsevern barn og unge, Helse Midt-Norge

Type aktiviteter	St. Olav	HNT	HMR	HMN
Aktivitetstall 2015				
Døgnopphold	182	151	211	544
Liggedøgn	2 419	1 831	2 104	6 354
<i>liggetid</i>	<i>13,3</i>	<i>12,1</i>	<i>10,0</i>	<i>11,7</i>
<i>Rater døgnopphold</i>	<i>2,4</i>	<i>5,2</i>	<i>3,4</i>	
<i>rater liggedøgn</i>	<i>34,3</i>	<i>64,3</i>	<i>36,7</i>	
Dagopphold	2	0	0	2
Poliklinikk	71 441	20 783	45 226	137 450
Framskrevet 2022				0
Døgnopphold	198	162	228	588
Liggedøgn	2 387	1 769	1 989	6 145
Dagopphold	2	0	0	2
Poliklinikk	82 563	23 486	50 529	156 578
Framskrevet 2035				0
Døgnopphold	224	177	250	651
Liggedøgn	2 109	1 480	1 717	5 307
Dagopphold	3	0	0	3
Poliklinikk	101 640	28 081	59 979	189 701
Prosentendring 2015-2022				
Døgnopphold	8,8 %	7,2 %	7,9 %	8,0 %
Sum liggedøgn	-1,3 %	-3,4 %	-5,5 %	-3,3 %
Dagopphold	18,8 %			18,8 %
Poliklinikk	15,6 %	13,0 %	11,7 %	13,9 %
Prosentendring 2015-2035				
Døgnopphold	23,2 %	17,0 %	18,4 %	19,6 %
Liggedøgn	-12,8 %	-19,1 %	-18,4 %	-16,5 %
Dagopphold	41,7 %			41,7 %
Poliklinikk	42,3 %	35,1 %	32,6 %	38,0 %

Framskrivinga viser at det vil vere ein nedgang i liggedøgn fram mot 2035, mellom 12.8% og 19.1% for helseregionen samla. Samla reduksjon i liggedøgn er på 1047, noko som med gjennomsnittsbeglegg for barne- og ungdomspsykiatrien vil utgjere fire døgnplassar dersom reduksjonen reknast ut samla for regionen (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 42,43).

4.2 Endringsfaktorar

Rettleiaren for utviklingsplanar viser til fem viktige innsatsfaktorar på vegen mot god og framtidsretta pasientbehandling: organisering og leing, samhandling og oppgåvedeling, kompetanse, teknologi og utstyr, bygg, sjå også Figur 1.1 (Sykehusbygg HF, 2016). Til desse innsatsfaktorane, eller områda, vil det ligge potensiale for endringar i planperioden. I det følgjande drøftar ein utviklingstrekk og endringar som truleg vil påverke desse områda.

4.2.1 Organisering og leing

Behova for helsetenester framover gjer at ein må tenkje nytt, sidan ein ikkje kan møte denne auken med tilsvarande vekst i helsetenestene. Jamfør Strategi 2030 (Helse Midt-Norge RHF, 2016) vil helseføretaka Midt-Norge har behov for 25% fleire årsverk fram til 2030, og kommunane vil ha tilsvarande eller større behov. Dette er ikkje berekraftig. Vi må difor behandle fleire pasientar med færre tilsette, som stiller krav til organisatoriske endringar gjennom riktig ressursbruk og riktig bruk av kompetanse og teknologi.

Effektiv opningstid for ein poliklinikk eller ei dagbehandlingseining tyder mykje for nivået på areal som er framskrive gjennom Sykehusbyggmodellen. Dette er viktig med tanke forventa auke i polikliniske konsultasjonar, og er som tidlegare nemnt ikkje noko ein kan bygge seg ut av. Ein del av i å skape pasienten si helseteneste er frå brukarane gjennom NHSP uttrykt som behovet for å legge til rette for pasientane. Folk har ein annan livsstil enn før, og opningstidene må tilpassast til folk sin kvardag og arbeidsliv. Gode døme på dette er kveldspoliklinikkar og kveldsbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Ei auke i opningstida vil føre til ein reduksjon i behovet for areal. I SNR-prosjektet vil ein gjennom OU-arbeidet sjå nærare på plan for åtte timar effektiv drift som ei pilotprosjekt for to poliklinikkar. I tillegg, vil ein også sjå på fleksible arbeidstidsordningar, som er tilpassa endringar i drift og mobiliserer arbeidstakarar i turnusordningar og som har lang reiseveg.

4.2.2 Samhandling og oppgåvedeling

Endringar både med omsyn til demografi og den medisinske utviklinga krev ei avklaring og tydeleggjering av kva for oppgåver knytt til behandling og oppfølging som skal vere ivaretekne i kommunane i framtida. Dette gjelde særleg overfor pasientar med kronisk sjukdom. Eit enkelt døme er at mange pasientar i dag vert lagd inn i sjukehus for behandling som er vanleg å gi i nabokommuna. Det må vere mindre variasjon i kva for oppgåver som vert ivaretatt av kommunehelsetenesta. Spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta må samarbeide om kompetanseoverføring, gjensidig rettleiing og bruk av teknologi slik at meir pasientbehandling kan vere gitt nærare der folk lever og bur.

4.2.3 Kompetanse

Møre og Romsdal er eitt av fylka i landet som kan kome i ein spesiell vanskeleg situasjon kva gjeld rekruttering av nok kvalifisert helsepersonell. Tal frå fylkesstatistikken syner at av ti utflytta

ungdommar som reiser ut for mellom anna å ta høgre utdanning, kjem åtte av dei ikkje tilbake. Spesielt stort er tapet av unge kvinner⁶⁵. For Helse Møre og Romsdal HF sin del er det mangel på kvalifisert personell innan ulike segment – og ein må difor ofte ta i bruk innleie av personell via vikarbyrå med høg timebetaling. Mange av dei som har vore leigd inn har kome frå våre naboland. Seinaste tida har det kome meldingar om at det har vorte mindre attraktivt for personell frå eksempelvis Sverige å jobbe i Norge, då det er mangel på personell og kompetanse også i heimlandet⁶⁶.

Trendar innan kompetanseutvikling viser at:

- Tilgang på teknologiske plattformer og innhald i desse vil auke i åra framover – jf. utviklinga av Helseplattformen.
- Det vil vere auka fokus på læring (ikkje studiepoenggjevande eller formell utdanning) på arbeidsplassen. I dette ligg det at læring vil finne stad i sjølve arbeidssituasjonen sett i høve til i dag. Det vert snakka om lærande individ i lærande organisasjonar. Eksempel på slik læring er LIS-lege-utdanninga, det kan være snakk om trening på kompliserte arbeidssituasjonar, simulering av arbeidssituasjonar mm.
- Motivasjon for læring vil vere meir vektlagt. Spesielt i tider med trong økonomi og redusering av opplæringsbudsjett legg arbeidsgivar meir vekt på at tilsette skal være aktive i å skaffe seg ny/meir kompetanse gjennom til dømes e-læring, kunnskapsbasert læring, og gjennom å lese tilgjengeleg forskning/litteratur som vedkjem arbeidsfeltet. Det er fleire utfordringar med denne type læring – der generasjonsforskjellar og det å ha kompetanse i bruk av sosiale mediar mv. kan vere ei spesiell utfordring.
- Fokus på å hente inn statistikk og fakta, samt kompetanse til å tolke data ,vil vere vektlagt i større grad enn i dag⁶⁷. Tilgang til nok data og statistikk gjer det mogleg å tolke ein organisasjon sitt kompetansebehov, simulerer økonomi- og organisasjonsmodellar, og evaluere prosjekt som implementeras med meir.

4.2.4 Teknologi og utstyr

Teknologi er ein av dei sterkaste drivarane for utvikling i helsetenesta i åra framover. Helse Midt-Norge RHF gjer i skrivande stund tunge investeringar i ny teknologi som t.d. nytt laboratedatasystem, nytt logistikk- og økonomisystem, Helseplattformen og SNR.

Tempoet for teknologiutvikling er ei utfordring, og forventningane frå samfunnet til at helsesektoren skal vere moderne, tilgjengeleg og teknologibasert, forsterkar seg år for år. Dette vil krevje endringar både i organisering og arbeidsprosessar, kompetansebehov og fagområde. I tillegg er det eit stort spenn blant pasientar og pårørande, i kor stor grad dei kan ta i bruk teknologi. Perioden fram til 2035

⁶⁵ Fylkesstatistikk.mrfylke.no. <http://fylkesstatistikk.mrfylke.no/2017/fylkesstatistikk-2017> lasta ned 18.10.17

⁶⁶ Artikkell publisert i sykepleien 11.05.16 av fagsjef i NHO Even Hagelien. Sykepleien. (2016): Gode tider for helsevikarar. <https://sykepleien.no/2016/05/sa-stoore-er-de>. Lasta ned 18.10.17.

⁶⁷ Døving, Erik; Gooderham, Paul N. og Henrik Øhrn (2014) *HR-feltet i Norge 1995-2014: Stabilitet og profesjonalisering?* SNF-rapport 2015. SNF Samfunn og næringslivsforskning AS. Tilgjengeleg: <https://www.bing.com/search?q=HR-feltet+i+Norge+1995-2014.+Stabilitet+og+profesjonalisering%3F&src=IE-TopResult&FORM=IETRO2&conversationid=>

kan ein sjå på som ein «overgangsfase», der skilnadene i kunnskap om digital teknologi vil vere mindre mellom aldersgruppene (Helse Midt-Norge RHF, 2017). Ein kan likevel forvente at brukarane nyttar seg av teknologi på ulike måter grunna sosiale skilnader, noko vi må freiste å ta omsyn til for ikkje å skape større skilnader innan helsetenestene i åra som kjem. I tillegg vil truleg eldre verte buande att i distrikta, noko som vil krevje særskilt innsats for å gi likeverdige tilbod til befolkninga sjølv om tenestene får ulike utforming.

Endringstakta som teknologiutviklinga innfører, fordrar at helseføretaka byggjer organisasjonar som er fleksible og har kapasitet til endring, gjennom leiing og evna til å absorbere ny kunnskap.

Oppgåvedelinga mellom sjukehus og mellom sjukehus og kommunar vil kunne endre seg som følgje av teknologisk utvikling i form av større desentralisering. På den andre sida, vil høgspesialiserte prosedyrar krevje dyrt utstyr, spesialistar og tverrfagleg kompetanse som truleg berre kan finnast på dei største sjukehusa i regionen og kanskje i landet.

