



# Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF

-i planperioden 2019-2022;  
og framtidsutsikter mot 2035

## Forord

I åra som kjem står vi overfor store samfunnsendringar som også påverkar helsetenestene. Vi blir fleire, vi blir eldre og kvar vi ønskjer å bu er også i gradvis endring. Nokre sjukdomar vil vekse i omfang, medan andre vil vi sjå mindre av. Fleire av oss vil leve lenger med kroniske sjukdommar, og som pasient vil vi ha auka krav til oppfølging og til å vere med på avgjerda kring eiga behandling. Resultatet er at presset på helsetenestene aukar, og det å halde fram som i dag er ikkje eit berekraftig alternativ. For å vere budd på framtida, må vi ha ei plan for korleis vi kan løyse utfordringane med dei viktigaste verkemidla vi har - kompetanse, organisering, nye arbeidsformer og teknologi m.fl.

Utviklingsplanen er eit resultat av bidrag frå mange av våre samarbeidspartnarar. Både kommunar, brukarar, leiarar, tillitsvalde og tilsette har delteke på ulike møtearenaer og vore med i arbeidsgrupper internt og eksternt. I samspel med dei tilsette har vi fått auka medverknad og verdifulle innspel til planen, og den offentlege høyringa har gitt mange nyttige tilbakemeldingar. Sjølv med ulike ståstadar, så trur eg vi deler same mål; å skape pasienten si helseteneste.

For å lykkast må vi løyse utfordringane saman!



Espen Remme, adm. dir.

## Innhold

<b>SAMANDRAG</b> .....	<b>9</b>
<b>1 BAKGRUNN OG HISTORIKK</b> .....	<b>20</b>
<b>1.1 Historikk for helseføretaket</b> .....	<b>20</b>
<b>1.2 Visjon og verdigrunnlag</b> .....	<b>21</b>
<b>1.3 Gjennomføring av utviklingsplanarbeidet</b> .....	<b>21</b>
1.3.1 Mandat .....	21
1.3.2 Kvalitetssikring.....	22
1.3.3 Dei tre perspektiva .....	23
1.3.4 Særskilt om bygningsmessig utviklingsplan.....	25
1.3.5 Interessentar .....	26
1.3.6 Medverknad og aktivitetar .....	27
1.3.7 Høyringsprosessen.....	28
1.3.8 ROS- vurdering av Utviklingsplan HMR 2019-2022 (2035) .....	29
<b>2 NO-SITUASJON</b> .....	<b>30</b>
<b>2.1 Ei helseteneste for pasienten- brukertilfredsheit</b> .....	<b>30</b>
2.1.1 Pasientforløp .....	30
2.1.2 Brukartilfredsheit.....	30
<b>2.2 Pasientbehandling - fagleg prioritering, pasienttryggleik, kvalitet og pasientopplæring</b> .....	<b>31</b>
2.2.1 Forbruksmønster og pasientstraumar .....	31
2.2.2 Pasientstraumar, somatikk .....	34
2.2.3 Pasientstraumar psykisk helsevern og rusbehandling.....	35
2.2.4 Kvalitet og pasienttryggleik .....	39
2.2.5 Pasientopplæring.....	40
<b>2.3 Oppgåvedeling og samhandling</b> .....	<b>42</b>
2.3.1 Innan Helse Møre og Romsdal HF .....	42
2.3.2 Med andre helseføretak .....	44
2.3.3 Med private .....	45
2.3.4 Med utdanningssektoren .....	45
2.3.5 Med kommunar og fastlegar .....	45
<b>2.4 Organisering og leiing</b> .....	<b>49</b>
2.4.1 Ny organisasjonsmodell.....	49
2.4.2 Leiing.....	50
2.4.3 Medarbeiderundersøking om leiing og arbeidsmiljø .....	51
<b>2.5 Bemanning og kompetanse</b> .....	<b>52</b>
2.5.1 Innspel frå klinikkane på temaet bemanning og kompetanse.....	53
<b>2.6 Forsking og innovasjon</b> .....	<b>55</b>

2.6.1	Forskning .....	55
2.6.2	Innovasjon .....	56
<b>2.7</b>	<b>Økonomi.....</b>	<b>56</b>
2.7.1	SNR .....	56
2.7.2	Effektivisering .....	57
2.7.3	Investeringar .....	57
<b>2.8</b>	<b>Teknologi.....</b>	<b>59</b>
2.8.1	Utviklingsplanen i eit IKT-perspektiv .....	61
2.8.2	Medisinsk koding .....	62
<b>2.9</b>	<b>Situasjonsbilete for prioriterte innsatsområde i føretaksperspektivet.....</b>	<b>63</b>
2.9.1	Pediatri .....	63
2.9.2	Kirurgi Volda .....	63
2.9.3	Operasjonsrobot.....	63
2.9.4	PET .....	64
2.9.5	PCI.....	64
2.9.6	Desentralisering av tenestetilbod inklusiv avtalespesialistar .....	64
2.9.7	Bygningsmessig utviklingsplan .....	68
<b>2.10</b>	<b>Situasjonsbilete klinikkperspektivet .....</b>	<b>75</b>
2.10.1	Klinikk for psykisk helse og rus .....	75
2.10.2	Klinikk for diagnostikk .....	77
2.10.3	Klinikk for medisin og rehabilitering .....	80
2.10.4	Klinikk for akuttbehandling .....	82
2.10.5	Klinikk for kirurgi .....	83
2.10.6	Klinikk for kvinner, barn og ungdom .....	88
<b>2.11</b>	<b>Prioriterte innsatsområde i Samhandlingsperspektivet .....</b>	<b>90</b>
2.11.1	Psykisk helsevern og rusbehandling.....	90
2.11.2	Barn og unge .....	90
2.11.3	Barneblikk.....	90
2.11.4	Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus .....	91
2.11.5	Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient.....	91
2.11.6	Nok helsepersonell med rett kompetanse (FIUK) .....	91
<b>3</b>	<b>OVERORDNA STRATEGIAR OG FØRINGAR.....</b>	<b>92</b>
<b>3.1</b>	<b>Nasjonale føringar .....</b>	<b>92</b>
3.1.1	Nasjonal helse- og sjukehusplan.....	92
<b>3.2</b>	<b>Regionale føringar .....</b>	<b>92</b>
3.2.1	Strategi 2030 .....	92
3.2.2	Styringskrav og rammer.....	93
3.2.3	Andre planar .....	93
<b>3.3</b>	<b>Særskilde føringar i mandatet for utviklingsplan for HMR .....</b>	<b>96</b>
3.3.1	Akuttkirurgisk beredskap.....	96
3.3.2	Andre spesifikke føringar til Helse Møre og Romsdal HF .....	96

<b>3.4</b>	<b>Helse Møre og Romsdal HF sin veg mot «Pasientens helseteneste» .....</b>	<b>97</b>
<b>4</b>	<b>UTVIKLINGSTREKK.....</b>	<b>99</b>
<b>4.1</b>	<b>Demografi og sjukdomsutvikling.....</b>	<b>101</b>
4.1.1	Aktivitet i somatisk sektor .....	101
4.1.2	Aktivitet i psykisk helsevern og rusbehandling.....	105
<b>4.2</b>	<b>Endringsfaktorar .....</b>	<b>108</b>
4.2.1	Organisering og leiing .....	108
4.2.2	Samhandling og oppgåvedeling.....	108
4.2.3	Kompetanse.....	108
4.2.4	Teknologi og utstyr .....	109
4.2.5	Bygg .....	111
4.2.6	Endringsfaktorar brukt i Sykehusbyggmodellen .....	112
<b>4.3</b>	<b>Kapasitetsbehov .....</b>	<b>112</b>
4.3.1	Kapasitetsutrekning.....	112
4.3.2	Dagbehandling og poliklinikk.....	114
4.3.3	Kirurgisk verksemd .....	115
4.3.4	Bilettdiagnostikk .....	116
4.3.5	Psykisk helsevern for vaksne .....	117
4.3.6	Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB).....	117
4.3.7	Psykisk helsevern for barn og unge .....	118
<b>5</b>	<b>ANALYSE OG VEGVAL.....</b>	<b>120</b>
<b>5.1</b>	<b>Alternative vegval for helseføretaket .....</b>	<b>120</b>
5.1.1	Pasientforløp og brukartilfredsheit .....	120
5.1.2	Pasientbehandling, fagleg prioritering, pasienttryggleik, kvalitet og pasientopplæring .....	120
5.1.3	Oppgåvedeling og samhandling .....	120
5.1.4	Med andre helseføretak .....	131
5.1.5	Med private .....	131
5.1.6	Med kommunar og fastlegar .....	132
5.1.7	Med utdanningssektoren .....	134
<b>5.2</b>	<b>Organisering og leiing .....</b>	<b>135</b>
5.2.1	Bemanning og kompetanse .....	136
5.2.2	Forsking og innovasjon .....	137
5.2.3	Økonomi .....	137
5.2.4	Teknologi .....	138
5.2.5	Bygg .....	138
<b>5.3</b>	<b>Risiko- og moglegeheitsanalysar .....</b>	<b>139</b>
5.3.1	Risikovurdering pediatri .....	139
5.3.2	Risikovurdering Utviklingsplan HMR .....	140
<b>5.4</b>	<b>Kriterium for val .....</b>	<b>142</b>
<b>5.5</b>	<b>Valt hovudløyising .....</b>	<b>142</b>

<b>6</b>	<b>MÅLBILETE, TILTAK OG ORGANISERING FOR EI HELSETENESTE FOR PASIENTEN</b> .....	<b>148</b>
<b>7</b>	<b>HELSE MØRE OG ROMSDAL HF – VEGEN VIDARE</b> .....	<b>168</b>
<b>8</b>	<b>REFERANSAR</b> .....	<b>170</b>

FIGUR 0.1 KONTEKSTMODELL FOR HELSE MØRE OG ROMSDAL HF .....	13
FIGUR 1.1 KONTEKSTMODELL FOR HELSE MØRE OG ROMSDAL HF .....	21
FIGUR 1.2: SAMANHENGEN MELLOM UTVIKLINGSPLAN, OVERORDNA STRATEGIAR OG FØRINGAR, ØKONOMIPLANAR OG INNSATSFAKTORAR (SYKEHUSBYGG HF, 2016) .....	22
FIGUR 1.3: TIDSLINJE FOR ARBEIDET MED UTVIKLINGSPLANEN.....	24
FIGUR 1.4: INTERESSENTAR I ARBEIDET MED HMR SIN UTVIKLINGSPLAN .....	27
FIGUR 2.1 DØGNOPPHALD PR. 1000 INNBYGGJAR .....	33
FIGUR 2.2 LIGGEDØGN PR. 1000 INNBYGGJAR .....	33
FIGUR 2.3 ORGANISASJONSKART HELSE MØRE OG ROMSDAL HF .....	50
FIGUR 2.4 SYSTEMPERSPEKTIV PÅ PASIENTENS HELSETENESTE – LEIINGA SIN GJENNOMGANG .....	51
FIGUR 2.5 RESULTAT FRÅ AMUS 2016, TILSVARANDE RESULTAT FRÅ 2014 OG RESULTAT FRÅ REFERANSEGRUPPA .....	52
FIGUR 2.6 VISER HOVUDSTRAUMAR AV PASIENTAR INN TIL SJUKEHUSET BASERT PÅ 2016-TAL:.....	70
FIGUR 2.7 PASIENTFLYT VOLDA. VISER HOVUDSTRAUMAR AV PASIENTAR INN TIL SJUKEHUSET BASERT PÅ 2016- TAL:.....	71
FIGUR 2.8 STADER DER HMR HAR VERKSEMD I EIGNE BYGG. ....	72
FIGUR 2.9 TILSTANDSGRADER FORDELT PÅ OVERORDNA LOKASJONAR (KILDE MULTICONSULT 2017).....	74
FIGUR 2.10 ORGANISASJONSKART KLINIKK FOR PSYKISK HELSE OG RUS .....	75
FIGUR 2.11 ORGANISASJONSKART FOR KLINIKK FOR DIAGNOSTIKK .....	78
FIGUR 2.12 ORGANISASJONSKART KLINIKK FOR MEDISIN OG REHABILITERING .....	80
FIGUR 2.13 ORGANISASJONSKART FOR KLINIKK FOR AKUTTBEHANDLING .....	82
FIGUR 2.14 ORGANISASJONSKART FOR KLINIKK FOR KIRURGI .....	84
FIGUR 2.15 ORGANISASJONSKART FOR KLINIKK FOR KVINNER, BARN OG UNGDOM .....	88
FIGUR 3.1 VERDI- OG SANNSYNLIGHEITSVURDERING AV IDENTIFISERTE TILTAK I REGIONAL PLAN FOR BILETDIAGNOSTIKK (HELSE MIDT-NORGE, 2015) .....	95
FIGUR 3.2 KONTEKSTMODELL FOR HELSE MØRE OG ROMSDAL HF .....	98
FIGUR 4.1 TILSTANDSGRADER FORDELTE PÅ OVERORDNA LOKALISERINGAR (FRÅ MULTICONSULT RAPPORTEN, 2017) .....	111
FIGUR 4.2 GJENNOMSNIITTELEG LIGGETID VED IKKJE-UNIVERSITETSSJUKEHUS I NOREG.....	114
FIGUR 5.1 KONTEKSTMODELL HELSE MØRE OG ROMSDAL HF.....	140
FIGUR 7.1 KONTEKSTMODELL FOR HELSE MØRE OG ROMSDAL HF .....	169

TABELL 1.1 TEMA I FØRETAKSPERSPEKTIVET .....	25
TABELL 1.2 TEMA I SAMHANDLINGSPERSPEKTIVET .....	26
TABELL 2.1 OPPHALD PER 1000 INNBYGGJARAR, DØGNOPPHALD PSYKISK HELSE OG RUS.....	34
TABELL 2.2 PASIENTSTRAUMAR SOMATIKK DØGN 2015.....	34
TABELL 2.3 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD PSYKISK HELSEVERN VAKSNE DØGN, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE.....	36
TABELL 2.4 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD PSYKISK HELSEVERN VAKSNE DAG OG POLIKLINIKK, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE .....	36
TABELL 2.5 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE DØGN, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE.....	37
TABELL 2.6 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE DAG OG POL, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE .....	37
TABELL 2.7 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD TSB DØGN, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE .....	38
TABELL 2.8 AKTIVITET OG DEKKINGSGRAD TSB DAG OG POL, PR. HELSEFØRETAK OG BUSTADOMRÅDE .....	38
TABELL 2.9 LANGTIDSBUDSJETT 2018 - 2023.....	58
TABELL 2.10 UTVIDA LANGTIDSBUDSJETT 2024 - 2033 .....	58
TABELL 2.11 AVTALESPELISALISTAR I MØRE OG ROMSDAL, SOMATIKK OG PSYKIATRI .....	65
TABELL 2.12 AVTALESPELISALISTAR I HELSE MØRE OG ROMSDAL HF, PSYKOLOGAR .....	65
TABELL 2.13 AKTIVITETSTAL SPESIALISTKONSULTASJONAR SOMATIKK, 2016 .....	66
TABELL 2.14 AKTIVITETSTAL SPESIALISTKONSULTASJONAR PSYKIATER/PSYKOLOG, 2016.....	66
TABELL 2.15 TILBOD OG AKTIVITET MED SUNNDAL DMS I 2016.....	67
TABELL 2.16 FRITTSTÅANDE BYGG I ÅLESUND - SOMATIKK.....	69
TABELL 2.17 FRITTSTÅANDE BYGG I ÅLESUND.....	69
TABELL 2.18 ÅLESUND SJUKEHUSPSYKIATRI AREAL.....	70
TABELL 2.19 BYGG I VOLDA SOMATIKK.....	71
TABELL 2.20 VERKSEMD PÅ ANDRE ADRESSER .....	72
TABELL 4.1 BEFOLKNINGSUTVIKLING HELSE MØRE OG ROMSDAL HF SITT BUSTADOMRÅDE.....	101
TABELL 4.2 FRAMSKRIVING AV AKTIVITET DØGN, DAG OG POLIKLINIKK HELSE MIDT-NORGE RHF.....	102
TABELL 4.3 FRAMSKRIVING POLIKLINISK AKTIVITET MED UNDERGRUPPER, PR HF OG SAMLA FOR HMN .....	103
TABELL 4.4 FRAMSKRIVING KIRURGI, DAG- OG DØGNOPPHALD.....	104
TABELL 4.5 BILETDIAGNOSTIKK HELSE MØRE OG ROMSDAL HF, 2016 TIL 2022 OG 2035 .....	104
TABELL 4.6 AKTIVITET PSYKISK HELSEVERN VAKSNE, 2015 TIL 2022 OG 2035 .....	105
TABELL 4.7 FRAMSKRIVING AKTIVITET TSB HELSE MIDT-NORGE RHF, 2015 TIL 2022 OG 2035.....	106
TABELL 4.8 FRAMSKRIVING AV AKTIVITET PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE, HELSE MIDT-NORGE RHF.....	107
TABELL 4.9 KAPASITETSBEHOV SENGER HELSE MIDT-NORGE RHF 2022 OG 2035.....	113
TABELL 4.10 KAPASITETSBEHOV FOR UTVALDE ROM I POLIKLINIKK 2022 OG 2035, HMN RHF.....	115
TABELL 4.11 FRAMSKRIVE KAPASITETSBEHOV OPERASJONSSTOVER I 2022 OG 2035, HMN RHF .....	116
TABELL 4.12 KAPASITETSUTREKNING BILETDIAGNOSTIKK, AKTIVITETSTAL FRÅ 2016, HMN RHF .....	116
TABELL 4.13 KAPASITETSBEHOV PSYKISK HELSEVERN VAKSNE 2015 TIL 2022 OG 2035 .....	117
TABELL 4.14 KAPASITETSUTREKNING TSB, HMN RHF .....	117
TABELL 4.15 KAPASITETSUTREKNING PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE.....	118

Vedlegg (ikkje trykte):

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 – Framskrivning og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 HMN RHF](#)
- Vedlegg 08 – [Rapport – FIUK-plan 2018-2022](#)
- Vedlegg 09 – [Rapport – Bygningsmessig utviklingsplan HMR](#)
- Vedlegg 10 – [Rapport – ROS-analyse utviklingsplan HMR](#)
- Vedlegg 11 – [Rapport – ROS-analyse val av modellar pediatri i HMR](#)
- Vedlegg 12 – [Rapport – WSP - Ekstern kvalitetssikring Utviklingsplan Rapport januar 2018 HMR HF](#)
- Vedlegg 13 – [Mandat for lokal utviklingsplan 2018-2021 Helse Møre og Romsdal HF](#)
- Vedlegg 14 – [Veileder for arbeidet med utviklingsplaner](#)
- Vedlegg 15 – [Delrapport - utgreiing av etablering av PET-tilbod i HMR](#)
  
- Vedlegg 16 – Oversikt tenester HMR (er lagt ved sist i dokumentet)

## Samandrag

### Bakgrunn og historikk

Gjeldande [utviklingsplan](#) for Helse Møre og Romsdal HF vart vedtatt i desember 2012 ([styresak 2012/99](#)) (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.

Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) har vore gjennom tre planleggingsfasar med tilhøyrande utgreiingar; idèfaserapport, konseptrapport og forprosjektrapport. Desse er ein viktig del av utviklingsplanen.

Utviklingsplan 2019-2022 skal sjå utviklinga så langt fram som 2035 og arbeidet skal sjåast i nær samanheng med [Nasjonal helse- og sykehusplan](#), vedtatt [Strategi 2030](#) i Helse Midt-Norge RHF, i tillegg til andre regionale strategiar og fagplanar. Føringar 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. fl. Overordna målsetting er å leggje til rette for framtidretta pasientbehandling og god bruk av ressursar.

### Mandat

Førande for arbeidet er [mandat](#) for lokal utviklingsplan (Helse Midt- Norge RHF, 2016). For å ivareta involvering og prosess, skal arbeidet gjerast i tråd med den nye [rettelearen](#) 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. Den samla regionale planen tener som innspel i neste rullering av Nasjonal helse- og sykehusplan.

Som første del av arbeidet skulle føretaket 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 ivaretatt. Helse Midt-Norge forventer at tettere samarbeid mellom fagmiljøene i Volda og Ålesund og utviklingsarbeidet i SNR<sup>1</sup>, vurderes for å sikre slik ivaretagelse (Helse Midt- Norge RHF, 2016, s. 6).*

---

<sup>1</sup> Nytt sjukehus Nordmøre og Romsdal (SNR)

I styrevedtaket ([Sak 2017/05](#)) 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 planarbeidet

Leiargruppa i Helse Møre og Romsdal HF har gjort vedtak om at arbeidet med utviklingsplanen skal gå via leiarlina i organisasjonen. Arbeidet har vore organisert med ei [styringsgruppe](#) sett saman av leiargruppa, tillitsvalde, verneteneste og brukarar. Frå ultimo januar vart fire kommunale representantar inkludert i gruppa. Styringsgruppa har hatt ansvar for prioritering og vedtak.

Som støtte for styringsgruppa og bindeledd mot den føretaksinterne verksemda, vart det også oppnemnt ei [koordineringsgruppe](#). Denne er sett saman av representantar frå stabseiningar, klinikkar og frå prosjektorganisasjonen i SNR.

### *Dei tre perspektiva*

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 er utført etter metodikk frå [rettleiaren](#) for utviklingsplanarbeidet.

Behov for involvering har vore løyst gjennom utvikling av allereie etablerte møtefora. Satsingane i dei ulike perspektiva har resultert i ulike handlingsstrategiar, som er skildra i siste del av samandraget.

### *Prioriterte satsingsområder i føretaksperspektivet*

Føretaksperspektivet handlar om dei utviklingsområder på tvers av klinikkar som ein ønskjer å satse på. Desse vart definert og justert i styringsgruppa:

- Pediatri
- Bygningmessig utviklingsplan (vert ferdigstilt i 2018)<sup>2</sup>
- PET<sup>3</sup>
- PCI<sup>4</sup> (januar 2018)
- Desentralisering av tenestetilbod inklusiv avtalespesialistar
- Operasjonsrobot (2018)
- Psykisk helse og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)<sup>5</sup>

### *Prioriterte satsingsområde i klinikkperspektivet*

---

<sup>2</sup> Bygningmessig utviklingsplan skal følgje den verksemdsmessige utviklingsplanen. Det vart satt ned ei arbeidsgruppe leia av SEMCO for å greie ut alternative løysingar for byggmassen til Helse Møre og Romsdal HF eksklusive SNR. Den bygningmessige utviklingsplanen vert ferdigstilt våren 2018.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> PCI står for perkutan koronar intervensjon og er ein invasiv behandlingmetode for å opne trange eller tette kransarteriar. Store medisinske leksikon. (2017): PCI. <https://sml.snl.no/PCI> lasta ned 11.10.2017.

<sup>5</sup> Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling vart løfta opp som eit innsatsområde i føretaksperspektivet, med bakgrunn i innspel frå høyringa, frå koordineringsgruppa og ROS-vurderinga. Avgjerd i styringsgruppemøte 6. februar 2018.

Klinikkperspektivet handlar om dei interne utviklingsområda som ein 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.

Satsingsområda er skildra i tiltakslista kapittel 6.

### *Prioriterte satsingsområde i samhandlingsperspektivet*

Rettleiaren for utviklingsplanar stiller tydlege krav til involvering av kommunane. Føretaket ser også at samhandlingsperspektivet er særskilt viktig for å løyse nokre av dei viktigaste utfordringane i åra som kjem. For å sikre heilskapleg tenking og gjensidige planprosessar, inviterte administrerande direktør til ekstraordinært dialogmøte<sup>6</sup> med kommunane i 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 vart 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/FIUK<sup>7</sup>
- Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient

For alle områda er det utarbeida [delrapportar](#) med mål og tiltak for planperioden

### *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, tillitsvalde og verneteneste, og ein har også orientert om arbeidet på felles leiarsamlingar. Vidare har det vore sjukehusvise høyringsmøte for å styrke ytterlegare medverknad frå fagfolka, samt forlenga intern høyringsfrist.

Det er oppretta ei nettside ([helse-mr.no/utviklingsplan](https://helse-mr.no/utviklingsplan)), der ein har lagt ut informasjon om bakgrunnen for arbeidet, tidslinje, organisering, møtearenaer og dei ulike aktivitetane i arbeidet.

### *Ekstern kvalitetssikring*

---

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Nok helsepersonell med rett kompetanse er integrert med helseføretaket si satsing med *forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling* (FIUK).

Rettleiaren for utviklingsplanar tilrårder ekstern kvalitetssikring av utviklingsplanen. [Kvalitetssikringa](#) er koordinert regionalt og lagt opp som ei følgjeevaluering. Føremålet er å sikre at prosessen kring utarbeiding av utviklingsplanen følgjer rettleiaren for utviklingsplanar. Regionalt helseføretak har valt WSP<sup>8</sup> Norge til å gjennomføre kvalitetssikringa, der vurderingane er gjort opp mot Helse Møre og Romsdal HF si evne til å sikre openheit, involvering og føreseielege planprosessar.

### *Høyringsprosessen*

Regionalt helseføretak avgjorde at dei lokale utviklingsplanane skulle ut på ekstern [høyring](#) i kommunane, før dei vart styrebehandla i føretaka. Føremålet med høyringa har vore å få innspel til planarbeidet og forankre utviklingsretninga for planperioden.

Høyringsutkast for helseføretaket si utviklingsretning vart lagt fram for styret i Helse Møre og Romsdal HF 25.10.17. Høyringsperioden vart sett til 26. oktober – 7. desember 2017.

Med bakgrunn i tilbakemeldingar frå tillitsvalde og enkelte fagmiljø om at involvering og medverknad i utarbeiding av høyringsdokumentet ikkje har vore tilfredsstillande, tilrårde adm.dir å forlenge den interne høyringsfristen til 20. desember ([Sak 2017/67 – notat til styret](#)).

### *Høyringsinnspel*

Totalt fekk helseføretaket i overkant av 100 høyringssvar frå ulike høyringsinstansar, med eit fleirtal av interne avsendarar.

Høyringsinnspela er sortert i tre kategoriar;

- [Offentlege organ og organisasjonar](#)
- [Interne, klinikkar, avdelingar, seksjonar og tilsette](#)
- [Andre aktørar](#)

Det er i varierende grad kome direkte tilbakemelding på områda som Helse Møre og Romsdal HF spesielt har bedt om innspel på i [høyringsbrevet](#). Mange har gitt sine tilbakemeldingar ut frå kva den enkelte høyringsinstans meiner er vesentleg, og kva dei av den grunn har valt å leggje vekt på.

Gjennomlesing, bearbeiding og vurdering av høyringsinnspel har vore gjennomført i ulike fasar, der eigarar for dei ulike satsingsområda har hatt hovudansvaret. Hovudtrekk har blitt lagt fram for styringsgruppa og presentert i møte med tillitsvalde og i dialogmøte. Innspela har gitt grunnlag for justeringar i utviklingsplanen.

### *Risikovurdering*

For å sikre at vegval og satsingar i Utviklingsplanen bidrar til ei berekraftig utvikling som understøttar samfunnsoppdraget, vart det lagt opp til ei overordna [risikovurdering](#) i slutten av januar 2018. Med utgangspunkt i høyringsutkastet for Utviklingsplanen og høyringsinnspela som har kome, har ein vurdert risikoområde opp mot Helse Møre og Romsdal si evne til å følgje opp forpliktinga som er nedfelt i helse- og omsorgslovgivinga. ROS-analysen vart gjennomført med utgangspunkt i

---

<sup>8</sup> Williams Sale Partnership Limited (WSP) Norge.

kontekstmodellen som viser faktorar som er med på å forme pasienten si helseteneste i Møre og Romsdal. Ei risikobasert tilnærming<sup>9</sup> handlar om å forstå sin kontekst og bestemme risikoar som eit grunnlag for planlegginga.

I oktober 2017 vart [Pediatri rapporten](#) (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) behandla i styremøte i Helse Møre og Romsdal. PwC utarbeidde ei formell [ROS-analyse](#) knytt til pediatriutgreinga som vart vedlagt saka.



**Figur 0.1** Kontekstmodell for Helse Møre og Romsdal HF

<sup>9</sup> Norsk Standard NS-EN ISO 9001:2015

## *Valt hovudløyising*

Med bakgrunn i innspel som har kome i høyringa og risikovurderinga, har ein valt følgjande hovudstrategiar som byggjer på verdigrunnlaget og understøtte føremålet og visjonen.

### ***Hovudstrategi 1: Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom intern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.***

- Helse Møre og Romsdal HF sin visjon «På lag med deg for helsa di» handlar om å utvikle helsetenestene saman med pasientane. Involvering og medverknad knytt til eigen behandling står sentralt, og det må leggest til rette for aktiv medverknad i det daglege pasientmøtet og i høve til planlegging og utforming av tenestetilboda-«ingenting om meg uten meg».
- Implementering av pasientforløp vil halde fram i tråd med dei nasjonale styringsmåla. Føretaket vil halde fram satsinga på kontinuerleg forbetring som ein av hovudstrategiane for å sikre faglege, kvalitative tenester der ein evnar å omstille seg for å sikre god ressursutnytting.
- Organiseringa med tverrgåande klinikkstruktur skal understøtte fagleg utvikling, ved å legge betre til rette for kunnskapsdeling og standardisering av tenestene. Det blir viktig å etablere/vidareutvikle tverrgåande fagnettverk, legge til rette for møteplassar på tvers med mål om å bygge samhald og felles kultur.
- Leiinga i føretaket er nøkkelpersonar for å understøtte og vere pådrivarar for ønska endring og leiarutvikling er eit satsingsområde i tråd med leiarambisjonen.
- Føretaket meiner det er god grunn til å utgreie etablering av PCI, med hovudvekt på fagleg innhald i tilbodet til pasientgruppa. Utgreiinga setjast i gang i 2018.
- Helse Møre og Romsdal HF meiner det er rett å gjere ei utgreiing kring etablering av PET. Det vart difor sett ned ei arbeidsgruppe som leverte første del av [utgreiinga i](#) desember 2017. Ein vil halde fram med vidare utgreiing i planperioden.
- Helseføretaket ønskjer å greie ut om det bør opprettast eit tilbod innan robotkirurgi. Ei arbeidsgruppe vil bli nedsett, og i utgreiingsprosessen må ein ha dialog med Helse Midt-Norge RHF og St. Olav hospital HF. Utgreiinga vil starte i 2018 med mål om å vere ferdig innan sommaren 2019.
- Helse Møre og Romsdal HF må i planperioden gå nærare inn i talet geografiske einingar utanfor sjukehusa. Arbeidet må gjennomførast med godt forankra utgreiings- og avgjerdsprosessar.
- Pediatritilbodet i fylket skal utviklast i tida fram mot etableringa av SNR. Styret si vurdering av tilbodet i oktober 2017, er førande.
- Det kirurgiske tilbodet i fylket vil vere styrka gjennom etableringa av SNR, gitt at ein løyser utfordringa med å rekruttere godt. Det vil vere naudsynt å sjå det kirurgiske tilbodet i fylket som

ei eining både organisatorisk og fagleg av omsyn til rekruttering og drift. Idéfase slår fast at SNR skal byggjast kring dei tunge kirurgiske disiplinane gastrokirurgi, ortopedi og urologi.

- Det er vedtatt at det skal vere eit akuttkirurgisk tilbod ved sjukehuset i Volda i planperioden. Ein ønskjer å utvikle det kirurgiske samarbeidet i fylket, og i vedtaket til styresaka ([Sak 2017-05](#)) legg ein til grunn ein utviklingsprosess som byggjer på standardiserte pasientforløp for å sikre pasienttryggleik og kvalitet. Ein føresetnad er tettare samarbeid mellom fagmiljøa ved Ålesund og Volda sjukehus. Ein har starta på dette innanfor nokre elektive aktivitetar. Helseføretaket vil i 2018 vidareutvikle samarbeidet slik at ein sikrar fordeling av elektiv kirurgi for å oppretthalde kvalitet i akuttkirurgi. Ein vil óg arbeide med traumatologisk infrastruktur og kompetanse i tråd med Nasjonal traumeplan. Arbeidet må sjåast i samheng med tiltak i den prehospitala kjeda, til dømes styrkinga av prehospitalt samarbeid med kommunane. I tillegg vil ein no starte arbeidet for å samle brystkreftkirurgi og karkirurgi.
- Realisering av SNR er vesentleg for å løyse framtidige oppgåver. Det vert ei viktig oppgåve å sikre robuste fagmiljø i SNR samla sett. Samstundes må ein sikre ei balansert utvikling i føretaket der ein ivaretek utviklinga ved sjukehusa i Volda og Ålesund, og rolla Ålesund skal ha som det mest differensierte sjukehuset. Føretaket vil i tillegg særleg peike på rolla DMS i Kristiansund kan få som «utviklingslaboratorium» for samhandling, innovasjon og desentralisering av spesialisthelsetenester. Det vert viktig for føretaket å utnytte dette potensialet.
- Arbeidet med realisering av Styrevedtaket frå 2012 knytt til samling av langtidsrehabilitering på Hjelset og sikkerheitspsykiatri i Ålesund blir vidareført og prioritert.
- Ortogeriatrí er tenkt innført ved alle sjukehusa i føretaket, og er eit prioritert tiltak. Ein ventar at det også vil kome nasjonale føringar for dette i løpet av 2018/2019.
- Vedtak i Regional kreftplan og Idéfase SNR om å samle patologi i Ålesund står fast, men tidspunkt er ikkje avklart. Helseføretaket skal legge til rette for ein ryddig og føreseieleg prosess, for å sikre god ivaretaking av dei tilsette ved seksjonen i Molde. Samling av patologi krev mindre bygnings- og utstyrmessig tilpassing ved patologi Ålesund. Samling av patologi krev også at snittscanner til digitalpatologi kjem på plass i Molde.

I 2018 vil helseføretaket prioritere å utgreie og ferdigstille nemnde tilpassingar i Ålesund.

- Når det gjeld vedtak i Idéfase SNR om å samle nukleærmedisin i Ålesund, står dette også fast. Gammakamera ved Molde sjukehus er planlagt drifta så lenge det held, men det vil ikkje bli erstatta ved samanbrot. Styrt avvikling, med overføring av aktivitet til Ålesund sjukehus, må skje før innflytting SNR Hjelset. Avvikling av nukleærmedisin ved Molde sjukehus får først og fremst konsekvens for brystkreftkirurgi. Slik kirurgi krev nukleærmedisinsk tilbod/tilbod om sentinel node.



- I høve til transportordningar for effektiv laboratoriedrift, vil føretaket vurdere å starte eit prosjekt i 2018 for å utgreie alternativ til dagens transportordningar mellom sjukehusa og sending per post frå legekontor.

Det finst vidare 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.

***Hovudstrategi 2: Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom ekstern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.***

- Samhandling med andre HF skal i hovudsak gå føre seg innanfor Helse Midt-Norge RHF. 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 Midt-Norge RHF har tydeleg signalisert ei regional utjamning for avtalespesialistar og helseføretaket vil dermed få styrka dette tenestetilbodet i åra som kjem. Styrkinga bør skje i tråd med tilrådingane gitt i [rapporten](#) frå arbeidsgruppa for desentralisert tenestetilbod og gjennom god styringsdialog med Helse Midt-Norge RHF. Helseføretaket legg til grunn at all nyetablering bør skje gjennom opne og inkluderande prosessar med aktuelle partar.
- Føretaket går inn for å endre aktiviteten ved Sunndal DMS i tråd med tilrådingane frå arbeidsgruppa og i tråd med kriteria i 5.4. 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.
- Grunna regional avtaleinngåing med ny leverandør av private radiologitenester, vert forholdet mellom det private og det offentlege tilbodet i nord-fylket endra frå juni 2018. Føretaket vurderer tiltak for å sikre eit likeverdig tilbod for pasientane. Dette gjeld i all hovudsak MR-undersøkingar.
- 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 satsingsområde i samhandlingsperspektivet. Helseføretaket viser til viktigheita av å jobbe vidare med tilrådingane i prosessar framover, saman med kommunane. Ein del av dei foreslåtte tiltaka er allereie i gong, men har behov for å vidareutviklast og sikrast gjennomført hjå begge partar.

***Hovudstrategi 3: Helse Møre og Romsdal HF skal sikre framtidretta pasientbehandling gjennom nok (helse)personell med rett kompetanse. Herunder også interimsfasen SNR.***

- Rett pasientbehandling må sikrast med tilsette som har relevant utdanning og god kompetanse.
- Dei menneskelege ressursane er den viktigaste innsatsfaktoren. Kvalitet og omstillingsevne er avhengig av god leiing og medarbeidaren sin kompetanse. Helse Møre og Romsdal HF må vere ein attraktiv arbeidsgivar for å rekruttere, utvikle og behalde medarbeidarar og team. Det er behov for å utvikle Helse Møre og Romsdal HF som ein lærande organisasjon, slik at verksemda setjast i stand til å meistre daglege utfordringar og etablere ny praksis når det er nødvendig.
- Helse Møre og Romsdal HF skal arbeide målretta for å sikre rett kompetanse og nok kompetanse. Det krev at alle avdelingar utarbeider kompetanseplanar. Kartlegging av kompetansegapet vil ligge til grunn for val av tiltak. Ikkje minst er det viktig å halde på personell med ønska kompetanse. Godt samarbeid med utdanningsinstitusjonar er også viktig.
- Prioritere å følgje opp LIS-utdanninga for å sikre m. a utdanningskapasitet og rekruttering.
- Forsking er eit viktig verkemiddel for å gi befolkninga gode helsetenester. Det er behov for å rekruttere til forskning og stimulere til robuste fagmiljø og konkurransedyktige forskingsgrupper. Samarbeid med andre er viktig for å skape meir og betre forskning.
- Innovasjon er ein sentral drivar for å utvikle framtidretta pasientbehandling. Det er behov for å utvikle ein innovasjonskultur. Innovasjonsprosjekt skal styrke spesialisthelsetenesta, men også i eit samhandlingsperspektiv ut mot kommunane.
- Leiargruppa er eigar av OU-arbeidet SNR og vurderer det som særskilt viktig for SNR-prosjektet med god framdrift og felles prinsipp i OU-arbeidet i interimsperioden fram til 2022. Utviklingsorganisasjonen i SNR-prosjektet har ansvar for å fasilitere delar av OU-arbeidet. I løpet av våren 2018 vil leiargruppa utarbeide ei tidslinje for prosessar som er felles for klinikkane. Alle OU-prosessane har som mål å lette innflyttinga i nytt sjukehus/DMS og sikre god drift frå første dag, samt sørgje for kontinuerleg forbetring og fagutvikling.

***Hovudstrategi 4: Helse Møre og Romsdal HF skal prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB).***

- Styringsgruppa vedtok 06.02.18 å løfte psykisk helse og rus opp som satsingsområde på føretaksnivå. 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 tverrgående samarbeid, utjamning av variasjon, rekruttering og kompetanse.

**Hovudstrategi 5: Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å ta i bruk teknologi og elektroniske samhandlingsverktøy, herunder Helseplattformen.**

- Helse Møre og Romsdal HF må førebu seg på å ta i mot og utnytte den nye teknologien som kjem i framtida og gjere seg i stand til å ta ut gevinstar i form av kvalitet og effektivitet. Dette krev blant anna at heile organisasjonen ved leiinga/tilsette får kunnskap og opplæring om nytteverdien av moderne teknologi og korleis dei kan tileigne seg digitaliseringskompetanse. Ved hjelp av støtte til avgjersler, kunnskapsstøtte og prosesstøtte vil moderne IKT-system kunne lette arbeidet til alle tilsette i føretaket – og då først og fremst helsepersonell.

**Hovudstrategi 6: Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å vedlikehalde og utvikle bygningsmessig infrastruktur og utstyr (herunder også MTU).**

- I tilrådinga frå arbeidsgruppa for bygningsmessig utviklingsplan, er det ikkje gjort økonomiske vurderingar sett opp mot langtidsbudsjett eller investeringsevne. Dette inngår i adm. direktør si endelege og samla vurdering til styret. Bygningsmessig utviklingsplan skal ferdigstillast våren 2018.