4.2.4.1 Om Helseplattformen

Innføring av Helseplattformen vil opne for heilt nye mogelegheiter når det gjeld pasientbehandling, samhandling og verksemdsstyring mv. Moglegheitsrommet som ligg i dette er truleg mykje større enn helseføretak, kommunar og befolkning har forstått førebels. Samstundes veit ein at økonomiske og kvalitative gevinstar ved innføring av ny teknologi heng tett saman med evne og motivasjon til å ta i bruk ny teknologi. Organisasjons- og tenesteutvikling knytt til innføring av nytt pasientadministrativt-system og journalsystem skal ivaretakast av helseføretaka. Helse Møre og Romsdal HF må difor førebu seg på å ta imot og utnytte den nye teknologien som Helseplattformen representerer, for å kunne ta ut gevinstane i form av kvalitet og effektivitet. Ein må også nytte moglegheitsrommet som ligg i Helseplattformen og leggje til rette for tenesteinnovasjon på tvers av nivå.

4.2.4.2 Korleis påverkar teknologisk utvikling organisering og leiing?

Teknologisk utvikling vil endre samfunnet og dermed helsevesenet betydeleg. Det er grunn til å tru at ein del av dei yrka vi har i dag vil endre seg eller forsvinne heilt, og ein vil sjå behov for ny kompetanse og sterkare grad av tverrfagleg samarbeid. Desse endringane stiller krav til at helseføretaka klarer å omstille og endre seg.

Sterkere digitalisering vil kunne endre arbeidsflyten, og føre til ei sterkare grad av samordning og mindre rom og behov for lokale variasjonar. Integrasjon av avgjerdsstøtte i moderne IKT-system er ein del av dette. Felles forvaltning vil bidra til auka standardisering og mindre mogelegheiter for lokale variasjonar, men korleis dette vil gi seg utslag i organisering og ressursbruk, er usikkert og vil måtte drøftast i det vidare. Auka bruk av teknologi vil i alle fall fordre auka teknologisk kunnskap i helsevesenet, og streke under sjukehusa sin (potensielle) posisjon som teknologibedrifter. I tillegg til å anvende teknologiske løysingar, vil det også vere grunnlag for vidareutvikling og innovasjon, der helseføretaka med sine fagekspertar og pasientar, vil vere viktige ressursar for å bidra til å forbetre tenestene. Utviklinga legg også til rette for tettare samarbeid mellom sjukehus, og mellom sjukehus og kommunar.

Strategisk planlegging som synleggjer behov for og optimalisering av teknologiske løysingar som ledd i å bygge ei helseteneste for pasienten, krev kompetanse frå fleire fagområde. Helseføretaka og leiinga må legge til rette for dette gjennom ei medviten organisering, slik at ein kan drage vekslar på

ulik fagkompetanse og deira kjennskap til utviklinga innanfor sitt fagområde. Forsking, innovasjon og utvikling er viktig i så måte, for å kunne peike framover og definere aktuelle satsingsområde. Forsking og utvikling er også ei av kjerneoppgåvene til spesialisthelsetenesta.

4.2.4.3 Korleis påverkar teknologisk utvikling samhandling?

Teknologi vert og ein berebjelke som kan betre samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta, dersom den vert tatt i bruk. I den samanheng vert innføring av Helseplattformen eit sentralt virkemiddel for å auke kvalitet på kommunikasjonen mellom tenestenivåa og bidra til meir effektive helseteneste. Spesialisthelsetenesta vil ved bruk av teknologi kunne understøtte pasientbehandling i kommunan, som kan redusere både behovet for tilvising og innlegging/reinnlegging i sjukehus.

4.2.4.4 Korleis påverkar teknologisk utvikling kompetanse?

Teknologiutviklinga vil påverke behovet for kompetanse, og truleg også føre til endra behov i grunnutdanningane for helsepersonell. Meir avansert utstyr krev truleg større samarbeid mellom medisinskfagleg og teknisk kompetent personell for å utnytte avansert utstyr og nye behandlingsformer og diagnostikk. Auka digitalisering, større krav til datakraft og meir nettverksbasert arbeid vil krevje datateknisk kompetanse.

Dei ulike arbeidsoppgåvene innanfor helsetenestene, vil vere eit godt grunnlag for rekruttering. Det er viktig å marknadsføre dette, og vise helseføretaka som ein framtidsretta og interessant arbeidsplass med behov for eit mangfald av kompetanse. Teknologiselskap- og utviklarar definerer helsesektoren som eit satsingsområde for nyvinningar og innovasjon, og det bør vere godt grunnlag for samarbeid og læring mellom helsesektoren og andre sektorar. Samspel med andre næringar og fagfelt bør vere tilrettelagt frå leiinga si side, slik at det bidrar til fornying, forenkling og forbetring, noko som også er eit politisk mål.

4.2.5 Bygg

Helse Møre og Romsdal HF har framleis eit stort behov for utvikling og oppgradering av eksisterande bygningsmasse, inkludert kritisk og teknisk infrastruktur, basisutstyr og medisinsk teknisk utstyr (MTU). I mai 2017 vart det gjennomført ei kartlegging av bygningsmassen sin tekniske tilstand i helseføretaket. Gjennomgangen viser eit vedlikehaldsetterslep for store delar av bygningsmassen. Estimert for Ålesund sjukehus utgjer dette 523 MNOK og for Volda 94 MNOK innanfor dei neste fem åra.



Figur 4.2 Tilstandsgrader fordelt på overordna lokaliseringar (frå Multiconsult rapporten, 2017)

4.2.6 Endringsfaktorar brukt i Sykehusbyggmodellen

Sykehusbyggmodellen nyttar seg av ulike endringsfaktorar eller omstillingsfaktorarar for å kunne skrive fram aktivitet og behov til 2022 og 2035. I modellen finst det vekstfaktorar for område ein meiner vil auke meir enn rein demografisk framskriving, og inkluderer også høve som endringar i behandlingstilbod og etterspurnad, og ein generell vekst i etterspurnad fordi fleire vil ynskje behandling for tilstandar ein tidlegare ikkje har hatt tilbod til.

I modellen føreset ein vidare at ein del pasientar som no sorterer under «liggedøgn» (NPR skil ikkje på kvar pasienten har overnatta), vil kunne overførast til pasienthotelldøgn. Ein føreset også at ein ved endring av mottak av ø-hjelpsinleggingar, vil legge pasientar i observasjonssenger, og skrive dei ut derfrå innanfor ei tidsramme på eitt døgn.

Faktoren for overføring av døgn til dag viser til at ein i framtida truleg vil kunne handtere problemstillingar poliklinisk eller i andre helsetenestenivå i staden for å måtte legge pasienten inn. Dette fordrar at ein kan overføre t.d. kontrollar til primærhelsetenesta eller til pasienten sjølv via IKT-løysingar og endringar i kommunikasjon og oppfølging av pasienten.

Modellen legg også inn ein faktor for intern effektivisering, som uttrykkjer ei forventning til at gjennomsnittleg liggetid for innlagde pasientar framleis vil gå ned. Trenden nasjonalt er ein stadig nedgang, med 1.8% (årleg faktor 2012-2015) for ikkje-universitetssjukehus og ei gjennomsnittleg liggetid på rundt 4 døgn (2015). Ein vil aldri få ei liggetid på 0, og på eitt eller anna tidspunkt vil dette flate ut. Ein er like fullt ikkje sikker på når, og ein kan ikkje seie noko om den faktiske liggetida for verken 2022 eller 2035. Element som kan bidra til å redusere liggetida, er å planlegge pasientforløp betre, eliminere flaskehalsar, og utnytte teknologiutviklinga som kan gi raskare utgreiing og behandling etc (Helse Midt-Norge RHF, 2017).

4.3 Kapasitetsbehov

4.3.1 Kapasitetsutrekning

Utrekning av kapasitetsbehov rundar alltid desimaltal opp til næraste heile tal, slik at kapasitetsbehovet vert høgare når det reknast ut for kvart føretak og summerast til regionalt

helseføretak, enn om det hadde vorte rekna ut med utgangspunkt i samla aktivitetstal for heile regionen.

Sensitiviteten av dei ulike faktorane som går inn i modellen, er ulik. Utnyttingsgrad er ein av desse. Helse Midt-Norge har avgjort at denne skal ligge på 85% for normalsenger i utviklingsplanarbeidet. Ulike utnyttingsgrader tyder meir for framtidig kapasitet enn om dei kvalitative faktorane for framtidig liggedøgnsutrekning er noko avvikande i høve til det reelle isolert sett.

Utrekninga for kapasiteten kring poliklinikk/dagbehandling er relativt følsam for opningstidene ein nyttar. Ved ei endring mellom seks og ti timar opningstid, vil ein for 2035 få ein auke på 125 poliklinikkrom eller ein reduksjon på 76 rom, summert for regionen. Poliklinikk/dagbehandling er i likskap med døgnbehandling mindre sensitiv for overføring til kommunehelsetenesta kva kapasitetsutrekningar gjeld. Medisinsk-teknisk utvikling av ulik art vil kunne innebære at pasientane ikkje treng møte på poliklinikken, noko som vil påverke denne faktoren betydeleg, slik at også kapasiteten/behovet for rom vil påverkast. I Helse Midt-Norge er det lagt til grunn ei effektiv opningstid på åtte timar kvar dag, 230 dagar i året (unntak er dialysen, der ein har ein plass 313 dagar i året).

For psykisk helsevern og rusbehandling er sensitiviteten størst når det gjeld utnyttingsgradene lagt til grunn. Små endringar i liggetid vil påverke framtidig sengekapasitet mindre enn endring i beleggsprosent. For psykisk helsevern for vaksne er det lagt til 85% gjennomsnittleg belegg i alle typar senger, for barn og unge ligge denne på 75% og for rusbehandling 80%. Opningstida vil vere avgjerande for framtidige behov for areal. Standard i modellen er seks timar opningstid, med 90 minutt konsultasjonstid. Dette gir rom for fire pasientar pr. dag pr. rom (Helse Midt-Norge RHF, 2017).

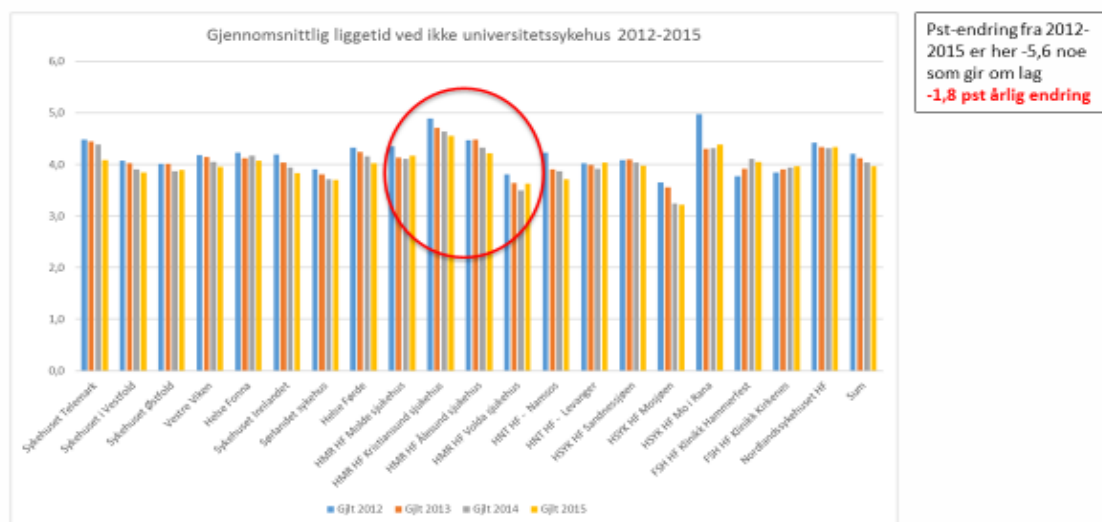
Kapasiteten er rekna ut med utgangspunkt i 2015-data presenterte under kapittelet om aktivitet. Det er nytta same opningstider og utnyttingsgrader for alle einingane. Det har ikkje vore mogeleg å skilje ut liggedøgn i intensiveiningar, observasjonseiningar eller pasienthotell, og liggedøgna i desse einingane er inkluderte i talmaterialet. Resultata i framskrivinga må forståast som nye senger for observasjon og pasienthotell, der desse tilboda allereie er etablerte. Intensiv/nyføddintensiv går inn som normalsenger, og må følgeleg reknast ut særskilt og trekkast ut i konkrete prosjekt.