**Hovudstrategi 7: Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å gjere prioriteringar for å sikre berekraft både til investeringar og drift.**

- Dei siste åra har det vore krevjande å levere eit resultat i tråd med eigar sine styringskrav. Å levere gode økonomiske resultat vil vere vel så krevjande i åra framover, då signal frå eigar tilseier strammare rammer i åra framover. Omstilling er difor spesielt viktig både i 2018 og påfølgjande år, på lik linje med alle helseføretak i landet. Det er difor nødvendig å fokusere på forbetningsarbeid som fører til vedvarande kostnadsreduksjonar.
- Utviklingsplanen skal verke saman med langtidsplan/langtidsbudsjett, og skal gi ei samla utviklingsretning for helseføretaket. I mange organisasjonar ser ein ofte at strategi og budsjett lever kvart sitt liv. Konsekvensane av dårleg samordning kan føre til at styringsmåla blir uklare og konkurrerer mot kvarandre framfor å understøtte kvarandre. Langtidsbudsjettet er eit viktig styringsverktøy både for styret og leiinga. Helse Møre og Romsdal HF planlegg store investeringar i både bygg og MTU i åra framover. Det er difor viktig å hente ut både kvalitative og økonomiske gevinstar som ligg som føresetnad for investeringane. Helseføretaket må styre og prioritere drift og investeringar innanfor tilgjengeleg likviditet.

### **Vidare arbeid**

Arbeid med utviklingsplanen for føretaket stakar ut retninga for framtida. For å sikre god framdrift vil tiltaka som er skildra ha behov for vidare utgreiing og konkretisering i eigne delplanar og

handlingsplanar. Vidare arbeidsprosessar må organiserast på føretaksnivå og klinikknivå, der eit grunnelement vil vere involvering av fagmiljøa, slik at ein sikrar kunnskapsgrunnlaget i planlegginga.

Den menneskelege ressursen er her ein nøkkelkomponent, og helseføretaket vil legge til rette for brei involvering internt. Det er også behov for dialog og gjensidig planlegging med dei eksterne aktørane, som mellom anna kommunane og utdanningsinstitusjonane.

For å understøtte vidare operasjonisering av utviklingsplanen, blir det også viktig å vidareutvikle helseføretaket sitt «Leiingssystem for kvalitet». Det er ein ambisjon at planlegging inngår som kontinuerlege prosessar i føretaket og gjer oss i stand til å møte framtidige endringar og utvikle pasienten si helseteneste.

## 1 Bakgrunn og historikk

### 1.1 Historikk for helseføretaket

Gjeldande [utviklingsplan](#) for Helse Møre og Romsdal HF vart vedtatt i desember 2012 ([styresak 2012/99](#)) (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.

Vedtaket gav føretaket grunnlag for å gå inn i Idéfasen<sup>10</sup> for nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR), der ein også skulle avgjere lokalisering. Konseptfasen<sup>11</sup> vart vedtatt i 2016 og forprosjektet starta opp i januar 2017, der tilrådinga vart behandla i styret ([sak 2017/71](#)). SNR er såleis eit stort og viktig [prosjekt](#)<sup>12</sup> for Helse Møre og Romsdal HF og inngår som eit av tiltaka i utviklingsplanen. Vedtatt idéfaserapport<sup>13</sup> og konseptrapport<sup>14</sup> ligg til grunn og gir føringar for utviklinga SNR. Samstundes kan arbeidet med utviklingsplanen påverke delar av innhaldet i SNR, til dømes avtalar om vaktberedskap, pediatrietilbod og bruk av avtalespesialistar.

Saman med andre føringar for Helse Møre og Romsdal HF, er det viktig at utviklinga tek i vare spesialisthelsetenestetilbodet i fylket som heilskap. Dette understrekar behovet for ein utviklingsplan som eit dynamisk verkty og behovet for å revidere og oppdatere planen, slik at utviklinga alltid er i tråd med forventa føringar og behov.

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 organiserte geografisk. I tillegg er det utarbeida ein modell for stadleg leiging, som har vore i søkelyset også nasjonalt. Klinikkar og avdelingar er i større grad harmoniserte i storleik, og ein har utarbeida ei plattform for leiging som skal vidareforedlast i komande planperiode.

Organisasjonsutvikling (OU) er også 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 timars drift for dagbehandling og poliklinikkar. Eit anna OU-prosjekt har fokus på fleksible arbeidstidsordningar

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> Konseptfasen vart vedtatt i hausten 2016, og tilrådde løysing for SNR med eit akuttstjukehus på Hjelset, og eit spesialisthelsetenestetilbod i Kristiansund som inkluderer poliklinikk, dagbehandling, bilettdiagnostikk, laboratorietenester og dagkirurgi, lokalisert i eksisterande sjukehus i Kristiansund (Helse Møre og Romsdal HF, 2016).

<sup>12</sup> SNR har sitt eige prosjektløp som følgjast tett opp av prosjektleinga frå føretaket med hjelp frå Sykehusbygg HF.

<sup>13</sup> 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>

<sup>14</sup> 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%2001%20-%20Konseptrapport.pdf>

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. Leiarlinja sitt kontinuerlege forbetningsarbeid må halde fram og vil vere eit sterkt bidrag for at Helse Møre og Romsdal HF skal lukkast med SNR.

## 1.2 Visjon og verdigrunnlag

Visjonen for helsetenestene i Helse Møre og Romsdal HF er uttrykt i Helse Midt-Norge RHF sin overordna strategi (2008-2020) ; « På lag med deg for helsa di» og verdiane; *Kvalitet, Tryggleik og Respekt*. For å operasjonalisere dette i helseføretaket er *Pasientverdiprosessen* løfta fram som det viktigaste satsingsområdet i føretaket.



Figur 1.1 Kontekstmodell for Helse Møre og Romsdal HF

## 1.3 Gjennomføring av utviklingsplanarbeidet

### 1.3.1 Mandat

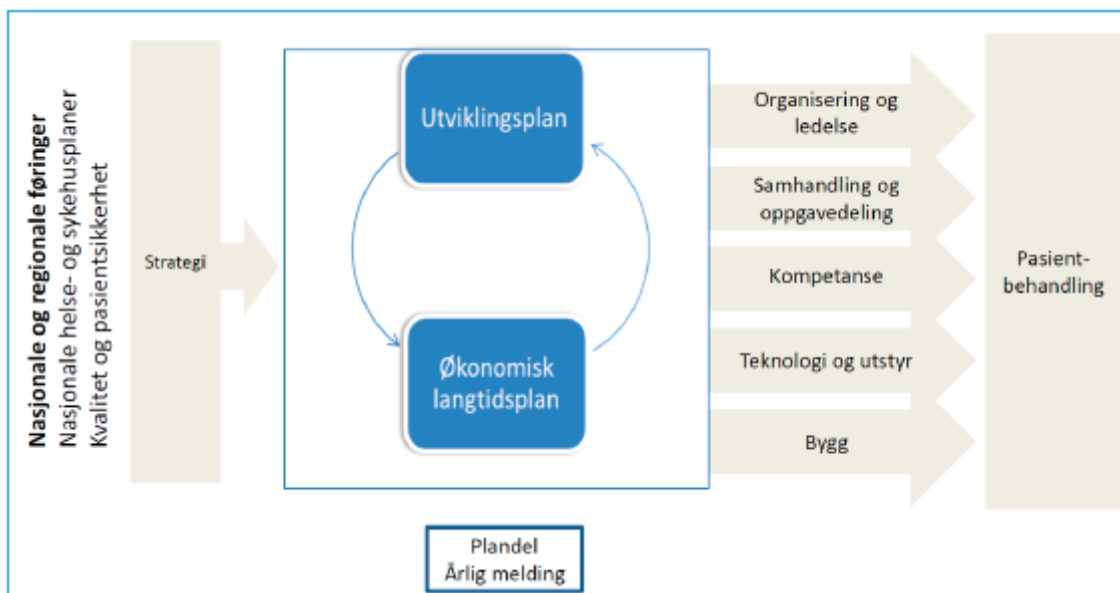
Føretaket har gjennom fleire styresaker gjort vedtak om vidareføring og revidering av utviklingsplanen, både i påvente av og som resultat av Strategi 2030 og Nasjonal helse- og sykehusplan.

Det lokale [mandatet](#) som Helse Møre og Romsdal HF fekk i føretaksmøte i juni 2016, har vore førande for planarbeidet. (Nasjonale, regionale og lokale føringar er skildra meir detaljert i kapittel 3). Mandatet hadde i utgangspunktet planperiode 2018-2021, men dette vart justert til 2019-2022 våren 2017. Ein skal 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.

Utviklingsplanen skal verke saman med langtidsplan/langtidsbudsjett, og skal gi ei samla utviklingsretning for dei viktigaste innsatsfaktorane; kompetanse, teknologi, organisering og leing, samhandling og oppgåvedeling, utstyr og 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 rulling av Nasjonal helse- og sykehusplan (Helse Midt-Norge RHF, 2016).



Figur 1.2: 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.

Mandatet viser til at ein skal nytte «[Veileder for arbeidet med utviklingsplaner](#)» i arbeidet. Vidare viser ein til krava til prosess, involvering og risiko- og moglegheitsanalysar. Utviklingsplanen skal, etter tilrådingane i rettleiaren, gå gjennom ei ekstern kvalitetssikring.

### 1.3.2 Kvalitetssikring

[Kvalitetssikringa](#) har vore koordinert regionalt, og vart gjennomført som ei følgjevaluering. Føremålet har vore å sikre at prosessen kring utarbeiding av utviklingsplanen følgjer rettleiaren for

utviklingsplanar. Regionalt helseføretak har valt WSP<sup>15</sup> Norge til å gjennomføre kvalitetssikringa, der vurderingane er gjort opp mot Helse Møre og Romsdal HF si evne til å sikre openheit, involvering og føreseielegheit i planprosessen.

#### **1.3.2.1 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 har lagt 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 leggest til grunn og effekten av desse. Det vart i samband med dette sett ned ei framskrivingsgruppe, der Helse Møre og Romsdal HF var representert. [Framskrivninga](#) vart gjort i samarbeid med Sykehusbygg HF.

I tillegg har ein samarbeida om aktivitets- og tidsplan for arbeidet, og det har lagt føre ein kommunikasjonsplan. Dette, og andre koordinerande aktivitetar, har vore tatt hand om i regional ressursgruppe.

Regionalt helseføretak oppretta også 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 har vore representert i denne gruppa, og [teknologirapporten](#) vart ferdigstilt i juni 2017, og har vore nytta i utviklingsplanarbeidet.

#### **1.3.2.2 Lokalt utviklingsplanarbeid**

Leiargruppa i Helse Møre og Romsdal HF gjorde vedtak om at arbeidet med utviklingsplanen skal gjerast i den ordinære leiarlinja. Det vart i tillegg sett ned ei [styringsgruppe](#) for utviklingsplanen, sett saman av leiargruppa, verneteneste, tillitsvalde og brukarrepresentant. Med bakgrunn i høyringsinnspel frå kommunane og behov for å sikre gjensidig planlegging med kommunehelsetenesta, vart styringsgruppa utvida januar 2018 med fire kommunale representantar<sup>16</sup>.

For å sikre framdrifta i arbeidet og ha ein arena for informasjonsdeling, har ein sett ned ei [koordineringsgruppe](#). Koordineringsgruppa har representasjon frå alle klinikkar og stabsavdelingar.

### **1.3.3 Dei tre perspektiva**

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

- Føretaksperspektivet

---

<sup>15</sup> Williams Sale Partnership Limited (WSP) Norge.

<sup>16</sup> Ein representant frå kvart geografisk område; Nordre.- og Søre Sunnmøre, Romsdal og Nordmøre.



- Klinikperspektivet
- Samhandlingsperspektivet

Bakgrunnen for inndelinga, er å ivareta dei ulike interessentane Figur 1.4 og etablere eit eigarskap og ein felles kultur i arbeidet med å peike ut retninga for samfunnsaktøren Helse Møre og Romsdal HF. Ei oppdeling har gjort arbeidet meir handterleg, men det har vore viktig å samtidig ivareta heilskapen.

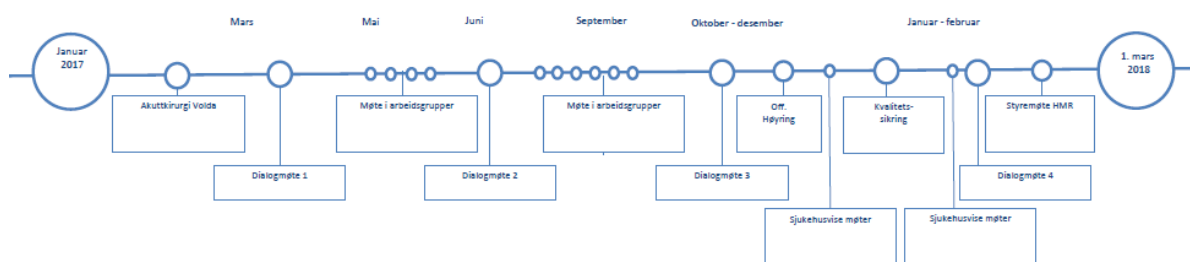
Arbeidet i dei tre perspektiva har i stor grad vore utført etter lik metodikk, og har følgt same tidslinja. Metodikken har klar samanheng med forventningane til innhald i ein utviklingsplan som ligg i rettleiaren. Dei tre perspektiva ber i seg behov for involvering på ulike arenaer, noko ein har løyst 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 framskrivning
- analyse og vegval
- målbilete, tiltak og organisering for ei helseteneste for pasienten

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



**Figur 1.3: Tidslinje for arbeidet med utviklingsplanen**

### 1.3.3.1 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. 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 kom fram til områda i tabell Tabell 1.1.

**Tabell 1.1 Tema i føretaksperspektivet**

<b>Tema i føretaksperspektivet</b>	<b>ANSVARLEG</b>
Pediatri <sup>17</sup>	Klinikk sjef Klinikk for kvinner, barn og unge
Bygningsmessig utviklingsplan	Klinikk sjef Klinikk for drift og eigedom
PET <sup>18</sup>	Klinikk sjef Klinikk for medisin og rehabilitering
PCI (frå januar 2018)	Klinikk sjef Klinikk for medisin og rehabilitering
Desentralisering av tenestetilbod i spesialisthelsetenesta- inklusive avtalespesialistar <sup>19</sup>	Fagdirektør Fagavdelinga
Operasjonsrobot (frå 2018)	Klinikk sjef Klinikk for kvinner, barn og unge Klinikk sjef Klinikk for kirurgi
Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) <sup>20</sup>	Klinikk sjef Klinikk for psykisk helse og rus Klinikk sjef, Klinikk for kvinner, barn og ungdom

### 1.3.4 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 i føretaket, 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. Arbeidet og prosessen har blitt utført av SEMCO international i samarbeid med arkitektkontoret Nordic Office of Architecture. Prosjektgruppa har også vore representert ved leiinga i helseføretaket, rådgivarar frå Klinikk for drift og eigedom, tillitsvalde, verneteneste og brukarrepresentant. Den bygningsmessige utviklingsplanen skal ta opp i seg føringar frå verksemdsmessig utviklingsplan og følgje den faglege utviklinga.

#### 1.3.4.1 Klinikkperspektivet

Klinikkperspektivet handlar om dei interne utviklingsområda klinikken sjølv ser behov for og ønskjer å satse på i planperioden. Dette er tema som kan vere knytte til eksisterande verksemdsplan i klinikken, oppgåver som kjem som resultat av krav og føringar med meir. Ansvarleg for dette arbeidet er kvar enkelt klinikk sjef 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, samarbeidsråd etc. Utviklingsplanen har også vore tema på møta mellom administrerande direktør og klinikken i samband med leiinga sin gjennomgang.

<sup>17</sup> Det vart nedsett ei arbeidsgruppe for å skildre det samla pediatriilbodet i HMR, evaluere dagens driftsmodell innan pediatri i Nordmøre og Romsdal og greie ut framtidig driftsmodell for pediatri i HMR. [Tilråding](#) frå pediatrigruppa vart lagt fram for styret 25. oktober ([sak 2017/61](#)) og har inngått som del av den formelle høyringa. Utgreiinga av driftsmodell for framtida inklusive [ROS-analyse](#) skal danne grunnlag for val av løysing for pediatriilbodet i føretaket.

<sup>18</sup> Det vart nedsett ei arbeidsgruppe for å utgreie PET-tilbod i HMR. Utgreiinga vart lagt fram for styringsgruppa i møte 19.12.17. Helse Møre og Romsdal HF. (2017): Rapport utgreiing av etablering av PET- tilbod i HMR. <https://helse-mr.no/seksjon/dokument/Documents/Utviklingsplan/Styringsgruppa/17-12-19-styringsgruppemote/Sak%2030%20-%202017%20-%20Ovedlegg%201%20-%20Utviklingsplanfor%20framtidig%20PET-tilbod%20i%20HMR.pdf>

<sup>19</sup> Det vart nedsett ei arbeidsgruppe for å utgreie desentralisering av tenestetilbod inklusive avtalespesialistar. Tilråding inngjekk som del av høyringa. Helse Møre og Romsdal HF. (2017): Rapport desentralisering av tenestetilbod inklusive avtalespesialistar. <https://ekstranett.helse-midt.no/1011/Sakslite%20og%20protokoll/Sak%202017-62%20-%20Vedlegg%201-01%20-%20Rapport%20-%20Desentralisering%20av%20tenestetilbod%20inkludert%20avtalespesialistar.pdf>

<sup>20</sup> Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling vart løfta opp som eit innsatsområde i føretaksperspektivet, med bakgrunn i innspel frå høyringa, frå koordineringsgruppa og ROS-vurderinga. Avgjerd i styringsgruppemøte 6. februar 2018.

### 1.3.4.2 Samhandlingsperspektivet

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

Tabell 1.2 Tema i samhandlingsperspektivet

TEMA
Barn og unge, herunder også Barnepliktsatsinga
Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling
Styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus
Nok helsepersonell med rett kompetanse <sup>21</sup>
Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient

For kvart satsingsområde er det uarbeidd [delrapportar](#), som har inngått som del av den formelle høyringa.

### 1.3.5 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.



<sup>21</sup> 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 2018-2022](#), i regi av Seksjon for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse. FIUK-plan.

Figur 1.4: Interessentar i arbeidet med HMR sin utviklingsplan

### 1.3.6 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. Vidare har det vore sjukehusvise høyringsmøte for å styrke ytterlegare medverknad frå fagfolka, samt utsett intern høyringsfrist.

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 ([helse-mr.no/utviklingsplan](https://helse-mr.no/utviklingsplan)), der ein har lagt ut informasjon om bakgrunnen for arbeidet, tidslinja, organiseringa, møtearenaer og dei ulike aktivitetane i arbeidet.

#### 1.3.6.1 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. Førreordet 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 forbetring 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 SNR- prosjektet, er det etablert eit eige brukarutval og det er lagt til rette for brukarmedverknad i planleggingsmøte og i temamøte.

#### 1.3.6.2 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 vart skissert opp følgjande prosess for medverknad av kommunane knytt til utviklingsplanarbeidet:

- Ekstraordinære [dialogmøter](#) – totalt fire i perioden frå mars 2017 t.o.m januar 2018
- [Innspelskonferanse pediatri i oktober 2017](#)
- Etablering av partssamansatte [arbeidsgrupper](#) for aktuelle innsatsområde
- [Offentleg høyring i seks veker](#)
- Orientering i møter i [Overordna samhandlingsutval](#)
- Orientering i møter i regionråda<sup>22</sup> og lokale samhandlingsutval i Møre og Romsdal<sup>23</sup>.

<sup>22</sup> Sunnmøre regionråd (SRR), Romsdal regionråd (ROR) og Nordmøre regionråd (Orkide).

Føremålet har vore å sikre kjennskap til arbeidet med mogelegheit for dialog og innspel.

#### **1.3.6.3 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. Med bakgrunn i behov for meir informasjon og involvering av dei tillitsvalde, har det blitt gjennomført fleire møter siste halvdel av 2017 og fram mot styrebehandling i februar 2018.

#### **1.3.6.4 Medverknad frå dei tilsette**

Det avgjort at involvering av dei tilsette skulle skje gjennom den ordinære linjeorganisasjonen. Med bakgrunn i tilbakemelding frå enkelte fagmiljø om manglande involvering i planarbeidet, har ein lagt vekt på meir involvering gjennom klinikkinterne prosessar. Det vart også gjennomført [sjukehusvise møter](#) siste halvdel av 2017. Innspel frå desse møta har inngått som del av den formelle høyringa. I tillegg har det vore arrangert [arbeidsmøte](#) ved sjukehusa i Volda og Ålesund der den bygningsmessige utviklingsplanen for helseføretaket (eksklusiv SNR) var tema.

#### **1.3.7 Høyringsprosessen**

Regionalt helseføretak avgjorde at dei lokale utviklingsplanane skulle ut på ei ekstern [høyring](#) i kommunane før dei vart styrebehandla i føretaka.

Høyringsutkast vart lagt fram for styret i Helse Møre og Romsdal HF 25.10.17 Høyringsperioden vart sett til 26. oktober – 7. desember 2017.

Med bakgrunn i tilbakemeldingar frå tillitsvalde og enkelte fagmiljø om at involvering og medverknad i utarbeiding av høyringsdokumentet ikkje har vore tilfredsstillande, tilrådde adm.dir å forlengje den interne høyringsfristen til 20. desember ([Sak 2017/67 – notat til styret](#)).

Føremålet med høyringa er å få innspel til planarbeidet og forankre utviklingsretninga for planperioden.

##### **1.3.7.1 Høyringsinnspel**

Som del av høyringa mottok helseføretaket i overkant av 100 høyringsinnspel frå ulike høyringsinstansar. Desse er sortert under;

- [Offentlege organ og organisasjonar](#)
- [Interne, klinikkar, avdelingar, seksjonar og tilsette](#)
- [Andre aktørar](#)

Gjennomlesing, bearbeiding og vurdering av høyringsinnspel har vore gjennomført i ulike fasar, der eigarar for dei ulike satsingsområda har hatt hovudansvaret. Hovudtrekk har blitt lagt fram for styringsgruppa og presentert i møte med tillitsvalde og i dialogmøte. Innspel har vidare gitt grunnlag

---

<sup>23</sup> [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.

for justeringar i utviklingsplanen i høve struktur og innhald og som innspel til vurderingar av framtidige vegval og utviklingsretning.

### **1.3.8 ROS- vurdering av Utviklingsplan HMR 2019-2022 (2035)**

Ei generell utfordring for føretaksleiinga knytt til høyringsinnspela, har vore den store skilnaden i interesser i høve til korleis det framtidige spesialisthelsetilbodet bør utviklast i Møre og Romsdal. Som del av avgjerdsgrunnlaget for føretaksleiinga og styret knytt til utviklingsretninga for planperioden, vart det difor også gjennomført ei overordna [risikovurdering](#) av Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF.

Føremålet med risikovurderinga har vore å sikre at vegval og satsingar i Utviklingsplanen bidrar til ei berekraftig utvikling som understøttar samfunnsoppdraget etter gjeldande lov- og forskriftsverk, jamfør krav i *Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (2017).

## 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 forbetningsarbeidet<sup>24</sup> 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 involverte. Dette vil halde fram vidare.

Ein nyttar eSp<sup>25</sup> 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 forløpsrettileiar 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 forløpsrettileiar 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 Kunnskapsenteret. 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. Pasienterfaringundersøkingane 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).

---

<sup>24</sup> Kontinuerleg forbetring er forankra i Forskrift om leining og kvalitetsforbetring i helsetenesta. (2016).

<sup>25</sup> IKT-verkty 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 indikatorane<sup>26</sup>.

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 36 pasienttryggleiksvisittar dei to siste åra, 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.

Helse Midt- Norge er kjenneteikna ved høg aktivitet ved dei offentlege poliklinikkane innan psykisk helsevern for vaksne. Regionen låg nær landsgjennomsnittet for utskrivingar og døgnpasientar, men hadde langt lavare rate for opphaldsdøgn enn dei øvrige regionane. Regionen har den høgste konsultasjonsraten ved poliklinikkane og flest pasientar i offentlege behandlingstilbod. Liten aktivitet hos avtalespesialistar førte imidlertid til lav konsultasjonsrate samla sett og ein samla pasientrate noko under landsgjennomsnittet. (Analysenotat 03/17 Samdata Spesialisthelsetjenesten)

#### 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.

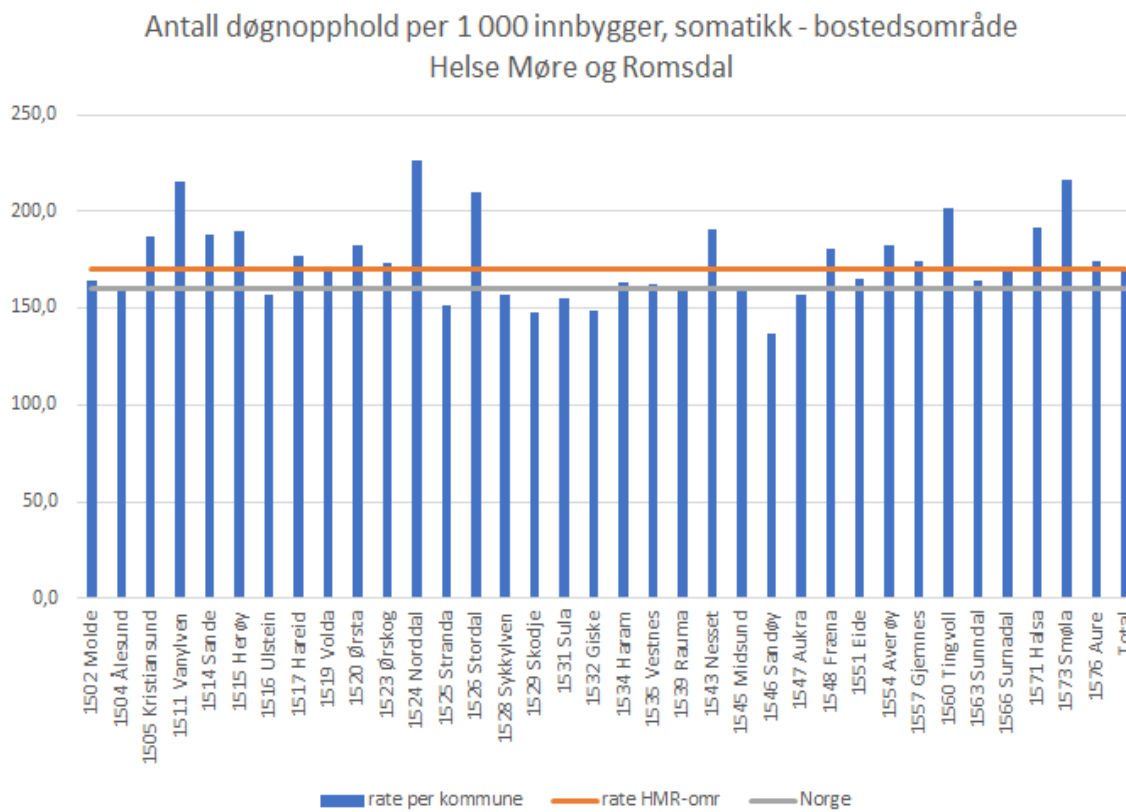
Generelt har vertskommunane for sjukehus ein tendens til å ligge høgt i forbruksrate, men mønsteret i regionen er ikkje eintydig. Ein ser at dette framleis gjeld for Kristiansund, medan Volda ligg på gjennomsnittet for føretaket, og Molde og Ålesund ligg lågare. Kommunar med lang reiseveg til sjukehus 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.

---

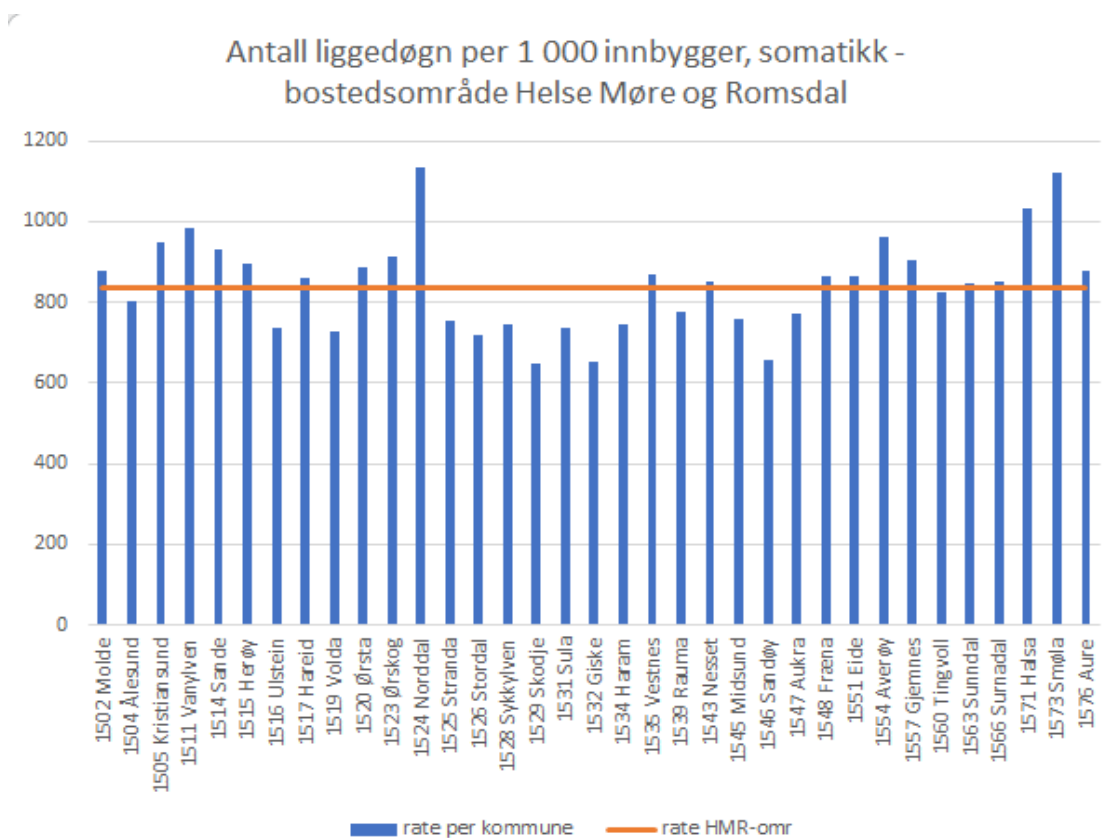
<sup>26</sup> Indikatorane som er brukt i undersøkinga er *Pleiepersonale, legane, informasjon, organisering, pårørande, standard, utskriving, samhandling, ventetid, pasienttryggleik*. Folkehelseinstituttet, (2017): Pasienterfaringar med medisinske sengeposter ved Helse Møre og Romsdal HF 2016. <https://www.fhi.no/publ/2017/pasienterfaringer-med-medisinske-senge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



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



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

Samanliknar vi dei ulike helseregionane, har det på landsbasis i perioden 2011 -2016 vore sterk nedgang i raten for opphaldsdøgn innan psykisk helsevern for vaksne. Helse Midt-Norge RHF har gjennomgåande lågare døgnrate enn dei andre helseregionane med ein snittverdi i 2016 på 233,7 opphaldsdøgn pr.10 000 innbyggjarar. Helse Nord RHF og Helse Vest RHF har høgare rate enn gjennomsnittet. For TSB ligg behandlingsomfanget i Helse Midt Norge RHF rundt landsgjennomsnitt. Innan i Helse Midt – Norge RHF ligg Helse Møre og Romsdal HF over Helse Nord Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF i talet liggedøgn pr. 10 000 innbyggjar innan psykisk helse for vaksne og TSB jfr. Tabell 2.1, men under landsgjennomsnittet i psykisk helsevern. Landsgjennomsnittet for psykisk helsevern er for 2016 på 262.6 liggedøgn pr. 10 000 innbyggjarar. (Henta frå analysenotat 05/17 og 18/17 Samdata Spesialisthelsetjenesten)

**Tabell 2.1 Opphald per 1000 innbyggjarar, døgnopphald psykisk helse og rus**

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

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

**Tabell 2.2 Pasientstraumar somatikk døgn 2015**

Behandlingsnivå (NPR)	Bostedsområde	Behandlingssted									Total
		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%
	<b>Total</b>	<b>31,7%</b>	<b>43,4%</b>	<b>17,1%</b>	<b>3,0%</b>	<b>0,8%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,3%</b>	<b>0,0%</b>	<b>3,5%</b>	<b>100,0%</b>
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%
	<b>Total</b>	<b>30,7%</b>	<b>36,8%</b>	<b>17,9%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,2%</b>	<b>0,1%</b>	<b>13,4%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,0%</b>	<b>100,0%</b>
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%
	<b>Total</b>	<b>28,3%</b>	<b>36,0%</b>	<b>10,7%</b>	<b>1,1%</b>	<b>0,4%</b>	<b>0,1%</b>	<b>2,9%</b>	<b>19,5%</b>	<b>0,9%</b>	<b>100,0%</b>

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 utgjer 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 tilsvarende mønster som for dei andre opphaldskategoriene. 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, tilsvarende 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 dagbehandling er graden noko lågare, mellom 83-85%. 10.7% av poliklinisk behandling blir gjort hos private avtalespesialistar.

Tala for behandling innanfor andre helseføretak og private sjukehus er slått saman i tabellen under, sidan dei utgjør 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 i Regionale sikkerheitspost. Helse Nord Trøndelag HF har Regionale enhet for spiseforstyrrelser (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 andre 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%

### 2.2.3.2 Psykisk helsevern for barn og unge

Dekningsgraden 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 barn og unge døgn, 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 behandlingkategoriane.

**Tabell 2.6 Aktivitet og dekkingsgrad psykisk helsevern barn og unge dag og pol, 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)

Dekningsgraden 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, med forventa full årseffekt i 2016 (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 23,24,25).

Tabell 2.7 Aktivitet og dekkingsgrad TSB døgn, pr. helseføretak og bustadområde<sup>27</sup>

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 pol, 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 eigendekningsgraden med 71.3%.

#### 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

<sup>27</sup> «Resultat av fritt behandlingsvalg for TSB er i liten grad synleg 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)

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 kvalitetsrådgjevarnettverk<sup>28</sup>, 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 klinikkog 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 forbetningsarbeidet 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 leiargruppe, kvalitetssjef, medisinsk fagsjef, koordinator for pasienttryggleiksprogrammet, smittevernrådgivar, brukarrepresentantar, tillitsvalde 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.

##### **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*

---

<sup>28</sup> Oppgaver og ansvar for organisering av kvalitetsarbeidet inngår i retningslinje «Kvalitetsrådgivarnettverk – organisering og oppgaver» EQS ID 23839



*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.

#### **2.2.4.3 Smittevern**

«For å sette fokus på risikopunkt for helsetenesteassosierte infeksjonar (HAI) og rett bruk av antibiotika har Helse Møre og Romsdal HF i år gjennomført ei pilotering av smittevernvisitt på alle dei fire sjukehusa. I tillegg har føretaket innført antibiotikastyringsprogram der systematisk tilbakerapportering av lokalt forbruk til klinikkane er under utvikling. Arbeidet er sett i verk med mål om å tilfredsstillе HOD sitt oppdragsdokument med reduksjon av kvalitetsindikatoren HAI målt ved prevalens og for reduksjon av breispektra antibiotika med 30 % innan 2020. Arbeidet er leia av smittevernet, er ein integrert del av Infeksjonskontrollprogrammet og inngår i fleire av tiltakspakkane i pasienttryggleiksprogrammet. Helse Møre og Romsdal HF har per i dag for få isolat i klinikkane, noko som må arbeidast målretta med i planperioden.»

#### **2.2.5 Pasientopplæring**

Utvikling av kompetanse til pasientar og pårørande er ein viktig del av tilbodet frå helsetenesta, og er ei av helseføretaket sine fire hovudoppgåver<sup>29</sup>. 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 pårørande 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 pårørandeopplæring 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 pårørande får naudsynt opplæring ligg til klinikkane. LMS blei oppretta for å sette pasient- og pårørandeopplæring meir i system og skal støtte klinikkane i dette arbeidet.

---

<sup>29</sup> Jamfør lov om spesialisthelseteneste 1999 §3-8.

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.
3. Arbeide for at opplæring av pasientar og pårørande 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 pårørande.

#### *Brukarmedverknad*

Planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæring krev reell brukarmedverknad for å få opplæringa best mogleg tilpassa pasientar og pårørande. 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-utdanninga<sup>30</sup> har opplæring av pasientar og pårørande fått eit tydelegare fokus, og LMS vil vere involvert i denne opplæringa. Det kan i dag sjå ut som om pasient- og pårørandeopplæring er noko tilfeldig ivaretatt 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 pårørandeopplæring, 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 pårørandeopplæring, då dei kan tilvise sine pasientar til slike opplæringstilbod.

#### *Teknologi*

I dag er e-læring lite utbreidd når det gjeld pasient- og pårørandeopplæring. 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 pårørandeopplæring er i si spede byrjing, men dei forsøka som er gjort, er lovande.

---

<sup>30</sup> LIS-utdanninga er utdanningsløp for legar i spesialisering.

## 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 over to dagar med tema oppgåve- og funksjonsdeling<sup>31</sup>. 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 oppgåve- og funksjonsfordelingsarbeidet

FAGOMRÅDE	VURDERING	TILRÅDING
Indremedisin	Nyremedisin og infeksjonsmedisin	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nefrologisk døgntilbod med intensivbehandling, poliklinikk med dialyse, vidareførast i Ålesund og SNR</li> <li>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)</li> </ul>
Kirurgi	Skal ein utføre karkirurgi eitt eller to stader i føretaket?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Karkirurgien vert samla i Ålesund</li> <li>Thoraxkirurgi føreset ein lagt til regionalt nivå</li> </ul>
Ortopedi	Utgreiing av arbeidsdeling mellom einingar, under dette evt. utvikling av reine elektive produksjonslinjer	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deling av elektiv verksemd mellom SNR og Ålesund etter fagområde over tid, slik at denne delingsmodellen er klar ved innflytting i SNR.</li> </ul>
Øyre/nase/hals (ØNH)	Vurdering av samling av døgntilbod og vaktordning ein stad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>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»</li> </ul>
Auge	Vurdering av samling av døgntilbod og vaktordning ein stad. Vurdere om det er behov for 24/365-vaktordning i HMR på dette området	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verksemd begge stader, men samla vaktordning i Ålesund</li> </ul>

<sup>31</sup> For utfyllande informasjon, sjå kap.6.5 i [Idéfaserapporten](#)

Hud	<b>Vurdere korleis ein best kan ivareta tilbodet, som poliklinikk eller gjennom avtalespesialistar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vurdere ei integret bruk av avtalespesialistar som også har vilkår om sjukehusoppgåver i sine avtaleheimlar</b></li> </ul>
Barn og unge	Vurdering av samling av døgnfunksjonar og vaktordning ein stad i føretaket. Fleksible senger (korttidsløysingar)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
Nevrologi	Vurdere samling av døgnfunksjonar og vaktordning ein stad (SNR). Nevrologiske døgnplassar integrert i medisin?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
Fysikalsk medisin og rehabilitering	Presentere alternativ (einingar/funksjonar) for korleis eit framtidig tilbod innan dette feltet kan utviklast (må sjåast i samheng med mandat til eit evt. prosjektsamarbeid med kommunane)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> </ul>
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	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samle nuklærmedisin i Ålesund. Jfr. regional kreftplan</li> <li>• Samle patologi i Ålesund. Jfr. regional kreftplan</li> <li>• Palliativ kirurgi både i SNR og Ålesund</li> <li>• Fullverdig kreftavdeling som i dag ved Ålesund sjukehus</li> <li>• Kreftpoliklinikk inkl. palliative tilbod i SNR</li> </ul>
Laboratoriemedisin	<b>Vurdere omfang på medisinsk biokjemi, transfusjonsmedisin og medisinsk mikrobiologi lokalisert i SNR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Med. biokjemi: seksjon både i Ålesund og SNR, men plass til spesialiserte analysar i SNR</b></li> <li>• <b>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.</b></li> </ul>

		<b>biokjemi i Ålesund<sup>32</sup></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Patologi samlast i Ålesund<sup>33</sup>.</b></li> </ul>
Rus- og avhengighetsbehandling	Vurdere om SNR skal ha funksjonar i høve til elektiv avrusing, delir og psykoseproblematikk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilbod om rus-akuttbehandling i SNR, tilbodet vert oppretthalde i Ålesund</li> <li>• Rus-akutt skal vere ei observasjonseining i SNR, anslått behov for tre plassar etablert som skjermingseingar</li> </ul>
Vaksenpsykiatri på sjukehusnivå	Vurdere lukka/skjerma avdeling i SNR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akuttfunksjon i tillegg til etterfølgjande behandling i SNR</li> </ul>
Alderspsykiatri	Vurdere eitt eller to døgntilbod i alderspsykiatri i HMR, lukka/skjerma avdeling i SNR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Som no, men med ei tydelegare arbeidsdeling</li> </ul>

\*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) ble det lagt til ein merknad i høve til punktet barn og unge (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 tydelegast mot St. Olavs hospital HF, som har 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 samarbeidsmøte, 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 ytterlegare, til dømes gjennom ei sterkare satsing på dei regionale fagleiarnettverka.