Tabell 4.8 Kapasitetsbehov senger Helse Midt-Norge 2022 og 2035

Type senger	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olav HF	Sum alle HF (Summen av avrundet)
<i>Alle senger år 2015 (beregnet, ikke faktiske)</i>	503	246	750	1499
Normalsenger (85%belegg)				
år 2022	520	253	776	1549
år 2035	505	236	753	1494
observasjonssenger (75% belegg)				
år 2022	5	3	7	15
år 2035	13	8	18	39
hotellsenger				
år 2022	22	12	31	64
år 2035	68	37	98	202
sum senger 2022	547	266	814	1627
sum senger 2035	586	279	869	1734

Ein ser at ein framover relativt sett vil ha eit mindre behov for normalsenger. Hovudgrunnen til dette er at utrekningsmodellen nyttar overføring til observasjonssenger og pasienthotell i framskrivinga og kapasitetsutrekninga. I tillegg kjem tre andre faktorar som trekk ned liggedøgna: omstilling frå døgnbehandling til dagbehandling, overføring av døgn til kommunane og ein årleg reduksjon i liggetid på 0.4 til 0.8 % pr. år frå dei ulike diagnosegruppene. Reduksjonen i liggetid har vore observert over mange år sjølv om ein større dl overførast til dagbehandling. I framskrivingsmodellen reknar ein også med ein lineær reduksjon i liggetid fram mot 2035 også, og det kan hende at potensialet for liggetidsreduksjon ikkje er like stort den siste delen av perioden. Liggetidsutviklinga kan ein sjå i figuren under (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 33).

Gjennomsnittlig liggetid ved ikke-universitetssykehus 2012-2015



20.06.2017

Dialogkonferanse Helse Møre og Romsdal
Utfordringer til Utviklingsplan 2035


SYKEHUSBYGG

Figur 4.3 Gjennomsnittleg liggetid ved ikkje-universitetssjukehus i Noreg

4.3.2 Dagbehandling og poliklinikk

I talmaterialet er stråleterapi, endoskoper og ein del småprosedyrar tatt ut. Utrekninga av kapasitet viser auka behov for samla poliklinisk aktivitet. For detaljplanlegging må tala delast opp (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 36).

Tabell 4.9 Kapasitetsbehov for utvalde rom i poliklinikk 2022 og 2035, Helse Midt-Norge

Type rom/ plasser	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olav HF	Sum HF (Summen av avrundet)
Dialyseplasser				
Beregnet behov 2015	33	23	33	89
år 2022	39	28	39	106
år 2035	53	38	49	140
Infusjonsplasser, samlet				
Beregnet behov 2015	11	7	12	30
år 2022	35	18	40	93
år 2035	44	22	45	111
Kjemoterapi				
Beregnet behov 2015	18	8	21	47

år 2022	22	10	26	58
år 2035	27	12	29	68
Annen infusjonsbehandling				
<i>Beregnet behov 2015</i>	11	8	12	31
år 2022	13	8	14	35
år 2035	17	10	16	43
Konsultasjonsrom poliklinikk				
<i>Beregnet behov 2015</i>	90	38	131	259
år 2022	107	45	156	308
år 2035	123	53	179	355

4.3.3 Kirurgisk verksemd

I talmaterialet ligg det til grunn dag- og døgnopphald i kirurgisk DRG, og ein har lagt til ein faktor på 3% grunna at ein i løpet av eit døgnopphald kan ha fleire enn eitt inngrep. For dagopphald legg ein til grunn at talet inngrep svarer til talet opphald. Vidare er det nytta standardføretnader for opningstider og drift, operasjonar gjort utanfor planlagt verksemd er inkluderte i talgrunnlaget, men ein har ikkje lagt til ekstraressurs for beredskap (som hasteoperasjonar og keisersnitt). Ein føreset fleksibel bruk av operasjonsstovene, og utrekningane er gjort på tvers av fagområde. Resultata kan lesast i tabellen under (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 38).

Tabell 4.10 Framskrive kapasitetsbehov operasjonsstover i 2022 og 2035, Helse Midt-Norge

Type rom/ plasser	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olav HF	Sum HF (Summen av avrundet)
Faktisk antall stuer 2017⁶⁸	33	18	54	105
<i>Beregnet behov for stuer 2015</i>	21	11	35	67
<i>hvorav døgn</i>	12	7	23	42
<i>hvorav dag</i>	9	4	12	25
Operasjonsstuer døgn				
år 2022	14	7	26	47
år 2035	15	8	30	53
Operasjonsstuer dag				
år 2022	10	5	14	29
år 2035	12	6	18	36
Operasjonsstuer totalt				
år 2022	24	12	40	76
år 2035	27	14	48	89

⁶⁸ Tall innhentet fra HF'ene i juni-august 2017

Helseregionen har i følge disse tala tilstrekkeleg med operasjonsstover i 2035 med gjeldande føresetnader. I Helse Møre og Romsdal vil talet på tilgjengelege stover reduserast med seks i høve til dagens situasjon når SNR står ferdig i 2022.

4.3.4 Bilettdiagnostikk

Utrekningane for bilettdiagnostikk følgjer same føresetnadene som dei andre kategoriane. Det er vidare ikkje tatt omsyn til at noko av aktiviteten er gjennomført på kveld og i helg. All aktivitet er omrekna til dagaktivitet. Tabellen under viser kapasitetsutrekningane for Helse Midt-Norge RHF. Ein minner om at det er avrunda tal på stover som er summert (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 39).

Tabell 4.11 Kapasitetsutrekning bilettdiagnostikk, aktivitetstal frå 2016, Helse Midt-Norge

All billedagnostikk i HF	Helse Møre og Romsdal HF			Helse Nord-Trøndelag HF			St. Olav HF			Helseregion Midt-Norge		
	beregnet 2016	beregnet 2022	beregnet 2035	beregnet 2016	beregnet 2022	beregnet 2035	beregnet 2016	beregnet 2022	beregnet 2035	beregnet 2016	beregnet 2022	beregnet 2035
CT	7	8	8	4	5	5	9	10	12	20	23	25
INT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MR	8	9	9	4	4	5	6	7	8	18	20	22
NM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
RG	17	20	20	9	10	12	18	20	23	44	50	55
UL	6	6	6	3	3	4	5	6	7	14	15	17
PET												
Mammografi	2	2	2	1	1	1	2	2	2	5	5	5
sum bilde lab	41	46	46	22	24	28	41	46	53	104	116	127

4.3.5 Psykisk helsevern for vaksne

Kapasitetsbehovet for psykisk helsevern for vaksne er vist i tabellen under. Tala for 2015 er ikkje faktiske, men utrekna, og vil difor kunne skilje seg nok frå talet døgnplassar i drift (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 41).

Tabell 4.12 Kapasitetsbehov psykisk helsevern vaksne 2015 til 2022 og 2035

Type kapasitet	St. Olav HF	HMR HF	HNT HF	HMN (sum avrundet)
Kapasitet 2015 (beregnet)				
Senger	194	157	77	428
Dagplasser	3	1	0	4
Polikliniske plasser	136	85	51	272
Kapasitet 2022				
Senger	194	160	79	433
Dagplasser	3	1	0	4
Polikliniske plasser	159	100	61	320
Kapasitet 2035				
Senger	178	142	69	389
Dagplasser	4	1	0	5
Polikliniske plasser	193	121	74	388

Utan endring i behandlingsformer for poliklinisk verksemd, vil aktivitetsauken innebære både behov for auka areal til poliklinisk verksemd og auka personellbehov. Noko av auken på personalsida vil kunne kome frå frigjering av ressursar, utan at dette truleg vil vere tilstrekkeleg.

4.3.6 Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

Tabell 4.13 Kapasitetsutrekning TSB Helse Midt-Norge

Type kapasitet	St. Olav HF	HNT HF	HMR	HMN
Kapasitet 2015 (beregnet)				
Senger	39	7	67	113
Dagplasser	1	0	6	7
Polikliniske plasser	19	7	7	33
Kapasitet 2022				
Senger	36	6	66	108
Dagplasser	1	0	6	7
Polikliniske plasser	22	7	9	38
Kapasitet 2035				
Senger	32	6	57	95
Dagplasser	1	0	8	9
Polikliniske plasser	26	9	10	45

For helseregionen samla, vil kapasitetsbehovet for senger innanfor TSB vere redusert frå 113 i 2015, til 95 i 2035. (Innføring av Magnussen-modellen⁶⁹ for TSB vil føre til endra pasientstraumar mellom føretaka. Dette gjeld i all hovudsak for døgnbehandling. Helse Møre og Romsdal HF må redusere tal senger innan TSB). Tilsvarende tal for poliklinikkrom er ei auke frå 33, 38 og 45. Sensitiviteten for avvik i dei kvalitative faktorane gir ikkje store utslag for utrekningane for kapasitetsbehov framover. Ein understrekar likevel at viss det finst avvik i utgangspunktet, så vil desse truleg vere større jo dess lenger tidsperiode ein der framover mot. Vidare held ein også fram at det er viktig å avgjere utnyttingsgrader og opningstider i framtida, då det er desse parametranne so gir seg størst utslag i arealbehovet.

Standard for TSB, er som for psykisk helsevern for vaksne, seks timar opningstid i 230 dagar i året. Det er ikkje justert for delen ambulante konsultasjonar utanfor eigne lokale. Vidare er standardverdien for TSB 80% gjennomsnittleg belegg. Det bør gjerast ei vurdering av om det er rett at psykisk helsevern for vaksne skal nytte 85% belegg, medan TSB nyttar 80. Det vert halde fram at det i praksis truleg er høgare del planlagde innleggingar i TSB, slik at beleggsprosenten kunne vore sett høgare enn 80 (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 45).

4.3.7 Psykisk helsevern for barn og unge

Tabellen under viser ei oversikt over utrekna kapasitetsbehov for døgnaktiviteten og for poliklinikk og dagbehandling. Det er ikkje justert for ambulant aktivitet i utrekninga. I utrekning av sengekapasiteten nyttast ein beleggsprosent på 75, sidan det er snakk om små einingar, og at det

⁶⁹ Magnussen-modellen vart vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF i 2011 og vart implementert i 2012. Føremålet er likeverdig tilbod uavhengig av demografiske og geografiske høve. Rammene fordelast mellom ein behovsindeks og sin kostnadsindeks. ISF-inntektene vidareførast som før. Helse Midt-Norge RHF. (2011): Sak 70/11 – Implementering av ny finansieringsmodell (Magnussen-modellen) for helseforetak i Helse Midt-Norge.

såleis kan vere større utfordringar knytte til å ha belegg tilsvarende psykisk helsevern for vaksne i desse einingane (for vaksne er beleggsprosenten 85). For poliklinisk aktivitet, legg ein til grunn seks timars opningstid i 230 dagar (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 43).

Tabell 4.14 Kapasitetsutrekning psykisk helsevern barn og unge

Type kapasitet	St. Olav HF	HMR HF	HNT HF	HMIN
Kapasitet 2015 (beregnet)				
Senger	9	8	7	24
Dagplasser	1	0	0	1
Polikliniske plasser	78	50	23	151
Kapasitet 2022				
Senger	9	8	7	24
Dagplasser	1	0	0	1
Polikliniske plasser	90	55	26	171
Kapasitet 2035				
Senger	8	7	6	21
Dagplasser	1	0	0	1
Polikliniske plasser	111	66	31	208

Behovet for poliklinisk kapasitet aukar også for barn og unge med utviklinga lagt til grunn i framskrivingsmodellen, noko som påverkar både behovet for areal og personell.

5 Analyse og vegval

5.1 Alternative vegval for helseføretaket

I dei tidligare kapitla er det skissert ei rekkje utfordringar og moglegheiter. Ein vil i det følgjande trekkje fram dei viktigaste av desse. Det er ikkje mogleg å gjere dette konsekvent i prioritert rekkefølge.

Helse Møre og Romsdal HF har ein krevjande struktur sidan helseføretaket har aktivitet ved mange geografiske lokalisasjonar. Dette gjer det vanskeleg å gjennomføre god og effektiv linjeleiing, naudsynt endringsleiing, reduksjon i variasjon, robust og høgt spesialisert kompetanse/bemanning i alle lokalisasjonar. Samstundes gir det moglegheit for å tilby desentralisert behandling for dei fagområda der det er ønskjeleg. Helseføretaket må kontinuerleg vurdere om det er naudsynt å slå saman mindre einingar til større, gjennom grundige og vel forankra utgreiingsprosessar, vel vitande om at slike prosessar ofte skaper mykje bekymring og uro hos både fagfolk og befolkninga ellest. I slike prosessar er det krevjande å vege fagfolk sine ønskje om interessante og givande arbeidsoppgåver opp mot kvalitet og breidde i tilbodet. Det er viktig at dei same prinsippa gjeld for slikt arbeid innanfor somatikk, psykisk helsevern og TSB. Etableringa av SNR vil klart bidra til at strukturen vert enklare.

Vidare er det ei utfordring på føretaksnivå at det utrekna behovet for senger innan somatikken aukar i perioden fram mot 2022, for så å gå ned att mot 2035. Særskilt er det eit aukande behov for hotellsenger. Føretaksleiinga må i samråd med fagmiljøa gjere strategiske val som både bidreg til redusert press på sengeplassar, samstundes som ein kontinuerleg må vurdere moglegheita for å fylle det auka sengebehovet på nye måtar. Døme på dette kan vere gjennom betre samhandling med kommunane, overgang til dag og poliklinikk og eventuelt gjennom intern effektivisering.

Føretaket ser eit klart behov for å følgje med på talet sengeplassar. Viktige bidrag i å løyse denne utfordringa er prosjektet «Plan for høg aktivitet», leiinga sin gjennomgang, kontinuerleg forbetring med fokus på å optimalisere drift, økonomisk stabilitet og betre mogelegheit for bruk av moderne teknologi.

Pediatritilbodet i fylket har vore krevjande å utvikle i mange år. Med bakgrunn i Styresak 2017/14 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) vart det nyleg levert ein eigen arbeidsgrupperapport (*Pediatritilbudet i Helse Møre og Romsdal*) (Helse Møre og Romsdal HF, 2017). Rapporten er tydeleg i si tilråding, sjølv om den også skildrar moglege alternative modellar. Vurderinga av kva for modell ein skal nytte i framtida, skal i skrivande stund i første omgang gjerast i Styret i Helse Møre og Romsdal HF.

Dei kirurgiske aktivitetane i helseføretaket går føre seg ved dei fire sjukehusa, men variasjonen i innhald er stor. Ålesund sjukehus er, og skal vere, det mest differensierte sjukehuset i fylket, med tilbod innan dei aller fleste (grein-) spesialitetar. Samstundes har sjukehuset utfordringar med kapasitet og rekruttering – i likskap med mange andre sjukehus i Noreg som ikkje har universitetsfunksjon. Etableringa av SNR føreset at det skal vere kirurgisk akuttberedskap, og det vil truleg vere like krevjande å sikre at ein får god rekruttering og kapasitet innan dei kirurgiske faga her. Volda sjukehus skal ha kirurgisk aktivitet i planperioden. Det er særskilt viktig at den kirurgiske aktiviteten i fylket vert vurdert som ein heilskap, der ein søker å få kvalitativt god aktivitet i alle dei

tre framtidige sjukehusa med kirurgisk aktivitet – inkludert DMS Kristiansund. For kirurgien i Ålesund/Volda må ein i åra framover gå inn i utforminga av akuttkirurgisk tilbod, inklusive implementering av nasjonal og regional traumeplan. I tillegg må ein sikre eit elektivt tilbod som utnyttar kapasitet og kompetanse på ein best mogleg måte. Sjå elles styresak 2017/05 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

Robotkirurgi er i rask fram marsj innafor fleire kirurgiske (sub)spesialitetar. Teknikken har framleis ikkje ein sterk evidensbase for betra viktige kliniske effektmål, men har truleg klare fordelar framfor ordinære kirurgiske teknikkar. Det er grunn til å tru at manglande robotkirurgi kan slå ut negativt i høve til rekruttering av nyutdanna kirurgar, som skal vurdere Helse Møre og Romsdal HF som framtidig arbeidsplass.

Tilbodet innan diagnostikk i fylket er ikkje fullverdig utan eit fagleg godt tilbod om PET. Dette gjeld særleg for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreftpasientar, men det er i ferd med å få ei tydelegare og viktigare rolle også mot ikkje-maligne sjukdommar. Sjølv om ein no har eit godt PET tilbod ved St Olavs Hospital HF både kvalitativt og kapasitetsmessig, meiner føretaket at det er behov for å greie ut om ein skal etablere PET i Ålesund i planperioden.

For PCI finst det, slik som for PET, eit fagleg og kvalitativt godt tilbod ved St Olavs Hospital HF. Samstundes er reisevegen til Trondheim ei klar utfordring i den akutte situasjonen som desse pasientane er i, og det er for liten del av pasientane i Helse Møre og Romsdal HF som får tilbod om PCI. Dermed får pasientane som ikkje kan nå fram i tide til PCI i Trondheim, truleg eit dårligare tilbod enn dei kunne hatt. Det er eit klart behov for å vurdere om ein skal etablere PCI i Ålesund i planperioden.

Samhandlinga med andre helseføretak, vert viktig å styrke i tida framover. Ønska pasientstraumar kan gjerast tydelegare, og ein kan styrke formaliseringa av samarbeid.

Helse Møre og Romsdal HF har ei lågare dekning av avtalespesialistar for befolkninga enn resten av Helse Midt-Norge RHF. Arbeidsgruppa som har utgreidd moglege endringar i fordelinga av avtalespesialistar, har kome med nokre klare tilrådingar (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 1). Føretaket må i tillegg vurdere i kor stor grad etablering av nye avtalespesialistar i kvart fagfelt kan føre til at ein utarmar tilbodet i sjukehusa våre, eller om det er mogleg å rekruttere nytt personell. Samstundes må en ta omsyn til at ein avtalespesialist som regel kan ha ei meir effektiv drift enn i eit sjukehus, nærare der pasienten bur. Vidare må Helse Møre og Romsdal HF sine ønskjer avstemmas mot det som er mogleg regionalt.

Drifta og innhaldet i DMS Sunndal er vurdert i same arbeidsgruppa som har vurdert avtalespesialistverksemda (Helse Møre og Romsdal HF, 2017)(vedlegg 1). Helseføretaket må ta eit val om ein kan halde fram med høgt spesialisert, utstyrskrevjande verksemd i DMS Sunndal.

Det er ei utfordring for mange fagmiljø at det ligg føre klare politiske føringar på at det regionale føretaket skal auke talet på avtalar med private tilbod av helsetenester. For fagmiljøa i føretaket kan slike opplevast som at dei tappar viktige ressursar frå helseføretaket. Føretaket må difor velje ein strategi som gjer at fagmiljøa i enno større grad vert tatt med på råd i prosessen fram mot nye avtalar med private tenestetilbod.

Føretaket sin forbetningsstrategi skal ikkje gå gjennom nokon prinsipiell endring i planperioden. Derimot må ein søkje og styrke metodikken gjennom stadig evaluering og eit auka fokus på å ta ut gevinstar av forbetningsarbeidet. Forbetningsstrategien må i større grad involvere brukarar, som igjen kan sjåast opp mot regelmessige målingar av brukartilfredsheit. I tillegg må ein sjå dette i samanheng med brukaropplæring, slik at ein i større grad forstår forbetningsarbeidet som ein heilskap.

Føretaket har utfordringar med å innfri «den gylne regel». Særskilt gjeld utfordringa for Barne- og ungdomspsykiatrien. (Styresak 2017/45 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017). Rekruttering av rett kompetanse er ei kjerneutfordring og det er krevjande å sjå til at ein har tilstrekkeleg og stabil bemanning med rett kompetanse innanfor psykisk helsevern.

Når det gjeld samhandling med kommunehelsetenesta, er det ei klar nasjonal forventning at helseføretaket og kommunane i lag jobbar målretta med å sikre heilskaplege pasientforløp og koordinerte tenester. Sjølv om det har vore ei positiv utvikling, med fleire gode samhandlingsprosjekt og fleire som er under utvikling, erfarer både helseføretaket og arbeidsgruppene for dei prioriterte områda⁷⁰, at situasjonsbiletet også er prega av fragmentering, uavklarte ansvarshøve og behov for auka samarbeid.

Medisinsk teknisk utstyr er ei betydeleg utfordring for føretaket. Utstyret er gammalt, og ein har ikkje klart å erstatte utstyr i takt med behovet. Føretaket må arbeide fram ein strategi for MTU, som gjer at ein i større grad enn no klarer å halde utstyret oppdatert.