Pasienten sin rett til fritt behandlingsval<sup>34</sup>, gjer at ein del av innbyggjarane i Helse Møre og Romsdal HF får si helseteneste frå eit anna helseføretak – både regionalt og nasjonalt.

viser volumet av pasientar som vert behandla ved andre helseføretak/regionale helseføretak.

<sup>32</sup> Screening av blodgivarar vil i 2021 gå føre seg ved medisinsk biokjemi i Ålesund og SNR.

<sup>33</sup> Jamfør regional kreftplan (2010).

<sup>34</sup> 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.

Ved Klinik 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 med kompetente radiologar uavhengig av kvar ein arbeider. Felles biletarkiv gjer fri flyt av kompetanse og arbeidskraft mogeleg. Klinikken viser til at det kan vere organisatorisk krevjande dersom radiologane i heile regionen skal samarbeide på denne måten. Innan Helse Møre og Romsdal HF, derimot, bør ein kunne få til eit slikt samarbeid mellom sjukehusa, noko 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 fagleg 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 medvite forhold til dette.

### **2.3.4 Med utdanningssektoren**

Helseføretaket har eit utstrakt samarbeid med utdanningsinstitusjonar, noko som er nærare omtalt i [FIUK-planen](#).

### **2.3.5 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 spesialisthelsetenesten er også at primærhelsetenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

#### **2.3.5.1 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 -2018<sup>35</sup>. 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 óg 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 heilskaplege 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. Revisjon av Samhandlingsavtalen kan vere eit høve til at partane undersøker

---

<sup>35</sup> 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.

korleis avtalen i større grad kan byggje opp under den faglege samhandlinga, ved å tydeleggjere kva oppgåvedeling faktisk kan innebere innanfor ulike fagområde. Det vil elles vere viktig å at helseføretaket og kommunane i lag identifiserer kva for samarbeidstiltak som må til, for å utvikle meir heilskapelege og like helsetenester i fylket.

### 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 utskrivning frå sjukehusa.

Tabell 2.10 Utvikling i tal på liggedøgn for utskrivingsklare pasientar (USK) pr. år

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

#### 2.3.5.2 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 Doculive<sup>36</sup> 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 innebere 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.

For å styrke samarbeidet, har overordna samarbeidsutval vedtatt å opprette fire formelle nettverk for samarbeid med kommunar når det gjeld pasient- og pårørandeopplæring, 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 pårørandeopplæring, då dei kan tilvise sine pasientar til slike opplæringstilbod.

---

<sup>36</sup> Doculive er eit elektronisk pasientjournal system.

## 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:

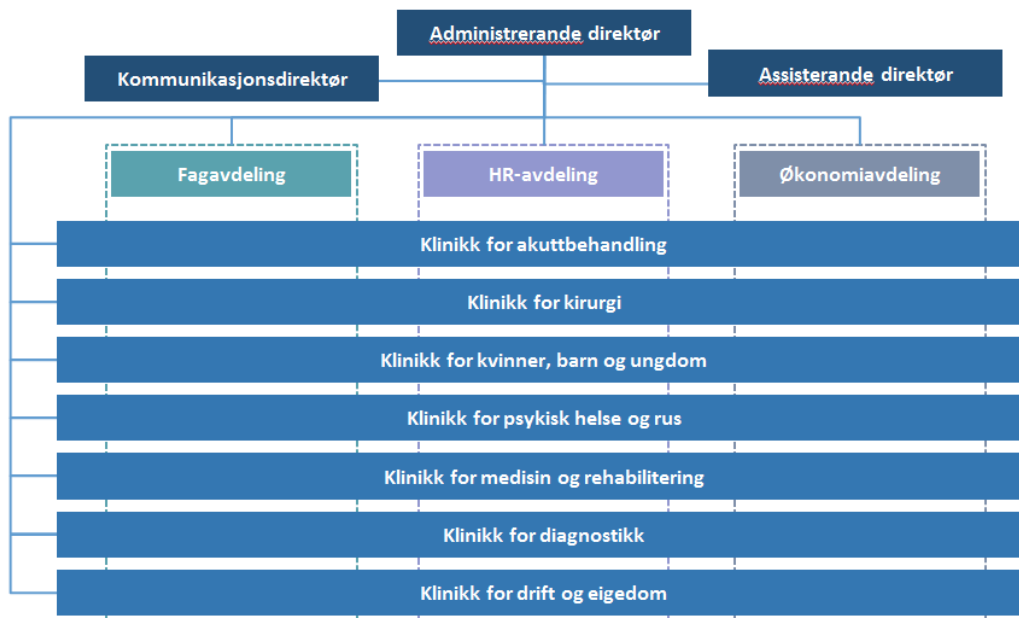
- *Strategiske ambisjonar*
  - Sette helseføretaket i posisjon til å lukkast med samfunnsoppdraget
  - Fokus på pasienten og pasientverdiprosessen, der sentralt verkemiddel er kontinuerleg forbetring gjennom fornying, forenkling og forbetring
- *Fag og kvalitet*
  - Likeverdig tilbod – redusere ulikskap
  - Faglig forbetring og samordning
  - Levere kvalitet – felles standard
  - Gode fagtilbod gjennom solide fagmiljø
- *Heilskap og samarbeid*
  - Samarbeid mellom sjukehus, klinikkar og administrative einingar
  - Samarbeid og nettverksbygging
- *Leiging*
  - 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 tverrgående 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 tverrgående 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 merkbara 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 Leining

Den nye organisasjonsmodellen inneber endringar i leiingsstrukturen. Talet på klinikkar er redusert, og såleis også talet på kliniksjeftar og stabsdirektørar. 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.

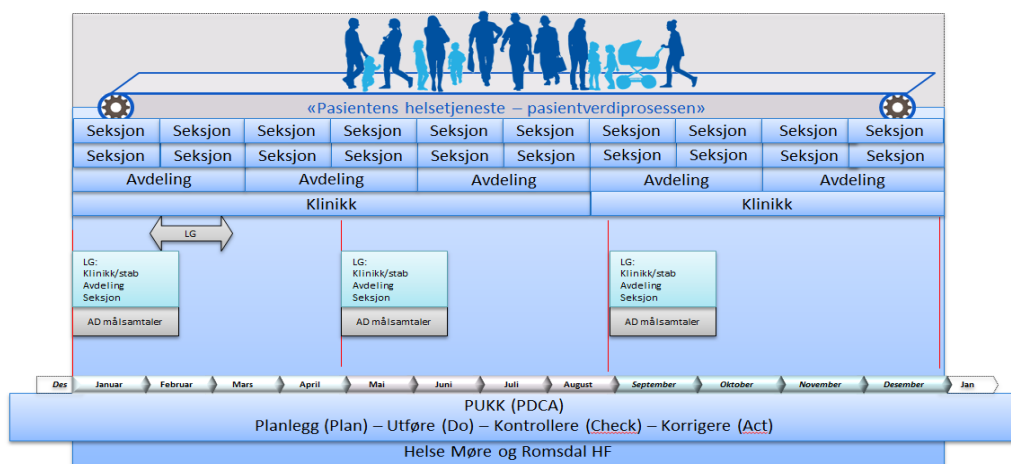
Stadleg leining har fått særskild merksemd i organisasjonsutviklinga. I handsaminga av Nasjonal helse- og sjukehusplan i Stortinget, og vidare i føretaksmøte, vart det presisert at stadleg leining skal vere hovudregelen. Samstundes heiter det at kravet om stadleg leining ikkje skal vere til hinder for tverrgåande organisering, men at ein må sørge for at ein har leiarar på dei geografiske lokalisasjonane som har fullmakter til å drive stadleg leining. Eit delprosjekt i organisasjonsutviklinga førte til eit pilotprosjektet for stadleg leining ved Volda sjukehus våren 2017. Modellen skal no breddast 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 geografisk spreidde lokalisasjonar, gir også utfordringar for leiarskapet. Dess viktigare vert det å vektlegge stadleg leiing, 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 leiarlinja 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 – Leiinga sin 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 vernetjenesta 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
Jobbtilfredshet	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 verdigrunlaget 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 presenterte. 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 etterlever verdiane i det daglege.

## 2.5 Bemanning og kompetanse

Helsevesenet skal førebyggje, diagnostisere og behandle sjukdom og leggje til rette for helsebringande åtfærd i befolkninga. For å løyse desse oppgåvene er ein avhengig av kunnskap og nok kompetent personell som har forståing for sjukdomsførekost 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 kunnskap<sup>37</sup>. 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. For nærare omtale, [sjå FIUK-planen](#).

### **2.5.1 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 peikar særleg på nye driftsmodellar, nye arbeidstidsordningar, og rekruttering i interimfasen for 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 jobbglijding 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 knytte 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 og psykologar. 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 peikar på fagutvikling, pasienttryggleik, HMS og moglegheit for eigenutvikling som faktorar som fremjar stabilitet.

Klinikk for diagnostikk erfarer at kompleksiteten i diagnostikken aukar, noko som krev auka kompetanse innan alle fagområde i klinikken. Det er viktig å utdanne eigne legespesialistar og få dei til å bli verande i Helse Møre og Romsdal HF. Dette gjeld også radiografar, bioingeniørar og molekylærbiologar med spesialkompetanse, som alle er viktige for sikker diagnostikk. Klinikken vil jobbe målretta for å skaffe og halde på personell med slik kompetanse. I ein fire års-periode er det behov for at å byggje opp meir robuste fagmiljø innan alle medisinske spesialiteter i klinikken. Mest kritisk er det innan patologi. Føretaket må prioritere oppbygging av 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 bør tilstrebe å rekruttere nukleærmedisinar, også med tanke på PET.

---

<sup>37</sup> NOU (2005: 1) God forskning – bedre helse (s, 23). Tilgjengeleg: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2005-01/id389605/> (07.10.17)

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

Helse Møre og Romsdal HF bør tilstrebe å 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 HF etter gruppe1-teneste, vil gjere dette mogeleg på litt sikt

Klinikken må dessutan rekruttere spesialist i medisinsk biokjemi i perioden. Elles vil Helse Møre og Romsdal HF stå utan slik spesialist og måtte kjøpe tenesta frå andre HF. Også innan medisinsk mikrobiologi må ein byggje opp eit meir robust fagmiljø, med fleire spesialistar.

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-utdanninga<sup>38</sup>, som er implementert frå hausten 2017. Framover vil klinikken halda fram med å gå gjennom kompetansebehovet ved dei ulike seksjonane.

Klinikk for kvinner barn og ungdom viser til ei stor utfordring generelt i høve til rekruttering av nøkkelpersonell, særleg ved dei minste fagmiljøa, og det er krevjande å behalde ein del fagpersonell, særleg innan PHBU. Når det gjeld fødeavdelingane i Kristiansund og Molde, visast det til forslag om at dei skal slåast saman i SNR. Rekrutteringa av spesialistar til dei to fødeavdelingane har vore utfordrande i 20 år. Dette gir konstant slitasje på nøkkelpersonellet, og representerer ein risiko for pasienttryggleiken og kvaliteten på tenestene, i tillegg til å vere uheldig for arbeidsmiljøet.

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. Legar 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. Vi er avhengige av å rekruttere godt til alle sjukehusa, for samla sett å rekruttere godt til fylket. Alle sjukehusa har sine preferansar, og vi må samarbeide om rekruttering meir enn å konkurrere. Ny forskrift om spesialistutdanning vil truleg framtvinge større samarbeid og nokre behov for jobbotasjon mellom sjukehusa i føretaket, men dette må inngå i ein føreseieleg plan.

---

<sup>38</sup> 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 forskningsfronten 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. Tilstreккеleg 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 TTO<sup>39</sup>, NTNU, Innomed og andre sjukehus. Helse Midt-Norge RHF lyser ut årlege innovasjonsmidlar. Helse Møre og Romsdal HF 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 framtidretta 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. Etter at langtidsbudsjettet ble utarbeidd blei det i samband med handsaminga av forprosjektet knytt til SNR laga ein analyse av økonomisk berevne for SNR og for føretaket. Analysen bygde på føresetnadane lagt i LTB med mellom anna korrigeringar knytt til investeringar, rentenivå og inntektsvekst. Det vises til eigen [rapport](#) frå Ernst & Young.

### 2.7.1 SNR

Forprosjektet for SNR blei vedtatt i styret i Helse Møre og Romsdal HF i sak 2017/71. Vedtaket blei stadfesta i styret i Helse Midt-Norge 07.12.17. Prosjektet er no over i gjennomføringsfasa.

---

<sup>39</sup> NTNU technology transfer.

Forprosjektet inkluderte mellom anna ei oppdatert økonomisk berekraftanalyse for å vurdere om prosjektet kunne gjennomførast innanfor dei økonomiske forutsetningane som var lagt i konseptfasa.

Investeringa i SNR er i konseptrapporten kalkulert til om lag 4,1 mrd. kroner (pris des. 2015). Oppdaterte analysar 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 føresetnadane knytt til framtidig inntektsutvikling, samt for budsjetterte kostnadstiltak i perioden fram til ferdigstilling av SNR.

Det er difor viktig at helseføretaket gjennomfører mål for effektivisering i åra før innflytting. Helseføretaket må 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 Hjelset () Kristiansund er berekna til i underkant av 100 mill. kroner pr. år basert på berekraftsanalysen frå konseptfaserapporten som blei lagt fram hausten 2016.

### **2.7.3 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 følgjeleg det økonomiske handlingsrommet og tilgjengelig likviditet som

avgjer kor mykje Helse Møre og Romsdal HF kan investere for i langtidsperioden. Helseføretaket har som følgje av prognosen for 2017 midlertidig satt stopp for nye investeringar, og investeringsnivået for 2017 og resten av perioden vil vere vurdert fortløpande.

I langtidbudsjettet 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. I tillegg er det for 2018 gjeve regionalt lån til rehabilitering av fasaden ved Ålesund sjukehus. Andre investeringsprosjekt må finansierast gjennom dei økonomiske rammene som er tildelt Helse Møre og Romsdal HF.

Tabellane under viser nivået for investeringar som er lagt inn i langtidbudsjettet for 2018-2033:

**Tabell 2.9 Langtidbudsjett 2018 - 2023**

Investeringar	Langtidbudsjett						
	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 (prisinivå 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
<b>SUM investeringar - Bygg</b>	<b>287 000</b>	<b>807 397</b>	<b>1 135 280</b>	<b>1 179 306</b>	<b>1 552 994</b>	<b>351 394</b>	<b>392 000</b>

**Tabell 2.10 Utvida langtidbudsjett 2024 - 2033**

Investeringar	Utvidet LTB periode ved store 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 (prisinivå 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
<b>SUM investeringar - Bygg</b>	<b>392 000</b>	<b>392 000</b>	<b>392 000</b>	<b>142 000</b>	<b>142 000</b>	<b>142 000</b>	<b>142 000</b>	<b>142 000</b>	<b>142 000</b>	<b>142 000</b>

Behovet for medisinteknisk utstyr er stort , 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 var det planlagt med investeringar utover samanbrot, men frå april blei 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 utstyrsparck 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 einiskilde 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. Ein rapport utarbeidd av Multiconsult viser at behovet for vedlikehald er langt høgare enn 50 mill. kronar pr år. 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 dekker 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 langtidsbudsjettet i mai/juni 2018 kjem ein tilbake til føringar som dette arbeidet har gitt. Når SNR er etablert og teke i bruk, er det i perioden 2023-2026 planlagd 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

Gjennomsnittsalderen 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. Slik investeringsnivå er i dag, 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 nok omsyn til behova for plattformlikskap og standardisering. Dersom ein skal oppnå gevinstar ved å innføre regionale IKT/MTU-løysingar som t.d. Helseplattformen, må ein etablere gode samarbeidsarenaer både innan eige HF og i regionen. Dette er viktig både innan teknologi(MTU/IKT) og på økonomi- og innkjøpssida, for å kunne oppnå målet om standardisering av MTU og ikkje minst få eit likt teknologinivå på sjukehusa både i eige HF og i regionen. Utsifting av MTU må inn i strategiske og langsiktige planar, som også vil sikre at teknologinivået for MTU blir likt. Dette er viktig for likkapsprinsipp 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. Digitalisering innan medisinsk diagnostikk og behandling gir behov for auka merksemd på 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 ein 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 dagens behov.

Det finst store mengder MTU på sjukehusa i Helse Møre og Romsdal HF, som tradisjonelt ikkje er basert på kommunikasjon med journalsystem. Dette kan vere 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. På bakgrunn av lovpålagde krav ser ein dei siste åra ei dreining mot at dette utstyret også må kommunisere med eit journalsystem for å sikre dokumentasjon eller analyse av data. For å sikre kvaliteten på dokumentasjonen må datafangst gjennomførast elektronisk, dette 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.

I dag får pasientane i langt større grad enn tidlegare tildelt teknologisk utstyr<sup>40</sup> med siktemål om å meistre eigen sjukdom. Det er liten grad av overordna styring av teknologien som vert tildelt, og i mange høve er det mogeleg å velje mellom fleire løysingar. Særskilt kan eingongsutstyr vere kostnadsdrivande, og auka fokus på opplæring og oppfølging kan betre pasienten sin bruk av behandlingshjelpemiddel. Kwart år fordrar det store summar for føretaket 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 potensialet i utstyret ein deler ut til pasientane.

Informasjon om pasienten kan i dag finnast i ulike system som i liten grad snakkar saman. Dette gjer det tidkrevjande å registrere og formidle relevant informasjon mellom samarbeidande helsepersonell. Eit døme på dette er behovet for betre løysingar for kommunikasjon og teknikk i AMK, der ein no i nasjonal regi arbeidar med anskaffing av nytt IKT til AMK. Arbeidet er forseinka 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

---

<sup>40</sup> Døme på teknologisk utstyr pasientar i dag nytter kan vere blodtrykksmålarar, insulinpumper, blodsuktermålarar, smertepumper, medisinpumper, oksygentilførsel, hørselsapparat med meir.

arbeidsflate for å bli nytta. Dagens system har ingen eller i liten grad av klinisk avgjerdsstøtte. For å utvikle funksjonalitet som skal understøtte kliniske avgjerder, er det behov for å strukturere pasientinformasjonen og kople denne opp mot evidensbasert kunnskap og verksemdsinterne prosedyrar.

Måling og vurdering av arbeidsprosessar er avgjerande for å få til ei effektiv utnytting av helseressursane. Det er behov for sanntidsmålingar og valide tal-data som ansvarlege leiarar kan støtte seg til. Det elektroniske verktøyet eSP<sup>41</sup> 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.

### **2.8.1 Utviklingsplanen i eit IKT-perspektiv**

I Helse Midt-Norge RHF er Helseplattformen, HMN Lab, K2-vidare med SAP og SNR store prosjekt som vil påverke Helse Møre og Romsdal HF i stor grad i åra framover. Regionale avklaringar i alle desse prosjekta vil også ha innverknad på helseføretaket. Dei teknologiske vala som skal gjerast i HMR framover, må vere forankra i dei standardane som er bestemt regionalt, for å sikre optimale løysingar inn mot Helseplattformen.

Standardiseringsarbeidet for arbeidsprosessar og pasientforløp er tydeleggjort gjennom arbeidet med Helseplattformen, men det er viktig at standardiseringsarbeid knytt til kodeverk og teknologi også følgjast opp tett lokalt. Dette er godt dokumentert i Helse Midt-Norge RHF sin Teknologiplan for perioden 2017-2022. Teknologiplanen beskriv dagens situasjon innanfor ulike teknologiområde (teknologiarkitektur og til dels applikasjonsarkitektur), og forventar framtidig situasjon basert på eksisterande regionale og nasjonale føringar, og globale trendar.

Kompetanseheving for helsepersonell og leiarar knytte til IKT er eit viktig bidrag Helse Møre og Romsdal HF må prioritere fram mot Helseplattformen. Dersom føretaket skal ha forventningar om suksess i implementeringa av dei store regionale prosjekta, må HMR legge ressursar i slike tiltak.

Nytt sjukehus (SNR) skal vere heilt framme i teknologisk utvikling, og vil på mange område vere eit flaggskip for området. Helse Møre og Romsdal HF må sikre at dette også kjem dei andre sjukehusa og institusjonane i helseføretaket til gode. I arbeidet med dei store prosjekta må ein vere merksam på at det finst eksisterande system som skal leve heilt fram til siste sjukehus har implementert nye system. Sjølv om det ikkje skal utviklast ny funksjonalitet dei siste åra, skal likevel systema brukast dagleg av personell i sjukehusa. Desse treng opplæring og oppfølging. Enkelt vedlikehald skal gjerast både lokalt og regionalt.

Mobilitet blir viktig i det framtidige sjukehuset, og er svært avgjerande for å støtte helsetenesta. Sjukepleiarar og legar vil i stor grad bruke handhalde utstyr for dokumentasjon og registrering inn mot pasientbehandlninga. Vi ser også ei utvikling mot meir bruk av «skytenester», både for lagring og applikasjonar. Tradisjonelle tenester som ikkje er sky-baserte, blir færre og færre. Ei utfordring her er eksterne leverandørar og tryggleik. Viktige kvalitetar vedrørande mobilitet er; tilgjengelegheit, tryggleik, brukarvenlegheit og tilpassingsdyktigheit.

I framtida vil pasientane vere meir delaktige i eiga behandling, og ha tilgang til eigne data i mykje større grad, t.d ved sjølv å registrere i mobile einingar som er koplade opp mot journalsystem. Det er

---

<sup>41</sup> eSP er ei forkorting for elektroniske standardiserte pasientforløp.

forventa ein vekst i medisinsk kunnskap, samtidig som den teknologiske utviklinga og nye legemiddel gir nye behandlingsmogelegheiter som igjen utfordrar teknologien.

Sikring av god IKT- infrastruktur i Helse Møre og Romsdal HF gjennom mellom anna gjennom vidare utbygging av det trådlause nettverket, bør vere høgt prioritert. Dette er elles også eit regionalt satsingsområde.

Ei tettare samhandling mellom IKT og teknisk/medisinteknisk avdeling er viktig, og nødvendig for å nå det målbiletet som er sett.

### **2.8.2 Medisinsk koding**

Medisinsk koding inneber å omsetje tekstlege beskrivingar av diagnosar og prosedyrar i journalen til kodar. Eit viktig føremål med medisinsk koding er å få oversikt over sjukdommar i befolkninga. Kodane dannar også grunnlag for planlegging, administrasjon, finansiering, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetenester.

Helseføretaka har ansvar for å sende inn korrekte og relevante opplysningar for den behandlinga pasienten har fått under det aktuelle opphaldet til Norsk Pasientregister(NPR).

Riksrevisjonen har i 2010 og 2017 peika på behovet for systematisk arbeid med kvaliteten på medisinsk og administrativ koding i fleire av helseføretaka i landet, m.a. for Helse Møre og Romsdal. For å lukkast med dette arbeidet, må det leggest tydelegare føringar for korleis kodepraksis skal utøvast i helseføretaket.

Samspelet mellom helsesekretær/behandlar/koderådgivar er eit godt grunnlag for god kodepraksis. Det er allereie i dag god kontakt mellom kodegruppa og helsesekretærene i klinikkane – dette kan vidareutviklast. For å lukkast med dette er det behov for å auke kompetansen kring koding, noko som må gjerast ved ytterlegare samarbeid mellom dei tre yrkesgruppene.

Auka samarbeid mellom fag- og økonomiavdelinga med ei fordeling av ansvaret for innsatsstyrt finansiering og aktivitet, til dømes gjennom oppretting av team, vil kunne plassere rett funksjon og ansvar på rett stad. Dette vil føre til betre klinisk beslutningsstøtte for kodepraksis, og økonomisk administrativ støtte der det er problemstillingar kring refusjon, DRG og takstar.

Helse Møre og Romsdal HF må definere kva slags kompetanse som er nødvendig for kvar rolle og funksjon i kodearbeidet. Føretaket må leggje til rette for betre medisinsk koding ved at tilsette får nødvendig og oppdatert kunnskap om koding og krav til journaldokumentasjon, og at det blir gitt tydelege signal om at korrekt koding er viktig for å oppnå god pasientstatistikk.

I perioden for Utviklingsplanen, vil det i nær framtid kome ei endring i ICD-kodeverket, der metodane for koding blir betydeleg endra. Ved å starte allereie no med å utvikle eit godt grunnlag og god kunnskap i kodearbeid, vil ein ha eit fortrinn ved innføring av både Helseplattformen og ICD-11.

Utviklingsplanen tar i liten grad føre seg korleis Helse Møre og Romsdal HF skal bruke verktya for å kontinuerleg forbetre datagrunnlaget (medisinsk koding i praksis).

Å kunne tilpasse seg standardar, bruke av masterdatasett og regelverk for samhandling, er vesentleg for å lukkast med IT-løysingane no og i framtida. Helse Møre og Romsdal HF må gå metodisk til verks

for å kunne utvikle seg fram mot Helseplattformen og ta nødvendige grep for å kome utfordringane dette fører med seg i møte.

## 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 [rapporten](#) frå pediatrigruppa (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

Pediatrigruppa si evaluering av dagens driftsmodell i Kristiansund er at den er komplisert, men ikkje uforsvarleg. Med dei samla ressursane innan pediatri, anestesiologi og prehospitale tenester, vurderast akutttilbodet til barn og ungdom i Nordmøre og Romsdal som akseptabelt, men sårbart.

Periodane med stenging av den pediatriiske verksemda i Kristiansund i påskeveka og åtte veker om sommaren skaper betydeleg uvisse hjå brukarane, tilsette, samarbeidspartnarar og lokalbefolkninga elles. Pediatrigruppa ber derfor 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 i helgene oppfattast også som problematisk, fordi det påverkar verksemda både dagane før og i helg. Pediatrigruppa oppmodar helseføretaket om å vurdere noko fleire tilgjengelege senger og auka bemanninga på helg. Dagens driftsmodell fører til at mange barn og unge i Nordmøre og Romsdal leggast inn i vaksenavdelingar, og gruppa viser til at dette ikkje er i høve til faglege tilrådingar og forskrift om barns opphald i helseinstitusjon.

Pediatrigruppa har utgreidd og vurdert tre ulike driftsmodellar og gitt si tilråding for utviklinga av det barnemedisinske tilbodet i Helse Møre og Romsdal HF ([sak 2017/61](#)) (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 2017. 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 kikholskirurgien introdusert, metoden tok gradvis over mange prosedyrar, og er i dag ein føretrekt operasjonsmetode. Mot slutten av 2000-tallet har denne metoden vorte ytterlegare utvikla ved at



teknologien vert kombinert med operasjonsrobot. Det er særleg fag i Klinikk for kirurgi (magetarm- og urinvevskirurgi) og Klinikk for kvinner, barn og ungdom (gynekologisk kirurgi), som vil ha nytte av operasjonsrobot, primært for kreftkirurgi. Evidensgrunnlaget gir ikkje noko eintydig tilråding, men operasjonsrobot er eit etablert og anerkjent tilbod innan desse operative fagdisiplinane, både nasjonalt og globalt, og ein opplever at pasientane vel bort sjukehus som ikkje kan tilby robot.

Fagmiljøa meiner at ein operasjonsrobot er viktig for rekruttering, fagutvikling og HMS, i tillegg til at det er ein faktor for at Helse Møre og Romsdal HF kan utvikle sitt tilbod til befolkninga og hindre pasientlekkasje til andre føretak. Det handlar for mange fagfolk om å følgje med på utviklinga, sjølv om det ikkje er evidensgrunnlag for at dette er ein betre metode enn vanleg kikholskirurgi.

Ei arbeidsgruppe vil bli nedsett for å utgreie om det bør etablerast operasjonsrobot i Helse Møre og Romsdal HF. I denne prosessen må ein ha dialog med Helse Midt-Norge RHF og St. Olav hospital HF. Utgreiinga vil starte i 2018 med siktemål om å vere ferdig innan sommaren 2019.

#### **2.9.4 PET**

PET er ein metode i sterk vekst innan kreftdiagnostikk, og indikasjon for PET aukar også innan andre fagområde. PET inngår no som rutine undersøking i deler av fleire kreftpakkeforløp. I Noreg er det underdekning av PET-tilbodet vurdert ut frå tal PET maskiner per folketalseining. I Helse Midt-Norge HF er talet ca halvparten av europeisk snitt, og ca ¼ av snittet i Skandinavia utanom Noreg. Prognosane tilseier auke i talet på kreftpasientar og i bruk av PET. Ei arbeidsgruppe er sett ned med mandat om å greie ut om eit slik tilbod kan etablerast i Helse Møre og Romsdal HF.

#### **2.9.5 PCI**

I dag vert dette tilbodet gitt ved St Olavs hospital i Helse Midt-Norge RHF. Ei eiga arbeidsgruppe vil utgreie om det bør etablerast eit slikt tilbod i Helse Møre og Romsdal HF lokalisert ved Ålesund sjukehus. 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 unødige ventetid».*

Avtalespesialistane er sjølvstendig næringsdrivande som driv spesialistpraksis og har individuelle avtalar 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 følgende avtalespesialistar i Møre og Romsdal: 23 legespesialistar og 13 Psykologspesialistar.

Tabell 2.11 Avtalespesialistar i Møre og Romsdal, somatikk og psykiatri

Legespesialister	Antall	Årsverk
<b>ANESTESI</b>		
- Volda	1	0,2
<b>ØYE</b>		
- Kristiansund	2	2
- Molde	2	2
- Ørsta	1	1
- Ålesund	2	2
<b>GYNEKOLOGI</b>		
- Ålesund	2	2
<b>HUD</b>		
- Ulstein	1	1
- Ålesund	2	2
<b>INDREMEDISIN</b>		
- Ålesund	3	2,5
<b>PSYKIATRI</b>		
- Molde	1	1
- Tingvoll	1	1
- Ålesund	1	1
<b>ØNH</b>		
- Kristiansund	1	0,5
- Molde	1	0,2
- Ålesund	2	0,4
<b>TOTALT</b>	<b>23</b>	<b>18,8</b>

Tabell 2.12 Avtalespesialistar i Helse Møre og Romsdal HF, psykologar

Psykologspesialistar	Antall	Årsverk
<b>PSYKOLOGSPESIALISTAR</b>		
- Ulstein	1	1
- Volda	1	0,2
- Ørsta	1	1
- Ålesund	5	4,8
- Molde	3	3
<b>NEVROPSYKOLOGAR</b>		
- Kristiansund	1	1
- Molde	1	0,2
- Ulstein	1	1
<b>TOTALT</b>	<b>13</b>	<b>11,2</b>

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 2.13 Aktivitetstal spesialistkonsultasjonar somatikk, 2016

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

Tabell 2.14 Aktivitetstal spesialistkonsultasjonar psykiater/psykolog, 2016

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

Tala viser at delen spesialistkonsultasjonar hjå avtalespesialistar samla for somatikk og psykisk helsevern er gjennomsnitt 13%. Dette utgjer 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 RHF bruker lite avtalespesialister samanlikna med landsgjennomsnittet. I overkant av 20 prosent av dagens polikliniske konsultasjonar i Helse Midt-Norge RHF gjennomførast hos avtalespesialist. Dette fordeler seg med 12 prosent i Helse Møre og Romsdal HF 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 kommune<sup>42</sup>.

Pr. i dag har senteret følgjande tilbod innafor spesialisthelsetenesta: høyrssentral, blodtapestasjon, tilbod om ortopediske konsultasjonar og røntgentilbod . Det psykiatriske tilbodet vart avvikla i 2016.

<sup>42</sup>Føremålet var å utgreie aktuelle løysingar for oppretting av eit DMS/intermediærtillbodi Sunndal kommune. For meir informasjon om tilrådingar og vedtak sjå Styresak 2009/111. Helse Møre og Romsdal HF. (2009): Etablering av DMS Sunndal – Intermediærtillbud i Kristiansund og Molde. <https://ekstranett.helse-midt.no/1006/Sakspapirer/ST%202009-111%20-%20Etablering%20av%20DMS%20Sunndal%20-%20Intermediærtillbud%20i%20Kristiansund%20og%20Molde.pdf> lasta ned 19.10.17.

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 omkringliggende 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 2.15 Tilbod og aktivitet med Sunndal DMS i 2016**

Fagområde	Tal episodar
<b>Radiologi</b>	701
<b>Ortopedi</b>	410
<b>Blodtapping</b>	326
<b>Høyrssentral</b>	950
<b>Psykiatri</b>	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 ambulansetjenestene. 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 døgnvakt. Fagmiljøa skal ta hand om 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 ortopeditilbodet ved senteret vert avvika, 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 Klinikken for diagnostikk vert det informert om at det er ressurskrevjande å bemanne det radiologiske tilbodet ved DMS Sunndal. I tillegg står dyrt røntgenutstyr ubrukt dei fleste dagar i veka ved DMS Sunndal. Det gir svært høg driftskostnad pr undersøking. Det vert vist til at Helse Møre og Romsdal HF har avgrensa midlar til innkjøp av medisinsk teknisk utstyr, og ein manglar røntgenutstyr ved sjukehusa. Det er difor vanskeleg å forsvare ressursbruken klinikken har i samband med drift av tilbodet i Sunndal.

Ressursbruken er stor også for tilbodet om blodtapping, og det er ønskje om å avvike tilbodet i løpet av 2018. Når det gjeld høyrssentralen, 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 høyrseleksentral 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, 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 Bygningmessig 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 bygningmessige utviklingsplanen skal opp om den verksemdmessige 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 bygningmessig utviklingsplan.

Helse Møre og Romsdal HF eig og driv verksemd i ca. 226.000 kvm. m<sup>2</sup> bygg. Situasjonsbilete omfattar ca. 143.000 m<sup>2</sup> av desse, dvs. alt utanom dei verksemdene som flyttar inn i SNR (Semco, Nordic, 2018).

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

#### **2.9.7.1 Ålesund sjukehus - somatikk**



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 behandlingssakse 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 vedlikehaldsprosjekt er under planlegging: Fasademessige utskiftingar og oppgradering av det elektriske anlegget (400 V).

CF-Møller leverte i 2006 ein plan for utvikling og tilpassing av bygget til framtidige behov. Denne vart tatt godt imot, men få av tiltaka er gjennomførte. Tabellen under viser bygga på Ålesund sjukehus – somatikk og storleik. Det er gjort berekningar som viser at (berre) 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.

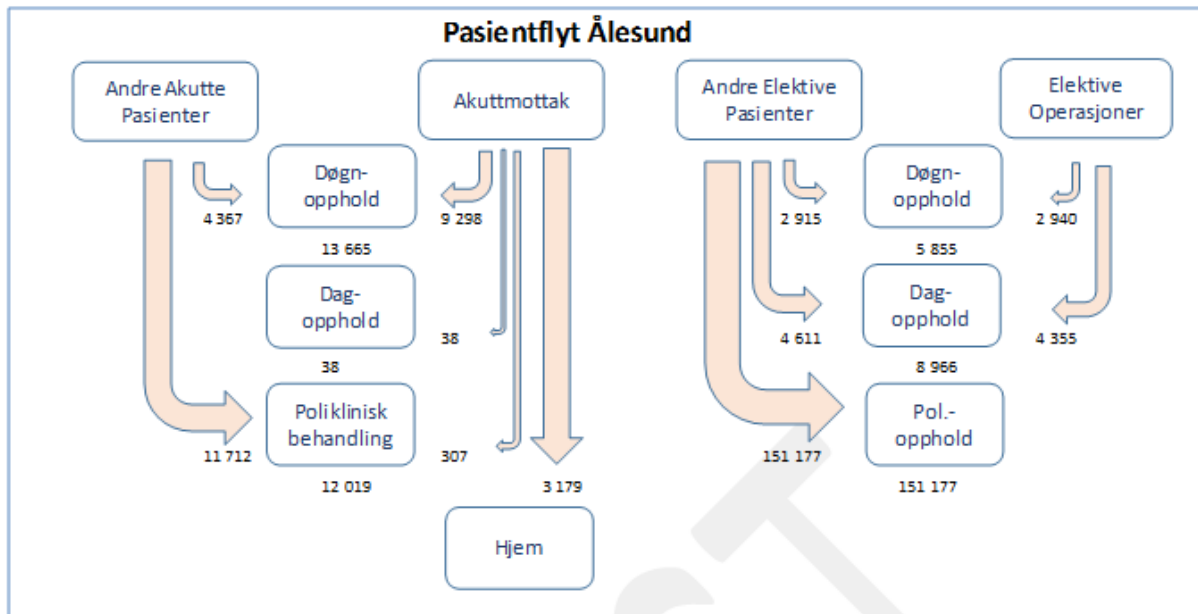
Tabell 2.16 Frittstående bygg i Ålesund - somatikk

Ålesund somatikk	Bruttoareal
Audiopedagogisk	575
Adm.bygget	2 110
Ålesund sjukehus	56 304
Åse hotell	1 522
Kreftbygget	5 846
Åsebøen 1	3 092
Åsebøen 11	3 065
Helikopterbase	770
Barneavdeling	5 214
<b>Totalsum</b>	<b>78 498</b>

\*Åsebøen 11 inneheld stort sett habiliteringstilbod.

Tabell 2.17 Frittstående bygg i Ålesund

Ålesund (alt)	Bruttoareal
Audiopedagogisk	575
Adm.bygget	2 110
Alderspsykiatrisk	1 423
Psykiatribygget	5 526
Ålesund sjukehus	56 304
Åse hotell	1 522
Kreftbygget	5 846
Åsebøen 1	3 092
Åsebøen 11	3 065
BUP – VP	3 819
UPA avdeling	1 095
UPA skule	457
Helikopterbase	770
Barneavdeling	5 214
<b>Totalsum</b>	<b>87 678</b>



Figur 2.6 Viser hovudstraumar av pasientar inn til sjukehuset basert på 2016-tal:

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

### 2.9.7.2 Ålesund – sjukehuspsykiatri

Behandlinga i dag foregår i tre ulike bygg som bygningsmessig har ein akseptabel standard. Det er ikkje tilfredsstillande forhold for sikkerheitspsykiatrien i Ålesund og det vart i 2015 laga en eigen rapport på dette. Denne er no tatt med i den bygningsmessige utviklingsplanen.

Det er ønske om å samlokalisere «Døgnseksjon PHBU, Akutt- og utredningsposten, Ålesund» med vaksenpsykiatrien grunna betre og meir rasjonell vaktberedskap samt meir eigna sengepost. Dette frigjer også plass for BUP/VOP som kan nyttast til forventa vekst i poliklinisk aktivitet.

Det vil kome ei fagleg utredning som kan påverke lokaliseringa av Familieposten.

Tabell 2.18 Ålesund sjukehuspsykiatri areal

Ålesund sjukehuspsykiatri	Bruttoareal
Alderspsykiatrisk	1 423
Psykiatribygget	5 526
UPA avdeling	1 095
UPA skule	457
<b>Totalsum</b>	<b>8 500</b>

### 2.9.7.3 Volda sjukehus - somatikk



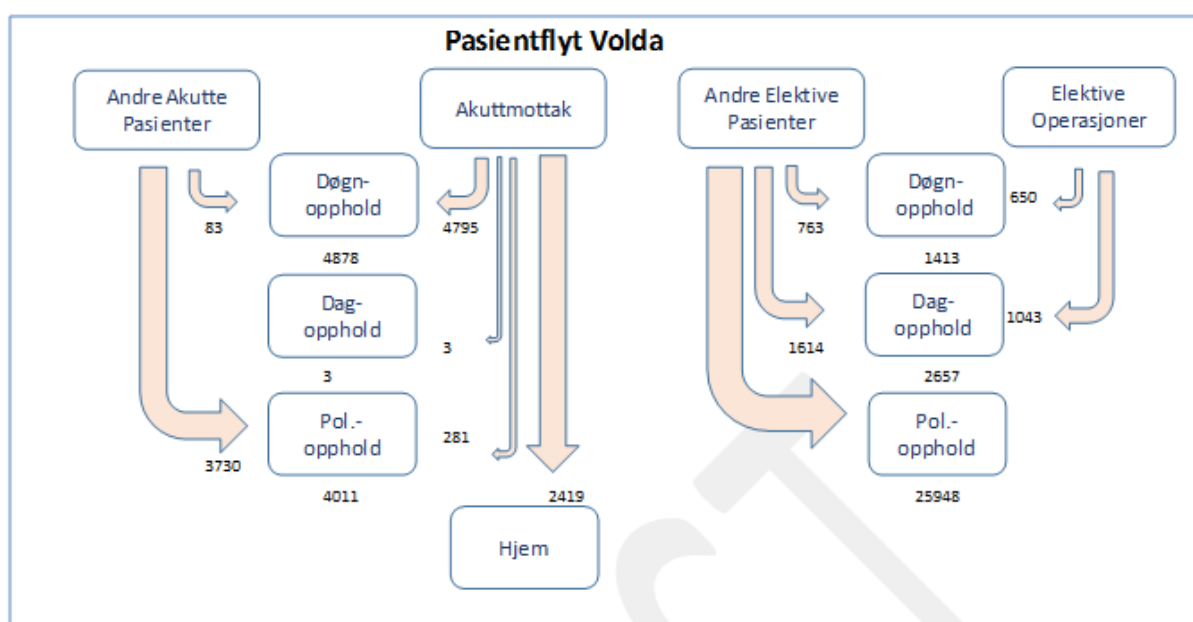
Sjukehuset vart opna i mars 1986 og er såleis nyare enn Ålesund. Seinare har Volda DPS kome til på totalt 3694 m<sup>2</sup>. Interiørmessig er kvaliteten akseptabel, men ikkje på nivå med nybygde sjukehus. Strukturelt er sjukehuset fornuftig bygd opp med god tilkomst frå akuttmottak til biletdiagnostikk 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 leverte 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, 2018).