Den demografiske utviklinga med befolkningsauke, fleire eldre og medisinsk utvikling som gjer at stadig fleire kan få behandling med ny teknologi, kan gje store utfordringar. Ein kan forvente ei auke i etterspurnaden etter helsetenester generelt og spesialisthelsetenester spesielt. Det vert difor særskild viktig å få til dreininga mot lågast effektive omsorgsnivå⁷¹ (BEON), slik at ein sikrar at pasientane får behandling på rett nivå. Satsingsområder som helseføretaket og kommunane saman må utvikle, er mellom anna ambulante tenester, avgjerdsstøtte til kommunane, saman med auka lokal samhandling, kompetanseoverføring og kompetanseheevande tiltak.

Samhandlingsavtalen har som føremål å konkretisere korleis helseføretaket og kommunane skal fordele oppgåver og ansvar på ein hensiktsmessig måte, som både svarer på pasienten sine behov for koordinerte tenester og samstundes bidrar til god samfunnsøkonomi. Det vert viktig at avtalen utviklast slik at den kan fungere som eit godt rammeverk for samhandlinga.

Vidare arbeid med utvikling av pasientforløp, innovative løysingar støtta av ny teknologi må få merksemd i åra framover, og helseføretaket ser behovet for at partane vert tettare integrerte og koordinerte, både på systemnivå og i det daglege virke. Ein føresetnad for å ei slik utvikling må understøttast av felles møtearenaer og felles elektroniske verkty.

⁷⁰ Barn og unge, prioritere psykisk helsevern og rus, styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus og forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse (FIUK).

⁷¹ BEON- prinsippet viser til ei heilheitstenking knytt til førebygging, tidleg intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging i størst mulig grad vert tatt i vare innafor beste effektive omsorgsnivå. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

5.2 Risiko- og mogelegheitsanalysar

Planarbeid for spesialisthelsetenesta inneheld ei rekkje moment som gjer vurderingane usikre. Til dømes er det uvisse i framskrivingstala for demografi så vel som for pasientstraumar. Vidare er det usikkert i kva for grad og på kva måte ny teknologi kjem til å påverke spesialisthelsetenesta. Uvisse vert ikkje mindre av at føretaket skal både bygge nytt sjukehus og innføre Helseplattformen i planperioden. Vidare er det uvisse knytt til endring i samhandling med kommunane. Totalt gjer dette at ein må vurdere behovet for formelle risiko- og sårbarheitsanalysar (ROS), når ein gjer spesifikke vurderingar av enkelte punkt i utviklingsplanen. Samstundes skal ikkje alle endringar gå gjennom ei ROS- analyse og her må ein utvise klokskap og godt skjøn.

I høve til helseforetakslova §30 (Lov om helseforetak, 2001), skal alle vesentlege endringar leggjast fram for det regionale helseføretak, som igjen må vurdere om departementet skal vurdere endringa. Det er ikkje slik at helseføretaket sjølv avgjer om endringa er av ein slik karakter at ho kan kallast vesentleg, av og til vil dette også vere ei politisk vurdering. Dermed ligg det føre ei ekstra uvisse som ikkje er uvesentleg for Helse Møre og Romsdal HF.

Til pediatrirapporten (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) har PwC utarbeidd ei formell ROS-analyse som vert vedlagt denne. Det akuttkirurgiske tilbodet på Sunnmøre oppfattar ein ikkje at skal gå gjennom vesentlege endringar i første del av planperioden, dermed vert behovet for ROS-analysar truleg redusert her. Vidare kan det vere behov for ROS-analysar i den vidare planlegginga av akuttilbodet i SNR.

5.3 Kriterium for val

Helse Møre og Romsdal vil nytte følgjande kriterium for val:

- Heilskapleg pasientfokus
- Fagleg kvalitet i tilbodet
- Rett kompetanse til rett tid på rett stad
- Rekruttering
- Endringsleiing
- Teknologiske endringar inklusive Helseplattformen
- Økonomisk bæreevne

5.4 Valt hovudløyising

Helse Møre og Romsdal HF må i planperioden gå nærare inn i talet geografiske einingar, gjennom vel forankra utgreiings- og avgjerdsprosessar. Slikt fokus vil vere viktig for å kunne gi befolkninga eit fagleg godt tilbod med rett kompetanse til rett tid på rett stad, styrke rekrutteringa til føretaket, gjennomføre naudsynte endringar og implementere og gevinstrealisere ny teknologi.

Pediatriiltbodet i fylket skal utviklast i tida fram mot etableringa av SNR. Styret si vurdering av tilbodet i oktober 2017, vil vere førande for kva som skal ut på høyring.

Det kirurgiske tilbodet i fylket vil vere styrka gjennom etableringa av SNR, gitt at ein løyser utfordringa med å rekruttere godt. Det vil i alle høve vere naudsynt å sjå det kirurgiske tilbodet i

fylket generelt og på Sunnmøre spesielt, som éi eining organisatorisk, fagleg, for rekruttering og for drift. Det er utan tvil at Ålesund er og framleis skal vere det mest differensierte sjukehuset i føretaket i planperioden. Det er stadfesta at det skal vere eit kirurgisk fagleg godt tilbod ved sjukhuset i Volda. Ein ønskjer å utvikle det kirurgiske tilbodet gjennom metodisk arbeid, og dette arbeidet har starta innanfor elektive aktivitetar. Helseføretaket vil hausten 2017 å sette i gong eit slikt arbeid innanfor områda akuttkirurgi og traumehandtering. Arbeidet må sjåast i samanheng med tiltak i den prehospitale kjeda, til dømes styrkinga av prehospitalt samarbeid med kommunane. I tillegg vil ein no starte arbeidet for å samle brystkreftkirurgi og karkirurgi til Ålesund.

Ein finn grunn til å starte ei utgreiing om det bør opprettast eit tilbod innan robotkirurgi i Helse Møre og Romsdal HF. Helseføretaket ønskjer at dette arbeidet skal starte i 2018.

Basert på førebels vurdering av alle kriteria i 5.3 meiner føretaket det er rett å gjere ei nærare utgreiing kring etablering av PET. Det er difor sett ned ei arbeidsgruppe for å utgreie problemstillinga. Denne gruppa har som mål å levere sluttrapport i desember 2017.

Føretaket meiner at det er god grunn til å utgreie etablering av PCI i Helse Møre og Romsdal HF (Ålesund), basert på ei førebels vurdering av kriteria i 5.3, med hovudvekt på fagleg innhald i tilbodet til pasientgruppa. Eit slikt arbeid skal setjast i gang i 2018.

Det er sterke føringar frå arbeidsgruppa kring desentraliserte tenester og avtalespesialistar, for at ein skal auke talet på avtalespesialistar. Føretaket vel likevel å oppfatte tilrådingane om å opprette avtalar innafor spesifikke fagfelt som rådgjevande, og føreset at nye etableringar må diskuterast nærare i eigne prosessar.

Føretaket går inn for å endre aktiviteten ved Sunndal DMS i tråd med tilrådingane frå arbeidsgruppa og i tråd med kriteria i 5.3. Det tyder at ein ønskjer å leggje ned det radiologiske og ortopediske tilbodet, samt blodtappinga ved Sunndal DMS snarast mogleg. Samstundes skal ein vurdere om det er mogleg å etablere anna aktivitet der i samråd med Sunndal kommune.

Føretaket må styrke arbeidet med «Den gylne regel». Slik styrking må gjerast i nært samarbeid mellom føretaksleiinga og det kliniske fagmiljøet. Ein må ha fokus på tverrgåande samarbeid, utjamning av variasjon, rekruttering og kompetanse.

Samhandling med andre HF skal i hovudsak gå føre seg innanfor Helse Midt-Norge RHF, og Helse Møre og Romsdal HF vil bidra til å tydeleggjere St Olavs Hospital HF som universitetssjukehuset i Midt-Norge. Vidare ønskjer føretaket å bidra til at formaliserte samarbeidsformer vert innførte i flest moglege fagfelt.

Helse Møre og Romsdal ønskjer gjennom regionale prosessar å bidra til at fagmiljøa våre i større grad enn no vert tatt med på råd, før ein går inn avtalar med tilbydarar av private helsetenester.

Det er identifisert fleire satsingsområder for dei prioriterte innsatsområda i samhandlingsperspektivet, og helseføretaket vurderar at det er viktig å jobbe vidare med tilrådingane i prosessar framover, saman med kommunane. Ein del av dei føreslåtte tiltaka er allereie pågåande arbeid, men som har behov for å vidareutviklast og sikrast gjennomført hjå begge partar.

Til slutt finst det ei rekkje tiltak i dei enkelte klinikkane som delvis overlappar eller heng saman med vala skisserte her. Ein viser til omtalen for dei enkelte klinikkane i dei respektive delkapitla og til tiltakslista i kapittel 6.

6 Målbilete, tiltak og organisering for ei helseteneste for pasienten

Situasjonsbilete, overordna føringar og utviklingstrekk i føregåande kapittel, har vore drøfta og analysert i høve til løysingsalternativ og mulige vegval for Helse Møre og Romsdal HF. Prioritering av tiltak for dei ulike områda er skildra i Tabell 6.1. Tidshorisonten er sett til 2018-2022, då fleire av tiltaka allereie er i prosess. Tiltaka vil ha behov for vidare konkretisering med involvering av relevante fagmiljø, og vert integrert i klinikkane og stabsavdelingane sine eigne verksemdsplanar, eller delplanar. For samhandlingsperspektivet er satsingsområda konkretiserte i mål og tiltak som kan lesast i arbeidsgruppene sine rapportar som er vedlagt. Oppfølging av tilrådingane må skje i nær dialog med kommunane.

Mål: Framtidsretta pasientbehandling og god bruk av ressursar

Tabell 6.1 Prioritering av tiltak for ulike innsatsområde

6	Område	Vurdering	Tiltaksområde	Tidsramme
6.1	Ei helseteneste for pasienten	Pasientforløp - er sentralt i helseføretaket si satsing knytt til kontinuerleg forbetring. Regional metodikk er grunnlag for utarbeiding og implementering. Brukartilfredsheit – kartlegging av brukartilfredsheit gir viktig informasjon i høve til kvalitet på tenestene og i arbeidet med å identifisere forbetningsområde.	• Brukarmedverknad må vere ein integrert del både på systemnivå og i pasientbehandlinga. • Brukarmedverknad i utarbeiding og implementering av pasientforløp. • Utskrivingsprosessen. • Nytte kartlegging av brukartilfredsheit i systematisk forbetningsarbeid.	2018-2022
6.2	Pasientbehandling	Kvalitet – integrert del og må sjåast i samanheng med utvikling av helse-tenestene. Særleg satsing i høve til pasienttryggleik. Behov for å vidareutvikle system og struktur for systematisk kvalitetsarbeid. Læring- og meistring har identifisert følgjande satsingsområde; • Styrke fagområdet opplæring av pasientar og pårørnde.	• Kontinuerleg forbetring som hovudstrategi. • Implementere tiltak iht pasienttryggleikssatsinga 24/7. • Rette inn tiltak for å vidareutvikle system og struktur for systematisk kvalitetsarbeid. • Styrke fagområdet: ○ Integrere opplæring i standardiserte pasientforløp. ○ Tilby opplæring som krev spesialisert kompetanse ved behov. ○ Sikre rett bruk av kodeverk.	2018-2022

		• Styrke helsepedagogisk kompetanse blant helsepersonell. • Arbeide kunnskapsbasert og bruke teknologi som gjer opplærings-tilbod meir tilgjengeleg. • Styrke samarbeidet med brukar-organisasjonane, kommunane og andre relevante aktørar.	• Styrke helsepedagogisk kompetanse: ○ Kompetanse-hevande tiltak for tilsette. ○ Innarbeide opplæring for pasientar og pårørande i LIS-utdanning. ○ Opplæring må inngå i praksisperiodane. • Arbeide kunnskapsbasert og bruke teknologi: ○ Systematisk evaluering av opplæringstiltak. ○ Ta i bruk og formidle ny forskning for utvikling. ○ Samarbeid mellom klinikarar, brukarrepresen-tantar og andre om utvikling og innovasjon. ○ Utvikle og ta i bruk e-verkty. • Styrke samarbeidet med brukarorg., kommunane og andre: ○ Systematisk samarbeid med brukarorg. , og brukarutval. ○ Utvikle eksisterande samhandlings-nettverk. ○ Auke samarbeid med utdannings-institusjonar.	
--	--	---	--	--

6.3	Oppgåvedeling og samhandling	Innan HMR – viser til tidlegfaseplanlegging av SNR og tilråding i høve til oppgåve- og funksjonsdeling ,og vedtak i konseptfasen Med andre HF – Både uformelle og formelle samarbeidsformer mellom HF innan HMN. Behov og føringar vedr. styrking av formelle samarbeidsformer. Med private – avtalar vert inngåtte av HMN. Dei private aktørane står fritt til å etablere tilbod. Behov for tettare samarbeid mellom HF, HMN og private aktørar for å sikre at etableringane er i samsvar med behova.	• Vidare arbeid med å utgreie tilrådingane og konkretisere oppgåve – og funksjonsdelinga. • Vidareutvikle samarbeidet mellom HMR og dei andre HF’a innan regionen. Må konkretiserast i vidare prosessar mellom aktørane. • Styrke samarbeidet mellom HF, HMN og private aktørar.	2018-2022
6.4	Organisering og leing	HMR har etablert tverrgående klinikkstruktur for å leggje til rette for kunnskapsdeling, standardisering og einsretting av tilbod. Mål; pasienttryggleik og likeverdige tilbod. HMR har framleis sær mange einingar fordelte over eit geografisk område som utfordrar leiarambisjonen.	• Vidareutvikle og breidde pilotprosjektet for stadleg leing til alle sjukehusa. • Vidareutvikle program for leiaroppfølging. • Vidareutvikle leiinga sin gjennomgang (LG). • Vidareutvikle styringssystemet HMR med nær integrasjon i høve til organisering og leing.	2018-2022
6.5	Bemanning og kompetanse	Rett pasientbehandling må sikrast med tilsette som har relevant utdanning og god kompetanse. Det er behov for å rette merksemd mot utdanning av personell som kan utvikle HMR sine visjonar og verdiar. Dette må inngå som del av den daglege drifta for å sikre rekruttering, utvikle og behalde fagpersonell. Dei menneskelege	• Utdanning: ○ Planlegge og rekruttere ○ Samhandling ○ Utvikle og halde på kompetanse • Kompetanse: ○ Leiaransvar. ○ Kompetanse og organisasjons-	

		ressursane er den viktigaste innsatsfaktoren. Kvalitet og omstillingsevne er avhengig av god leiing og medarbeidaren sin kompetanse. HMR må vere ein attraktiv arbeidsgivar for å rekruttere, utvikle og behalde medarbeidarar og team. Behov for å utvikle HMR som lærande organisasjon, slik at verksemda setjast i stand til å meistre daglege utfordringar og etablere ny praksis når det er nødvendig.	utvikling. ○ Kvalitet i utdanning og intern opplæring. ○ Brukarane sin kompetanse. ○ Kompetanse og verksemds-planlegging. ○ Samhandling og kompetanse-utvikling om kronisk sjuke.	
6.6	Forsking og innovasjon	Forsking er eit viktig verkemiddel for å gi befolkninga gode helsetenester. Det er behov for å rekruttere til forsking og stimulere til robuste fagmiljø og internasjonalt konkurransedyktige forskingsgrupper. Samarbeid med andre er viktig for å skape meir og betre forsking. Innovasjon som sentral drivar for å utvikle framtidsretta pasientbehandling. Behov for å utvikle ein innovasjonskultur. Innovasjonsprosjekt skal styrke spesialist-helsetenesta, men også i eit samhandlingsperspektiv ut mot kommunane.	• Forsking: ○ Forskingskultur. ○ Forsking av høg kvalitet. ○ Forskingsgrupper. ○ Samarbeid. ○ Brukarmedverknad. ○ Ressursar. • Innovasjon: ○ Kroniske og multisjuke. ○ Simulering. ○ Helseplattformen. ○ Effektiv ressursbruk.	

6.7	Økonomi	Viser til skildring kap 2.7	Utviklingsplanen skal verke saman med økonomisk langtidsplan som skal justerast årleg. Langsiktige satsingar som krev investeringar, vil innarbeidast og prioriterast i høve til økonomisk langtidsplan og bygningsmessig utviklingsplan. For alle satsingsområde må det følgjast av ei økonomisk konsekvensutgreiing, for å sikre økonomisk bæreevne.	
6.8	Teknologi	Teknologi er ein svært viktig drivar for å utvikle framtidsretta pasientbehandling og god ressursbruk. Det vert viktig å tilpasse verksemda og tilføre kunnskap for å innføre Helseplattformen. Nytt laboratoriesystem, vidareføring av nytt logistikk og økonomisystem og SNR er viktige arenaer for teknologisk utvikling. Behov for strategisk planlegging for utskifting av MTU. Behov for plattformlikheit og standardisering. For å sikre likeverd, må nivå av teknisk utstyr vere likt. Behov for å optimalisere arbeidsprosessar og tilpassa integrerte It-løysingar. Behov for å utvikle system for avgjerdsstøtte i kliniske system. Strukturert pasientinformasjon som koplast opp mot	Konkrete tiltak må sjåast i samanheng med dei andre satsingsområda. I høve til identifiserte behov knytt til teknologiutvikling, er det behov for å konkretisere desse med mål, tiltak, organisering i vidare arbeidsprosessar.	

		evidensbasert kunnskap og verksemdsinterne prosedyrar. Det er behov for sanntidsmålingar for evaluering og avgjerdsstøtte.		
6.9	Føretaksperspektivet – Prioriterte innsatsområder			
6.9.1	Pediatri	Styret si vurdering av tilbodet i oktober 2017 vil vere førande.	Styret si vurdering av tilbodet i oktober 2017 vil vere førande.	2018-2022
6.9.2	Kirurgi	Det er behov for å planlegge det kirurgiske tilbodet generelt i HMR og det må sjåast i nær samanheng med akuttberedskap. Det skal vere eit godt fagleg tilbod ved Volda sjukehus. Ein ønskjer å utvikle det kirurgiske tilbodet gjennom metodisk arbeid.	• Sette i gang metodisk arbeid for å utvikle akuttkirurgi og traume-behandling. • Starte arbeidet med å samle brystkreftkirurgi og karkirurgi.	Frå hausten 2017
6.9.3	Operasjonsrobot	Aktuelt for Klinikk for kirurgi og Klinikk for kvinner, barn og ungdom. Viktig for å kunne rekruttere og for at HMR kan oppretthalde tilbod. Arbeidsgruppe vil utgreie om det bør etablerast.	• Etablere arbeidsgruppe for å utgreie tilbod om operasjonsrobot.	Oppstart 2018
6.9.4	PET	Området er peika ut som eit prioritert utviklingsområde. Arbeidsgruppa er etablert for å utgreie problemstillinga.	Tilråding vert gjort i etterkant av ferdig rapport frå arbeidsgruppa.	Desember 2017, vidare tidsplan vert avklart
6.9.5	PCI	Området er peika ut som eit prioritert utviklingsområde. Hovudvekt på fagleg innhald i tilbod til pasientgruppa.	• Etablere arbeidsgruppa som skal utgreie PCI ved Helse Møre og Romsdal HF.	Oppstart 2018
6.9.6	Avtalespesialistar	Området er peika ut som eit prioritert utviklingsområde. Rapport frå arbeidsgruppa og tilrådingar viser til behov for å auke talet avtalespesialistar.	Tilrådingane frå arbeidsgruppa vert sett som rådgevingande. Nye etableringar må drøftast i eigne prosessar.	Vidare konkretisering frå 2018

6.9.6.1	Sunndal DMS	Desentralisering av tenestetilbud vart avgrensa til å gjelde Sunndal DMS. Arbeidsgruppa tilrår ; 1. Avvikle dagens tilbud med ortoped og røntgen. 2. Avvikle dagens tilbud med blodtapping. 3. Arbeidsgruppe for å greie ut nye tilbud ved Sunndal DMS.	• Avvikle dagens tilbud med ortoped • Avvikle dagens tilbud med røntgen. • Avvikle dagens tilbud med blodtapping. • Etablere arbeidsgruppe for å greie ut nye tilbud ved Sunndal DMS.	2017 - 2018
6.9.7	Bygningsmessig utviklingsplan	Den bygningsmessige utviklingsplanen skal støtte utviklinga som vert skissert i den overordna utviklingsplanen, og vert ferdigstilt for styrebehandling i samband med utviklingsplanen.	Konkrete tiltak vert avklart i vidare prosessar, etter styrebehandling i HMR februar 2018.	2018-2022
6.10	Klinikkperspektivet			
6.10.1	Klinikk for psykisk helsevern og rus	• Pasientflyt. • Kapasitet. • Finansiering. • Kompetanse-utvikling. • Forsking/fag-utvikling. • Kvalitetssikring av data.	Pasientflyt: ○ Utvikle og implementere pakkeforløp/standardiserte forløp. ○ Samle sikkerhets-psykiatri på Sunnmøre. ○ Bruk av tvang i psykisk helsevern, deriblant DPS sin funksjon iht tvang. ○ Innfasing psykisk helse og rus i nytt sykehus SNR. Kapasitet: ○ Gjennomgang av tenestene; ○ dimensjonering, ○ kapasitet. ○ overganger mellom nivå. ○ Avklare tal senger i lukka seksjonar. ○ Vurdere å slå saman	2018-2022