Tabell 2.19 Bygg i Volda somatikk

Volda – somatikk	Bruttoareal
<b>Volda sjukehus</b>	13 958
<b>Kløvertun</b>	5 526
<b>Totalsum</b>	15 820

Pasientflyten i Volda er vist i figur 2.7.



Figur 2.7 Pasientflyt Volda. Viser hovudstraumar av pasientar inn til sjukehuset basert på 2016-tal:



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

#### 2.9.7.4 Bygningsmassen utanom sjukehusa i Ålesund og Volda



Figur 2.8 Stader der HMR har verksemd i egne bygg.

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 desentraliserte 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 2.20 Verksemd på andre adresser

Verksemd på andre adresser	Bruttoareal
<b>Psykiatrisk poliklinikk, Sykehusgata 2</b>	1 491
<b>Solhagen DPS Kr.sund pol.kl</b>	1 807
<b>Nordlandet psykiatriske senter</b>	2 794
<b>Knausen</b>	7 696
<b>Molde behandlingssenter</b>	496
<b>Aure behandlingssenter</b>	2 499
<b>BUP VP</b>	3 819
<b>Vegsund DPS</b>	2 919
<b>Sjøholt DPS</b>	2 351
<b>Vestmo aktivitetshus</b>	987
<b>Vestmo klinikkbygg</b>	986
<b>Vestmo avgiftningsbygg</b>	1 341
<b>Vestmo brakkerigg</b>	304
<b>Vestmo adm.bygg</b>	2 209

<b>Volda DPS</b>	3 673
<b>Volda BUP</b>	1 207
<b>Mork rehabiliteringssenter</b>	3 902
<b>Totalsum</b>	40 481

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 33 ambulansestasjonar med til saman 8263 m<sup>2</sup>. Helikopterbasen i Ålesund på 770 m<sup>2</sup>, 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).

### 2.9.7.5 Bygningmessig tilstand

Multiconsult leverte 30. oktober ei revidert utgåve av [«Kartlegging av bygningsmassen, teknisk tilstand»](#). Hensikta er mellom anna å vise eit bilete av nosisasjonen med tanke på teknisk tilstand, både ved de enkelte lokasjonane og for bygningsmassen i heilskap. Multiconsults inndeling av lokasjonar avviker noko frå inndelinga som arbeidsgruppa for Bygningmessig utviklingsplan har brukt i sitt arbeid.

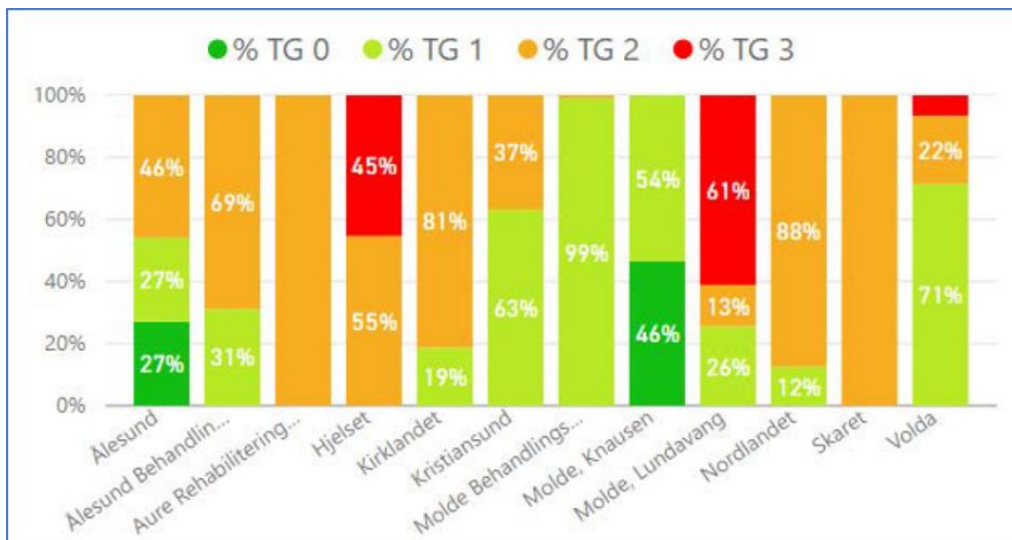
I NS 3424 blir det nytta 4 tilstandsgrader (TG), fra 0 til 3, som kort kan oppsummerast som:

- TG 0: Ingen avvik
- TG 1: Mindre eller moderate avvik
- TG 2: Vesentleg avvik
- TG 3: Stort eller alvorlig avvik

Seks grupperinger av totalt 18 bygningsdeler er vurdert:

- Bygningskropp
- VVS
- Elkraft
- Tele og auto
- Andre installasjonar
- Utandørs

Utgangspunktet for Multiconsult sine utrekningar er å tilbakeføre bygningskroppen til et nivå lik tilstandsgrad 0 eller 1, det vil si akseptabel tilstand. Heile HMR si bygningsmasse er vurdert, også dei areala som skal flyttast frå i samband med SNR. Multiconsult har stadfesta eit vesentleg vedlikehaldsetterslep, estimert til gjennomsnittleg kr 14.876,-/ m<sup>2</sup> i ei tiårsperiode for heile HMR. Når det gjeld bygningsmasse omtalt i denne rapporten (altså ex. SNR) er vedlikehaldsetterslepet utrekna til kr 13.800,-/ m<sup>2</sup>. Samla inneber dette kostnader på totalt 1,9 milliardar kroner dei neste 10 åra, for å bringe bygningsmassen opp til ein akseptabel tilstandsgrad.



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

## 2.10 Situasjonsbilete 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.

Tilsvarende 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 der ein er for korttidsbehandling og ein for langtidsbehandling.



Figur 2.10 Organisasjonskart klinikk for psykisk helse og rus

### **2.10.1.1 Fagutvikling**

Klinikken er langt framme nasjonalt når det gjeld dreining mot poliklinisk oppfølging og ambulant verksemd. Dette gjeld både innan psykisk helsevern, spesialisert habilitering og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Oppretting av FACT –team, regionalt medikamentfritt tilbod og ACT- team er døme med fokus på fag, pasient og kvalitet, det same er nevropsykiatriske som arrangerer felles kurs for heile klinikken. Vidare har klinikken OCD team med doktorgradstipendiat, eige tilbod for personar med sjølvskading, gruppetilbod innan ulike lidningar som angstlidningar og PTSD. Klinikken har også starta aktiv satsing på intensiv korttidsterapi (ISTDP) som terapeutisk tilnærming. Klinikken har fleire pågåande fagutviklingsprosjekt med fokus på samhandling med kommunar, til dømes innan vaksenhabilitering og alderspsykiatri og ein multisenterstudie som omhandlar komorbiditet i habiliteringspopulasjonen.

Det er stort engasjement rundt organisasjonsutvikling med tanke på innflytting i SNR, framtidig organisering av Sikkerhetspsykiatri og behandling av pasientar som treng lengre opphald i døgninstitusjonar, arbeid med førebygging av suicid og rett og redusert bruk av tvang. Endringar innan psykisk helsevernlova vil gi nye utfordringar og spennande muligheter som klinikken må løyse, det same vil innføring av pasient- og pakkeforløp innan våre fagområde gjere.

Kvalitetsforbetringsprosjekt knytt til drift og organisering av tilbod, samt utvikling av gode forløp for pasientar med samtidig rus og psykiatrisk lidning (ROP) har stor merksemd både ved avdeling for tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) og innan psykisk helsevern.

### **2.10.1.2 Pasientbehandling**

Klinikk for psykisk helse og rus ivaretar spesialisthelseteneste for store pasientgrupper. Klinikken er ein av dei største i HMR og mykje behandling skjer desentralisert. I samband med arbeidet rundt riktig og redusert bruk av tvang, har særleg fokus på verdiar i behandling av alle pasientar i Klinikk for psykisk helse og rus blitt løfta fram.

Sentrale målgrupper innan psykisk helsevern vil vera pasientar med psykosar eller mistanke om utvikling av kroniske psykosar, her under schizofreniforme, bipolare og rusutløyste psykosar. Vidare blir det gitt tilbod til pasientar med alvorlege depresjonar, angstlidningar, tvangslidningar, bipolare lidningar, traumeproblematikk, alvorlege spiseforstyrrelsar, organiske lidningar inklusiv kognitiv svikt og demens eller andre nevropsykiatriske tilstandar som lidningar innan autismespekteret og ADHD, personlighetsforstyrningar, somatoforme og dissosiative lidningar og alvorlege psykososiale problemstillingar m.m.

Helsetenesta skal tilby utredning /diagnostisering og initiere og gjennomføre ulike behandlingstiltak. Målet er å finne gode innfallsvinklar til meistring og ny læring. Avhengig av problemstilling får pasientane tilbod om døgnbehandling, poliklinisk behandling eller eit ambulant tilbod. Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB) ivaretar pasientar med alvorlege rus lidningar og tilbyr akutt avrusing i tillegg til lengre behandlingsopplegg, både døgnbaserte og i form av polikliniske tenester. Mykje arbeid både innan psykisk helsevern og TSB skjer i nær samhandling med kommunane.

Innføring av nasjonale pakkeforløp vil prege utviklinga av klinikkens tenestetilbod dei næraste åra. I høve til ny-tilviste til poliklinikkane, er det ein auke på om lag 40% i perioden frå 2012 -2016. Dette gir oss store utfordringar i tillegg til at vi i klinikken ser utfordringar både internt og eksternt når det gjeld pasientflyt.

Spesialisert habilitering gjev tenester til pasientar med komplekse og samansette funksjonshemmingar knytte til nevropsykiatriske lidningar, utviklingsforstyrningar og genetisk betinga tilstandar. Pasientane har ofte tilleggsproblematikk med utviklingshemming, spesifikke lærevanskar og samansette psykiatriske og nevrologiske lidningar. Frå 2015 -2016 var det vekst i antall pasientar innan vaksenhabilitering på 3.4 prosent. (Helsedirektoratet, SAMDATA Spesialisthelsetjeneste 2016.) Personar med utviklingshemming har auka risiko for å utvikle psykiske lidningar. Personar med lett utviklingshemming antar ein har dobbel risiko for psykisk lidning, medan personar med alvorleg utviklingshemming har ein risiko på tre til fem gonger høgre enn det som er vanleg (Skullerud mfl. 2000)

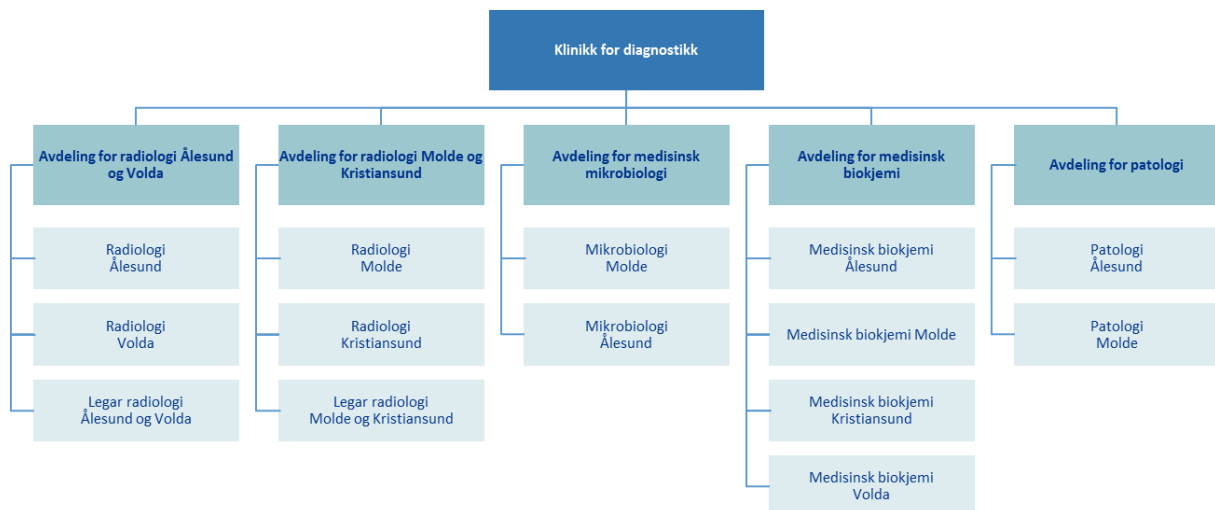
Forskning viser også at personer med utviklingshemming oftare har helsesvikt enn resten av befolkninga, samtidig som dei sjeldnare får hjelp (NAKU, 2007 og NAKU, 2008, Bitsko, 2009). Manglande kunnskap om utviklingshemming og uklare ansvarlinjer blir oppgitt som årsak til dette problemet. Derfor blir det i det vidare arbeidet viktig å ha fokus på desse aspekta. Vi viser til plan *habiliteringstenester HMR 2014-2020* der følgjande områder er løfta fram:

- *Styrke medisinsk kapasitet i pasienttilbodet*
- *Styrke fagmiljøet kompetanse- og kapasitets messig.*
- *Generell styrking av tilbodet innan spes. habilitering til vaksne*
- *Sikre god overgang born-vaksne*

### **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. Røntgenseksjonane 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 Hemit<sup>43</sup> 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 *HMM LAB* er det største pågåande prosjektet i regionen, etter Helseplattforma, og skal resultere i nytt datasystem for medisinsk biokjemi og medisinsk mikrobiologi innan 2020. 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.

<sup>43</sup> 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 befolkningsammansetjing 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.

Grunna regional avtaleinngåing med ny leverandør av private radiologitenester, vert forholdet mellom det private og det offentleg tilbodet i nord-fylket endra frå juni 2018. Føretaket vurderer tiltak for å sikre eit likeverdig tilbod for pasientane. Dette gjeld i all hovudsak MR-undersøkingar. Ein må i nær framtid gjere ei vurdering av om og eventuelt kva konsekvensar dette får for behov og kapasitet innan helseføretaket.

Diagnostikk yter tenester til dei andre spesialitetane i sjukehusa. Endring i funksjonsfordeling har konsekvens for diagnostikk. Ein viser 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 og endokrinkirurgi til Ålesund sjukehus, er døme på funksjonsdeling som gir føringar for dei diagnostikk sine tilbod.

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 PTC<sup>44</sup>, arthrografiar, 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 spreining av resistente bakteriar. Føresetnad for å kunne drive rask diagnostikk er utvida opningstid ved mikrobiologiske laboratorium og betre transportordning mellom sjukehusa i føretaket

---

<sup>44</sup> PTC står for percutan transhepatisk cholangiografi som er ei undersøking av galleveiane.



### 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, fysisk 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 følgjer opp satsinga om kontinuerleg forbetring og standardiserte pasientforløp/pakkeforløp. Integrering av dette i alle prosessar på seksjons-, avdelings-, og klinikknivå vert ei sentral oppgåve.

Klinikken har ein sær stor del av all augeblikkeleg hjelp i føretaket. Det tyder at ein er særleg utsett for stor variasjon i tilfang av pasientar i sengepostar og akuttmottak. Utvikling av verkty 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 fysisk 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 følgt godt nok opp i ettertid og i arbeidet med utviklingsplanen og SNR, ser ein at det no er naudsynt å følgje 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 (ca 20 spesialitetar/faggrupper). Augeblikkeleg hjelp utgjer største delen av klinikken sin aktivitet, men elektive tenester utgjer også ein viktig del av aktiviteten i form av polikliniske kontaktar og elektive opphald. Utvikling av ambulante tenester er eit fokusområde i klinikken når det gjeld vidare utvikling av tenestene, særleg innan rehabilitering og geriatri. Desentralisering og overføring av tenester og kompetanse i samråd med brukarar og kommunane må også rettast merksemd for å sikre rett behandlingsnivå og best mogleg tilbud for dei som treng medisinsk oppfølging i spesialisthelsetenesta. Døme på slike tiltak er hospital at home<sup>45</sup> og heimedialyse. Andre prosjekt som er sentrale i klinikken, er førebygging av innlegging av eldre, KOLS<sup>46</sup>-prosjekt som klinikken har saman med Molde kommune og satsinga på pasientforløp for den eldre multisyke pasient saman med kommunane. 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 både ut frå underdekning i dag og på grunn av framtidig utvikling fagleg og demografisk. Dei fleste av dei store og veksande pasientgruppene får si behandling i klinikken. 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 (Helse Midt-Norge RHF, 2017). Utvalde område vil få enno sterkare vekst, mellom anna dialyse, scopiverksemd, 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 tjukkarmkreft<sup>47</sup> i perioda 2019-24, vil dette utfordre rekruttering og undersøkingskapasiteten enno meir. Det vert viktig at helseføretaket tek dette med i vidare planlegging, både fagleg og bygningsmessig.

Framskrivinga av sengebehov i føretaket syner mellombels auke av behovet fram mot 2022. Dette kjem i tillegg til dei utfordringane klinikken har med høg del augeblikkeleg hjelp og stor variasjon i tal innleggingar gjennom veka og året. Det vil såleis vere viktig å utvikle sengepostdrifta vidare sett saman med «plan for høg aktivitet» og korleis ein skal drifte og utvikle intensivavsnitta, organisering og dimensjonering av overvakingssenger, og observasjonssenger/korttidspostar i akuttmottaka.

Ortogeriatr<sup>48</sup>er tenkt etablert som øyremerka senger i medisinsk avdeling geriatrisk sengepost og med tett samarbeid mellom fagfolk med geriatrisk- og ortopedisk spisskompetanse. Det er sett ned ei arbeidsgruppe for å gjennomføre oppdatering av rapporten som vart utforma i 2015. Klinikken vil arbeide for at dette driftsprinsippet kan gjennomførast i heile føretaket, og vil prioritere oppstart av dette i Ålesund i 2019.

<sup>45</sup> Hospital at home er ein modell der pasienten får tilbod om akutt spesialisthelseteneste heime der pasienten bur.

<sup>46</sup> Kronisk obstruktiv lungesjukdom.

<sup>47</sup> 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.

<sup>48</sup> Ortogeriatr handlar om strukturert geriatrisk-ortopedisk samarbeid hos eldre pasientar med brotskadar.

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)

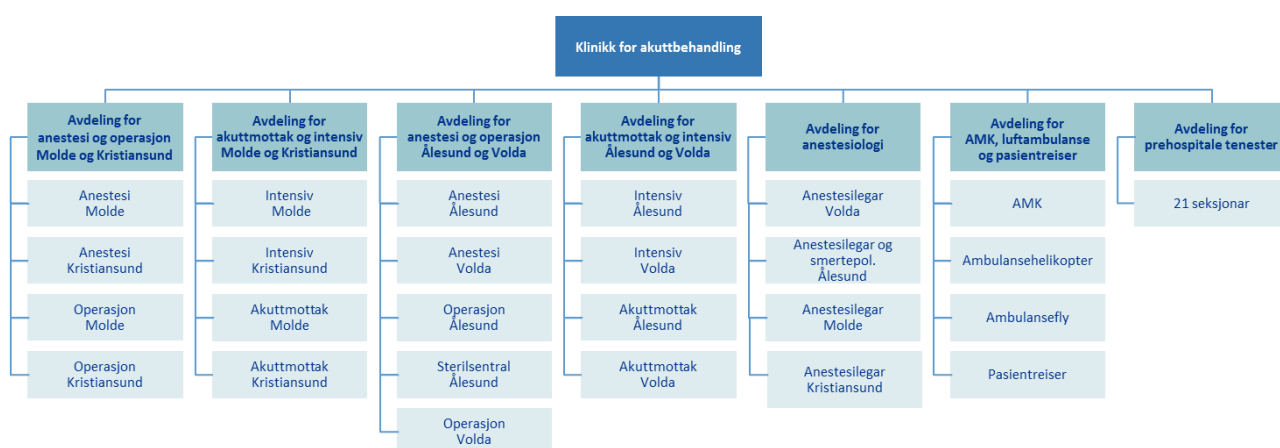
- Nye medikament for behandling av MS
- Nye medikament for behandling av sjeldne/minder vanlege kroniske tilstandar (medfødde og erverva)

I 2017 var auken i klinikken samla på 30 % i høve 2016 (knappt 30 mill), medan den for kreft og MS er på høvesvis 34 % og 49 %.

Klinikken ser på realisering av SNR som vesentleg for å løyse framtidige oppgåver. Det vert ei viktig oppgåve å sikre robuste fagmiljø i SNR samla. Samstundes må ein sikre ei balansert utvikling i føretaket der ein ivaretek utviklinga ved sjukehusa i Volda og Ålesund, og rolla Ålesund skal ha som det mest differensierte sjukehuset. 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.

#### 2.10.4 Klinik for akuttbehandling

Fram til 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, valde 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. Pasientreiser<sup>49</sup> vart innlemma frå same dato.



Figur 2.13 Organisasjonskart for Klinik for akuttbehandling

<sup>49</sup> Pasientreiser var tidlegare seksjonert under Samhandlingsavdelinga.

#### **2.10.4.1 Fagutvikling**

Pasientforløp for ulike diagnosegrupper er ei prioritert satsing i Helse Møre og Romsdal HF. Klinikkk 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 sær s ulik aktivitet, kapasitet og pasientstraum ved sjukehusa. Klinikken jobbar med å få på plass gode pasientforløp gjennom standardisering og kvalitetssikring av tenestene som klinikken har ansvar for. Dette vil vi gjere gjennom ei rekkje forbetningsprosjekt mellom anna på intensiv, akuttmottak og sterilforsyning. Dette blir nærare gjort greie for i kapittel 6.

Klinikken arbeider også med kvalitetsregistrering av pasienttryggleiksdata, deriblant tiltakspakkar i pasienttryggleiksprogrammet og nasjonale kvalitetsregister.

Teamtrening innanfor traumatologi og resuscitering av vaksne og nyfødde er etablert i samarbeid med tilgrensande klinikkar. Klinikken er i ei planleggingsfase for å bredde meistringskurset i smertebehandling. Målet er å etablere et tilbod for pasientar i HMR i planperioden.

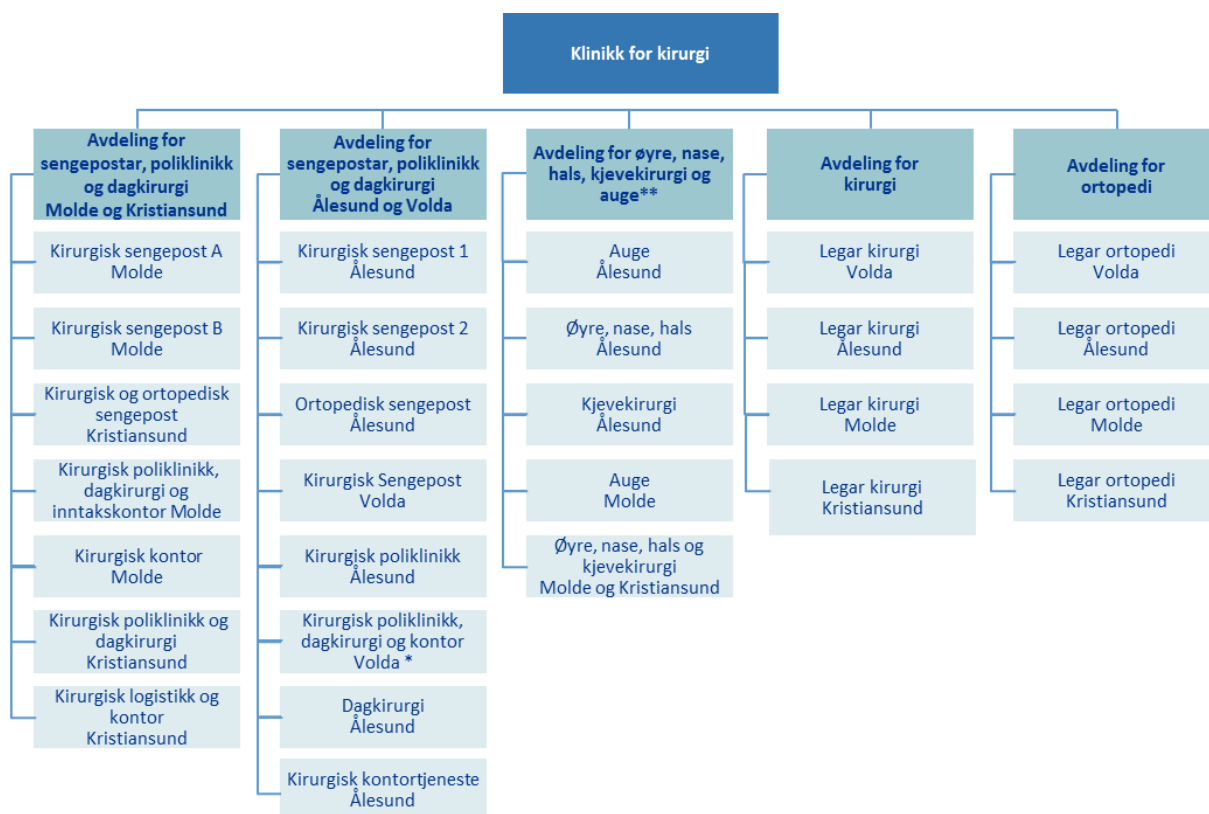
#### **2.10.5 Klinik for kirurgi**

Organisasjonsforma for Klinik 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 klinikane 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 Klinik for kirurgi og føretaksovergripande Klinik for akuttbehandling.

Kirurgisk klinikk har ansvar for blautdelskirurgien (gastrokirurgi, endokrinkirurgi, karkirurgi, urologi), ortopedisk kirurgi, øyre-nase-hals kirurgi, augekirurgi og kjevekirurgi. Innanfor alle desse faga er det også stor poliklinikk- og dagbehandlingsaktivitet, i tillegg til behandling for innlagde pasientar. Innanfor fagområde i kirurgisk klinikk vert det utført kreftkirurgi, som er ein integrert og sentral del av dei kirurgiske greinspesialitetane.

Klinikken utgjer ein viktig del av akuttberedskapen i Helse Møre og Romsdal HF, og har ansvar for traumeutvala ved sjukehusa, der både gastrokirurgar og ortopedar har sentrale roller.

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.



Figur 2.14 Organisasjonskart for Klinikk for kirurgi

Alle dei fire sjukehusa i Helse Møre og Romsdal HF er per definisjon «akuttsjukehus» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I Nasjonal helse- og sjukehusplan vert sjukehusa delt inn i definerte kategoriar. Ålesund og SNR vil etter dette systemet klassifiserast som store akuttsjukehus, mens Volda sjukehus vil definerast som akuttsjukehus med akuttkirurgi. Helseføretaka vert i stortingsvedtaket bedt om å fordele elektiv kirurgi, slik at ein sikrar god kvalitet og systemkompetanse i akuttkirurgien og på dei mindre sjukehusa. Klinikk for kirurgi har allereie i dag nokre funksjonsdelingar mellom sjukehusa både når det gjeld planlagd behandling og vaksamarbeid på akutt 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 støttetjenester frå andre fagområde.

### 2.10.5.1 Fagutvikling

Med utfordringane som er skildra i Nasjonal helse- og sjukehusplan kring akuttkirurgisk beredskap, vil dette fordele 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 3.3 og 2.9.2. Ein føreset eit tettare samarbeid mellom fagmiljøa i Ålesund og Volda. Klinikken har starta på arbeidet knytt til ytterlegare samarbeid mellom desse sjukehusa, og vil følgje denne arbeidsprosessen vidare.

Nasjonalt skal dei fire regionale helseføretaka samordne framskriving av sentrale utviklingstrekk, der det for gastrokirurgifaga og spesialsjukepleiarar vert gjort ei eiga framskriving, ved hjelp av Nasjonal bemanningsmodell. Klinikken viser til Regjeringa sine mål med Nasjonal helse- og sjukehusplan, 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. For å få til dette, har Regjeringa gjennom Nasjonal helse- og sjukehusplan, 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 vert utvikla i SNR-prosjektet. Føringer frå dette vert lagt 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 fleirsengsrom

Når det gjeld DMS Kristiansund, vil klinikken særskild peike på potensiale for samhandling, ressurseffektiv drift, 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.

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 samtidig planlegge for denne dreinga, er utfordrande i praksis. Klinikken har framleis potensiale her, og det vert retta kontinuerleg merksemd mot dette i driftsplanlegginga.

#### **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 gastrokirurgi, ortopedi og urologi. Det er gjort eit tidlegare styrevedtak på at Ålesund sjukehus skal vere det mest differensierte sjukehuset i Helse Møre og Romsdal HF.

Klinikk for kirurgi går våren 2018 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

Det gjer at det er behov for å finne løysingar for mellom anna operasjonsstovekapasitet, areal/bygg, reiser, bemanning/kompetanse, forholdet mellom diagnostikk og kirurgisk operativ behandling og kirurgiske polikliniske konsultasjonar. For fagområda 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-Noreg 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 Klinikken for kirurgi, som vil ha innverknad på kompetanseplanlegging og drift. Samfunnsmessig er system for traume ein viktig tryggleiksfaktor. Klinikken viser til behovet for å legge Nasjonal traumeplan til grunn i operasjonaliseringa av traumeorganiseringa i helseføretaket. Det skal gjerast eit arbeid på dette i første halvdel av 2018.

### ***Gastrokirurgi***

Innanfor gastrokirurgi er det glidande overgangar mellom elektiv kirurgi, akuttkirurgi og traumekirurgi. Desse er komplementære disiplinar i akuttstjukehus, og vaktgåande kirurgar ved våre sjukehus må vere allsidige. Gastrokirurgen er berebjelken i den kirurgiske vaktberedskapen. Det vert difor retta ekstra merksemd på utdanning og rekruttering av gastrokirurgar.

Innhald og eventuell deling av oppgåver i gastrokirurgisk verksemd mellom sjukehusa, er eit tema i utviklingsplanen (sjå kapittel 5). Dette må også sjåast i samanheng med effektive driftseiningar, rekruttering, vedlikehald av nødvendig kompetanse og fagleg forsvarlege helsetenester, evne til berekraft i fagmiljø og støttetjenester til andre fag.

Operasjonar for tjukktarmskreft er ein sentral del av det gastrokirurgiske faget, og utgjer ein stor del av operasjonsvolumet på tarm i norske sjukehus. Det er vedtatt at SNR skal ha akuttkirurgi, operasjonar for tjukktarmskreft, og at sjukehuset skal ha traumefunksjon.

Det er einigheit i fagmiljøet om at det er naturleg at Ålesund skal ha en spissa funksjon i HMR når det gjeld dei mest ressurskrevjande gastrokirurgiske pasientgruppene. Ålesund har mellom anna fylkesfunksjon i kirurgi av endetarmskreft. Det er nødvendig at fagmiljøet i gastrokirurgi i større grad samarbeider på tvers av sjukehusa. Det vert i 2018 oppretta eit gastrokirurgisk fagnettverk, med mål om at eit samla fagmiljø anbefalar løysingar i større og mindre fagspørsmål.

### ***Ortopedi***

Den ortopediske kirurgien er integrert i eit heilskapleg sjukehusperspektiv, og dette forholdet påverkar kva som kan drivast av ortopedisk kirurgi, og når på døgnet det kan skje.

Alle sjukehusa i HMR utfører vanlege skadekirurgiske inngrep, som har høgt volum. Slik må det vere for tilgangen for befolkninga, og for å utnytte kapasiteten. Frakturbehandling hos barn vert utført på alle sjukehusa. Det er ikkje stor funksjonsdeling i den elektive ortopedien i fylket, men eksempelvis revisjonsprotesar vert gjort berre to stader. Det er likevel volumforskjell i aktivitet og ressursar, og dei større ortopediske miljøa med breitt repertoar har også spissa sine ortopedar i spesialkompetanse. Det kan vere grunnlag for noko meir funksjonsdeling, men dette vil avdelinga samarbeide om å utgreie, og gjere vurderingane langs fagaksen.

Ortopedisk avdeling i HMR har høg forskingsaktivitet. Pr 2018 er det 11 PhD kandidatar tilsaman i Kristiansund og Ålesund. Forskinga bidreg til viktige relasjonar nasjonalt og internasjonalt, slik at fagmiljøet og kvaliteten vert lagt merke til.

Det er god rekruttering av ortopedar i HMR. Ortopedien ved sjukehusa våre er etter omorganiseringa samla i same avdeling. Fagfolka møtes no difor på tvers. Avdelinga har som overordna mål å skape eit fagleg ortopedisk miljø der ein kan utarbeide og implementere eventuelle endringar som ein av faglege og/eller økonomisk grunnar finn grunn til.

### ***Urologi***

Alle sjukehusa driv poliklinikk, dagkirurgi og transuretral kirurgi. Det er noko funksjonsdeling, mellom anna avansert urodynamikk. Nyrekreftkirurgi vert berre utført i Ålesund. Urologen utgjør ein viktig støtte til andre spesialitetar. Medisinsk teknisk krev avansert urologi ein del utstyr, og dette vil nok berre utvikle seg. HMR har god spesialistdekning i urologi pt, men må arbeide systematisk med rekruttering for framtida. Ein er i gang med å etablere eit fagnettverk for urologi i fylket.

### ***Karkirurgi***

Viser til kapittel 5.1.3.1.5

### ***Endokrinkirurgi***

Viser til kapittel 5.1.3.1.5

### ***Øyre – Nase – Hals***

Mesteparten av det kirurgiske tilbodet innan blautdelskirurgien på hovud og hals og behandlingstilbodet innan nase-bihole, er dagkirurgisk tilbod (75%). All kreftkirurgi er sentralisert til Trondheim og vert ivareteke i pakkeforløp for kreft og handlingsplan for kreftbehandling. Oppfølging etter avansert kirurgi og strålebehandling er ofte delegert til Molde og Ålesund.

ØNH har høyrresentralar i Kristiansund, Molde og Ålesund og eit desentralisert tilbod i DMS i Sunndal og på Kløvertunet i Volda. Etterspurnaden aukar kraftig, også blant yngre pasientar.

Ålesund har audiopedagogisk senter med fylkesdekkende funksjon. I Molde er det eit godt etablert tilbod til pasientar med tinnitus (øyresus) og hyperakusis (overømfintlegheit for lyd). I all konservativ behandling ser fagmiljøa ein auka etterspurnad etter psykososiale behandlings-metodar og må bruke meir tid på samtalen som verktøy. Molde har ein overlege med doktorgrad og i Ålesund er ein overlege inne i siste fase i sitt doktorgradsløp.

### ***Auge***

Nesten all augekirurgi er dagkirurgiske tilbod i dag. Mesteparten av kirurgien er grå stær inngrep. Behandling for skjeling, både kirurgisk og medisinsk er under stadig utvikling og både Molde og Ålesund sjukehus har ortoptist. All kreftkirurgi er sentralisert ut av fylket.

Poliklinikkane har utdanna spesialsjukepleiarar i augefaget og mange oppgåver er overført til sjukepleiarar (jobbglliding). Innan injeksjonsbehandling har det skjedd ein formidabel auke dei siste åra og dette er eit utfordringsbilde som er krevjande for logistikken. Auka tal pasientar med diabetes og eldrebølgen generelt, er utfordrande for å dekke tilbodet i augefaget.

### ***Kjevekirurgi***

Mesteparten av kirurgien er dagkirurgisk, men omtrent ein tredjedel av tyngre elektive



operasjonspasientar er inneliggande i Ålesund. Både Molde og Ålesund sjukehus har ein oralkirurg med doktorgrad.

### 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 èin 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). Pediatrisk 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 omtala og vurdert av pediatrigruppa, sjå rapporten «Pediatriiltbodet i Helse Møre og Romsdal HF» av 01.10.17 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

Nyfødt intensiv-seksjon i Ålesund har føretaksfunksjon for alle sjuke nyfødde i fylket og for alle premature født frå svangerskapsveke 26+0 til 35+0, medan truande for tidlege fødsjar før veke 26 og for tidleg fødde barn 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 kikholskirurgi 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.

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 ein elektiv

familiepost i Molde og ei akutt- og utgreiingspost i Ålesund. Fagområdet er prega av tverrfagleg og heilskapleg tilnærming, og dei ulike faggruppene har familien og systemperspektivet sentralt i pasientbehandlinga. 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 døgnsseksjonen 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 Klinikk for psykisk helse og rus sitt døgntilbod, ville vere gunstig for begge fagmiljøa si faglege utvikling og det samla ressursbehovet.

## 2.11 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).

### 2.11.1 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 grunnleggjande, men følgjast av utfordringar knytte til den auka oppgåveoverføringa frå spesialisthelsetenesta til kommunane.

For ei detaljert skildring av situasjonsbiletet knytt til innsatsområdet psykisk helsevern og rusbehandling, sjå [rapporten](#) som er utarbeidd av arbeidsgruppa. (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 4).

### 2.11.2 Barn og unge

Skildringa frå arbeidsgruppa *Barn og unge* viser til at samarbeidet både mellom kommunane og helseføretaket og innad organisasjonane har forbetringspotensial, 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. I spesialisthelsetenesta peikar ein på behovet for koordinert oppfølging. Noko som fordrar at ein utnyttar samla kompetanse på tvers av fagområde. For ei detaljert skildring av situasjonsbiletet knytt til innsatsområdet barn og unge, sjå [rapporten](#) som er utarbeidd av arbeidsgruppa. (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) (vedlegg 2).

### 2.11.3 Barneblikk

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har gitt alle helseføretak oppdrag om å etablere lågterskeltilbod for gravide og småbarnsfamiliar (barn 0-6 år) som omfattast av rus eller psykiske

vanskar. I Møre og Romsdal er det gravide og foreldre med skadelege rusvanar eller psykiske vanskar som ikkje vert omfatta av eksisterande tilbod eller ikkje vert fanga opp tidleg nok. Barna får difor ikkje naudsynt oppfølging med risiko for å bli belasta av utfordringane til foreldra. Dette tyder på at tilboda til målgruppa ikkje er heilskaplege nok, eller har andre manglar. Det vart tilsett koordinator i april 2016 som er organisert under avdelingssjef for Psykisk helsevern for barn og unge.

Det utøvande lågterskeltilbodet vert kalla familieteam og skal vere lett tilgjengeleg for familiar i ein tidleg fase i problemutviklinga. Familieteamet skal ha eit tverrfagleg og heilskapleg familieperspektiv. I Møre og Romsdal er Barneblikk eit samarbeid mellom helseføretaket og kommunane, og skal i første omgang etablerast i fire pilotkommunar. Det er forventa at dei første familietema skal vere i drift i løpet av første halvdel av 2018.

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

#### **2.11.4 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.

For ei detaljert skildring av situasjonsbiletet knytt til innsatsområdet styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, [sjå rapporten](#) som er utarbeidd av arbeidsgruppa. (Helse Møre og Romsdal HF, 2017)(vedlegg 5).

#### **2.11.5 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 HF.

For ei detaljert skildring av situasjonsbiletet knytt til innsatsområdet Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka, sjå [rapport](#) som er utarbeidd av arbeidsgruppa. (Helse Møre og Romsdal HF, 2017)(vedlegg 6).

#### **2.11.6 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).

### 3 Overordna strategiar og føringar

Nasjonale, regionale og lokale føringar er med å danna rammer for utviklingsplanarbeidet. Desse er samanfatta og framstilt i [mandatet](#) for lokal utviklingsplan (Helse Midt-Norge RHF, 2016). Arbeidet skal skje i nær samanheng med Nasjonal helse- og sykehusplan, strategi 2030 og andre regionale strategiar og fagplanar.