			Vegsund og Sjøholt DPS. ○ Vidareutvikle poliklinisk /ambulant tilbud, med utstrakt fokus på samhandling internt og med kommunane. Finansiering: ○ Drift innan tildelt ramme. ○ Tilpasse drift til behovsstyrt finansiering TSB. Kompetanse: ○ Utdanne, rekruttere og behalde spesialistar. ○ Sikre høg og rett kompetanse. Forskning/fag-utvikling: ○ Stimulere til forskning i samarbeid med NTNU og høgskoler. ○ Fagnettverk Kvalitetssikring av data: ○ God og rett registrering av kvalitetsindikatorar og styringsparameter. ○ Tilgjengeleg styringsinfo for leiarar. Satsingsområda vert vidare konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida i klinikken sin verksemdsplan.	
--	--	--	--	--

6.10.2	Klinikk for diagnostikk	Klinikken har følgjande satsingsområde: • Kompetanse og rekruttering. • Oppfølging av vedtak idfase SNR. • MTU/ ny teknologi. • Kvalitetssikring. • IKT. • Oppretting av nye tenestetilbod HMR (PET, PCI).	Kompetanse og rekruttering: ○ Rekruttere, utdanne og behalde legespesialistar. ○ Behalde radiografar, bioingeniørar, molekylærbiologar med spesial- kompetanse. Oppfølging av vedtak SNR: ○ Samle brystkreftkirurgi i Ålesund. ○ Samle nukleær-medisin i Ålesund. ○ Samle patologi til Ålesund. ○ Samle bildeveileda intervensjon/kar-kirurgi til Ålesund (2017-2018). IKT: ○ HMN Lab ○ IHR ○ Digital patologi Satsingsområda vert vidare konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida desse i klinikken sin verksemdsplan.	2018-2022
6.10.3	Klinikk for medisin og rehabilitering	Klinikken har følgjande Satsingsområde; • Ambulante tenester. • Utvikling av samhandlings-prosjekt med utvikling av desentraliserte tenester , og overføring av tenester og kompetanse. • Styrking av kapasitet. • Implementering	• Starte opp eit arbeid for å vurdere dei ulike delane av styrevedtaket iht spes. Rehabilitering (2018). Satsingsområda elles vert vidare konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida i klinikken sin verksemdsplan.	2018-2022

		av dokumentert ny organisering av tverrfaglege tenester som ortogeriatrī. • Samhandling og vidareføring/utvikling av samhandlingsprosjekt. • Organisasjonsutvikling. • Oppretting av nye teneste-tilbod HMR/Klinikken (PET, PCI, Ortogeriatrī, vaktordning nefrologi og kardiologi (Ålesund). • Oppfølging vedtak for spes. Rehabilitering.		
6.10.4	Klinikk for akuttbehandling	Klinikken har følgjande satsingsområde: • Utvikling av prehospitale tenester. • Kvalitetsarbeid. • Intensivmedisin. • Akuttmottak/obspost. • Sterilforsyning. • Operasjonsstue. • Smertetilbod. • Rekruttering.	• Sette i gang metodisk arbeid for å utvikle akuttkirurgi og traumebehandling. Konkretisering av satsingsområde elles i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Innarbeide desse i klinikken sin verksemdsplan.	2018-2022

6.10.5	Klinikk for kirurgi	Klinikken har følgende satsingsområde: • Sikre kapasitet og kapasitets-utnyttning til å behandle dei som treng det. • Pasient-perspektiv og Samfunns-oppdag. • Fagleg samarbeid internt i føretaket og med St. Olavs. • Kompetanse og rekruttering – utdanne og behalde legespesialister. • Utdanning av LIS. • Likeverdig tilbod med same kvalitet. • Ressurs-utnyttning og kostnads-kontroll. • Ventetid. • Oppdatert utstyrspark.	• Sette i gang metodisk arbeid for å utvikle akuttkirurgi og traume-behandling. • Starte arbeid med å samle brystkreftkirurgi og karkirurgi Konkretisering av satsingsområde elles i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Innarbeide desse i klinikken sin verksemdsplan.	2018-2022
6.10.6	Klinikk for kvinner, barn og ungdom	Klinikken har følgende satsingsområde; • Utvikle og forbetre det pediatriske tilbodet. • Sikre heilskapleg, likeverdig og god løysing for drifta i SNR Hjelset og DMS Kristiansund. • Sikre ein varig og robust nyfødt intensiv i HMR, som behandlar nyfødde frå svangerskapsveke 26+0 i Møre og Romsdal. • Sikre nok legeressursar.	Dimensjonere pediatri-tilbodet i høve til styrevedtak. Konkretisering av satsingsområde elles i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Innarbeide desse i klinikken sin verksemdsplan.	2018-2022

		• Betre tilrettelagt bygningsmasse. • Regionalt senter for intensiv habilitering av barn og ungdom med multifunksjonshemming (tent. 2019). • Sikre ein varig og robust kvinneklinikk (høgaste fødeinstitusjonsnivå) i HMR. • Fysisk slå saman føde- og barselsavdelingane i Kristiansund og Molde, seinast i 2019. • Delta i utgreiing og etablering av robotkirurgi. • Utvikle kompetanse og kapasitet ved sengeposten i psykisk helsevern for barn og unge. • Fysisk slå saman familieeininga og akutteininga, for å sikre eit meir samanhengande tilbod for dei mest alvorleg sjuke pasientane og familiane. • Sikre rekruttering og stabilisering av diagnoseansvarleg personale (legar og psykologar) i psykisk helsevern for barn og unge.	
--	--	---	--

6.11	Samhandling med kommunar og fastlegar	Det er behov for å utvikle samarbeidet slik at pasientane opplever ei koordinert helseteneste. Kommunikasjon må støttast av felles elektroniske verkty. Samhandlingsavtalen må vidareutviklast for å gi gode rammer for samhandlingsarbeidet. Det er behov for å etablere fast møtearena mellom kommuneoverlegar og spesialistane. Vidareutvikle modellar for ambulant verksemd. HMR kan ikkje dimensjonera med tanke på utskrivingssklare pasientar.	• Implementere utarbeida prosedyrar for elektronisk kommunikasjon på tvers av nivå. • Brukarperspektivet skal vere ein integrert del i utforming av pasientforløp. • Vidareutvikle samhandlings-avtalen med mål om meir konkretisering/avklare ansvarshøve i innbyrdes prosessar. • Etablere møtearena mellom kommuneoverlegar og spesialistane i HMR • Klinikkvis undersøking av kva for oppgåver som kan overførast til kommunane. Dette må avklarast i nær dialog med kommunane. • Breidde erfaringar frå kommune knytte til mottak av utskrivingssklare pasientar.	2018-2022
6.12	Samhandlingsperspektivet			
6.12.1	Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling	Arbeidsgruppa har følgjande satsingsområde: • Likeverdig behandling uavhengig av kommune. • Oppgåveoverføringa frå specialisthelsetenesta til kommunane. • Pasientar med samansette psykiske- og rusrelaterte lidningar. • Helsefremjande og førebyggjande tiltak.	Viser til konkretisering i rapport vedlegg 4. Konkretisering av satsingsområde i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar mellom kommunane og føretaket	2018-2022

6.12.2	Barn og unge	Arbeidsgruppa har følgjande satsingsområde: • God kvalitet på samhandling mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta for barn og ungdom. - Etablering av læringsnettverk med representasjon frå kommunar frå Sunnmøre, Romsdal, Nordmøre med fokus på samarbeid/samhandling. - Implementering av «Samordning av hjelpetilbud barn og unge» («Kvalitet i alle ledd») og «Mission Possible». • Behov for eigen samhandlingsavtale med fokus barn og unge mellom kommunane i Møre og Romsdal og HMR. • Etablering av faste møtepunkt på leiarnivå mellom kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta for barn og ungdom	Viser til konkretisering i rapport vedlegg 2. Konkretisering av satsingsområde i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar mellom kommunane og føretaket	2018-2022
6.12.3	Barneblikk	Prosjektgruppa har følgjande satsingsområde: • Tverrfagleg forankring • Geografisk spreining. • Kompetanseheving. • Kommunikasjon. • Ambulant verksemd. • Brukarmedverknad. • Tidleg innsats. • Finansiering.	Viser til konkretisering i rapport vedlegg 3. Konkretisering av satsingsområde i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar mellom kommunane og føretaket	2018-2022

6.12.4	Styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus	Arbeidsgruppa har følgjande satsingsområde: • Forpliktande samarbeid mellom kommunane og HMR konkretisert i samhandlingsavtalen. • Etablere samarbeidsorgan, vurdere opp mot dei fire store legevaktene. • Vurdere samlokalisering av legevakt, ØHD/KAD og ambulansestasjonar. • Kompenserande tiltak for å sikre lokal beredskap. • Differensiere transporttilbodet for hensiktsmessig ressursutnytting. • Langsiktige avtalar med beredskapsferjer og lokalisering av ambulansébåter. • Felles kommunikasjons-verkty.	Viser til konkretisering i rapport vedlegg 5. Konkretisering av satsingsområde i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar mellom kommunane og føretaket.	2018-2022
6.12.5	Nok helsepersonell med rett kompetanse/FIUK	Viser til rapport FIUK. Vert ferdigstilt veke 42.	Konkretisering av satsingsområde i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar mellom kommunane og føretaket.	2018-2022
6.12.6	Framtidsretta pasientforløp for den eldre mulitsjuke	Prosjektgruppa har følgjande satsingsområde: • Utforme systematikk og struktur i oppfølginga av pasientane i målgruppa. • Sikre overgangane mellom tenestenivåa. • Endring av fokus, frå «kva er i vegen med deg», til «kva er viktig for deg»	Viser til konkretisering i rapport vedlegg 6. Konkretisering av satsingsområde i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar mellom kommunane og føretaket	2018-2022

7 Helse Møre og Romsdal – «Frå ord til handling»

For å kunne samlast om eit felles utfordringsbilete og identifisere og prioritere dei viktigaste satsingsområda, har helseføretaket hatt ei prosessuell tilnærming til utviklingsplanarbeidet. Metodikken bygg på helseføretaket sin evne og plikt til å planleggje, gjennomføre, evaluere og korrigere verksemda (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016), der planleggingsfasen vert understøtta av drivarar for legitimerande og kapasitetsbyggande prosesstenking (Amdam, 2011). Involvering og medverknad er ein nøkkelfaktor i dette.

For å sikre legitimitet i avgjerdsgrunnlaget, har føretaket valt å la tverrgåande arbeidsgrupper med representantar som har kunnskap og kjennskap til det aktuelle området, utarbeide løysingsforslag. For å sikre heilskapen, har ein også lagt opp til medverknad frå kommunane, brukarar og tillitsvalte. Helseføretaket vil takke for engasjementet og innsatsen frå dei mange som har bidrege, både internt og eksternt, med å skildre eit bilete av korleis helsetenestene opplevast i dag og peike på moglegheiter for utvikling i framtida. Innspela har gitt eit viktig grunnlag for vurderingane, som er skildra i kapittel 5 og for tiltakslista som er vist i kapittel 6.