#### 3.1 Nasjonale føringar

##### 3.1.1 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 dette.

#### 3.2 Regionale føringar

##### 3.2.1 Strategi 2030

Helse Midt-Norge RHF understrekar utfordringane spesialisthelsetenesta står overfor i det komande. Endringane 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, heilskapelege og ansvarlege. Vidare er det utforma fire strategiske mål for perioden:

1. *Vi skaper ei helseteneste for pasienten*

2. *Vi rekrutterer, utviklar og held på kompetent personell*
3. *Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for ei betre helse*
4. *Vi er gode lagspelarar*

### **3.2.2 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 HF innrette verksemda med sikte på å nå følgjande overordna mål (Helse Møre og Romsdal HF, 2017):

1. *Redusere unødig 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 RHF*

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

### **3.2.3 Andre planar**

Pasientgruppa med kreft utgjer ein stor del av pasientane i regionen, og fleire får kreft og fleire lever lenger med kreft. Dette, kombinert med høge forventningar til diagnostikk, behandling og oppfølging, stiller også krav til kvar enkelt pasient, dei pårørande og samfunnet generelt. (Helse Midt-Norge RHF, 2010) 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 kreftbehandlninga 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 som vart gjort på basis av dette, stadfestar Ålesund som det mest differensierte tilbodet innan kreftbehandling for Møre og Romsdal.

I idéfasen for SNR viste ein også til at avhengigheita mellom akuttfunksjon 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 på alle sjukehus, og det skal vere palliative senger i SNR.

### **3.2.3.1 Revidert nasjonal traumeplan – Traumesystem i Norge 2016**

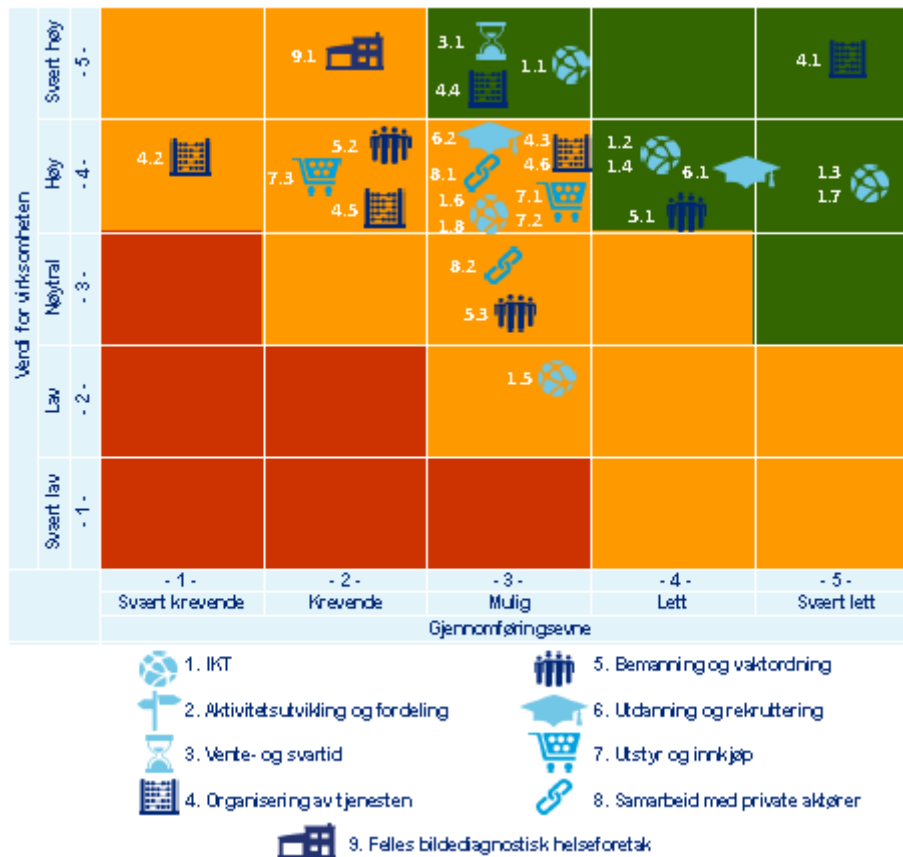
Styret i Helse Midt-Noreg RHF vedtok revidert [Nasjonal Traumeplan](#) i juni 2017, som siste regionale helseføretak i Noreg, [styresak 2017/53](#) (Helse Midt-Norge RHF, 2017). Planen skal vere retningsgivande for den vidare utviklinga og organiseringa av behandling av alvorleg skadde pasientar i regionen. 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.

### **3.2.3.2 Regional plan for bilettdiagnostikk**

Bruken av bilettdiagnostikk er stadig aukande, og teknologiutviklinga gjer at ein får forbetra metodar og tilgang til nye metodar. [Regional plan for bilettdiagnostikk](#) har som hovudmålsetting å sikre riktig bruk og likeverdig tilgjenge til bilettdiagnostikk, med god ressursutnytting i samhandling mellom det offentlege og private.

Den regionale planen viser til utvikling av tiltak som skal styrke fagmiljøa i regionen, og bidra til betre samarbeid og koordinering av dei bilettdiagnostiske 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 sannsynlighetsvurdering av identifiserte tiltak i regional plan for biletdiagnostikk (Helse Midt-Norge, 2015)

I planen tilrås ein å gjennomføre tiltaka som er vurderte som sær sære lette å gjennomføre, og som har høg eller sær høg verdi.

### 3.2.3.3 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*

### **3.2.3.4 Overordna strategiar og føringar – Forsking, Innovasjon, Utdanning og Kompetanse (FIUK)**

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

## **3.3 Særskilde føringar i mandatet for utviklingsplan for HMR**

Mandatet for utviklingsplan som blei gitt i føretaksmøte med eigar Helse Midt-Norge RHF i juni 2016 ga også nokre særskilde føringar for HMR.

### **3.3.1 Akuttkirurgisk beredskap**

Som første del av lokal utviklingsplan, vart Helse Møre og Romsdal HF bedt om å utgreie akuttkirurgisk beredskap ved sjukehuset i Volda innan 31. januar 2017. Føresetnaden er at føretaket skal oppretthalde eit akuttkirurgisk tilbod ved sjukehuset i planperioden..

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 ivarettatt. Helse Midt-Norge RHF forventer at tettere samarbeid mellom fagmiljøene i Volda og Ålesund og utviklingsarbeidet i SNR, vurderes for å sikre slik ivaretagelse.»*

Arbeidet starta opp ultimo 2016, og munna ut i styrevedtak i januar 2017 ([Styresak 2017/05](#)). 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 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017).

### **3.3.2 Andre spesifikke føringar til Helse Møre og Romsdal HF**

Det visast til føringar som er gitt i tidlegare føretaksmøter, som framleis skal leggjast til grunn;

#### **3.3.2.1 Føretaksmøtet februar 2015**

[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.»*

### 3.3.2.2 Føretaksmøte februar 2016

[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.»*

## 3.4 Helse Møre og Romsdal HF sin veg mot «Pasientens helseteneste»

For å operasjonalisere visjonen « *På lag med deg for helsa di*», er *Pasientverdiprosessen* løfta fram som det viktigaste satsingsområdet i føretaket. Verdiane *kvalitet, tryggleik og respekt* er viktige byggesteinar for å nå mål om å skape verdi i kvart ledd for pasienten. Det handlar om å sjå heilskapen og vere medviten om at eigen innsats 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 primærhelsetenesta og andre institusjonar/samarbeidspartar.

### 3.4.1.1 Leiingssystem for kvalitet

Helse Møre og Romsdal HF har i tillegg til arbeidet med utviklingsplanen gjort styrevedtak ([sak 46/2016](#)), på at det skal utviklast eit styringssystem for føretaket. Dette er 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).

Føremålet med føreskrifta er;

*«...å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterlevs.»*

Forskrifta viser til at den som har det overordna ansvaret for verksemda, skal syte for at det etablerast og gjennomførast systematisk styring av verksemda sine aktivitetar i tråd forskrifta og at dei tilsette i verksemda skal medverke til dette. Verksemda si styring omhandlar korleis aktivitetane planleggast, gjennomførast, evaluerast og korrigerast i samsvar med krav som er fastsatt eller i medhald av helse- og omsorgslovgivinga.

Arbeid med utviklingsplanen for føretaket stakar ut retninga for framtida og inngår som del av plikta til å planlegge på eit føretaksnivå. Utviklingsplanprosessen som heilskap omhandlar planlegging på fleire nivå, som er gjensidig avhengig av kvarandre. Ein må difor sjå utviklinga av leiingssystem for

kvalitet og planprosessen i samanheng. Det er ein ambisjon for Helse Møre og Romsdal HF at dette inngår som kontinuerlege prosessar i føretaket, som gjer oss i stand til å møte framtidige endringar av ulik art, og som opplevast som viktige og motiverande verktøy for å styrke pasientverdi prosessen.

Vidareutvikling av leiingssystem for kvalitet vart lagt fram for styret ([sak 72/2017](#)) og er føretaket sitt rammeverk for etterleving av lov om spesialisthelsetenesta (1999) og forskrifta om leiing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta.

#### 3.4.1.1.1 Kontekstmodell for Helse Møre og Romsdal HF

Å forstå korleis eigen organisasjon er i eit samspel med samfunnet, inngår som eit grunnleggande element i planlegginga. 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. *Pasientverdi prosessen* handlar om å innrette tenestane våre slik at dei har verdi for pasienten.



Figur 3.2 Kontekstmodell for Helse Møre og Romsdal HF

## 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 eksponentiell<sup>50</sup> 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 "jobbgilding" mellom profesjonar og nivå for å løyse faglege utfordringar.

Delen av menneske med kroniske sjukdommar vert stadig meir dominerande, og ikkje-smittsame sjukdommar<sup>51</sup> 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.

---

<sup>50</sup> 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](https://no.wikipedia.org/wiki/Eksponentiell_vekst) lasta ned 12.10.17.

<sup>51</sup> 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 forventingar 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 grunnjevne 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 forventade 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 HF sitt bustadområde

Bostedsomr	Innb 2015	Innb 2022	Innb 2035	% endring 2015-2022	% endring 2015-2035
<b>HMR bost</b>					
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 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 utgjer 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 RHF 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 Framskrivning av aktivitet døgn, dag og poliklinikk Helse Midt-Norge RHF

år	aktivitet	St Olav	HMR	HNT	SUM HMN
<b>2015</b>	<i>døgnopphold</i>	52 896	36 288	19 792	108 976
	liggedøgn	<b>232 681</b>	<b>155 819</b>	<b>76 071</b>	464 571
	dagopphold	24 864	20 075	11 899	56 838
	poliklinikk	452 647	335 089	126 849	914 585
<b>Framskrevet 2022</b>	<i>døgnopphold</i>	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
	<b>sum liggedøgn</b>	<b>250 545</b>	<b>167 979</b>	<b>81 774</b>	500 297
	dagopphold	29 242	23 598	14 296	67 136
poliklinikk	538 146	399 827	150 985	1 088 958	
<b>Framskrevet 2035</b>	<i>døgnopphold</i>	57 224	39 619	21 078	117 921
	normalseng	238 426	156 501	72 961	462 888
	observasjon	4 877	3 413	1 870	10 160
	pasienthotell	26 810	18 534	9 614	54 958
	<b>sum liggedøgn</b>	<b>265 112</b>	<b>178 448</b>	<b>84 445</b>	528 004
	dagopphold	37 723	30 472	18 323	86 518
poliklinikk	664 579	495 746	182 702	1 343 027	
<b>%-vis endring 2015 til 2022</b>	<i>døgnopphold</i>	6,1	6,1	6,1	6,1
	<b>sum liggedøgn</b>	<b>7,7</b>	<b>7,8</b>	<b>7,5</b>	<b>7,7</b>
	dagopphold	17,6	17,5	20,1	18,1
	poliklinikk	18,9	19,3	19,0	19,1
<b>%-vis endring 2015 til 2035</b>	<i>døgnopphold</i>	8,2	9,2	6,5	8,2
	<b>sum liggedøgn</b>	<b>13,9</b>	<b>14,5</b>	<b>11,0</b>	<b>13,7</b>
	dagopphold	51,7	51,8	54,0	52,2
	poliklinikk	46,8	47,9	44,0	46,8

Auke i dagbehandling fordelast mellom forventa auke i dialysebehandling og dagkirurgi. Dette utgjer 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. Framskrivning av stråleterapiaktivitet viser same trenden, i alle fall for tal på pasientar/behandlingsseriar. Framskrivning for dialyse viser altså ein sterk auke for alle helseføretaka, og vil for alvor slå inn i perioden 2022-2035. Auken er forventa med tanke på befolkningsvekst i eldre aldersgrupper, og ein framleis aukande førekomst av diabetes type 2.

**Tabell 4.3 Framskrivning poliklinisk aktivitet med undergrupper, pr HF og samla for HMN**

år	Type aktivitet dag/poliklinikk	St. Olav	HMR	HNT	HMN	
<b>2015</b>	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	
	Endoskopier (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	15 672	10 294	5 312	31 278	
	Endoskopier 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	
	<b>Sum poliklinikk, unntatt dialyse</b>	<b>452 647</b>	<b>335 089</b>	<b>126 849</b>	<b>914 585</b>	
	<b>Framskrevet 2022</b>	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
		Endoskopier (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	19 103	12 549	6 465	38 117
Endoskopier 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	
<b>Sum poliklinikk, unntatt dialyse</b>		<b>538 146</b>	<b>399 827</b>	<b>150 985</b>	<b>1 088 957</b>	
<b>Framskrevet 2035</b>		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
		Endoskopier (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	24 902	16 162	8 214	49 278
	Endoskopier 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	
	<b>Sum poliklinikk, unntatt dialyse</b>	<b>664 579</b>	<b>495 746</b>	<b>182 702</b>	<b>1 343 027</b>	
	<b>%-vis endring 2015 til 2022</b>	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
		Endoskopier (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	21,9	21,9	21,7	21,9
Endoskopier 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	
<b>Sum poliklinikk, unntatt dialyse</b>		<b>18,9</b>	<b>19,3</b>	<b>19,0</b>	<b>19,1</b>	
<b>%-vis endring 2015 til 2035</b>	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	
	Endoskopier (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	58,9	57,0	54,6	57,5	
	Endoskopier 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	
	<b>Sum poliklinikk, unntatt dialyse</b>	<b>46,8</b>	<b>47,9</b>	<b>44,0</b>	<b>46,8</b>	

#### 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 4.4 Framskrivning kirurgi, dag- og døgnopphald

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

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

Tabell 4.5 Bilettdiagnostikk Helse Møre og Romsdal HF, 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 %
<b>Sum</b>	<b>215 471</b>	<b>245 491</b>	<b>295 763</b>	<b>30 020</b>	<b>13,9 %</b>	<b>80 292</b>	<b>37,3 %</b>

Ein har ikkje utført forbruksanalysar kring bruk av bilettdiagnostikk 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

Eigendekkinga er stor for alle føretaka i regionen, og ligg mellom på 92-94%. For poliklinikk og dagbehandlingar er graden noko lågare, mellom 83-85%. 10.7% av poliklinisk behandling blir gjort 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 i Regionale sikkerhetspost. Helse Nord Trøndelag HF har Regionale enhet for spiseforstyrrelser (Helse Midt-Norge RHF, 2017, ss. 20,21).

Tabell 4.6 Aktivitet psykisk helsevern vaksne, 2015 til 2022 og 2035

	HMR	HNT	St. Olav	HMN
2015				
<b>Døgnopphold</b>	3 161	1 403	3 740	8 304
<b>Døgn rate /10.000 innb.</b>	14,9	11,6	13,8	
<b>liggedøgn</b>				
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
<b>poliklinikk/dag</b>				
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

#### 4.1.2.2 Tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

Denne typen behandling er ikkje likt fordelt i helseregionen, og ein har ulik bruk av institusjonar utafor 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 4.7 Framskriving aktivitet TSB Helse Midt-Norge RHF, 2015 til 2022 og 2035

Type aktiviteter	St. Olav	HNT	HMR	HMN
<b>Aktivitetstall 2015</b>				
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
<b>Framskrevet 2022</b>				
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
<b>Framskrevet 2035</b>				
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
<b>Prosentendring 2015-2022</b>				
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 %
<b>Prosentendring 2015-2035</b>				
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 melom døgnopphalda skriv 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).

Tverrfagleg spesialisert rusbehandling var som kjent eige føretak fram til 2015. I den perioden ein var eige føretak vart det bygd nokre regionale tilbod. Dette påverkar pasientstraumane regionalt. Innføring av Magnussen-modellen vil kunne føre til endring i etablerte pasientstraumar. Dette gjeld både internt i Helse Midt-Noreg og i bruk av tilbod utanfor RHF-et. Framskrivingsmodellen vil derfor vere usikker.

#### 4.1.2.3 Psykisk helsevern for barn og unge

Framskrivinga 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 4.8 Framskriving av aktivitet psykisk helsevern barn og unge, Helse Midt-Norge RHF**

Type aktiviteter	St. Olav	HNT	HMR	HMN
<b>Aktivitetstall 2015</b>				
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
<b>Framskrevet 2022</b>				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
<b>Framskrevet 2035</b>				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
<b>Prosentendring 2015-2022</b>				
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 %
<b>Prosentendring 2015-2035</b>				
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 %

Framskrivninga 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 gjennomsnittsbetegn 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 framtidretta pasientbehandling: organisering og leiing, samhandling og oppgåvedeling, kompetanse, teknologi og utstyr, bygg, sjå også Figur 1.2 (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 leiing

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 ha 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 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 kvinner<sup>52</sup>. 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 heimlandet<sup>53</sup>.

Trender 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 studiepoenggejvande 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 vere 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 vere 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 dag<sup>54</sup>. 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 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 ulik måte 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

<sup>52</sup>Fylkesstatistikk.mrfylke.no. <http://fylkesstatistikk.mrfylke.no/2017/fylkesstatistikk-2017> lasta ned 18.10.17

<sup>53</sup> Artikkel publisert i sykepleien 11.05.16 av fagsjef i NHO Even Hagelien. Sykepleien. (2016): Gode tider for helsevokarar. <https://sykepleien.no/2016/05/sa-stoore-er-de>. Lasta ned 18.10.17.

<sup>54</sup> 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=>

buande att i distrikta, noko som vil krevje særskilt innsats for å gi likeverdige tilbod til befolkninga sjølv om tenestene får ulik 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 ivareta kast 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 mogelegheitsrommet 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.

Sterkare 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 samheng 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 4.1 Tilstandsgrader fordelt på overordna lokaliseringar (frå Multiconsult rapporten, 2017)



#### **4.2.6 Endringsfaktorar brukt i Sykehusbyggmodellen**

Sykehusbyggmodellen nyttar seg av ulike endringsfaktorar eller omstillingsfaktorar 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-hjelpsinnleggingar, 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 helsetenestnivå 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 RHF 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 liggedøgnutrekning 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 innebere 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 RHF 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 minutts 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.

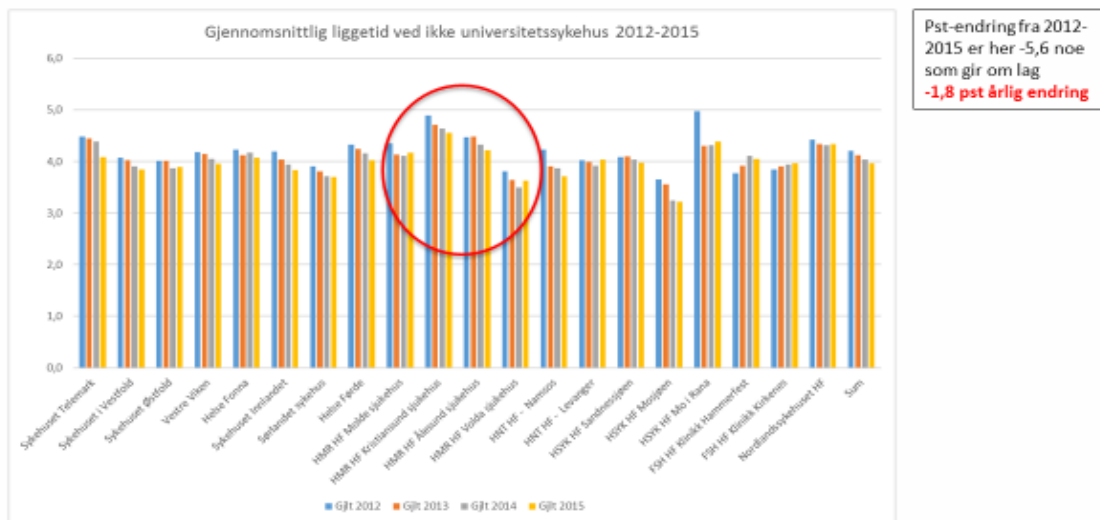
**Tabell 4.9 Kapasitetsbehov senger Helse Midt-Norge RHF 2022 og 2035**

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)				
<b>år 2022</b>	520	253	776	1549
<b>år 2035</b>	505	236	753	1494
observasjonssenger (75% belegg)				
<b>år 2022</b>	5	3	7	15
<b>år 2035</b>	13	8	18	39
hotellsenger				
<b>år 2022</b>	22	12	31	64
<b>år 2035</b>	68	37	98	202
sum senger 2022	<b>547</b>	<b>266</b>	<b>814</b>	<b>1627</b>
sum senger 2035	<b>586</b>	<b>279</b>	<b>869</b>	<b>1734</b>

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 kapasitetsutrekinga. 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 framskrivingmodellen 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 4.2 Gjennomsnittleg liggetid ved ikkje-universitetssjukehus i Noreg

### 4.3.2 Dagbehandling og poliklinikk

I talmaterialet er stråleterapi, endoskopiar 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 4.10 Kapasitetsbehov for utvalde rom i poliklinikk 2022 og 2035, HMN RHF

Type rom/ plasser	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olav HF	Sum HF (Summen av avrundet)
<b>Dialyseplasser</b>				
<i>Beregnet behov 2015</i>	33	23	33	89
år 2022	39	28	39	106
år 2035	53	38	49	140
<b>Infusjonsplasser, samlet</b>				
<i>Beregnet behov 2015</i>	11	7	12	30
år 2022	35	18	40	93
år 2035	44	22	45	111
<b>Kjemoterapi</b>				
<i>Beregnet behov 2015</i>	18	8	21	47
år 2022	22	10	26	58
år 2035	27	12	29	68
<b>Annen infusjonsbehandling</b>				
<i>Beregnet behov 2015</i>	11	8	12	31
år 2022	13	8	14	35
år 2035	17	10	16	43
<b>Konsultasjonsrom poliklinikk</b>				
<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 standardføresetnader 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 4.11 Framskrive kapasitetsbehov operasjonsstover i 2022 og 2035, HMN RHF

Type rom/ plasser	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olav HF	Sum HF (Summen av avrundet)
<b>Faktisk antall stuer 2017<sup>55</sup></b>	33	18	54	105
<b>Beregnet behov for stuer 2015</b>	<b>21</b>	<b>11</b>	<b>35</b>	<b>67</b>
<i>hvorav døgn</i>	12	7	23	42
<i>hvorav dag</i>	9	4	12	25
<b>Operasjonsstuer døgn</b>				
år 2022	14	7	26	47
år 2035	15	8	30	53
<b>Operasjonsstuer dag</b>				
år 2022	10	5	14	29
år 2035	12	6	18	36
<b>Operasjonsstuer totalt</b>				
år 2022	24	12	40	76
år 2035	27	14	48	89

Helseregionen har i følge disse tala tilstrekkeleg med operasjonsstover i 2035 med gjeldande føresetnader. I Helse Møre og Romsdal HF 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 biletelab som er summert (Helse Midt-Norge RHF, 2017, s. 39).

Tabell 4.12 Kapasitetsutrekning bilettdiagnostikk, aktivitetstal frå 2016, HMN RHF

All bildedagnostikk 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
<b>sum bilde lab</b>	<b>41</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>28</b>	<b>41</b>	<b>46</b>	<b>53</b>	<b>104</b>	<b>116</b>	<b>127</b>

<sup>55</sup> Tall innhentet fra HF'ene i juni-august 2017

#### 4.3.5 Psykisk helsevern for voksne

Kapasitetsbehovet for psykisk helsevern for voksne 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 4.13 Kapasitetsbehov psykisk helsevern voksne 2015 til 2022 og 2035

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

Utan endring i behandlingsformer for poliklinisk verksemd, vil aktivitetssauken 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 4.14 Kapasitetsutrekning TSB, HMN RHF

Type kapasitet	St. Olav HF	HNT HF	HMR	HMN
<b>Kapasitet 2015 (beregnet)</b>				
Senger	39	7	67	113
Dagplasser	1	0	6	7
Polikliniske plasser	19	7	7	33
<b>Kapasitet 2022</b>				
Senger	36	6	66	108
Dagplasser	1	0	6	7
Polikliniske plasser	22	7	9	38
<b>Kapasitet 2035</b>				
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-modellen<sup>56</sup> 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). Tilsvarande 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 parametrane 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 såleis kan vere større utfordringar knytte til å ha belegg tilsvarande 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 4.15 Kapasitetsutrekning psykisk helsevern barn og unge

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

<sup>56</sup> 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.

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

Overordna målsetting for planperioden er å sikre ei utvikling som bidrar til framtidretta pasientbehandling og god bruk av ressursar. Utviklingsbiletet viser at vi står over store samfunnsendringar i åra som kjem, i høve til demografi, busettingsmønster, sjukdomsutvikling og nye teknologiske framsteg. Vi kan behandle fleire med nye behandlingsmetodar og presset på helsetenestene vil auke. Dette må møtast ved å nytte dei viktigaste innsatsfaktorane som kompetanse, oppgåvedeling, teknologi, organisering og bygg m.fl. meir optimalt.

#### 5.1.1 *Pasientforløp og brukartilfredsheit*

Vidareutvikling av kontinuerleg forbetring som hovudstrategi for Helse Møre og Romsdal HF vil vere viktig framover, for å støtte opp under pasientverdiprosessen. Eit viktig satsingsområde er Helse Møre og Romsdal HF sitt arbeid med pasient- og pakkeforløp, som er ein del av det kontinuerlege forbetningsarbeidet. Høyringsinnspel viser til at det må rettast merksemd på å sikre brukarmedverknad, både på systemnivå og individnivå. Arbeidet med utvikling av gode og standardiserte pasientforløp vil halde fram vidare, og helseføretaket ser det som viktig å styrke samarbeidet med brukarorganisasjonane. Helseføretaket ser det som viktig å legge til rette for at brukarane deltek i tenestedesign, der fokuset er «Kva er viktig for deg?»

#### 5.1.2 *Pasientbehandling, fagleg prioritering, pasienttryggleik, kvalitet og pasientopplæring*

Det er 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. 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, under føresetnad om at vi er i stand til å ta ny teknologi i bruk.

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 samheng med brukaropplæring, slik at ein i større grad forstår forbetningsarbeidet som ein heilskap. Høyringsinnspel støttar dette og det visast til at føretaket må styrke den medisinsk faglege opplæringa for både kommunehelsetenesta, brukarane og pårørande.

#### 5.1.3 *Oppgåvedeling og samhandling*

##### 5.1.3.1 *Internt i Helse Møre og Romsdal HF*

Kapittel 2 (No-situasjon) gir ei skildring av arbeidet med idéfasen i 2014, som var første del av tidlegfase planlegginga for SNR. Det vart det gjennomført eit arbeidsseminar med tema oppgave- og funksjonsdeling, der merksemda var retta mot SNR men som også tok opp grensesnitt mellom

Ålesund og St. Olavs hospital HF. Tilrådingane vart tatt vidare i konseptfasen i høve oppgåve- og funksjonsfordelinga mellom sjukehusa.

Det har kome fleire høyringsinnspel i høve til tilrådinga og at det planleggast å vidareføre vedtaka i utviklingsplanen. Nokre av innspela viser til at vedtaka frå idèfasen og konseptfasen må vere førande for funksjonsfordelinga mellom SNR, Ålesund og Volda sjukehus. Det visast til at Ålesund skal vere det mest differensiert og nr 2. sjukehus etter St. Olavs Hospital HF og at det må speglast i planen. På den andre sida vert det stilt spørsmål kring dette, og nokre meiner at det ikkje er i samsvar med Nasjonal helse- og sykehusplan. Det visast mellom anna til at Idèfaserapporten blei til i ein annan organisasjonsmodell enn ein har i dag.

Innspel som gjeld utvikling av Volda sjukehus har forståing for vedtaket om at Ålesund sjukehus skal ha det mest differensierte tilbodet, men at det står i motsetnad til å desentralisere det ein kan. Det visast til at ei funksjonsdeling er viktig for å skape tillit til at fagleg utvikling skal komme alle fagmiljø til gode.

Helse Møre og Romsdal HF held seg til vedtaket som vart gitt i føretaksmøtet 16. juni 2016. (Sjå 3.3).

#### *5.1.3.1.1 Psykisk helse og rus*

Prioritering av psykisk helse og tverrfagleg spesialisert rusbehandling har vore eit overordna styringsmål nasjonalt i fleire år. I styringsdokument for helseforetaka er dette formulert som Den gylne regel. I det ligg det at psykisk helse og rus skal ha ein større vekst enn somatikk. Veksten skal målast i gjennomsnittleg ventetid, kostnader (kostnader til avskrivingar, legemidler og pensjon synleggjøres, men holdes utenfor) årsverk og aktivitet (polikliniske opphold).

I årets sjukehusstale seier helseministeren at psykisk helse skal løftast fram som hovudsatsingsområde i neste Nasjonale helse- og sykehusplan. Ministeren viser også til regjeringa sin [strategi](#) for god psykisk helse (2017-2022): Mestre hele livet (Regjeringen, 2017). Dette betyr at ein har livsløpsfokus og at satsinga og gjeld psykisk helse for born og ungdom. Dette er ei satsring som er forankra i til saman sju forskjellige departement.

Etter innspel frå fleire hald både internt og eksternt har Helse Møre og Romsdal HF tatt avgjerd om å løfte området opp på føretaksnivå (Styringsgruppemøte Sak 07/2017 (Helse Møre og Romsdal HF, 2018).

Retninga i styringsdokumenta når det gjeld psykisk helse og rus dei siste år har vore tydeleg og klar. Det går frå døgn til dag, til poliklinikk og ambulante tilbod og retning mot kommunane. Retninga har blitt følgd i klinikken. Kor raskt ein skal gjere desse endringane er eit aktuelt tema. Omlegginga kan og opplevast som krevjande, særleg når akuttpsykiatrien opplever eit stort trykk på seg i den daglege drifta. Samstemming i organisering av ambulante team og vektlegging av dei vil vere viktige tema i det vidare arbeidet med utviklingsplanen.

Klinikk for psykisk helse og rus har store utfordringar når det gjeld rekruttering av viktige yrkesgrupper. I høyringane er dette løfta fram som eit område som det er viktig å lukkast med. Dette og med tanke på innføringa standardiserte pakkeforløp som startar i 2018.

Det har internt i klinikken vore stort fokus på vedtaket frå 2012 knytt til sikkerheitspsykiatri og langtidsrehabilitering. Dette har og kome fram i høyringane og dei sjukehusvise møta. Brukarutvalet og brukarorganisasjonane har mellom anna fokus på at vi må lukkast med målet om redusere bruk av tvang.

#### 5.1.3.1.2 Diagnostikk

PET vert i dag nytta 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. Ut frå erfaringane i andre skandinaviske land ventar ein stor auke i bruken av PET framover, og trong om auke av kapasiteten i regionen. Sjølv om ein no har eit godt PET tilbod ved St Olavs Hospital HF både kvalitativt og kapasitetsmessig, meiner føretaket at det difor er behov for å greie ut om ein skal etablere PET i Ålesund i planperioden. Arbeidsgruppa har kome med sine [tilrådingar](#) om korleis pasientane i Møre og Romsdal kan få eit likeverdig og godt tilbod om PET-CT. Det vil vidare vere trong om å avklare korleis dette best fagleg kan organiserast, kva som er det beste alternativet for å sikre likeverdige tenester, og om det er økonomiske skilnader i måten å levere tenestene på. Eit viktig spørsmål er om eventuelle faglege/kvalitative gevinstar kan forsvare skilnader i kostnader. I all hovudsak støttar høyringsinnspel slik utgreiing, men det er også nokre innspel der ein er uroa over om slikt tilbod kan gå ut over andre investeringar i føretaket.

I høyringa vart det påpeika at gode transportordningar mellom sjukehusa er viktig. Det er ein føresetnad for effektiv laboratoriedrift, god utnytting av blod og blodkomponentar og raskare diagnostikk. Det blir også i dag sendt eit stort volum av prøver og blodprodukt mellom sjukehusa, og volumet vil auke etter kvart som det nærmar seg innflytting SNR/DMS. Vedtaket om at hovudseksjonen for mikrobiologisk diagnostikk skal vere i SNR Hjelset, vil også bidra til at volumet av prøvar aukar, og kravet om hyppigare transport aukar tilsvarende. Etter kvart bør det vere transport *minst* to gongar dagleg mellom sjukehusa. Det kan bli aktuelt å produsere blodkomponentar berre ved dei to største sjukehusa dersom logistikken mellom sjukehusa blir god nok.

Etter at posten la om sine rutinar og slo saman A- og B-post til ein felles brevstrøm, bør føretaket også vurdere om det kan vere lønsamt å hente prøvar ved legekontora med eigne bilar/sjåførar.

I høve til rekruttering og kompetanseheving er dette viktige områder som vart vist til i fleire høyringsinnspel. Kompleksiteten i diagnostikken aukar, noko som krev auka kompetanse innan alle fagområda i klinikken. Det er viktig å utdanne eigne legespesialistar og få dei til å bli verande. Ikkje berre gjeld det legespesialistar, men også radiografar, bioingeniørar og molekylærbiologer med spesialkompetanse. Alle er viktige for sikker diagnostikk.

#### 5.1.3.1.3 Medisinske fag og rehabilitering

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. Helse Møre og Romsdal HF har nasjonalt og i regionen lågt forbruk av slike tenester og store avvik på einssilde nasjonale kvalitetsindikatorar. Spørsmålet om etablering av PCI har vore utgreidd tidlegare i Helse Midt-Norge RHF. Helse Møre og Romsdal HF meiner det no er grunnlag for å sjå på problemstillinga på ny i lys av venta demografisk-, fagleg-, og teknologisk utvikling, og dei skilnader som framleis ligg føre i forbruksmønster i regionen.

Høyringane internt og eksternt er med svært få unntak svært positive til slik utgreiing og eventuell etablering av PCI.

Det er ulik grad av oppgåvedeling mellom sjukehusa innan dei ulike fagområda i Klinikken for medisin og rehabilitering. Dei fleste pasientforløp vert gjennomført innan sitt lokalsjukehus, men for nokon forløp er det trong om flytting mellom sjukehus internt, eller til regionsjukehus. For nokon tilstandar er det gjort oppgåvedeling slik at pasientane får tenester frå anna sjukehus enn sitt lokalsjukehus. Dette gjeld få pasientgrupper og volumet er relativt lite sett i relasjon til det store volumet klinikken handsamar. Klinikken er på den andre sida heilt avhengig av andre klinikkar for å levere tenester av god kvalitet internt på kvart sjukehus.

Hovudutfordringane i klinikken er langs fleire aksar som også er skildra i klinikken sin utviklingsplan. Det er på eine sida det største talet akuttpatientar i føretaket med store utfordringar i høve drift av sengepostar, akuttmottak og bruk av intensivsenger. På den andre sida er det svært høgt tal pasientar med akutte og kroniske sjukdomar som i hovudsak vert handsama i poliklinikkar og dageiningar med trong om diagnostikk, behandling, kontroll og rehabilitering. Klinikken er avhengig av rett kompetanse, moderne medisinsk teknisk utstyr, og tenelege areal for å levere gode tenester til befolkninga. I tillegg er god samhandling internt og med kommunane, og god brukarmedverknad avgjerande. Utviklinga innan moderne kreftbehandling og behandling av nokre andre kroniske sjukdomar med nye og dyre medikament utfordrar både klinikken og føretaket si økonomiske bærekraft.

For å møte desse utfordringane har klinikken skissert ulike tiltak der ein løfter fram ulike former for samhandling, tenesteinnovasjon, rekruttering og kompetanseutvikling, og auka kapasitet innan utvalde område som naudsynte satsingar. Høyringsprosessen har gitt klar støtte til hovudsatsingane i planen. Det er også kome innspel der ein har peika på trong om presiseringar og utdjupingar av satsingane, og desse har ein i stor grad valt å følgje iden reviderte planen.

I førearbeidet til styresak 48-11 vart det sett ned ei arbeidsgruppe som såg på organisering og fagleg innretning av spesialisert rehabilitering i føretaket. I tillegg til nedlegging av Nevrohjemmet og justering av sengetalet innan fagfeltet, la styret til grunn at ein burde styrke poliklinisk tilbod i fysikalsk medisin og rehabilitering, også geografisk, satse på ambulante tenester i geriatri og rehabilitering, vurdere å samle all spesialisert rehabilitering i sjukehusa på sikt, og oppretting av felles inntaksteam og fagleg styring av Mork og Aure frå avdelinga i Ålesund. Delar av dette styrevedtaket er av ymse årsaker ikkje fylgt godt nok opp i ettertid. I arbeidet med utviklingsplanen og SNR ser ein at det no er naudsynt å fylgje opp dette. Det vert difor i lys av fagleg utvikling innan feltet i 2018 starta opp eit arbeid for å vurdere dei ulike delane av styrevedtaket og konsekvensar for fagleg innretning og organisering.

#### *5.1.3.1.4 Akuttbehandling*

Tidligere har det vore lite samhandling mellom sjukehusa knytt til avdelingane i Klinikken for akuttmedisin. Dette har endra seg etter OU-prosessen hvor det vart etablert ei tverrgående organisering. Målet er å etablere tverrgående fagnettverk innafor dei ulike fagområda i løpet av planperioden. Tversgåande læring, standardiserte rutinar kan styrke sikkerheit og kvalitet for pasienten. Ein føresetnad for at dette arbeidet skal lukkast er god samhandling med tilgrensande klinikkar. Rett resurs til rett pasient på rett sted er ein sentral del i verdivurderinga i arbeidet med nye og gamle pasientforløp. God involvering av aktuelle fagmiljø vil danne grunnlaget for det vidare

arbeidet med gode akutte pasientforløp. Når dette arbeidet er teken i vare, kan det gi grunnlag for oppgåvedeling i Helse Møre og Romsdal HF.

I høyringsinnspela til Klinikkk for akuttbehandling er det tre problemstillingar som vert særskilt vekta; Plasseringa av prehospitale beredskapspunkt, flytting av behandlingstilbod som til dømes fødetilbodet i forkant av SNR, og Volda si rolle som akuttsjukehus. Det er motteke fleire høyringsinnspel til tilgrensande klinikkar, deriblant klinikkk for kirurgi. Den vidare utviklinga i klinikkk for akuttbehandling er avhengig av utviklinga innan dei kirurgiske faga. Det vidare utviklingsplanarbeidet vil krevje god involvering på tvers av klinikkkane.

Klinikkk for akuttbehandling er avhengig av kontaktflata mot berørte kommuner. Høyringsinnspela knytt til prehospitale tenester gjer behovet for samhandling tydeleg. I delrapport: «[Akuttmedisinske tenester utenfor sjukehus](#)» vert dette skildra nærmare. Det er sett i gang ei beredskapsanalyse i regi av HMN som analyserar dagens ambulansestructur. Analysen utførast av GEODATA og vil vere ferdig i løpet av våren 2018. Utgangspunktet er å etablere gode beredskapspunkt som oppfyller nasjonale krav om responstid. Beredskapsanalysen tar høgde for vedtekte samferdselsårar. Analysen er tenkt som et verktøy for å tilrettelegge for best mogleg beredskap og god utnytting av tilgjengelege ressursar. Resultatet av analysen vil danne grunnlaget for utviklinga av dei prehospitale tenestene i Helse Møre og Romsdal HF. Oppdragsveksten fram mot 2030 er stor og vil også krevje ein endra bruk av ressursane gjennom tiltak som: singel paramedic, community paramedic, differensierte syketransportbilar og intensivambulansar. På denne måten har ein moglegheit til å møte framtidige transportbehov og beredskapsomsyn i kommunane, samstundes som vi held økonomiske rammer og styrkar kvaliteten på tenesta.

### **Beredskap**

I høyringa har det kome innspel på at Utviklingsplanen også bør omtale helseføretaket sin rolle når det gjeld samfunnsikkerheit og beredskap. Beredskapsplanverket og innrettinga av arbeidet med beredskap i Helse Møre og Romsdal skal sørge for naudsynte helsetenester til befolkninga både ved normalsituasjonar og ved ekstraordinære hendingar og kriser. Helseføretaket er ansvarlege for at planverket er oppdatert og tilpassa den organisasjon som er gjeldande i føretaket, og bygger på krav og føringar i lov om helsemessig og sosial beredskap, og planverk på nasjonalt og regionalt nivå.

Beredskapssjef har i samråd med beredskapsutvalet også ansvar for at det gjennomførast opplæring og øvingar på overordna nivå, slik at organisasjonen er forebudd på å fungere som skissert i plan.

I delrapporten frå arbeidsgruppa innan «Akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus» blir tematikken også tatt opp.

#### *5.1.3.1.5 Kirurgiske fag*

Høyringane etterlyste heilskapstenking for føretaket knytt til potensialet i samarbeidande fagmiljø, og det å gjere ein reell bruk av den nye organisasjonsmodellen. Det vart peika på at faga i klinikken no er i same avdeling på tvers, altså ei avdeling i HMR, der felles kompetansmiljø kan nyttast slik at oppgåver kan gjerast på fleire behandlingsstadar og understøtte eit sterkt fagnettverk i fylket. Klinikken tek dette som gode innspel, og fagområda i klinikken etablerer no fagnettverk på tvers av sjukehusa i fylket. Dette er særskilt viktig for å ivareta fagutvikling og organisering av samarbeid, og sikre medverknad og forankring av tiltak og vedtak i heile fagmiljøet.

***Gastrokirurgi (henvisning/lenke til fagområde HMR Gastrokirurgi sin Utviklingsplan)***

Dei kirurgiske aktivitetane i helseføretaket går føre seg ved alle dei fire sjukehusa, men med noko variasjon i innhald. Det skal være noko funksjonsdeling, blant anna innanfor kreftkirurgi. Ei slik spissing sikrar at Helse Møre og Romsdal HF i størst mogleg grad kan gje pasientane ein komplett gastrokirurgisk tilbod i fylket. Dette peikar også ein del høyringssvar på. Samstundes er det viktig at ein legg til rette for at alle gastrokirurgar i helseføretaket får nytte og utvikle sin kompetanse – dette kan gjerast både gjennom fordeling av elektiv aktivitet, og gjennom gode rotasjonsordningar. Fordeling av elektiv kirurgi sikrar kvalitet i akuttkirurgien, og robusthet i fagmiljøa.

Det er utfordring knytt til kapasitet og rekruttering av gastrokirurgar i fylket. Rekruttering og utdanning må difor stå som prioritert i planperioden, der ein er avhengig av alle sjukehusa for å rekruttere godt til fylket sett under eitt. Klinikken ønskjer å ha siktemål om å kunne tilby fullt utdanningsløp i generellkirurgi i HMR.

Volda sjukehus skal ha akuttkirurgisk tilbod i planperioden. Ein er einige i fagmiljøet om at det er naturleg at Ålesund har ein spissa funksjon i HMR når det gjeld dei mest ressurskrevjande pasientane. SNR skal ha alle obligatoriske basisfunksjonar, samt hensiktmessige tilleggsfunksjonar og tarmkreftkirurgi. Det er og slått fast at det skal vere enkelte fylkesdekkande tilbod både ved SNR og i Ålesund. 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.

Det kom høyringar som etterlyste eit formelt og forutsigbart samarbeid kring oppgåvedeling mellom gastrokirurgi Volda og gastrokirurgi Ålesund. Klinikken tek dette på alvor, og vil i 2018 gå nærare inn i gode løysingar, som og inneber ei vurdering av den eksisterande helgevaktstenginga i Volda.

***Urologi (henvisning/lenke til fagområde HMR Urologi sin utviklingsplan)***

Det er kome høyringar på at det er behov for etablering av urologisk vakt i fylket, i høve både kompleksitet av inngrep, samt for rekruttering. Fagmiljøet sjølv viser til at det bør være urologisk vakt både på Sunnmøre og i SNR. Klinikken må vurdere desse innspela i planperioden.

Etablering og utvikling av spissa funksjonar på begge sider av Romsdalsfjorden vil på sikt styrke det urologiske fagmiljøet og kome innbyggjarane i fylket til gode. I det urologiske fagmiljøet er ein einige om at nokre av dei mest kompliserte og samansette urologiske pasientkategoriane skal behandlast i Ålesund. Fagmiljøet peiker på behov for operasjonsrobot. Det er og einighet om at Kristiansund/SNR spissar seg på avansert steinbehandling. God samhandling internt vil da bidra til at ein reduserer pasientlekkasjen ut av fylket.

***Ortopedi (henvisning/lenke til fagområde HMR Ortopedi sin utviklingsplan)***

Alle sjukehusa utfører vanlege skadekirurgiske inngrep, som har høgt volum. Slik må det vere for tilgangen for befolkninga, og for å utnytte kapasiteten. Frakturbehandling hos barn utførast på alle sjukehusa. Det er viktig at det vert planlagd for framtida med dette både i Ålesund og SNR.

Enkelte spesielle frakturdiagnosar bør likevel på sikt samlast i fylket, gjennom ein grundig prosess i fagmiljøet. Dette fagnettverket på tvers er no danna, dette vert viktig også for å samarbeide godt slik at ein minskar pasientlekkasjen ut av fylket.

Ortopedien må arbeide forsterka med førebygging av skader, bidra til gode samhandlingsarenaer med primærhelsetenesta, og for å forbetre fordelinga av arbeidsoppgåver i eit ortopedisk pasientforløp. Det er fleire hundre eldre personar som behandlast for hoftebrot kvart år i føretaket. Prognosen er alvorleg, både når det gjeld motorikk, eigenmestring og kognisjon. Forsking vise at ortogeriatri som er eit strukturert samarbeid mellom ortopedi og geriatri, vil gje betre resultat for pasientane, meir effekt av kvar helsekrone, og nye vitskaplege innfallsvinklar. Ein har i planperioden mål om ortogeriatriske sekjonar ved sjukehusa.

### **Brystkreft**

Kirurgi er den viktigaste behandlinga av brystkreft. Brystkreftkirurgi vert gjort ved sjukehusa i Ålesund og Molde. Begge sjukehusa arbeider etter nasjonale føringar, har multidisiplinære team, leverer data til Nasjonalt kvalitetsregister for brystkreft, har gode kvalitetsresultat og skil seg ikkje i resultat på overleving etter brystkreftkirurgi. Men ingen av sjukehusa klarer å oppfylle alle robusthetskrava som er anbefalt i Helsedirektoratets rapport 03/2015; «Kreftkirurgi i Norge». Volumbetydning i kreftkirurgi er omdiskutert, og det har vist seg vanskeleg å finne fram til ein konklusjon som held tilfredsstillande vitenskapeleg kvalitet.

I tråd med Regional kreftplan 2011-2020, har Helse Møre og Romsdal i tidlegare vedtak anbefalt å samle all brystkreftkirurgi i Ålesund. Tidspunktet for denne sentraliseringa er ikkje fastsett og føresette at det skulle utarbeidast ein eigen plan for å auke kapasiteten ved Ålesund sjukehus. Slik plan har helseføretaket ikkje utarbeidd. Situasjonen er dermed at talet på endokrinkirurgar i føretaket før sommaren 2018 halverast, og at det då berre er ein spesialist ved Ålesund sjukehus. Det fins to kirurgar til i føretaket med mangeårig brystkreftkirurgikompetanse, men ikkje formell spesialitet i endokrinkirurgi. Som ei ekstra utfordring er tilgangen på operasjon- og anestesiusjukepleiarar ved Ålesund sjukehus kritisk.

I år 2000 vart 38% av brystkreftoperasjonane i landet utført ved sjukehus som opererte fleire enn 100 pasientar. I 2017 var denne andelen auka til 90%. Den generelle årsaka til denne utviklinga er volumbetraktningar og at ein treng robuste og tverrfaglege team både i diagnostikk og kirurgi.

Det er ikkje bestemt kva tid den regionale kreftplana skal reviderast. Etter at regional kreftplan vart vedteken, har det kome fleire nasjonale dokument med anbefalingar for fagområdet. Dei mest sentrale er Nasjonal handlingsplan for kreft 2015 – 2017, Helsedirektoratet sine tilrådingar i rapporten Kreftkirurgi i Norge 03/2015, regjeringa sine mål i Nasjonal kreftstrategi 2013 – 2017, Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasientar med brystkreft, og innføring av 28 pakkeforløp for kreft. Det nyaste dokumentet er Nasjonal Helse- og Sjukehusplan som og omtalar kreftkirurgiområdet.

Føretaket held fast ved anbefalingane om å samle brystkreftkirurgien. Vurderinga av noverande situasjonen er at det på kort sikt likevel ikkje er mogleg å gjennomføre denne sentraliseringa. For åra 2018 og 2019 ser det ut for at det må utførast brystkreftkirurgi både ved Molde og Ålesund sjukehus. I tillegg til eigen kapasitet, må ein i denne perioden sannsynleg nytte godkjende vikarar frå andre sjukehus og evt. få bistand frå St. Olavs hospital. Arbeid med rekruttering må intensiverast i perioden.

Frå 2020 har ein mål om å sikre kapasitet ved Ålesund sjukehus som legg til rette for at brystkreftkirurgi i fylket vert samla. Dette må skje i ein fagakse mellom Molde og Ålesund, der ein kan

ha kirurgar med rett kompetanse ved begge sjukehusa, men der ein baserer seg på at sjølvne brystkreftkirurgien vert samla i Ålesund. Utgreiing, oppfølging og kontroll av brystkreftpasientar skal også etter 2020 skje både ved Molde og Ålesund sjukehus, og for å få dette til må ein samarbeide om felles kompetanse, der heile miljøet vert robust. Det er viktig å ta i betraktning heile bildet knytt til brystkreftpasientens langvarige oppfølging i spesialisthelsetenesta, slik at ein syter for at dei fleste kontaktar med sjukehuset kan skje så nært som mogleg bustad.

### **Karkirurgi**

Karkirurgi har gjennom fleire ti-år blitt utført i Ålesund og Molde med ein spesialist på kvart sjukehus det meste av tida. No er det to spesialistar i Ålesund, og spesialisten i Molde sluttar før sommaren. Dei fleste karkirurgiske inngrep er elektive, men mange har høg hastegrad. Under 10 % er akuttoperasjonar, men då alvorlege.

Dei siste åra har det meste av inngrep og behandlingar på pulsårer blitt utført ved begge sjukehus. Operasjon for åreknuter utførast på alle sjukehus, slik det er organisert i dag treng ikkje alt dette spesialistkompetanse. Gradvis har ein del av karbehandlinga blitt utført av radiologar via kateterteknikk, i dag utgjer denne teknikken omtrent 50 % av behandlingsvolumet. Moderne karkirurgi er heilt avhengig av nært samarbeid mellom karkirurg og intervensjonsradiolog. Over halvparten av intervensjonsradiologens erfaring kjem frå karkirurgien.

Helse Møre og Romsdal HF skal ikkje ha eit karkirurgisk senter på linje med regionssjukehuset. Men det er vesentleg at HMR har karkirurgisk kompetanse og karkirurgisk eining, med nært samarbeid med St. Olavs Hospital HF. Idefaserapporten/Konseptfaserapporten seier at karkirurgi skal samlast i Ålesund. Det er ikkje presisert om det med karkirurgi meines all karbehandling.

Helse Møre og Romsdal HF held fast på anbefalingane om å samle karkirurgi til Ålesund. Ein må i planperioden finne ei god løysing på dette, og arbeide med rekruttering. Fagmiljøet i karkirurgi i Helse Møre og Romsdal HF anbefalar at karkirurg har poliklinikk i Molde annakvar veke. Dette vil hindre unødig lang reiseveg for pasientar. Det vil og vere eit vesentlig tiltak for å kunne utføre nokre endovaskulære prosedyrar og bidra i å oppretthalde kompetansen i intervensjonsradiologi – som trengs for andre fagområder som er vedteke skal være i Molde og seinare SNR.

Fagmiljøet må i planperioden vurdere korleis ein skal organisere behandlinga av åreknuter.

Fagmiljøet må i planperioden vurdere behovet for karkirurgisk vakt i fylket, blant anna utifrå påregnelighetsprinsipp.

### **Auge, Øyre – Nase – Hals**

Fagområda øyre-nase-hals og auge er alle nemnde med tilrådingar i idefasen vedrørande vaktamling. Det har kome høyringssvar med ulike syn. For desse fagområda må det gjerast ein større analyse og målbilete, med fagleg og økonomisk vurdering og tilgjengebetraktningar for befolkninga. Rekruttering, utdanningsbehov LIS2 og fagutvikling innanfor områda vert viktige punkt. Klinikken vil starte dette arbeidet i 2018, og har såleis ikkje konkludert.

### **Konsekvensar**

Samlinga av fag som skildra over, vil føre med seg ei samling av eit stort tal operasjonsprosedyrar til Ålesund. Det er ikkje utan risiko, då operasjonskapasiteten i Ålesund er sprengt allereie, grunna mangel på operasjons- og anestesisjukepleiarar. Føretaket må ta denne utfordringa med seg inn i



planperioden. Gjennom god dialog med fagmiljøa må ein gjere vurderingar på kva operasjonar som skal flyttast ut frå Ålesund, og vekslas inn i dei andre sjukehusa.

Flytting av funksjonar påverkar også andre spesialitetar og fagmiljø. Det er vesentleg at klinikk for kirurgi sine prioriteringar vert handsama i ein heilskapstenking i føretaket, der ein ikkje gløymer avhengighetar mellom fag.

Geografiske endringar i tilbod må ein og ha god informasjon og samhandling om med 1.linetenesten.

Klinikken har sannsynleg eit potensiale i ytterlegare jobbglidning. Dette peikar interne høyringar på, og vi tek dette med oss som område inn i planperioden. Ein har over vist til fleire fag som slit med rekruttering. Klinikken må leggje til rette for god utdanning og oppfølging av studentar, for alle faggrupper.

#### *5.1.3.1.6 Kvinner, barn og ungdom*

Pediatritilbodet i fylket har vore krevjande å utvikle i mange år. Med bakgrunn i Styresak 2017/14 (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) fekk utarbeidd ein eigen [rapport](#) (*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. Tilrådinga vart lagt fram for styret ([sak 2017/61](#)), der styret sluttar seg til hovudtilrådinga og legg til grunn at det skal vere tilbod med døgnseger for barn og barnelege i døgnvakt i SNR, samt vidareføring av dagens pediatritilbod ved Ålesund sjukehus. Høyringa har gitt både støtte og skepsis til denne framtidige driftsmodellen. Skepsisen går på høg samla ressursbruk og vanskar med å byggje kompetanse og oppretthalde to store fagmiljø i HMR. Klinikken har som mål å levere eit mest mogleg komplett pasienttilbod til alle barn i heile fylket. Føretaket vil i tida framover setje i gang faglege utviklingsprosessar for å få ei meir systematisk og heilskapleg tilnærming til anestesi og kirurgi for barn. Det vil verei tråd med nytt evidensgrunnlag og nasjonale retningslinjer, samt halde fram med standardisering av pasienttilbodet for å jamne ut ulikskapar i forbruksmønster.

Høyringa har gitt stor støtte til denne framtidige driftsmodellen. Føretaket vil i tida framover setje i gang faglege utviklingsprosessar for å få ei meir systematisk og heilskapleg tilnærming til anestesi og kirurgi for barn, i tråd med nytt evidensgrunnlag og nasjonale retningslinjer, samt halde fram med standardisering av pasienttilbodet for å jamne ut ulikskapar i forbruksmønster.

Nyfødd intensiv ved Ålesund sjukehus tek hand om for tidleg fødde og sjuke nyfødde, og leverer gode og høgspesialiserte tenester til denne pasientgruppa for heile befolkninga i Møre og Romsdal. Etter inngått 3-årig avtale med St. Olavs hospital HF og utarbeidd regionalt standardisert pasientforløp i Helse Midt-Norge RHF, blei truande for tidleg fødsel og for tidleg fødde før svangerskapsveke 26 + 0 sentralisert til St. Olavs hospital f.o.m. 15.02.17. Føretaket vil sikre og vidareutvikle dagens pasienttilbod til nyfødde frå svangerskapsveke 26 + 0, for at pasientane og familiane deira fortsatt skal få dette tilbodet i Møre og Romsdal. Høyringsinnspela gir støtte til dette. Klinikken ser det som viktig å utvikle og styrke samarbeidet med nyfødd intensiv ved St. Olavs hospital, til felles beste for desse pasientane. I dette ligg klare intensjonar om å vidareføre dagens avtale med St. Olav hospital. Dette for å gi eit mest mogleg komplett tenestetilbod til barn i fylket.

Intensiv habilitering til barn og unge med multifunksjonshemming er eit tilbod som skal opprettast i Helse Midt-Norge RHF, og det er breitt forankra i regionalt fagmiljø/nettverk og i HMN at dette skal

etablerast i HMR. Føretaket har derfor sendt søknad om å opprette Regionalt senter for intensiv habilitering i Ålesund, og er i prosess med å finne eigna lokale då dagens areal og bygningsmasse for habilitering er for lite og i dårleg forfatning. Høyringsinnspela støttar heilt denne etableringa, som vil bli HMR sitt første regionale senter. Det blir jobba målretta for å opne dette tilbodet i 2018-2019. Habilitering for barn og unge vil halde fram med si utbreidde ambulante teneste og samhandling, samt utvikle og forbetre overgangen frå ungdom til vaksen i samarbeid med vaksnehabiliteringa.

*Fødeavdelingane i Kristiansund og Molde* har i mange år hatt ei drift prega av store vanskar med rekruttering og stabilitet i lege- og jordmorgruppa. Føretaket har aktivt forsøkt ulike tiltak for å rekruttere til fagmiljøa, men det har vore ei stor belastning på dei tilsette, med utstrakt vikarbruk og variasjon i kvalitet. Det har til tider vore vanskeleg å innfri kvalitetskrava i Eit trygt fødetilbod. Dei offentlege opne kvalitetstala viser at desse er for variable. Det vil vere fagleg krevjande å la dagens drift halde fram inntil SNR står klart i 2022. Fagmiljø har derfor uttrykt ønske om ei fysisk samanslåing for å skape eit større og meir robust fagmiljø i alle større planprosessar sidan 2005, men har hatt ulikt syn på kor ei slik samlokalisering bør vere og kva tid den bør gjerast.

Av omsyn til kvalitet, pasienttryggleik, rekruttering, driftsutfordringar og risikoen det vil vere ved ikkje å samkøyre desse to fødeavdelingane før innflytting SNR, vil klinikken samle fødeavdelingane i Kristiansund og Molde til eitt fagmiljø. Det er altså eit utviklingssteg for dette pasienttilbodet, før det flytter samla inn i SNR i 2022. For føretaket er det viktig å sjå dette som ein del av den samla organisasjonsutviklinga i prosessen mot SNR, og sjølv om tiltaket her står aleine, vil det å gjere endringar for fødeavdelingane innebere omfattande påverknad på nesten alle andre fagmiljø ved begge sjukehusa, uavhengig av kva sjukehus ein seinare beslutter å legge den samla fødeavdelinga til.

Høyringsinstansane har gitt omfattande, støttande og kritiske kommentarar, men det samla bildet er at ein opplever støtte til ei slik samling. Brukarutvalet støttar at det er viktig å kome tidleg i gang med samarbeid og samkøyring i høve oppstart av SNR. Andre peikar på at det ikkje er gjort ROS eller presentert alternative (drifts-)modellar m.v., men dette vil ein sjølv sagt handtere i den vidare prosessen. Det er også peikt på at lang reiseveg kan bli eit problem og at beredskap og følgeteneste for gravide og fødande må vere på plass. Fødeavdelingane sitt personell har levert felle høyringssvar frå kvar fødeavdeling, og desse gir begge stor støtte for samanslåinga, men har ulike fagleg argumentasjon for kvifor den samanslåtte fødeavdelinga bør lokalisert til Kristiansund eller Molde.

Føretaket ser det som viktig å kome i gang med prosessen for å utvikle fag, arbeidsprosessar og organisering for innflytting i SNR. Siktemålet er å ha samanslått fødeavdelingane innan utgangen av 2019, men det viktigaste er likevel å kome i gang med gode, opne og involverande prosessar for at avdelingane er samanslått i god tid (2 år) før innflyttinga i SNR.

*Fødeavdelinga i Volda* har over mange år ytt tenester av høg kvalitet og brukarane er svært nøgde. Dei siste åra har lågrisikofødande frå Nordfjord hatt tilbod om fødselshjelp her, og det er oppretta samarbeid med God start eininga på Nordfjordeid og med Helse Førde HF. Høyringa har gitt klare innspel på at behovet for ein formell avtale. I dag er dette regulert igjennom ein intensjonsavtale mellom Helse Midt-Norge RHF og Helse Vest RHF, og føretaket vil igjen ta initiativ for å inngå ein formell avtale med Helse Førde HF rundt dette pasienttilbodet, noko som vil sikre aktivitet og kompetanse for desse fagområda ved Volda sjukehus.

*Kvinneklinikk* er høgaste nivå fødeinstitusjon i Norge og handterer høgrisikofødande. Dette fordrar seleksjon av høgrisikofødande, samt tett samarbeid med både nyfødd intensiv og andre spesialiserte fagmiljø, og i føretaket ligg denne funksjonen til fødeavdelinga ved Ålesund sjukehus. Kvinner med truande for tidleg fødsel i svangerskapsveke 23-26 blir selektert til St. Olavs hospital HF, i tråd med regionalt standardisert pasientforløp. Føretaket ser det som viktig å sikre éi fødeavdeling på høgaste fødeinstitusjonsnivå for å gi eit mest mogleg komplett svangerskaps- og fødetilbod til gravide og fødande i Møre og Romsdal. Høyringa har gitt klar støtte til dette. Fagmiljøet jobbar systematisk med kvalitetssikring etter forbetring metodikk, men det er behov for meir forskning for å sikre nivået.

*Operasjonsrobot* er noko det gynekologiske fagmiljøet ønskjer til HMR for å sikre fagutvikling, rekruttering, gode arbeidsforhold og eit mest mogleg komplett pasienttilbod til befolkninga. Høyringsinnspela gir støtte til dette. Klinikken ønskjer derfor å delta i utgreiingsarbeidet av dette, og ein viser elles til teksten om operasjonsrobot under Klinikkk for kirurgi.

*Psykisk helsevern barn og unge (PHBU)* er eit nasjonalt prioritert satsingsområde, kor Den gyldne regel gjeld og kor det er klare styringssignalar om å prioritere BUP-poliklinikkane, som er hovuddelen av drifta i PHBU. Fagområdet skal fortsatt tilby tverrfagleg generalist-tilnærming med hovudsakleg poliklinisk tilbod, i tillegg til å utvikle spesialiserte tilbod til pasientane med dei mest alvorlege og til dels lågfrekvente sjukdommane, kor ein i kvart tilfelle må vurdere funksjonsdeling mellom BUPane. Klinikken og fagområdet støttar alle høyringsinnspela om å løfte psykisk helsevern og TSB opp som satsingsområde i føretaksperspektivet. Innføringa av nasjonale pakkeforløp vil vere eit stort arbeid innan PHBU i 2018, og føretaket si rolle mot kommunane under implementeringa vil bli krevjande. Dette fordrar ei gjensidig forplikting og god samhandling.

Kompetanseplanen til avdelinga peiker på at fagområdets viktigaste utviklingsområde, er å sikre og vidareutvikle kompetansen og kapasiteten ved Akutt- og utgreiingsposten, døgnsseksjonen, i Ålesund. Av denne grunn vert bemanninga styrka i første halvår 2018. Dette har høyringsinnspela støtta.

Høyringsutkastet foreslo ei fysisk samling av Familieposten i Molde og Akutt- og utgreiingsposten i Ålesund til eitt felles fagmiljø for å sikre eit meir samanhengande tilbod til dei sjukaste pasientane og familiane deira. Dette var ikkje godt nok forankra i fagmiljøet og det har vore mange kritiske merknader til dette i høyringa. Klinikken vil derfor gi eit oppdrag til avdelinga om å utgreie ønskja fagleg utviklingsretning for det samla døgntilbodet, inkludert ei vurdering av fordelar og ulemper ved ei fysisk samanslåing av dei to postane.

I føretaksperspektivet er det viktig å ha med seg at PHBU vil forbli desentralisert og det inngår ikkje i SNR-prosjektet, men det vil truleg bli aktuelt å flytte BUP Kristiansund inn i DMS-et i Kristiansund.

*Rekruttering* er ei hovudutfordring for KKBU, særleg i våre minste fagmiljø, då KKBU er karakterisert ved mange små fagmiljø og mykje beredskapstenester. Det er særleg legespesialistar, psykologar og spesialsjukepleiarar som er krevjande å både rekruttere og behalde. KKBU vil i 2018 vere ein pådrivar for å finne tiltak som gjer at vi kan rekruttere og behalde personell.

#### **5.1.4 Med andre helseføretak**

Samhandlinga med andre helseføretak, særskilt retta mot regionsjukehuset St. Olavs Hospital HF, vert viktig å styrke i tida framover. Ønska pasientstraumar kan gjerast tydelegare og ein kan styrke formaliseringa av samarbeid. Dette er spesielt knytte til standardiserte pasientforløp, kor pasientar tek i mot utgreiing, behandling og/eller oppfølging både i Helse Møre og Romsdal HF og ved St. Olavs Hospital HF.

Gjennom den nye strukturen for utdanning av legar i spesialisering, vil ein og møte behovet for samarbeid med andre helseføretak for å sikre at læringsmål vert oppnådd.

Meld. St. 9 (2012-2013) «[Én innbygger – én journal](#)» definerer måla og viser retninga for utvikling av IKT-systema i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Helse Midt-Norge er føregangsregion i dette arbeidet gjennom utvikling av Helseplattformen. Arbeidet med dette store prosjektet fordrar god samhandling med dei andre helseføretaka i regionen og vil fortsette i planperioden.

#### **5.1.5 Med private**

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 føringar opplevast som at dei tappar viktige ressursar frå helseføretaket. I tillegg kan det føre til at ein får ei dreining mot fleire kirurgiske pasientar med behov for døgnopphald, medan det heller er ønskeleg med ei dreining mot meir dagbehandling og poliklinikk. 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 sjukehusstilbod, samt sikrar at prosessen går føre seg gjennom gode dialogar med regionalt føretak.

Framskrivinga viser til at forbruket av helsetenester i regionen varierer, både mellom føretak og kommunar. Helse Møre og Romsdal HF skil seg ut ved å ha lite tilgang på avtalespesialistar og viser derfor høgt forbruk av polikliniske konsultasjonar. Auking av talet på avtalespesialistar er difor eit satsingsområde i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Midt-Norge RHF har og sagt at dette vil bli prioritert i tida framover. Det er og høyringssvar retta mot ønske om plassering av slike avtalespesialistar. Arbeidsgruppa som har jobba med dette har kome med ei [anbefaling](#), og leiinga i Helse Møre og Romsdal HF må ut ifrå dette gjere en prioritering i forhold til dette.

Helse Møre og Romsdal HF har lågare dekning av avtalespesialistar for befolkninga enn resten av Helse Midt-Norge RHF. Arbeidsgruppa for desentralisert tenestetilbod har bl.a. utgreidd og gitt klare tilrådingar for utviklinga av tilbodet som avtalespesialistane gir (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) ([vedlegg 1](#)). Anbefalinga er å auke tal avtalespesialistar i Helse Møre og Romsdal HF. Føretaket må løpande vurdere balansen mellom etablering av nye avtalespesialistar i ulike fagområde mot faren for utarming av ressursar og tilbodet i sjukehusa våre. Samstundes må ein ta omsyn til at avtalespesialistar som regel vil ha meir effektiv drift enn sjukehusa, nærare der pasienten bur. Erfaringa i Møre og Romsdal er at nye avtalespesialistar blir rekruttert 50-50 frå Helse Møre og Romsdal HF og frå andre. Det er m.a.o. både risiko og moglegheiter for helseføretaket ved utbygging av tilbodet, medan det vil vere nærast utelukkande positivt for pasientane.

Det har kome mange høyringsinnspel om avtalespesialistar, særleg frå eksterne instansar, og det er union støtte til eit auka tal avtalespesialistar i Møre og Romsdal. Vidare er det støtte til at dette bør gi ei geografisk utjamning innanfor dei enkelte fagområda i fylket, noko helseføretaket støttar. Kommunane meiner det må leggest til rette for samlokalisering av spesialistar og anna helsetilbod, og ønskjer gjennom dialog å delta i nyetableringar. Dette opplever helseføretaket som positivt og legg til grunn at all nyetablering bør skje gjennom opne, inkluderande prosessar med aktuelle partar.

### **5.1.6 Med kommunar og fastlegar**

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 områda<sup>57</sup>, at situasjonsbiletet også er prega av fragmentering, uavklarte ansvarshøve og behov for auka samarbeid. Nokre av høyringsinnspela var mellom anna knytt til området rus og psykisk helsevern, med innspel i høve til behov for samarbeid rundt oppretting av ambulante team og knytt til krevjande ROP<sup>58</sup> pasientar og pasientar med samansette lidingar.

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 omsorgsnivå<sup>59</sup> (LEON), 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 kompetansehevande tiltak. Auka bruk av ØHD-tilbod i kommunane kan påverke pasientstraumane i retning av at fleire pasientar kan behandlast i kommunen og unngå innlegging i sjukehus. Dette kan gi betre ressursutnytting og at pasientar får behandling på rett behandlingssnivå.

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.

Oppretting av kontaktpunkt mellom kommuneoverlegar og legar innanfor dei ulike fagområda i sjukehuset vil kunne bidra til å auka samarbeidet og gje ein felles forståing for utfordringar ein står i.

---

<sup>57</sup> Barn og unge, prioritere psykisk helsevern og rus, styrking av akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse (FIUK) og Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka.

<sup>58</sup> ROP er pasientar som har både rus og psykisk liding

<sup>59</sup> BEON- prinsippet viser til ei heilheitstenking knytt til førebygging, tidleg intervensjon, diagnostikk, behandling og oppfølging i størst mulig grad vert tatt i vare innfor beste effektive omsorgsnivå. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Høyringsinnspela frå kommunane viser ei uro knytt til forsering av oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Det visast til at oppgåveoverføring må følgast av midlar, kompetanse og at kommunane må vere rigga for å ta over oppgåvene. Temaet vart drøfta i [dialogmøte](#) 19. januar og det er semje om viktigheita av å sikre gjensidige prosessar mellom partane.

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. For klinikk for diagnostikk er det ressurskrevjande å bemanne det radiologiske tilbodet ved DMS Sunndal. I tillegg står dyrt røntgenutstyr ubrukt der dei fleste dagar i veka. Det gir svært høg driftskostnad per undersøking. Helse Møre og Romsdal HF har avgrensa midlar til kjøp av medisinsk teknisk utstyr, og klinikken manglar røntgenutstyr ved sjukehusa. Ressursbruken er stor også for oppretthalde tilbodet om blodtapping.

Kommunen, med fleire, meiner tilbodet er godt og nødvendig, og brukarane er fornøgde. Føretaket går likevel inn for å endre aktiviteten ved Sunndal DMS i tråd med tilrådingane frå arbeidsgruppa. Det er, ut frå ei heilheits-vurdering, for ressurskrevjande å oppretthalde tilbodet innan radiologi, ortopedi og blodtapping.

Helseføretaket og kommunane gjekk i lag saman og identifiserte viktige satsingsområder ein jobbe saman om for planperioden. Partssamansette arbeidsgrupper har gjennom ei vurdering av situasjonsbiletet, føringar og utviklingstrekk peika ut strategiar, mål og tiltak for vidare arbeid som er lagt ved i eigne [delrapportar](#). Høyringsinnspela viser ei oppslutning om satsingane, at dette arbeidet må få vidare merksemd for å sikre utviklinga av gode pasientforløp på tvers av nivå.

Innafor [barn og unge](#) visast det til behov for å auke kvaliteten i samhandlinga mellom helseføretaket og kommunane. Vidare arbeid for å breidde tiltak som «Samordning av hjelpetilbod for barn og unge» og «Mission Possible» trekkast fram. Det visast til behov for eigen samhandlingsavtale og det bør etablerast møtepunkt mellom leiing i føretaket og kommunehelsetenesta.

For satsinga [Barneblikk](#) rettast det merksemd mot sikre tverrfagleg forankring, brukarmedverknad både på system- og individnivå. Etablering av familieteama er i første omgang avtalt med vertskommunane til dei fire sjukehusa, med unntak av Volda der familieteamet skal etablerast i Ulstein kommune.

Det må rettast merksemd og tiltak i høve til tidleg innsats, kompetanseheving, kommunikasjon, ambulant verksemd og i høve til finansiering for å sikre stabil drift.

I høve til arbeidet knytt til den [akuttmedisinske kjede](#), er ein sær s oppteken av styrking av lokalberedskapen for dei som har lengst reiseveg til sjukehus. Utviklinga viser ei aukande grad av sentralisering av legevakter og det blir viktig at kommunane og helseføretaket sikrar akuttberedskapen gjennom heilskapleg planlegging og kompenserande tiltak. Mulighetsrommet ligg i å nytte teknologiske løysingar i høve til vurderingar og støtte på til dømes skadestad, samarbeid og vurdering av samlokalisering av legevakt, kommunal øyeblikkeleg hjelp døgntilbod og ambulansestasjonar. Det visast vidare til enkle diagnostiske einingar knytt opp mot ambulansestasjon eller sjukeheim og at community paramedic kan vere personell som driftar slike einingar. Akutthjelpar (first responder) må vidareførast og utviklast som eit kompenserande tiltak.

Innan [psykisk helse og rus](#) trekker arbeidsgruppa satsingsområde i høve til å sikre likeverdig behandling og ei hensiktsmessig fordeling av oppgåver og ansvar mellom helseføretaket og kommunane, der kompetanseoverføring må skje parallelt. Det er eit politisk mål at tilbod primært skal byggast opp nær der pasientane bur. Samstundes viser høyringa til at dette må følgjast av ressursar og kompetanse. Det er ei uro kring at kommunane ikkje er rigga til å ta over oppgåver og det blir særskilt viktig at kommunane og helseføretaket avklarar behandlingsnivå, gjennom dialog og gjensidig planlegging. Ei særskilt viktig gruppe ein må sikre god samhandling for, gjeld dei med samansette helseutfordringar som er knytt opp mot både rus og psykiatri. Ein skal i lag legge til rette for meistring til tross for kronisk sjukdom, låg-terskelstiltak, tidleg innsats og tiltak som er førebyggjande og helsefremmande vert trekt fram i rapporten.

Utviklingstrekk viser at vi får stadig fleir eldre og ein konsekvens av dette er eit auka press på helsetenestene, då ein lever lenger med sjukdom og fleire med samansette lidningar. Det blir særskilt viktig at ein rettar merksemd mot førebygginga av sjukdomsutvikling, helsehjelp på rett behandlingsnivå og tenester som evnar å sikre god koordinering og flyt mellom nivåa. Satsinga for den eldre multisjuka pasient, er såleis ei viktig satsing og prosjektgruppa peikar i [rapporten](#) at det blir viktig å utforme systematikk og struktur i oppfølginga av dei eldre multisjuka, overgangane mellom nivåa må sikrast og eit viktig endring i fokus frå «Kva er i veggen med deg?» til «Kva er viktig for deg?».

Nok helsepersonell med rett kompetanse (integrrert med [FIUK-satsinga](#) Forsking, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling), vart løfta fram som ei viktig satsing helseføretaket også må samarbeide med kommunane om. Helsetenestene kan ikkje isolerast til det enkelte behandlingsnivå, men må sjåast som del av ei heilskapleg kjede som må støttast av rett kompetanse på rett plass og til rett tid. Det er ei utfordringa at kommunar og helseføretak kjem i ein konkurranseposisjon i høve til rekruttering av personell, og høyringa viser vidare til ei uro kring kompetansetap ved at personell trekker ut av fylket. Dette vil utfordre helseføretaket si evne til å oppretthalde robuste fagmiljø som kan få konsekvensar for mål om ei styrka kommunehelseteneste og mål om helsehjelp nær der pasientane lever og bur.

### **5.1.7 Med utdanningssektoren**

Helse Møre og Romsdal skal samarbeide med utdanningssektoren og kommunane om utdanning av framtidens helsepersonell og involvere pasientar /brukarar i utviklinga av utdanning.

Samarbeid med utdanningssektoren om innhald i helse- og sosialfagutdanningane er regulert i lover, forskrifter og regionale og lokale samarbeidsavtalar (under utforming av HMN RHF). Viktige tema i åra som kjem er krav om kvalitet i praksisstudiane -[Praksisprosjektet](#) og Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningane som skal gjelde frå og med opptak studieåret 2019/2020<sup>60</sup>.

Høyringssvara frå utdanningsinstitusjonane peikar på eit ønskje om eit auka samarbeid med Helse Møre og Romsdal HF, og dette er gjensidig. For å ivareta opplæring av pasientar på ein fagleg og forsvarleg måte, er det behov for sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar som jobbar kunnskapsbasert. Utdanningssektorens tilbod om kompetanseheving gjennom master- og doktorgradsprogram vil vere gode virkemidlar for å ivareta dette, i tillegg til at det bidrar til å behalde og rekruttere

---

<sup>60</sup> Utvikling av nasjonale retningslinjer: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanningene/id2569499/>

helsepersonell. Helsepersonell med master og/eller doktorgradskompetanse vil igjen kunne gi muligheter for forskingsprosjekt i klinikken.

Helse Møre og Romsdal HF har ikkje nok praksisrettleiarar eller nok arbeidsoppgåver til alle studentane som blir tatt opp i samarbeidande utdanningsinstitusjonar. I dette ligg det at det ikkje er godt nok samsvar mellom opplæringsmåla i utdanningane og kva for type praksis som kan gis av spesialisthelsetenesta. Betre samarbeid rundt praksisundervisning, herunder kompetanse for rettleiarar er difor ønskeleg å få på plass. Auka samarbeid vil og føre til at ein kan skape relevante utdanningar og rett kompetanse til helseføretaket.

## 5.2 Organisering og leiing

Helse Møre og Romsdal HF sitt Leiingssystem for kvalitet (LFK) bygg på prinsippa for total kvalitetsleiing og styring, samt er forankra i *forskrift om leiing og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten* (Helse - og omsorgsdepartementet, 2016). Dette inneber å ha fokus på pasientane sine krav, behov og forventningar, trygge pasientforløp, leiarskap og kompetente medarbeidarar, forbetring og læring, likeverd og samarbeid.

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 ønskeleg. 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 uro hos både fagfolk og befolkninga ellest. I slike prosessar er det krevjande å vege fagfolk sine ønske 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 tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). Etableringa av SNR vil klart bidra til at strukturen vert enklare.

Nokre høyringsinnspel tek opp at seksjonsleiar opplev utfordringar knytt til organisering av rekrutteringsprosessar, leiaropplæring og leiarstøtte. Tiltak innan desse områda vil bidra til auka tryggleik i leiarrolla og i utøvinga av leiarfunksjonen. Det er ei målsetting for føretaket at det i planperioden vert gjennomført tiltak for å møte desse utfordringane. Hensikta med tiltaka er å kvalitetssikre og standardisere leiaropplæringa og mottak av nye leiarar. Det er også behov for å arbeide vidare med korleis stabsavdelingane kan utnytte og organisere ressursane for å gi støtte til leiarane på ein best mogleg måte.

Enkelte innspel peikar også på manglande innføring av stadleg leiing (sjukehusperspektivet) og peikar på rolla som «Sjukehuskoordinator» og at koordinatorfunksjonen ikkje er gjennomført ved alle sjukehusa. Helseføretaket har som målsetting om å fullføre denne prosessen i planperioden, der ein også må sjå nærare på innhald og utvikling av rolla også sett opp mot behova i det enkelte sjukehuset. I oppfølginga av dette bør ein også definere ansvarsforhold og fullmaktar, slik at det blir tydelegare for andre kva rolla inneber.