Samstundes er det ei kjent utfordring i plansamanheng og prosessarbeid å sikre tilstrekkeleg medverknad for å få fram det reelle utfordringsbilete, behova og semje om vegval, mål og tiltak. Planen vert difor førelagt ei høyring, med ønske om å få tilbakemeldingar og med mål om å justere og kome fram til ein utviklingsplan som har tillit både hos dei interne, eksterne samarbeidsaktørar, men viktigast, hos dei som vi er til for, pasientane. Legitimiteten i utviklingsplanen vil såleis kunne byggast i prosessar vidare, i den grad planen bidreg til ønska endring. Dei mange tiltaka som er skildra, vil ha behov for vidare utgreiing og konkretisering. Det vil vere behov for arbeidsprosessar på både føretaksnivå og klinikknivå, der konkretiseringa vert skildra i eigne delplanar og verksemdsplanar. Når det gjeld andre samarbeidsaktørar og tiltak som krev operasjonalisering på tvers av føretak og forvaltingsnivå, vil det vere behov for vidare dialog i høve til å forankre korleis vi best kan samhandle og fordele oppgåver på ein hensiktsmessig måte. For alle vesentlege endringar⁷², skal det gjennomførast risiko- og moglegheitsanalyser og det må skje med god og gjensidig prosess.

Behov for prioriteringar

Regjeringa la 31. mars 2017 Perspektivmeldinga:

«Norge er godt rustet til å møte fremtiden. Mange deltar i arbeidslivet, og vi har store naturressurser, en kompetent arbeidsstyrke og solide statsfinanser. Velstanden er jevnere fordelt enn i de fleste andre land. Vi som bor her, har i stor grad ressurser og frihet til å styre våre liv etter egne vurderinger og ønsker» (Regjeringen, 2017).

I følgje regjeringa er det viktige utviklingstrekk som vi må forhalde oss til:

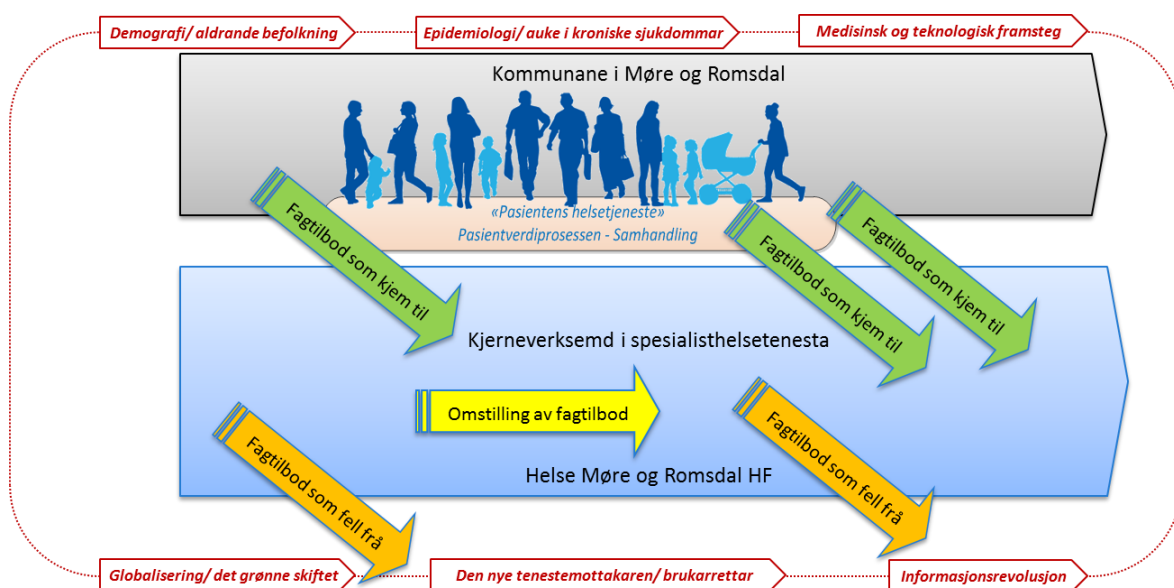
- Oljeprisen har gått ned med 42 % frå 2012 til 2016
- Forventa avkastning frå Oljefondet har gått ned frå 4 % til 3 % frå 2012 til 2016
- Aukande proteksjonisme
- Fleire eldre
- Noreg har hatt ei sterk auke i medikamentinntekter iht. Brutto Nasjonalprodukt

⁷² Vesentleg tyder at endringar har betydning for fleire enn dei som er direkte involvert. Sykehusbygg. (2016): Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

- Etterspurnaden innan petroleumssektoren er venta gå ned i tida framover
- Rattsø utvalet ⁷³ peikar på at arbeidsproduktiviteten i fastlands-Noreg er sterkt redusert det siste tiåret i høve til føregående tiår.
- Velferdssamfunnet skal bære aukande levealder

Befolkningsauke med vekst i eldre og fleire med samansette lidingar, vil føre til ei auke etter helsetenester generelt og eit ytterlegare press på spesialisthelsetenesta, då vi kan behandle fleire med nye behandlingsmetodar, nye medikament og ny teknologi. Nivåoppdeling av helsetenesta med meir spesialisering, har samstundes ført til auka fragmentering. Tilgang på menneskelege ressursar og kompetanse, vert vist til å ikkje samsvare med forventade behov og vi kan ikkje bygge oss ut av utfordringane.

Utviklingsplanen til Helse Møre og Romsdal HF har som føremål å peike ut ei retning og tiltak for å møte utfordringsbilete og det framtidige behovet for helsetenester. Moglegheitene ligg i dei viktigaste innsatsfaktorane; organisering og leing, samhandling og oppgåvedeling, kompetanse, teknologi, innovasjon, utstyr og bygg. Samstundes er det ein føresetnad at vi evnar å tenke, handle og organisere helsetenestene annleis og ta dei naudsynte prioriteringane, med mål om å utvikle eit best mogleg tenestetetilbod og som samtidig gir god samfunnsøkonomi. Når det stadig kjem til nye og ressurskrevjande behandlingsformer, kravet til kompetanse og samarbeid aukar og kravet til tenestene aukar, må ein få til erstatte noko av det som gjev lågare pasientverdi til fordel for tilbod som gjev meir. Prioriteringar mellom medisinske tilbod vil vere ein stadig meir krevjande øving ettersom medisin og teknologi gjev oss stadig større mogelegheiter. Dette er illustrert i figur 7.1.



Figur 7.1 Utviklingsdrivarar skaper behov for endring og omstilling i fagtilboda i Helse Møre og Romsdal

⁷³ Regjeringa oppnemnte i 2014 ein kommisjon som skal kartleggje årsaker til svakare produktivitsvekst og fremme konkrete forslag som kan styrke produktivitet og vekstevne i norsk økonomi. Komiteen leia av Professor Jørn Rattsø. Regjeringen. (2017): Oppnevning av Produktivitetskommisjonen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/oppnevning-av-produktivitetskommisjonen/id750521/> lasta ned 18.10.17.

8 Litteraturliste

- Aftenposten. (2017). Ny behandling på sykehjem fører til kraftig reduksjon i innleggelser på sykehus.
- Amdam, R. (2011). *Planlegging og prosessleing*. Oslo: Samlaget.
- Direktoratet for e-helse. (2016). *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022*.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Pasienterfaringer med medisinske avdelinger i Helse Møre og Romsdal*
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Tilpasset informasjon og opplæring for pasienter med innvandrer -eller minoritetsbakgrunn*.
- Geodata. (2017). *Om oss*.
- Helseatlas. (2017). *Helseatlas*.
- Lov om helseforetak. m.m. (*helseforetaksloven*). (2001).
- Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (*Spesialisthelsetjenesteloven*). (1999).
- Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold*.
- Helsedirektoratet. (2016): *Rapport om et nasjonalt screeningprogram*.
- Helsedirektoratet. (2017). *ACT-team og FACT-team*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2010). *Regional kreftplan 2011-2020*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2011). *Sak 70/11 – Implementering av ny finansieringsmodell*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Mandat for lokal utviklingsplan - 2018-2021 Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2012). *Organisering av avtalespesialister i Midt-Norge 2012*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Regional plan for billeddiagnostikk*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Sak 2015/24 - Langtidsplan og budsjett 2015-2021 Prinsipper og forutsetninger*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Mandat for lokal utviklingsplan Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Sak 2016/53- Vedlegg drøftingsprotokoll*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2016). *Strategi 2030*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Framskrivning og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Sak 2017/53 - Revidert nasjonal traumeplan - traumesystem i Norge*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Utviklingsplan teknologi*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2009): *Etablering av DMS Sunndal – Intermediærtilbud i Kristiansund og Molde*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2011). *Styresak 2011/48. Oppfølging av føretaksprotokollen av 30. juni 2011*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2012). *Styresak 2012/99 - Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2012). *Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF- 2030*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2014). *Idefaserapport SNR - HMR HF*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2015). *Samhandlingsavtale mellom kommunane i Møre og Romsdal og Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2016). *Styresak 2016/05*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2016). *Styresak 2016/46 - Styringssystem for Helse Møre og Romsdal HF*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2016). *2016/76 - Tilråding konseptval sjukehuset Nordmøre og Romsdal SNR*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2016). *Sak 2016/47 - Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Orienteringssaker*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Pediatritilbudet i Helse Møre og Romsdal. Rapport fra pediatrigruppen*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Rapport Barneblikk*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Rapport Barn og unge*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Rapport Desentralisering av tenestetilbud inklusive avtalespesialistar*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Rapport FIUK. Forsking, Innovasjon, Utdanning og Kompetanse*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Rapport framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient*.
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Rapport prioritere psykisk helsevern og rusbehandling*.

- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Rapport styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Styresak 2017/05 - Utviklingsplan akutt kirurgi HMR 2018-21.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Styresak 2017/45 - Status for psykisk helsevern barn og unge og tiltak for å innføre styringskrava i 2017.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Styringskrav og rammer Helse Møre og Romsdal HF.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.*
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2015). *Akuttmedisinforskriften.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet.*
- Helse - og omsorgsdepartementet. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Oppdragsdokument.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *Meld. St.11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019).*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Nytt screeningprogram for tarmkreft.*
- HelseOmsorg21. (2014). *Et kunnskapssystem for bedre folkehelse.*
- NOU (2005: 1) *God forskning – bedre helse* (s, 23).
- Pasienttryggleiksprogrammet. (2010). *I trygge hender 24-7.*
- Regjeringen. (2017). *Oppnevning av Produktivitetskommisjonen.*
- Regjeringen. (2017). *Perspektivmeldingen.*
- Semco,. Nordic,. (2017). *Rapport Bygningsmessig utviklingsplan for virksomhetene i Helse Møre og Romsdal eksklusiv SNR.*
- Stenberg, U. (2017). *Hvorfor er det viktig med lærings- og mestringstilbud.* wordpress.
- Sykehusbygg HF. (2016). *Veileder for arbeidet med utviklingsplaner.*
- Sykepleien. (2016). *Gode tider for helsevikarer.*