I høve til høringsinnspel knytt til at planen burde ha eit sjukehusperspektiv, vil ein vise til behovet for å sikre utviklinga av heilskapelege pasientforløp. Helseføretaket ønskjer å rette merksemda mot pasienten - frå kva er i vegen med deg, til kva er viktig for deg, der oppfølging av forløpa skjer gjennom standardiserte målepunkt. Ein tverrgående organisasjonsmodell skal bidra til å understøtte ei slik tenking, men der ein også må sikre integrasjon og heilskapen ved det enkelte sjukehus.

### **5.2.1 Bemanning og kompetanse**

Behovet for nok helsepersonell med rett kompetanse har vore ei politisk «bekymring» i fleire tiår. Helse Møre og Romsdal HF samarbeider tett med Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord Trøndelag HF, St. Olavs hospital HF og utdannings-sektoren i regionen, i spørsmål som angår bemanning og kompetanseutfordringar.

Det er per i dag til dels store utfordringar med å rekruttere høgkvalifisert kompetanse. For føretaket så dreier det seg særskilt om spesialsjukepleiarar, psykologar og ein del legespesialistar (t.d psykiatere, ulike kirurgispesialiteter, patologar). Samstundes manglar helseføretaket, på same måte som resten av landet, god tilgang på gode styringsdata/ samdata/system som kan gi enkel og rask innsikt i kva for kompetanse ein har til ei kvar tid i føretaket, og kva for kompetanse ein treng<sup>61</sup>, <sup>62</sup>. Slike data er kritisk for både stab og klinikkar for å kunne være i forkant med å leggje kortsiktige og langsiktige strategiplanar både på føretaksnivå og i klinikkane. Den nasjonale bemanningsmodellen har til hensikt å betre denne situasjonen, gjennom å betre kunne framskrive kompetansebehovet. Modellen er i midlertidig ikkje på plass ennå, og føretaket har derfor også behov for andre tiltak.

Mange av høringsinnspela fokuserer på rekruttering og å behalde kompetanse som ein hovudutfordring. For lite tilgang på helsepersonell med rett kompetanse vil føre til variasjonar i kvaliteten på pasienttilbodet og lågare produktivitet, og likeverdighetsomgrepet vil bli utfordra. Å rekruttere nok spesialsjukepleiarar– og då spesielt AIO (anestesi, intensiv og operasjonssjukepleiarar – jf over) - er sett på som prekær i helseføretaket. Dette gjer at ein brukar store summer kvart år til å leige inn denne type arbeidskraft. Etter ei grundig kartlegging av det eigentlege behovet for spesialsjukepleiarar i 2015/2016, kom leiinga i føretaket fram til at det måtte satsast på ekstra utdanningsstipend for AIO-sjukepleiarar fleire år framover for å dekkje behovet<sup>63</sup>. Føretaket har allereie utlyst fleire utdanningsstipend og vil sette i gang tiltak for å sikre betre oppfølging av studentane.

Det er behov for ein meir effektiv rekrutteringsprosess, som både er raskare og meir standardisert, og som sikrar at føretaket fremstår som profesjonell og dermed konkurransedyktig. Samstundes må føretaket kunne omsette analyse om framtidig kompetansebehov til utarbeiding til ein strategisk kompetanseplan.

Dersom behovet for helsehjelp aukar i same takt som den aukande alderssamansetjinga i befolkninga, må kvar fjerde ungdom i Noreg utdanne seg innan helse- og sosialsektoren for å dekke opp bemanningsbehovet i 2025, og kvar tredje i 2035. Slike tal er verken berekraftige eller ønskelege

<sup>61</sup> Helsedirektoratet (2014) Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Tilgjengeleg: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/915/Nasjonalt-personellbilde-personell-og-kompetansesituasjonen-i-helse-og-omsorgstjenestene-IS-2248.pdf>

<sup>62</sup> Helsedirektoratet (2017) Kompetanseløftet 2020. Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017. Tilgjengeleg: [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560\\_Kompetanseløftet2020\\_Oppgaver%20og%20tiltak%20for%20budsjettåret%202017.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1349/IS-2560_Kompetanseløftet2020_Oppgaver%20og%20tiltak%20for%20budsjettåret%202017.pdf)

<sup>63</sup> Styret for Helse Møre og Romsdal (2015) Kompetanse og rekrutteringsbehov i HMR. Styresak 2015/67 (under pkt. Spesialsjukepleiere).

sett frå eit samfunnsøkonomisk perspektiv<sup>64</sup>. Sett i lys av desse utfordringane ønskjer HMR å løfte opp rekruttering og kompetanseutvikling/-bevaring som eit av satsingsområda i planperioden. Sterkare satsing på E-læringskurs gjennom læringsportalen samt vidare utvikling av kompetanseportalen vil og vere ein viktig faktor i samband med dette.

Viser elles til [FIUK-planen](#), som viser strategi- og handlingsplan for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling for HMR i planperiode 2018-2022.

### **5.2.2 Forsking og innovasjon**

Helse Møre og Romsdal HF har klare ambisjonar om å bygge ei kunnskapsbasert helseteneste til beste for pasient og pårørende. Forsking og innovasjon som går føre seg i føretaket, er viktige faktorar for å generere ny kunnskap på kjende og ukjende område. Helseføretaket ønskjer å satse på forskning og innovasjon og gjennom dette leggje til rette for at klinisk personell kan drive med forskning, samt synleggjere forskingsaktivitet. Etableringa av eigen forskingspost i 2017 er med på å byggje eit aktivt forskingsmiljø i HMR vidare.

Godt samarbeid med kommunar, høgskular og universitet, næringsliv og andre HF er føresetnader for å få til gode arenaer for forskning og innovasjon. Dersom ein inkluderar studentane som har praksis i helseføretaket i forskande fellesskap/forskargrupper, kan dette bidra til auka interesse for forskning, samt vere positivt i samband med rekruttering av helsepersonell.

Viser elles til [FIUK-planen](#), som viser strategi- og handlingsplan for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling for HMR i planperiode 2018-2022.

### **5.2.3 Økonomi**

Helse Møre og Romsdal HF har i 2018 eit brutto driftsbudsjett i underkant av 6,1 mrd. kroner. Dette er den økonomiske ramma som helseføretaket planlegg etter inneverande år. Det er vidare planlagt investeringar i 2018 for 546 mill. kroner. Av dette utgjer SNR 301 mill. kroner. Dette skal vere med å leggje til rette for eit godt pasienttilbod i Møre og Romsdal.

Økonomisk bæreevne betyr for Helse Møre og Romsdal HF å handtere ansvar og forpliktingar innanfor tilgjengelege økonomiske rammar over tid. Det er ikkje bare den samla bæreevna som er interessant, men også bæreevna til helseføretaket det einskilde år. Helseføretaket er sjølv ansvarleg for å finne ein balanse mellom drift, prioritering av investeringar og ein sunn likviditetsutvikling. Det har vore stort fokus på den økonomiske utviklinga i helseføretaket. Sjølv om ein ikkje ha klart dei økonomiske resultatmåla dei siste åra har ein klart å halde driftskreditten på eit ansvarleg nivå. Dette har mellom anna hatt innverknad på helseføretaket si evne for investeringar. Grunna den negative økonomiske utviklinga i 2017 har ein ikkje kunne investert slik som planlagt. HMR har difor satt på vent investeringar både i bygg og MTU i 2017 for å ikkje forverre likviditetssituasjonen. Dette har ein positiv verknad på kassakreditten, men ein svært negativ verknad på situasjonen innanfor det medisintekniske området og vedlikehald knytt til bygg. Føretakets handlingsrom til å gjere investeringar er også uttrykt i ein rekkje høyringsvar.

---

<sup>64</sup> Helsedirektoratet (2017) *Kompetanseløft 2020*; Tilgjengeleg: <https://helsedirektoratet.no/kompetanseloft-2020>

#### **5.2.4 Teknologi**

Innan teknologi er Klinikk for diagnostikk del av fleire store IKT-prosjekt som vil krevje ressursar i neste to til tre års- perioden. Dei mest ressurskrevjande er Interaktiv Henvisning og Rekvirering frå primærhelsetenesta (IHR), HMN LAB (innføring av nytt labsystem) og innføring Digital patologi. Behovet for medisinsk teknisk utstyr(MTU) er stort, utstyret er gammalt og ein har ikkje klart å erstatte utstyr i takt med behovet, mykje på grunn av den økonomiske utfordringa i føretaket. Føretaket må arbeide fram ein strategi for MTU, som gjer at ein i større grad enn no klarer å halde utstyret oppdatert. Dette vil og vere viktig inn mot innføringa av Helseplattforma, der ein er avhengig av at MTU kommuniserer med journalsystemet for å sikre dokumentasjon eller analyse av data.

Helseplattforma , prosjektet knytta til «[Én innbygger – én journal](#)», er eit stort prosjekt, men vil vere et verkemiddel for å auke kvaliteten på kommunikasjonen mellom tenesteneivåa og bidra til meir effektiv helseteneste. For å få implementert dette på ein god måte, må ein i perioden framover sjå på standardisering av arbeidsprosessar og pasientforløp, samt sikre at ein har IKT-verkty og MTU som understøtter dette. Kompetanseheving for helsepersonell og leiarar knytt til IKT er og viktig å ta med inn i kompetanseplanane framover mot Helseplattforma.

Vidare bruk og utvikling av det elektroniske verktøyet eSP vil ha betydning for å få på plass heilskaplege pasientforløp.

Helse Møre og Romsdal HF har eit ansvar knytt til opplæring av pasientar, og gjennom dette bidra til meistring av eigen sjukdom hos pasientane. Mange pasientar nyttar behandlingshjelpemiddel i form av teknologisk utstyr. Pasientane vil i framtida vere meir delaktig i sin eigen behandling.

Høyringsinnspel viser til viktigheita av å nytte moglegheitene som ligg i den teknologiske utviklinga og som særleg kan understøtte mål om effektiv ressursutnytting, pasientflyt og avgjerdsstøtte som kan auke kvaliteten i pasientbehandlinga. Det visast mellom anna til telemedisin som eit framtidsretta tiltak, for å redusere reisebelastning for pasienten og som kan bidra til reduserte reisekostnadar for samfunnet. Den teknologiske utviklinga gir nye behandlingsmoglegheiter, og det er viktig at helseføretaket utarbeider ein strategi for korleis ein skal hente ut eit større potensiale i slikt utstyr for å skape pasientens helseteneste.

#### **5.2.5 Bygg**

Helse Møre og Romsdal HF har ein stor bygningsmasse med relativt høg alder. Behovet for utvikling og oppgradering av eksisterande bygningsmasse, inkludert kritisk og teknisk infrastruktur, basisutstyr og medisinsk teknisk utstyr (MTU) er svært stort. Spesielt behovet for oppgradering av bygningsmassen er stadfesta [i rapporten frå Multiconsult i 2012](#) om teknisk tilstandsgrad på bygga i føretaket. Denne rapporten er revidert i 2017 og stadfestar både stor behov for oppgradering, men dessverre også at vedlikehaldsetterslepet har auka ytterlegare i perioden 2012-2017.

I arbeidet med forslag til bygningsmessig utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF eks. SNR, har ein også sett nærare på tilstandsgraden på bygga. Det er og teke omsyn til det akkumulerte vedlikehaldsetterslepet samtidig som ein har peika ut retning for utvikling av sjukehusa i Volda og Ålesund spesielt.

I utviklinga av Volda og Ålesund sjukehus har ein vurdert alternative måtar å løyse dei største arealproblema på. For Volda gjeld dette areal til dagkirurgi, poliklinikk og dagbehandling, samt behovet for isolat og færre fleirsengsrom. For Ålesund gjeld dette oppgradering av akuttmottak inkl. korttidspost, areal til poliklinikk og dagbehandling, oppgradering av operasjonsavdeling og intensiv, samt behovet for isolat og færre fleirsengsrom.

Eiga arbeidsgruppe har vurdert fleire løysingsalternativ (scenario) , og i vedlagt Bygningmessig utviklingsplan, er det gjort tilrådingar for korleis dei to sjukehusa kan utviklast for å svare ut dei definerte behova. Tilrådinga frå arbeidsgruppa baserer seg på ikkje prissette effektar. Dette gjeld vurdering av i kva grad dei ulike løysingane ivaretek behova for behandlingsskvalitet og – tryggleik, pasientlogistikk, forsyningslogistikk, ombyggingsubehag og arbeidsforhold for tilsette. Det er også gjort vurderingar av bygga sinn framtidige fleksibilitet og elastisitet. I tilrådinga frå arbeidsgruppa slik denne føreligg i framlegget til bygningmessig utviklingsplan er det ikkje gjort økonomiske vurderingar mot langtidsbudsjett eller investeringsevne. Dette inngår i adm. direktør si endelege og samla vurdering.

Utviklingsretninga er basert på føringar i den verksemdsmessige utviklingsplanen. Når det gjeld føretaket sine bygg utanom sjukehusa (rehabiliteringssentra, DPS-ane, rusinstitusjonane), vil det bli utarbeidd eigne utviklingsplanar for desse så snart nødvendige faglige og verksemdsmessige avgjerd er teke. Ein tek sikte på at desse blir utarbeidd i planperioden.

Den bygningmessige utviklingsplanen har ikkje vore grunnlag for høyringsuttaler, men i høyringsinnspel til den verksemdsmessige utviklingsplanen stadfestar behovet for vedlikehald av eksisterande bygningssmasse, behov for meir funksjonelle lokale (ombygging) og behov for større kapasitet (nybygg). Desse behova er også nemnd særskilt i dei klinikkvise planane.

### 5.3 Risiko- og moglegeheitsanalysar

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. Uvissa 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 leggast 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.

#### 5.3.1 Risikovurdering pediatri

Til [pediatri rapporten](#) (Helse Møre og Romsdal HF, 2017) har PwC utarbeidd ei formell [ROS-analyse](#) som vert vedlagt denne. Det akuttkirurgiske tilbodet på Sunnmøre oppfatar 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.

### 5.3.2 Risikovurdering Utviklingsplan HMR

For å sikre at vegval og satsingar i Utviklingsplanen bidrar til ei berekraftig utvikling som understøttar samfunnsoppdraget, vart det lagt opp til ei [risikovurdering](#) av Utviklingsplanen. Med utgangspunkt i kontekstmodellen for Helse Møre og Romsdal er føremålet å ta avgjerd om risikoar som grunnlag for planlegginga<sup>65</sup>.



Figur 5.1 Kontekstmodell Helse Møre og Romsdal HF

Jamfør *Forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017), omfattar styring av verksemda korleis aktivitetar planleggast, gjennomførast, evaluerast og korrigerast i samsvar med krav fastsatt eller i mehold av helse- og omsorgslovgivinga. Jamfør § 6.d og e i same forskrift, ligg det førande i planlegginga at verksemda skal ha oversikt over område der det er risiko for svikt eller mangel på myndigheitskrav og område der det er behov for vesentleg forbetring av kvaliteten på tenestene og pasient- og brukartryggleik.

Risikoanalysen blei gjennomført som ein workshop over ein dag med analysegruppe (heretter omtala som ekspertgruppa) samansett av [styringsgruppa](#) for Utviklingsplanarbeidet.

Som forarbeid for ROS- analysen, vart det gjennomført eit arbeid for å identifisere mulige risikoområde for Utviklingsplanen HMR 2019-2022 (2035). Med utgangspunkt i høyringsutkastet for Utviklingsplanen og høyringsinnspela som har kome, har ein vurdert risikoområde opp mot Helse Møre og Romsdal si evne til å følgje opp forpliktinga som er nedfelt i helse- og omsorgslovgivinga.

Det peika seg ut fleire risikoområder som vart lagt fram for ekspertgruppa for vurdering, med spørsmål om desse var dei rette, om det er andre område ein bør peike på som risikoområde og i så fall kva for område.

<sup>65</sup> Internasjonal standard (ISO 9001:2015) angir krav til at organisasjonen skal forstå sin kontekst og bestemme risikoar som eit grunnlag for planlegginga (Standard Norge, 2015)

**Oppsummeringa viser følgjande risikoområder<sup>66</sup>;**

- Risiko 1a Helse Møre og Romsdal HF si evne til å sette brukaren i sentrum gjennom samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling. (Pasientperspektiv).
- Risiko 1b Uro knytt til interne geografiske/faglege interesser utfordrar Helse Møre og Romsdal HF si evne til å sikre best mogleg pasienttilbod gjennom samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.
- Risiko 1c Helse Møre og Romsdal HF si evne til å sikre best mogleg pasienttilbod gjennom ekstern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.
- Risiko 2 Nok helsepersonell med rett kompetanse.
- Risiko 3 Helse Møre og Romsdal HF si evne til å prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling.
- Risiko 4 Helse Møre og Romsdal HF si evne til å ta i bruk teknologi og elektroniske samhandlingsverktøy, herunder Helseplattformen.
- Risiko 5 SNR – Helse Møre og Romsdal HF si evne i prosjektperspektivet til å sikre samarbeid og rekruttering i interimfasen.
- Risiko 6 Helse Møre og Romsdal HF si evne til å sikre intern og ekstern involvering, og forankring.
- Risiko 7 Helse Møre og Romsdal HF si evne til å gjere prioriteringar for å sikre berekraft både til investeringar og drift.
- Risiko 8 Helse Møre og Romsdal HF si evne til å vedlikehalde og utvikle bygningsmessig infrastruktur og utstyr (herunder også MTU).

---

<sup>66</sup> Det vart i tillegg drøfta og vurdert risikoområde knytt til Helse Møre og Romsdal HF si evne til å sikre beredskap, samfunnstryggleik og tilgjengeleg helsehjelp. Området sin kompleksitet utfordra ekspertgruppa i å ta dei nødvendige vurderingane i møtet. Det vart tatt avgjerd om at området knytt til samfunnstryggleik og beredskap må sikrast skildra i Utviklingsplanen og må få merksemd vidare i høve til gjeldande ansvarsområde for HMR. Det visast til at området også er forankra i eigen delavtale til Samhandlingsavtalen mellom HMR og kommunane (2015:delavtale 11).

## 5.4 Kriterium for val

Strategisk planlegging handlar om å orientere seg om situasjonsbiletet, omgivnadane og framtida og på dette grunnlaget sette visjon og peike ut innsatsområder og strategiar for å fremme ønska utvikling (Amdam, Planlegging og prosessleiing, 2011).

I dei føregåande kapitla har ein forsøkt å skildre eit bilete av Helse Møre og Romsdal HF slik det står fram i dag og kva som vil møte oss i framtida, som kjem til syne i utviklingstrekk. Ein har sett utfordringar og muligheter opp mot forventingane til brukarane, dei tilsette og dei politiske føringane som gjeld. Vala vi gjer skal bidra til å skape *framtidretta pasientbehandling med god bruk av ressursar*.

Visjonen *På lag med deg for helsa di og verdiane tryggleik, respekt og kvalitet* skal ligge til grunn.

Pasientar og brukarane viser til framleis fragmentering av helsetenestene. Det er behov for samordning og heilskaplege tenester som er av god kvalitet og som gir god samfunnsøkonomi.

Helse Møre og Romsdal HF vil nytte følgjande kriterium for val;

- Heilskapleg pasientfokus
- Fagleg kvalitet i tilbodet
- Økonomisk bæreevne

## 5.5 Valt hovudløysing

Med bakgrunn i innspel som har kome knytt til høyringa og risikovurderinga av Helse Møre og Romsdal HF, har det utforma seg nokre hovudretningar som må få merksemd for å understøtte føremålet, visjonen og som bygg på verdigrunnlaget vårt.

1. ***Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom intern samhandling/heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.***

Helse Møre og Romsdal HF sin visjon «på lag med deg for helsa di» handlar om å utvikle helsetenestene saman med pasientane. Involvering og medverknad knytt til eigen behandling står sentralt, og det må leggest til rette for aktiv medverknad i det daglege pasientmøtet og i høve til planlegging og utforming av tenestetilboda.

Implementering av pasientforløp vil halde fram i tråd med dei nasjonale styringsmåla. Føretaket vil satse på kontinuerleg forbetring som ein av hovudstrategiane for å sikre faglege, kvalitative tenester der ein evnar å omstille seg for å sikre god ressursutnytting.

Organiseringa med tverrgåande klinikkstruktur skal understøtte fagleg utvikling, ved å legge betre til rette for kunnskapsdeling og standardisering av tenestene, som igjen kan redusere variasjon. Det blir viktig å etablere/vidareutvikle tverrgåande fagnettverk, legge til rette for møteplassar på tvers med mål om å bygge samhald og felles kultur. Samstundes skal ein ivareta heilskapen ved dei enkelte sjukehusa, der utvikling av stadleg leiing og koordinatorfunksjonen må få merksemd i vidare arbeid.

Leiinga i føretaket er sentrale nøkkelpersonar i høve til å understøtte og vere pådrivarar for ønska endring og leiarutvikling er eit satsingsområde i tråd med leiarambisjonen.

I høve til dei prioriterte satsingsområda i føretaksperpektivet, meiner føretaket at det er god grunn til å utgreie etablering av PCI i Helse Møre og Romsdal HF, med hovudvekt på fagleg innhald i tilbodet til pasientgruppa. Eit slikt arbeid skal setjast i gang i 2018.

Helse Møre og Romsdal HF meiner det er rett å gjere ei nærare utgreiing kring etablering av PET. Det vart difor sett ned ei arbeidsgruppe for å utgreie problemstillinga. Denne gruppa leverte første del av [utgreiinga i](#) desember 2017. Ein vil halde fram arbeidet med vidare utgreiing i planperioden.

Når det gjeld robotkirurgi finn ein grunn til å starte ei utgreiing om det bør opprettast eit tilbod innan robotkirurgi i Helse Møre og Romsdal HF. Ei arbeidsgruppe vil bli nedsett for å utgreie om det bør etablerast operasjonsrobot i Helse Møre og Romsdal HF. I denne prosessen må ein ha dialog med Helse Midt-Norge RHF og St. Olav hospital HF. Utgreiinga vil starte i 2018 med siktemål om å vere ferdig innan sommaren 2019.

Helse Møre og Romsdal HF må i planperioden gå nærare inn i tal geografiske einingar utanom sjukehusa, gjennom vel forankra utgreiings- og avgjerdsprossar. 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 geinstrealisere ny teknologi.

Pediatritilbodet i fylket skal utviklast i tida fram mot etableringa av SNR. Styret si vurdering av tilbodet i oktober 2017, er førande.

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 som éi eining organisatorisk, fagleg, for rekruttering og for drift. Idéfassen slår fast at SNR skal byggjast opp på dei tunge kirurgiske disiplinane gastrokirurgi, ortopedi og urologi. Det er gjort eit tidlegare styrevedtak på at Ålesund sjukehus skal vere det mest differensierte sjukehuset i Helse Møre og Romsdal HF.

Det er vedtatt at det skal vere eit akuttkirurgisk tilbod ved sjukehuset i Volda i planperioden. Ein ønskjer å utvikle det kirurgiske samarbeidet i fylket, og i vedtaket til styresaka ([Sak 2017-05](#)) legg ein til grunn ein utviklingsprosess som bygg på standardiserte pasientforløp for å sikre pasienttryggleik og kvalitet. Ein føresetnad er tettare samarbeid mellom fagmiljøa i Ålesund og Volda sjukehus. Ein har starta på dette innanfor nokre elektive aktivitetar. Helseføretaket vil 2018 vidareutvikle samarbeidet, slik at ein sikrar fordeling av elektiv kirurgi for å opprettholde kvalitet i akuttkirurgi. Ein vil og arbeide med traumatologisk infrastruktur og kompetanse i tråd med Nasjonal Traumeplan. 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.

Realisering av SNR er vesentleg for å løyse framtidige oppgåver. Det vert ei viktig oppgåve å sikre robuste fagmiljø i SNR samla. Samstundes må ein sikre ei balansert utvikling i føretaket der ein ivaretek utviklinga ved sjukehusa i Volda og Ålesund, og rolla Ålesund skal ha som det mest differensierte sjukehuset. Føretaket 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 føretaket å utnytte dette potensialet.

Arbeidet med realisering av Styrevedtaket frå 2012 knytt til samling av langtidrehabilitering på Hjelset og sikkerheitspsykiatri i Ålesund blir vidareført og prioritert. Dette betyr at ein følgjer opp det som kom fram i ROS-evaluering og SWOT analysen frå 2017. Hovudkonklusjonane peikar særleg på å styrke bemanning på Hjelset i samsvar med auke i tal senger, styrke bemanning ved eininga i Ålesund for å betre samarbeid med kommunane og utbetre uteareal på ein hensiktsmessig måte.

Ortogeriatrici er tenkt innført ved alle sjukehusa i føretaket, og er eit prioritert tiltak i Helse Møre og Romsdal HF. Ein ventar at det også vil kome nasjonale føringar for dette sannsynleg i løpet av 2018/2019.

Vedtak i Regional kreftplan og Idéfase SNR om å samle patologi i Ålesund står fast. Når dette kan skje, veit ein ikkje per dato. Helseføretaket skal legge til rette for ein ryddig og føreseieleg prosess, for å sikre god ivaretaking av dei tilsette ved seksjonen i Molde. Samling av patologi krev mindre bygnings- og utstyrmessig tilpassing ved Patologi Ålesund. Samling av patologi krev også at snittscanner til digitalpatologi kjem på plass i Molde.

Når det gjeld vedtak i Idéfase SNR om å samle nukleærmedisin i Ålesund, står dette også fast. Gammakamera ved Molde sjukehus er planlagt drifta så lenge det held, men det vil ikkje bli erstatta ved samanbrot. Styrt avvikling, med overføring av aktivitet til Ålesund sjukehus, må skje før innflytting SNR Hjelset. Avvikling av nukleærmedisin ved Molde sjukehus får først og fremst konsekvens for brystkreftkirurgi. Slik kirurgi krev nukleærmedisinsk tilbod/tilbod om sentinel node.

I 2018 vil klinikken prioritere å utgreie og ferdigstille nemnde tilpassingar i Ålesund. I høve til transportordningar for effektiv laboratoriedrift, vil føretaket vurdere å starte eit prosjekt i 2018 for å greie ut alternativ til dagens transportordningar mellom sjukehusa og sending per post frå legekontor.

Det finst vidare 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.

## **2. Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom ekstern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.**

Samhandling med andre HF skal i hovudsak gå føre seg innanfor Helse Midt-Norge RHF. 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.

Det er klare tilrådingar frå arbeidsgruppa kring desentraliserte tenester og avtalespesialistar, om at ein skal auke talet på avtalespesialistar. Helse Midt-Norge RHF har tydeleg signalisert ei regional utjamning for avtalespesialistar og helseføretaket vil dermed få styrka dette tenestetilbodet i åra

som kjem. Denne styrkinga bør skje i tråd med anbefalingane gitt i rapporten frå arbeidsgruppa for desentralisert tenestetilbod og igjennom god styringsdialog mellom Helse Midt-Norge RHF og Helse Møre og Romsdal HF for å minske risikoane for heleføretaket. Helseføretaket legg til grunn at all nyetablering bør skje gjennom opne, inkluderande prosessar med aktuelle partar.

Føretaket går inn for å endre aktiviteten ved Sunndal DMS i tråd med tilrådingane frå arbeidsgruppa og i tråd med kriteria i 5.4. 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.

Grunna regional avtaleinngåing med ny leverandør av private radiologitenester, vert forholdet mellom det private og det offentleg tilbodet i nord-fylket endra frå juni 2018. Føretaket vurderer tiltak for å sikre eit likeverdig tilbod for pasientane. Dette gjeld i all hovudsak MR-undersøkingar.

Helse Møre og Romsdal ønskjer gjennom regionale prosesser 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 viser til viktigheita med 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.

### **3. Helse Møre og Romsdal HF skal sikre framtidsretta pasientbehandling gjennom nok (helse)personell med rett kompetanse. Herunder også interimfasen SNR.**

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 Helse Møre og Romsdal HF sine visjonar og verdiar. Dette må inngå som del av den daglege drifta for å sikre rekruttering, utvikle og behalde fagpersonell. Dei menneskelege ressursane er den viktigaste innsatsfaktoren. Kvalitet og omstillingsevne er avhengig av god leiing og medarbeidaren sin kompetanse. Helse Møre og Romsdal HF må vere ein attraktiv arbeidsgivar for å rekruttere, utvikle og behalde medarbeidarar og team. Det er behov for å utvikle Helse Møre og Romsdal HF som lærande organisasjon, slik at verksemda setjast i stand til å meistre daglege utfordringar og etablere ny praksis når det er nødvendig.

Helse Møre og Romsdal HF skal arbeide målretta for å sikre rett kompetanse og nok kompetanse. Det krev at alle avdelingar utarbeider kompetanseplanar. Kartlegging av kompetansegapet vil ligge til grunn for val av kompetanseheevande tiltak. Ikkje minst er det viktig å halde på personell med ønska kompetanse. Godt samarbeid med utdanningsinstitusjonar er også viktig.

Det nye utdanningssystemet for LIS<sup>67</sup>, får betydning både i et føretaksperspektiv og for klinikkane. Det vert viktig å følgje opp LIS-utdanninga for å sikre m. a utdanningskapasitet og rekruttering. For at LIS-

---

<sup>67</sup> Ny ordning med spesialistutdanning av leger rettast inn mot framtidens helseutfordringar og tek opp i seg ny fagutvikling, endringar i pasient- og legerolle og reformane i helsesektor. Formål er tilstrekkeleg tilgang på legespesialistar for å imøtekome behov for auka tenester som følgje av auke i tal eldre. Kvalitet i spesialistutdanninga har betydning for behandlingsskvalitet og pasientsikkerheit. Regjeringen. (2017): Rundskriv om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).

utdanninga skal bidra til at ein oppnår dei nødvendige læringsmåla, må ein jobbe for å få på plass gode strukturar knytt til utdanningsløpa.

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 er ein sentral drivar for å utvikle framtidretta pasientbehandling. Det er behov for å utvikle ein innovasjonskultur. Innovasjonsprosjekt skal styrke spesialist-helsetenesta, men også i eit samhandlingsperspektiv ut mot kommunane.

I høve til interimfasen SNR er leiargruppa i føretaket eigar av OU-arbeidet SNR og vurderer det som kritisk viktig for SNR-prosjektet å ha god framdrift og felles prinsipp i OU-arbeidet frå no og fram til innflyttinga i 2022. SNR utviklingsorganisasjonen vil fasilitere delar av OU-arbeidet. I løpet av våren 2018 vil leiargruppa utarbeide ei tidline for prosessar som er felles for klinikkane. Alle OU-prosessane har som mål å lette innflyttinga i nytt sjukehus/DMS og sikre god drift frå første dag, samt sørge for kontinuerleg forbetring og fagutvikling. Det er til dømes viktig å tidfeste når følgjande skal vere ferdig: Organisering av seksjonar/avdelingar, tilsetning av nye seksjonsleiarar/avdelingssjefar, nye bemanningsplanar, arbeidstidsordningar, vaktordningar legar og pilotar på nye driftsformer som til dømes korttidspost.

#### **4. Helse Møre og Romsdal HF skal prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB).**

Styringsgruppa for utviklingsplanen vedtok 6/2-18 å løfte psykisk helse og rus opp som satsingsområde på føretaksnivå. 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 tverrgående samarbeid, utjamning av variasjon, rekruttering og kompetanse.

#### **5. Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å ta i bruk teknologi og elektroniske samhandlingsverktøy, herunder Helseplattformen.**

Helse Møre og Romsdal HF må førebu seg på å ta i mot og utnytte den nye teknologien som kjem i framtida og gjere seg i stand til å ta ut gevinstar i form av kvalitet og effektivitet. Dette krev blant anna at heile organisasjonen ved leiinga/personell får kunnskap og opplæring om nytteverdien av moderne teknologi og korleis dei kan tileigne seg digitaliseringskompetanse. Ved hjelp av støtte til avgjersler, kunnskapsstøtte og prosesstøtte vil moderne IKT-system kunne lette arbeidet til alle tilsette i føretaket – og då først og fremst helsepersonell. Ein vil lettare kunne varsle om avvik og heve kvaliteten og pasientsikkerheita. I tillegg vil moderne IKT-system gje moglegheit til nye tenester som kan bidra til å effektivisere arbeidet som vert levert til pasientar og pårørande. Det vil bli lettare å hente ut forskingsdata, kvalitetsindikatorar mm. Helseplattformen er eit eksempel på eit slikt system. Tilsette og leiarar må førebuast på dette gjennom tenesteinnovasjon. Dette handlar om digitalisering, omstilling og endring av arbeidsprosessar og kultur.

**6. Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å vedlikehalde og utvikle bygningsmessig infrastruktur og utstyr (herunder også MTU).**

I tilrådinga frå arbeidsgruppa slik denne føreligg i framlegget til bygningsmessig utviklingsplan, er det ikkje gjort økonomiske vurderingar mot langtidsbudsjett eller investeringsevne. Dette inngår i adm. direktør si endelege og samla vurdering.

**7. Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å gjere prioriteringar for å sikre berekraft både til investeringar og drift.**

Dei siste åra har det vært krevjande å levere eit resultat i tråd med eigars styringskrav. Å levere gode økonomiske resultat vil vere vel så krevjande i åra framover, da signal frå eigar tilseier strammare rammer i åra framover. Omstilling er difor spesielt viktig både i 2018 og påfølgjande år, på lik linje med alle helseføretak i landet. Helseføretaket må gjerast i stand til å møte dei demografiske utfordringane, krav til behandlingskvalitet og kostnadsutvikling innan teknologi og legemidlar. Det er difor nødvendig å fokusere på forbetningsarbeid som fører til vedvarande kostnadsreduksjonar.

Utviklingsplanen skal verke saman med langtidsplan/langtidsbudsjett, og skal gi ei samla utviklingsretning for helseføretaket. I mange organisasjonar ser ein ofte at strategi og budsjett lev kvart sitt liv. Konsekvensane av dårleg samordning kan føre til at styringsmåla blir uklare og konkurrerer mot kvarandre framfor å understøtte kvarandre. Langtidsbudsjettet er eit viktig styringsverktøy både for styret og leiing. Helse Møre og Romsdal planlegg store investeringar i både bygg og MTU i åra framover. Det er difor viktig å hente ut både kvalitative og økonomiske gevinstar som ligg som føresetnad for investeringane. Helseføretaket må styre og prioritere drift og investeringar innanfor tilgjengeleg likviditet.

I fleire av høyringsinnspela er det uttrykt uro rundt den økonomiske situasjonen i helseføretaket, samtidig som mange uttrykker at det er vanskeleg å prioritere noko bort. I arbeidet med utviklingsplan har ein vore klar på at føretaket må gjere fagleg omstilling og prioriteringar som vil vere med på å sikre økonomisk bærekraft. Det er viktig å fokusere på korleis helseføretaket kan gi pasientane i Møre og Romsdal eit best mogleg tilbod innanfor dei økonomiske ressursane føretaket har tilgjengeleg.

## 6 Målbilete, tiltak og organisering for ei helseteneste for pasienten

Helse Møre og Romsdal HF har med bakgrunn i drøftinga (kap. 5) peika ut 7 hovudstrategiar (sjå tabell 6.1) for planperioden. Kvar strategi er skildra med målbilete, tiltak og tidslinje. Planhorisonten er 2018-2022. Fleire av tiltaka er allereie i prosess og nokre vil ein starte arbeidsprosessar for i løpet av 2018.

Dei skisserte tiltaka byggjer på eksisterande og tilrådde tiltak i føretaket, samt innspel frå høyringa og tilrådde risikoreducerande tiltak frå risikovurderinga.

Korleis helseføretaket vil arbeide vidare med utviklingsplanen for å nå dei strategiske måla er skildra i kap. 7.

Ein vil presisere at utviklingsplanen skal peike retning, sette mål og tiltak/aktivitetar som kan bidra til ønskja utvikling.

Korleis dei ulike aktivitetane skal organiserast og gjennomførast, blir konkretisert vidare i delplanar/handlingsplanar.

For å sikre god forankring og legitimitet i planlegginga, vil helseføretaket legge til rette for involvering og medverknad av fagmiljøa, tillitsvalde, verneteneste og brukarane. Tiltak som påverkar andre samarbeidspartar må planleggast og iverksettast i nær dialog og gjensidige prosessar.

1. ***Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom intern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.***
2. ***Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom ekstern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.***
3. ***Helse Møre og Romsdal HF skal sikre framtidretta pasientbehandling gjennom nok (helse)personell med rett kompetanse.***
4. ***Helse Møre og Romsdal HF skal prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB).***
5. ***Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å ta i bruk teknologi og elektroniske samhandlingsverktøy, herunder Helseplattformen.***
6. ***Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å vedlikehalde og utvikle bygningsmessig infrastruktur og utstyr (herunder også MTU).***
7. ***Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å gjere prioriteringar for å sikre berekraft både til investeringar og drift.***

## Hovudstrategi 1:

*Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom intern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.*

**Mål: Heilskapleg pasientbehandling av god kvalitet som er likeverdige og tilgjengelege**

Område	Satsingsområde/tiltak	Tid
Ei helseteneste for pasienten	Brukarmedverknad må vere ein integrert del både på systemnivå og i pasientbehandlinga.	2018-2022
	Utvikling av gode og standardiserte pasientforløp kor brukarane er involvert	
	Bruker-retta tenestedesign med fokus «kva er viktig for deg?»	
	Nytte kartlegging av brukartilfredsheit i systematisk forbetningsarbeid.	2018-2022
Pasientbehandling	Kontinuerleg forbetring som hovudstrategi.	2018-2022
	Implementere tiltak jfr Pasienttryggleiksprogrammet 24/7.	2018-2022
	Rette inn tiltak for å vidareutvikle system og strukturar for systematisk kvalitetsarbeid.	2018-2022
	Implementere pakkeforløp som del av det kontinuerlege forbetningsarbeidet.	2018-2022
	Sikre rett bruk av kodeverk.	
Pasientopplæring	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke fagområdet               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Integrere opplæring i standardiserte pasientforløp.</li> <li>○ Tilby opplæring som krev spesialisert kompetanse ved behov.</li> </ul> </li> <li>• Styrke helsepedagogisk kompetanse:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kompetanse-hevande tiltak for tilsette.</li> <li>○ Innarbeide opplæring for pasientar og pårørande i LIS-utdanning.</li> <li>○ Opplæring må inngå i praksisperiodane.</li> </ul> </li> <li>• Arbeide kunnskapsbasert og bruke teknologi:</li> </ul>	2018-2022

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Systematisk evaluering av opplæringstiltak.</li> <li>○ Ta i bruk og formidle ny forskning for utvikling.</li> <li>○ Samarbeid mellom klinikarar, brukarrepresen-tantar og andre om utvikling og innovasjon.</li> <li>○ Utvikle og ta i bruk e-verkty.</li> </ul>	
<b>Organisering og leiing</b>	Vidareutvikle styringssystemet HMR med nær integrasjon i høve til organisering og leiing.	2018-2022
	Vidareutvikle leiinga sin gjennomgang (LG).	2018-2022
	Vidareutvikle og breidde pilotprosjektet for stadleg leiing til alle sjukehusa.	2018-2022
	Vidareutvikle plattform for leiing	2018-2022
	Motta og utvikle gode og trygge leiarar <ul style="list-style-type: none"> <li>● Veileder for «mottak og opplæring av nye ledere»</li> <li>● Standardisert opplæring av leiarar - kompetanseportalen</li> </ul>	2018-2022
	Etablere/ vidareutvikle tverrgående fagnettverk	2018-2022
	Legge til rette for fysiske møteplassar mellom fagmiljø i klinikkar på tvers.	2018-2022
	Systematisk undervisning på tvers	2018-2022
	Legge til rette for møteplassar mellom fagmiljø ved det enkelte sjukehus.	2018-2022
	Standardisering - få på plass standardiserte metodar	2018-2022
	Rutiner – bygge på evidensbasert kunnskap	2018-2022
	Klar ansvars- og rollefordeling	2018-2022
	Kultur og kjennskap til kvarandre, arbeid med openheit og involvering	2018-2022
Oppfølging av innsparingstiltak	2018-2022	
Organisatorisk samordning – jobbgilding	2018-2022	

<b>Oppgåvedeling og samhandling internt</b>	Pediatri - Utvikle det barnemedisinske tilbodet i HMR jamfør tilråding frå pediatrigruppa	2017-2022
	Kirurgi – Sikre fordeling av elektiv kirurgi, slik at kvaliteten i akuttkirurgien oppretthaldes. Sikre traumatologisk infrastruktur og kompetanse i tråd med Nasjonal Traumeplan	2018
	Kirurgi - Starte arbeidet med å samle brystkreftkirurgi og karkirurgi.	2018-2022
	Operasjonsrobot - Etablere arbeidsgruppe for å utgreie tilbod om operasjonsrobot.	2018-2019
	PET – vidare utgreiing i høve til etablering av tilbod i HMR	2018
	PCI - Etablere arbeidsgruppe som skal utgreie PCI ved Helse Møre og Romsdal HF.	2018
	Spesialisert rehabilitering - Starte opp eit arbeid for å vurdere dei ulike delane av styrevedtaket iht spes. Rehabilitering	2018-2022
<b>Klinikk for psykisk helsevern og rus</b>  Satsingsområda vert konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida i klinikken sin verksemdsplan og/eller handlingsplan.	<b>Pasientflyt:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utvikle og implementere pakkeforløp/ standardiserte forløp.</li> <li>○ Samle sikkerhets- psykiatri på Sunnmøre.</li> <li>○ Bruk av tvang i psykisk helsevern, deriblant DPS sin funksjon.</li> <li>○ Innfasing psykisk helse og rus i nytt sykehus SNR.</li> </ul>	2018-2022
	<b>Kapasitet:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gjennomgang av tenestene;</li> <li>○ dimensjonering,</li> <li>○ kapasitet.</li> <li>○ overgangar mellom nivå.</li> <li>○ Avklare tal senger i lukka seksjonar.</li> <li>○ Vurdere å slå saman Vegsund DPS og Sjøholt DPS.</li> <li>○ Vidareutvikle poliklinisk /ambulant tilbod, med utstrakt fokus på samhandling internt og med kommunane</li> </ul>	2018-2022
	<b>Finansiering:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Drift innan tildelt ramme.</li> <li>○ Tilpasse drift til behovsstyrt finansiering TSB.</li> </ul>	<b>2018-2022</b>



	<p>Kompetanse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utdanne, rekruttere og behalde spesialistar.</li> <li>○ Sikre høg og rett kompetanse.</li> </ul>	<b>2018-2022</b>
	<p>Forskning/fag-utvikling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stimulere til forskning i samarbeid med NTNU og høgskoler.</li> <li>○ Fagnettverk</li> </ul>	<b>2018-2022</b>
	<p>Kvalitetssikring av data:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ God og rett registrering av kvalitetsindikatorar og styringsparameter.</li> <li>○ Tilgjengeleg styringsinfo for leiarar.</li> </ul>	<b>2018-2022</b>
<p><b>Klinikk for diagnostikk</b></p> <p>Satsingsområda vert konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida desse i klinikken sin verksemdsplan.</p>	<p>Kompetanse og rekruttering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rekruttere, utdanne og behalde legespesialistar.</li> <li>○ Behalde radiografar, bioingeniørar, molekylærbiologar med spesialkompetanse</li> </ul>	2018-2022
	<p>Transportordningar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Utreie alternativ til dagens ordningar</li> </ul>	2018-2022
	<p>Kapasitet bildediagnostikk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vurdere tiltak</li> </ul>	2018-2022
	<p>Oppfølging av vedtak SNR:</p> <p>Iverksette tiltak som følgjer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Samle brystkreftkirurgi i Ålesund.</li> <li>○ Samle bildeveileda karintervensjon/kar-kirurgi til Ålesund</li> </ul> <p>Iverksette tiltak for å:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Samle nukleærmedisin i Ålesund.</li> <li>○ Samle patologi i Ålesund.</li> </ul>	2018-2022
	<p>IKT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HMN Lab</li> <li>○ IHR</li> <li>○ Digital patologi</li> </ul> <p>MTU</p> <p>Plan for utskifting og for å ta i bruk ny teknologi</p>	2018-2022

<b>Klinikk for medisin og rehabilitering</b>  Satsingsområda vert konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida desse i klinikken sin verksemdsplan.	Innføre ortogeriatri som driftsprinsipp i føretaket	2019-2022
	Styrking av kapasitet innan utvalde område både poliklinisk og dagbehandling, og innan utvalde prioriterte fagområde.	2018-2022
	Vurdering av sengepoststrukturar og kapasitet og fleksibilitet inkludert plan for høg aktivitet og samhandling med akuttmottak og intensivavsnitte.	2018-2022
	Styrking av fagnettverka og utvikling av felles pasientforløp.	2018-2022
	Samarbeide internt og med andre klinikkar om utvikling, organisering og drift av spesielle tilbod innan ortopedi/fysikalsk medisin, smertetilbod, fedme , arbeidsretta rehabilitering mm.	2018-2022
	Internt organisasjonsutvikling, rekruttering, kompetanseutvikling, og med særleg fokus på ny LIS utdanning og å sjå samla utdanningskapasitet under eitt .	2018-2022
	Vurdere og evt opprette nye teneste-tilbod HMR/Klinikken (PET, PCI, Ortogeriatri, vaktordning nefrologi og kardiologi (Ålesund).	2018-2022
<b>Klinikk for akuttbehandling</b>  Satsingsområda vert konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida i klinikken sin verksemdsplan.	Utvikling av prehospitala tenester.	2018-2022
	Sette i gang metodisk arbeid for å utvikle akuttkirurgi og traume-behandling.	2018-2022
	Kvalitetsarbeid.	2018-2022
	Intensivmedisin.	2018-2022
	Akuttmottak/obspost.	2018-2022
	Sterilforsyning.	2018-2022
	Operasjons-stue.	2018-2022
	Smertetilbod.	2018-2022
Rekruttering.	2018-2022	

<b>Klinikk for kirurgi</b>  Satsingsområda vert konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida i klinikken sin verksemdsplan.	Sikre fordeling av elektiv kirurgi, slik at kvalitet i akuttkirurgi oppretthaldast og kapasitet nyttast.	2018-2022
	Vurdere eksisterande helgevaktstenging i Volda.	2018-2022
	Implementere ny Nasjonal Traumeplan	2018-2022
	Utvide tilbodet i avansert nyresteinbehandling i fylket – etablere PCNL (perkutan nefrolitiotomi) i Kristiansund/SNR	2018-2022
	Starte arbeid med å samle brystkreftkirurgi og karkirurgi. Sjå kapittel 5.	2018-2022
	Sikre kapasitet og kapasitetsutnytting til å behandle dei som treng det.	2018-2022
	Fagleg samarbeid internt i føretaket og med St. Olavs og RHF. <ul style="list-style-type: none"> <li>Etablere og utvikle fagnettverk og møteplassar internt i føretaket</li> <li>Delta i regionale fagnettverk</li> </ul>	2018-2022
	Kompetanse og rekruttering – utdanne og behalde legespesialister. <ul style="list-style-type: none"> <li>Fokus på rekruttering og utdanning, alle profesjonAr</li> <li>Bruke alle sjukehusa som «rekrutteringsfabrikker» til fylket</li> </ul>	2018-2022
	Utdanning av LIS. <ul style="list-style-type: none"> <li>Legge til rette for gode utdanningsløp</li> <li>Vere attraktive utdanningsavdelinger</li> <li>Arbeide systematisk med innføring av nytt utdanningssystem for LIS 1/2/3</li> </ul>	2018-2022
Ressursutnytting og kostnads-kontroll. <ul style="list-style-type: none"> <li>Benytte tilgjengeleg kapasitet ved alle sjukehusa</li> <li>Omstillingsprosessar og omstillingsprinsipp</li> </ul>	2018-2022	
Redusere ventetid <ul style="list-style-type: none"> <li>Byggje omdøme</li> <li>Samarbeide mellom sjukehusa for å utjamne ulikheitlar i ventetid</li> <li>Standardiserte pasientforløp</li> </ul>	2018-2022	

	<p>Oppdatere utstyrsparken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilstrebe standardisering og felles innkjøpsavtaler</li> <li>• Arbeide med standardisering av operasjonsprosedyrar og operasjonsutstyr, for gevinst i kvalitet og økonomi</li> <li>• Delta i utgreiing av operasjonsrobot</li> </ul>	2018-2022
<p><b>Klinikk for kvinner, barn og ungdom</b></p> <p>Satsingsområda vert konkretisert i høve til mål, tiltak, organisering og tidsramme i vidare arbeidsprosessar. Desse vert innarbeida i klinikken sin verksemdsplan.</p>	<p>Dimensjonere pediatri tilbudet i høve til styrevedtak.</p> <p>Utvikle og forbetre det pediatriske tilbudet</p>	2018-2022
	<p>Sikre heilskapleg, likeverdig og god løysing for drifta i SNR Hjelset og DMS Kristiansund.</p>	2018-2022
	<p>Sikre ein varig og robust kvinneklinikk (høgaste føde-institusjonsnivå) i HMR.</p>	2018-2022
	<p>Sikre ein varig og robust nyfødte intensiv i HMR, som behandlar nyfødde frå svangerskapsveke 26+0 i Møre og Romsdal.</p>	2018-2022
	<p>Rekruttering og stabilisering av nøkkelpersonell</p>	2018-2022
	<p>Betre tilrettelagt bygningsmasse.</p>	2018-2022
	<p>Regionalt senter for intensiv habilitering av barn og ungdom med multifunksjons-hemming (tent. 2019).</p>	2019
	<p>Samle fødeavdelingane i Kristiansund og Molde til eitt fagmiljø</p>	2019
	<p>Utgreie og evt etablere robotkirurgi i HMR saman med Klinikk for kirurgi</p>	2018-2019
	<p>Utvikle kompetanse og kapasitet ved akutt- og utgreiingssengeposten i psykisk helsevern for barn og unge.</p>	2018-2022
<p>Fagleg greie ut for å vurdere samanslåing av familieeininga og akutteininga, for å sikre eit meir samanhengande tilbod for dei mest alvorleg sjuke pasientane og familiane.</p>	2018	

## Hovudstrategi 2

*Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom ekstern samhandling/ heilskap, oppgave- og ansvarsdeling.*

**Mål: Betre samhandlinga/samarbeidet mellom HMR og eksterne samarbeidspartar**

Område	Satsingsområde/tiltak	Tid
<b>Samhandling med andre helseføretak</b>	Styrke formalisert samarbeid	2018-2022
	Tydeleggjere pasientstraumar	2018-2022
	Utvikle regionale standardiserte pasientforløp	2018-2022
	Auke samarbeidet med RSHU (regionalt senter for helseutvikling)	2018-2022
	Vidareutvikle regionale fagnettverk	2018-2022
	Utvikle regionale standardiserte rutinar/prosedyrar	2018-2022
<b>Samhandling med private</b>	Avtalespesialistar - <a href="#">Tilrådingane</a> frå arbeidsgruppa vert sett på som rådgjevande. Nye etableringar må drøftast i egne prosessar.	Vidare konkretise ring 2018
	Legge til rette for involvering av eit samla fagmiljø i HMR, før ein inngår avtalar med private tilbydarar av sjukehusenester.	2018-2022
<b>Samhandling med kommunar og fastlegar</b>	Implementere utarbeida prosedyrar for elektronisk kommunikasjon på tvers av nivå.	2018-2022
	Brukarperspektivet skal vere ein integrert del i utforming av pasientforløp.	2018-2022
	Vidareutvikle samhandlingsavtalen med mål om meir konkretisering/avklare ansvarshøve i innbyrdes prosessar. <ul style="list-style-type: none"> <li>Få reforhandlingar av samhandlingsavtalane inn på eit konstruktivt spor</li> </ul>	2018-2022
	Vidareutvikle og følgje opp samhandlingsstrategien – sikre integrasjon mot satsingar i samhandlingsperspektivet	2018-2022
	Internkontroll i samhandlinga (t.d forskning av effekt på samhandlinga), felles internrevisjonsprogram	2018-2022
	Tydelegare og klarare på det lovmessige kravet spesialisthelsetenesta har for opplæring og rettleiing mot kommunane	2018-2022
	Gjensidig kompetanseoverføring	2018-2022

	Samarbeidsfora på tvers av nivå/faggrupper, regional fagleiarnettverk	2018-2022
	Etablere møtearena mellom kommuneoverlegar og spesialistane i HMR	2018-2022
	Breidde erfaringar frå kommune knytte til mottak av utskrivingsklare pasientar.	2018-2022
	Auke bruken av kommunal augeblikkeleg hjelp tilbod	2018-2022
	Styrka samarbeid mellom lærings- og meistringssenteret og kommunane	2018-2022
	Psykisk helsevern og rus: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrere utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern og TSB.</li> <li>• Inngå samarbeidsrutiner med kommunane om utskriving. (ref betalingsplikt for kommunane frå 2019)</li> </ul>	2018
	Vidareutvikle ambulante tenester, desentralisering og overføring av tenester og kompetanse i samråd med brukarar og kommunane. Vidareutvikle/vidareføre samhandlingsprosjekt mellom HMR og kommunane.	2018-2022
<b>Sunndal DMS</b>	Føretaket går inn for å endre aktiviteten ved Sunndal DMS i tråd med <a href="#">tilrådingane</a> frå arbeidsgruppa; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Legge ned tilbodet innan radiologi, ortopedi og blodtapping.</li> <li>• Vurdere andre tilbod i samråd med Sunndal kommune</li> </ul>	2018-2022
<b>Samhandling med utdanningsinstitusjonar</b>	Styrka samarbeid mellom lærings- og meistringssenteret og utdanningsinstitusjonane	2018-2022
	Utvikle og etablere samarbeidsnettverk	2018-2022
	Lokal samarbeidsavtale mellom UH og HMR, tilsvarande rammeavtale for HMN og UH-sektoren	2018-2022
	Samarbeid gjennom delte stillingar/bistillingar	2018-2022
	Gjensidig samarbeid i vesentlege planprosessar	2018-2022
	Samarbeid med den enkelte klinikk, avdeling, seksjon	2018-2022
	Auka samarbeid i planlegging og gjennomføring av forskingsprosjekt	2018-2022

	Samarbeid knytt til bachelor, mastergrad, doktorgradsprogram i UH- sektoren	2018-2022
	Betre samarbeid knytt til praksisundervisning, herunder kompetanse for rettleiar	2018-2022
	Forsterka samarbeid med HMR om simuleringseininga	2018-2022
<b>Samhandling med brukarorganisasjonane</b>	Styrke samarbeidet mellom HMR og brukarorganisasjonane	2018-2022
<b>Prioritere psykisk helsevern og rusbehandling</b>  For konkret skildring av mål og tiltak sjå vedlagt <a href="#">rapport.</a>	Arbeidsgruppa har følgjande satsingsområde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Likeverdig behandling uavhengig av kommune.</li> <li>• Oppgåveoverføringa frå spesialist-helsetenesta til kommunane.</li> <li>• Pasientar med samansette psykiske- og rusrelaterte lidingar.</li> <li>• Helsefremjande og førebyggjande tiltak.</li> </ul>	2018-2022
<b>Barn og unge</b>  For konkret skildring av mål og tiltak sjå vedlagt <a href="#">rapport.</a>	Arbeidsgruppa har følgjande satsingsområde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• God kvalitet på samhandling mellom kommunehelse-tenesta og spesialist-helsetenesta for barn og ungdom. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablering av læringsnettverk med representasjon frå kommunar frå Sunnmøre, Romsdal, Nordmøre med fokus på samarbeid/samhandling.</li> <li>• Implementering av «Samordning av hjelpetilbud barn og unge» («Kvalitet i alle ledd») og «Mission Possible».</li> </ul> </li> <li>• Behov for eigen samhandlingsavtale med fokus barn og unge mellom kommunane i Møre og Romsdal og HMR.</li> <li>• Etablering av faste møtepunkt på leiarnivå mellom kommunehelsetenesta og spesialist-helsetenesta for barn og ungdom</li> </ul>	2018-2022
<b>Barneblikk</b>  For konkret skildring av mål og tiltak sjå vedlagt <a href="#">rapport.</a>	Prosjektgruppa har følgjande satsingsområde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tverrfagleg forankring</li> <li>• Geografisk spreiding.</li> <li>• Kompetanseheving.</li> <li>• Kommunikasjon.</li> <li>• Ambulant verksemd.</li> <li>• Brukarmedverknad.</li> <li>• Tidleg innsats.</li> <li>• Finansiering.</li> </ul>	2018-2022
<b>Styrking av akuttmedisinske</b>	Arbeidsgruppa har følgjande satsingsområde: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forpliktande samarbeid mellom kommunane og HMR konkretisert i samhandlingsavtalen.</li> </ul>	2018-2022

<p><b>tenester utanfor sjukehus</b></p> <p>For konkret skildring av mål og tiltak sjå vedlagt <a href="#">rapport</a>.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablere samarbeidsorgan, vurdere opp mot dei fire store legevaktene.</li> <li>• Vurdere samlokalisering av legevakt, ØHD/KAD og ambulansestasjonar.</li> <li>• Kompenserande tiltak for å sikre lokal beredskap.</li> <li>• Differensiere transporttilbodet for hensiktsmessig ressursutnytting.</li> <li>• Langsiktige avtalar med beredskapsferjer og lokalisering av ambulansébåter.</li> <li>• Felles kommunikasjons-verkty.</li> </ul>	
<p><b>Nok helsepersonell med rett kompetanse</b></p> <p>For konkret skildring av mål og tiltak sjå vedlagt <a href="#">rapport</a>.</p>	<p>Satsingsområder innan;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forsking</li> <li>• Innovasjon</li> <li>• Utdanning</li> <li>• Kompetanseutvikling</li> </ul>	2018-2022
<p><b>Framtidsretta pasientforløp for den eldre multisjuka pasient</b></p> <p>For konkret skildring av mål og tiltak sjå vedlagt <a href="#">rapport</a>.</p>	<p>Prosjektgruppa har følgjande satsingsområde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utforme systematikk og struktur i oppfølginga av pasientane i målgruppa.</li> <li>• Sikre overgangane mellom tenestenivåa.</li> <li>• Endring av fokus, frå «kva er i vegen med deg», til «kva er viktig for deg»</li> </ul>	2018-2022



### Hovudstrategi 3:

*Helse Møre og Romsdal HF skal sikre framtidretta pasientbehandling gjennom nok (helse)personell med rett kompetanse*

**Mål:** For konkret skildring av mål og tiltak knytt til FIUK ([strategiplan for Forsking, Innovasjon, Utdanning og Kompetanseutvikling](#)) sjå vedlagt rapport.

Område	Satsingsområde/tiltak	Tid
<b>Rekruttering</b>	Operasjonalisere ny rekrutteringsprosedyre	2018
	Utarbeide strategisk rekrutteringsplan	2018-2019
	Utvikling av Den nasjonale bemannings-modellen i regi av HMN	2019
	Jobbe for eit godt omdømme: positive konsekvensar iht rekruttering, forskning, utdanning, klinisk arbeid, samarbeid med kommunane og innan den enkelte seksjon	2018-2022
<b>Utdanning</b>	Sjå tiltak iht samhandling med utdanningsinstitusjonane punkt 6.2.	2018-2022
	Planlegge og rekruttere	2018-2022
	Samhandling <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles utdanningsutval</li> <li>• Samarbeid om masterprosjekt</li> <li>• Utforming av studieplanar</li> <li>• Inkludere studentane i forskingsfellesskap</li> </ul>	2018-2022
	Utvikle og halde på kompetanse	2018-2022
<b>Kompetanse</b>	Leiaransvar	2018-2022
	Opprette bemanningssentral	2018-2022
	Etablere ny stilling i HMR. Utdanningsansvarleg lege for LIS-utdanninga	2018

	Etablere ny prosjektstilling (50%) spesialsjukepleiarutdanning Anestesi, intensiv og operasjon	2018
	Kompetanse og organisasjonsutvikling.	2018-2022
	Kvalitet i utdanning og intern opplæring.	2018-2022
	Sikre relevant utdanning og rett dimensjonering - Avklare tilbud og fagmiljø i HMR	2018-2022
	Brukarane sin kompetanse	2018-2022
	Kompetanse og verksemdsplanlegging. Utarbeiding av kompetanseplanar på individnivå i alle avdelingar.	2018-2022
	Samhandling og kompetanseutvikling om kronisk sjuke.	2018-2022
	Kompetansedeling og samarbeid på tvers av helseføretaka i regionen vil vere med på å få bort variasjonar og skape eit likeverdig helsetilbod for pasientane	2018-2022
	Styrke felles kultur og evna til å sjå føretaket som ein heilskap, at arbeidsplassen ikkje er knytt til det enkelte sjukehus, men til føretaket	2018-2022
<b>Forskning</b>	Forskingskultur	2018-2022
	Forskning av høg kvalitet	2018-2022
	Forskningsgrupper	2018-2022
	Samarbeid <ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles forskingsutval/utdanningsutval</li> <li>• Felles utvikling av prosjekt med UH-sektoren</li> <li>• Forskaropplæring og kurs for tilsette</li> <li>• Prosjektskildringar/søknadar</li> <li>• Finansiering – førebuing og gjennomføring</li> <li>• Bestillingar undervegs i prosjekta</li> </ul>	2018-2022

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rettleiing</li> <li>• Formidling</li> <li>• Involvere studentar i forskarmiljø</li> </ul>	
	Brukarmedverknad	2018-2022
	Ressursar	2018-2022
<b>Innovasjon</b>	Kroniske og multisjuka	2018-2022
	Simulering	2018-2022
	Helseplattformen	2018-2022
	Effektiv ressursbruk	2018-2022

### Hovudstrategi 4:

*Helse Møre og Romsdal HF skal prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB).*

#### Mål: Prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB)

Område	Satsingsområde/styringsmål/tiltak	Tid
<b>Vekst</b>	Høgare vekst innan psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå.	2018-2022
	Prioritere DPS og psykisk helsevern for barn og unge	2018-2022
<b>Tvang</b>	Færre tvangsinnleggingar enn i 2017	2018-2022
	Færre pasientar med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgn)	2018-2022
<b>Døgnbehandling TSB</b>	Registrere avslutningstype og sikre færrest mogleg brudd i døgnbehandling i TSB	2018-2022
<b>Pakkeforløp</b>	Implementere pakkeforløp psykisk helse og rus	2018
<b>Rekruttering/kompetanse</b>	Rekruttering og kompetanseheving innanfor ulike område i psykiatrien/rus	2018-2022
<b>Samhandling internt</b>	Auke samarbeid mellom ulike arbeidsgrupper innanfor feltet (Lege, psykolog etc.)	2018-2022
<b>Samhandling eksternt</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrere utskrivingsklare pasientar innan psykisk helsevern og TSB.</li> <li>• Inngå samarbeidsrutiner med kommunane om utskriving. (ref betalingsplikt for kommunane frå 2019)</li> </ul>	2018
<b>Satsingsområdet prioritere psykisk helsevern og rusbehandling</b>	Sjå vedlagt <a href="#">rapport</a> for konkrete mål og tiltak.	2018-2022

### Hovudstrategi 5:

Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å ta i bruk teknologi og elektroniske samhandlingsverktøy, herunder Helseplattformen

**Mål: Heilskapleg pasientforløp gjennom digital samhandling, og vidareutvikle, førebu og implementere ny teknologi**

Område	Satsingsområde/tiltak	Tid
<b>Digital samhandling</b>	Oppfølging og implementere <a href="#">handlingsplan for digital samhandling</a>	2018-2022
<b>Teknologi</b>  Konkrete tiltak må sjåast i samheng med dei andre satsingsområda.  I høve til identifiserte satsingsområde knytt til teknologiutvikling, er det behov for å konkretisere desse med mål, tiltak, organisering i vidare arbeidsprosessar.	Nytt laboratoriesystem, vidareføring av nytt logistikk og økonomisystem og SNR er viktige arenaer for teknologisk utvikling.	2018-2022
	Vidareutvikle team teknologi i HMR	2018-2022
	Likt nivå av teknisk utstyr	2018-2022
	Optimalisere arbeidsprosessar og tilpassa integrerte IT-løysingar	2018-2022
	Utvikle system for avgjerdsstøtte i kliniske system.	2018-2022
	Strukturert pasientinformasjon som koplast opp mot evidensbasert kunnskap og verksemdsinterne prosedyrar.	2018-2022
	Utvikle sanntidsmålingar for evaluering og avgjerdsstøtte.	2018-2022
<b>Helseplattformen</b>	Tilpasse verksemda og tilføre kunnskap for å innføre Helseplattformen. Tilsette og leiarar må førebuast gjennom tenesteinnovasjon, digitalisering, omstilling og endring av arbeidsprosessar og kultur.	2018-2022
	Regional standardisering (auka fokus på fagnettverk og felles prosedyrar)	2018-2022
	Felles regionale pasientforløp som og omhandlar kommunehelsetenesta	2018-2022
	Sikre infrastruktur for ny teknologi	2018-2022
	I større grad trene på det vi skal inn i	2018-2022
	Sikre rett samansetjing av bemanning/kompetanse	2018-2022

	Inkludere brukarperspektivet i større grad	2018-2022
	<p>Følgje opp;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pågåande satsing på standardiserte pasientforløp og kontinuerleg forbetring</li> <li>• Pågåande arbeid med prosessinnretting av organisasjonen</li> <li>• God endringskompetanse i organisasjonen</li> <li>• Pågåande arbeid med gevinstrealisering</li> </ul>	2018-2022

### Hovudstrategi 6:

*Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å vedlikehalde og utvikle bygningsmessig infrastruktur og utstyr (herunder også MTU).*

**Mål: Bygningar, infrastruktur og utstyr skal understøtte god pasientbehandling, fagleg utvikling og eit sunt arbeidsmiljø**

Område	Satsingsområde/tiltak	Tid
Omstillingsevne	Styrke satsinga på standardiserte pasientforløp og kontinuerleg forbetring	2018-2022
	Styrke arbeidet med prosessinnretting av organisasjonen	2018-2022
	Styrke endringskompetansen i organisasjonen	2018-2022
Prosess og prosjekt-kompetanse	Fokus på byggforvaltning og prosjektering, utvikling av bygningsmassen i eit prosessperspektiv	2018-2022
Infrastruktur	Skaffe meir innsikt kring optimalisering av infrastruktur og moglegheiter innanfor dette området, t.d. opningstider, arealbruk m.m.	2018-2022
Utstyr (basisutstyr)	Behov for strategisk planlegging for utskifting av utstyr/basisutstyr. Behov for plattformlikheit og standardisering.	2018-2022
MTU	Behov for strategisk planlegging for utskifting av MTU. Behov for plattformlikheit og standardisering.	2018-2022

### Hovudstrategi 7:

Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å gjere prioriteringar for å sikre berekraft både til investeringar og drift.

#### Mål: Utvikle økonomisk bæreevne

Område	Satsingsområde/tiltak	Tid
Omstillingsevne	Amd.dir omstillingsmøte	2018
	Styrke satsinga på standardiserte pasientforløp og kontinuerleg forbetring	2018-2022
	Styrke arbeidet med prosessinnretting av organisasjonen	2018-2022
	Styrke endringskompetansen i organisasjonen	2018-2022
Overordna vurderingar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rett tal senger, rett liggetidsmål (Samdata, eigne analyser)</li> <li>• Hjelp avdelingane med målretta arbeid spesifikke DRG</li> <li>• Overtid pr stilling sengeposter</li> <li>• Overtid legar, legeplaner mm</li> </ul>	2018-2022
Operasjonskapasitet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optimalisere operasjonskapasitet og aktivitet</li> <li>- Betre nytting av personellet inne på operasjonsavdelinga, slik at ein får fleire inngrep gjennomført og redusere behov for dyr innleie</li> </ul>	2018-2022
Rekvirering/kontrollar	Reduksjon av intern rekvirering lab prøvesvar og radiologi	2018-2022
	Reduksjon av kontrollar St.Olav	2018-2022
Varekostnader	Reduksjon varekostnader, fokus på medikamentutgifter	2018-2022
Variasjon	Betre planlegging og koordinering gjennom reduksjon av variasjon	2018-2022
Aktivitet	Sette meir definerte aktivitetskrav, fokus på drg indeks	2018-2022
Prosjekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sengepost kreft og sengeavsnitt hematologi</li> <li>• Sengepostdrift Molde sommar 2019</li> </ul>	2018-2022



## 7 Helse Møre og Romsdal HF – vegen vidare

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 prosessen (Amdam, 2011).

Involvering og medverknad er sentrale element for å bygge legitimitet til utviklingsplanarbeidet, prosessen, planleggarane og plandokumentet. Ein har difor i prosessen ønska å legge til rette for involvering av både interne og eksterne interessentar. Organiseringa av planarbeidet har hatt som mål å gå gjennom den ordinære linjeleiinga, i tillegg til ein prosessorganisasjon med styringsgruppe, koordineringsgruppe og arbeidsgrupper.

Det har vore ei utfordring for føretaket å sikre medverknad i dei interne fagmiljøa, noko som er grunnleggande viktig for å kunne samle seg om det reelle utfordringsbilete, behova og semje om vegval, mål og tiltak. Samtidig endring i organisasjonsstruktur, har utfordra forankringa internt. Det vart difor retta inn tiltak som del av høyringa, med auka informasjonsutveksling og sjukehusvise møter. Formålet har vore å sikre at kunnskapen til dei tilsette integrerast inn som del av planlegginga, for å forankre avgjerdsgrunnlaget kring utviklingsretning for spesialisthelsetenestetilbodet i Helse Møre og Romsdal HF.

Den offentlege høyringa har skapt stort engasjement både frå interne og eksterne samarbeidsaktørar. Helseføretaket har motteke i overkant av 100 innspel, som har utgjort viktige bidrag til utviklingsplanarbeidet. Støtta av risikovurderinga av Utviklingsplanen, har Helse Møre og Romsdal HF peika seg ut ei hovudretning gjennom dei valte hovudstrategiane.

### 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).

Ifølgje 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
- Eterspurnaden innan petroleumssektoren er venta gå ned i tida framover

- Rattsø utvalet <sup>68</sup> peikar på at arbeidsproduktiviteten i fastlands-Noreg er sterkt redusert det siste tiåret i høve til føregående tiår.
- Velferdssamfunnet skal bære aukande levealder

Når det stadig kjem til nye og ressurskrevjande behandlingsformer, kravet til kometanse 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.

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.

### Vidare arbeidsprosessar og utvikling av leiingsystem for kvalitet

Arbeid med utviklingsplanen for føretaket stakar ut retninga for framtida. For å sikre ei god framdrift vil tiltaka som er skildra ha behov for vidare utgreiing og konkretisering i eigne delplanar og handlingsplanar. Vidare arbeidsprosessar må organiserast på føretaksnivå og klinikknivå, der eit grunnelement vil vere involvering av fagmiljøa, slik at ein sikrar kunnskapsgrunnlaget i planlegginga.

Den menneskelege ressursen er her ein nøkkelkomponent og helseføretaket vil legge til rette for brei involvering internt. Det er også behov for dialog og gjensidig planlegging med dei eksterne samarbeidsaktørane, som mellom anna kommunane og utdanningsinstitusjonane.

For å understøtte vidare operasjonalisering av utviklingsplanen, blir det også viktig å vidareutvikle helseføretaket sitt «Leiingssystem for kvalitet». Det er ein ambisjon at planlegging inngår som kontinuerlege prosessar i føretaket og gjer oss i stand til å møte framtidige endringar og utvikle pasienten si helseteneste.



**Figur 7.1** Kontekstmodell for Helse Møre og Romsdal HF

<sup>68</sup> Regjeringa oppnemnte i 2014 ein kommisjon som skal kartlegge årsaker til svakare produktivitsvekst og fremme konkrete forslag som kan styrke produktivitet og vekstevne i norsk økonomi. Komiteen leia av Professor Jørn Rattsø. Regjeringa. (2017): Oppnevning av Produktivitetskommissjonen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/oppnevning-av-produktivitskommissjonen/id750521/> lasta ned 18.10.17.

## 8 Referansar

- Aftenposten. (2017). Ny behandling på sykehjem fører til kraftig reduksjon i innleggelse på sykehus.
- Amdam, R. (2011). *Planlegging og prosessleing*. Oslo: Samlaget.
- Direktoratet for e-helse. (2016). *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022*.
- Ernst & Young. (2017). *Analyse av bæreevne for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal*.
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Pasienterfaringer med medisinske avdelinger i Helse Møre og Romsdal*
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Tilpasset informasjon og opplæring for pasienter med innvandrere - eller minoritetsbakgrunn*.
- Geodata. (2017). *Om oss*.
- Helseatlas. (2017). *Helseatlas*.
- Kreftforeningen. (2017). PET/CT.
- Lov om helseforetak. m.m. (*helseforetaksloven*). (2001).
- Lov om spesialisthelsetjenester m.m. (*Spesialisthelsetjenesteloven*). (1999).
- Helsedirektoratet. (2016). *Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold*.
- Helsedirektoratet. (2016). *Rapport om et nasjonalt screeningprogram*.
- Helsedirektoratet. (2017). *ACT-team og FACT-team*.
- Helse Midt-Norge RHF. (2008). *Sak 57/08. Helse Midt-Norge - Overordnet strategi 2008-2020*.
- 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 – Intermediært tilbud 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 framtidretta 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 innfir styringskrava i 2017.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Styresak 2017/62. Høyering utviklingsplanen Helse Møre og Romsdal HF.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Styresak 2017/61. Tilbod barn og unge HMR.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Styresak 2017/61. Vedlegg ROS-analyse valg av modeller for pediatri i HMR.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Styresak 2017/67. Notat til styret.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Styringskrav og rammer Helse Møre og Romsdal HF.*
- Helse Møre og Romsdal HF. (2017). *Sak 2017/71. Tilråding forprosjekt sjukehuset i Nordmøre og Romsdal.*
- 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.*
- Medusa. (2017). MTU.
- NOU (2005: 1) *God forskning – bedre helse* (s, 23).
- Pasienttryggleiksprogrammet. (2010). *I trygge hender 24-7.*
- Regjeringen. (2017). *Oppnevning av Produktivitetskommissjonen.*
- Regjeringen. (2017). *Perspektivmeldingen.*
- Regjeringen. (2017): *Rundskriv om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften).*
- Semco,. Nordic,. (2017). *Rapport Bygningsmessig utviklingsplan for virksomhetene i Helse Møre og Romsdal eksklusiv SNR.*
- Standard Norge. (2015). *NS-EN ISO 9001:2015. Ledelsessystemer for kvalitet.*
- 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.*
- WSP. (2017). *Ekstern kvalitetssikring Utviklingsplan Rapport januar 2018 HMR HF.*

## Nositasjon ved dei fire sjukehusa og kva som er planlagt inn i SNR

I arbeidet med utviklingsplanen har det vore mange diskusjonar om kva spesialisthelsetenestetilbod vi har i Møre og Romsdal. Tabellen under er satt opp med intensjon om å gi eit overordna inntrykk av kva tenester vi tilbyr i dag i HMR, og i eit framtidig SNR ut frå planar som ligg føre. Oversikta er ikkje uttømmende, og formatet gir ikkje moglegheiter for å gi detaljar kring det einskilde tilbodet. Nokre merknadar er sett inn i notar under tabellen.

Fagområder	Volda	Ålesund	Molde	Kristiansund	SNR
Prehospitale tenester <sub>1</sub>	*	*	*	*	*
Intensiv	*	*	*	*	*
Anestesi	*	*	*	*	*
Traumatologi <sub>18</sub>	*	*	*	*	*
Barnemedisin (pediatri)					
- Nyfødt intensiv		*			
- Barnesengepost		*		*	*
- Barnepoliklinikk	* <sub>13</sub>	*	* <sub>13</sub>	*	*
- Barseltilsyn (i fødeavd.)	* <sub>13</sub>	*	* <sub>13</sub>	*	*
Barnehabilitering (HABU)		*		*	*
Psykisk helsevern barn og unge (PHBU)					
- BUP poliklinikk	*	*	*	*	
- Akutt- og utgreiingspost (UPS)		*			
- Familiepost			*		
Fødselshjelp (obstetikk)					
- Kvinneklinikk (nivå 3 fødeinstitusjon)		*			
- Fødeavdeling (nivå 2 fødeinstitusjon)	*		*	*	*
- Svangerskapspoliklinikk	*	*	*	*	*
Kvinnesykehus (gynekologi)					
- Gyn. pol., dagkir., dagbeh., senger	*	*	*	*	*
Fysikalsk medisin og rehabilitering		*			* <sub>2</sub>
Indremedisin					
- Lunge	*	*	*	*	*
- Gastroenterologi	*	*	*	*	*
- Endokrinologi	*	*	*	(*) <sub>9</sub>	*
- Hjertemedisin/kardiologi	*	*	*	*	*
- Hematologi	*	*	*	*	*
- Infeksjonsmedisin		*	*		*
- Geriatri	* <sub>10</sub>	*		*	*
- Nefrologi/dialyse	* <sub>3</sub>	*	* <sub>3</sub>	*	*
Nevrologi					
- Nevrologiske sengepost			*		*
- Nevrologisk poliklinikk		*	*		*
- Slageining (obs del av geriatri også!)	*	*	*	*	* <sub>4</sub>
- Slagsenter					
Revmatologi		*		* <sub>12</sub>	* <sub>12</sub>
Kreft					
- Stråleterapi		*			
- Palliasjon	*	*	*	*	*
- Cellegiftbehandling/infusjonsbeh.	*	*	*	*	*
Smertepoliklinikk	* <sub>17</sub>	*	*	* <sub>16</sub>	* <sub>15</sub>
Kirurgiske fag (unntatt kreftfag)					
- Generell kirurgi	*	*	*	*	*
- Gastrokirurgi	*	*	*	*	*
- Overvektbehandling inkl. kirurgi		*			
- Plastikkirurgi			*		
- Urologi	*	*	*	*	*
- Endokrinologisk kirurgi		*	*		19
- Karkirurgi		*	*		20
Ortopedi	*	*	*	*	*
Øyre – nase – hals		*	*	*	* <sub>6</sub>
Kjvekekirurgi		*	*		
Auge		*	*		* <sub>7</sub>

Hud poliklinikk	* <sub>11</sub>	*		*	* <sub>11</sub>
Laboratoriemedisin					
- Medisinsk biokjemi	*	*	*	*	*
- Medisinsk mikrobiologi		* <sub>8</sub>	*		*
- Patologi		*	* <sub>14</sub>		
Billeddiagnostikk					
- Radiologi	*	*	*	*	*
- Nukleærmedisin		*	* <sub>5</sub>		
Rus- og avhengigheitsbehandling		*	*		*
Vaksenspsykiatri på sjukehusnivå		*	*		*
Alderspsykiatri		*	*		*

1)AMK, helikopterbase og ambulansefly er lokalisert i Ålesund, 33 ambulansestasjoner i fylket

2)SNR får poliklinisk tilbod og døgntilbod med støttfunksjonar innanfor fysikalsk medisin og rehabilitering. Sengetilbod uavklart no. Vidare organisering av tilbodet inklusive Mork og Aure vil verte utgreidd som ledd i utviklingsplanarbeidet i 2018

3) Nefrolog i Ålesund og Kristiansund med stellittdialyse i Molde og Volda

4) Døgnavdeling, vakt, akutt og døgnoppgåver vert ivaretatt ein stad i helseføretaket (SNR).

5) Nukleærmedisin skal samlast i Ålesund. Jfr. regional kreftplan.

6) Anbefalingar frå Idefasen/Konseptfasen skal vidare utgreiast i planperioden

7) Anbefalingar frå Idefasen/Konseptfasen skal vidare utgreiast i planperioden

8) Etter innflytting SNR skal Ålesund ha eit avgrensa repertoar som ivaretek behovet for ø-hjelp for innlagde pasientar i Ålesund og i Volda. Alle prøver frå primærhelsetenesta skal til hovudseksjonen (SNR)

9)Ikkje tilsatt endokrinolog, men har diabetessjukepleiar og tenestene til diabetespasientar vert ivaretatt av indremedisinar med annan greinspesialitet

10) Ikkje fast geriatr no, men har hatt og vil få igjen

11) Poliklinikk hud planlagt vidareført i SNR Kristiansund (DMS) med avtalespesialist i Molde. Avtalespesialistar Ålesund og Søre Sunnmøre (Volda bustadområde)

12) Poliklinisk tilbod frå Ålesund. Tenkt vidareført i SNR DMS Kristiansund eller Hjelset

13) Poliklinisk tilbod 2-5 gangar i veka, legar frå Ålesund til Molde og Volda, handterer også barseltilsyn

14) Patologi skal samlast i Ålesund. Jfr. regional kreftplan, og jfr utviklingsplan om tilbod innan digital patologi.

15) Skal ha ein prosess framover på kva form tilbodet skal ha i SNR

16) Ad-hoc løysingar for tilbodet i dag

17) Privat avtalespesialist (20%)

18) Sikre traumatologisk infrastruktur og kompetanse i tråd med Nasjonal Traumeplan

19) Området handterast i handlingsplan som oppfølging av Utviklingsplan

20) Området handterast i handlingsplan som oppfølging av Utviklingsplan