



Revidert utviklingsplan HMR 2023 - 2026 (2037)

Versjon 1.0 - 18.02.22
Høringsutkast

 HELSE MØRE OG ROMSDAL

INNHALD

1 Forord	4
2 Innleiing	5
Om føretaket	
Formål med planen	
3 Målbilete	6
3.1 Vi skapar pasienten si helseteneste	
3.2 Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for ei betre helse	
3.3 Vi rekrutterer, utviklar og held på kompetent personell	
3.4 Vi er gode lagspelarar	
4 Utfordringsbilete, mål og vegval	8
4.1 Vi skaper pasienten si helseteneste	9
4.1.1 Heilskapeleg tilbod til befolkninga	9
4.1.2 Prioriterte pasientgrupper	11
4.1.3 Det utadvendte sjukehus	12
4.1.4 Pasientmedverknad	14
4.1.5 Helsetenester til den samiske befolkninga	15
4.2 Ta i bruk ny kunnskap og teknologi	16
4.2.1 Forsking	16
4.2.2 Innovasjon	18
4.2.3 Teknologi og digitalisering	19
4.2.4 Helseplattformen	21
4.2.5 Kunnskapsbasert forbetring av tenestene	22
4.2.6 Standardisering	25
4.3 Rekruttere, utvikle og behalde personell	26
4.3.1 Utdanning	26
4.3.2 Bemanning og kompetanse	28
4.3.3 Leiging	30
4.4 Gode lagspelarar	32
4.4.1 Samhandling og helsefellesskap	32
4.4.2 Funksjon- og oppgavedeling	36
4.4.3 Bruk av private aktørar	37
4.4.4 Beredskap	38
4.4.5 Utvikling av akuttmottak og den akuttmedisinske kjeda	39
4.5 Eigedom og bygningsmasse	41
4.6 Økonomisk berekraft	44
4.7 Samfunnsansvar	45
5 Vedlegg	



KAP 1 | FORORD

I helsetenesta i åra framover må vi vente oss store endringar. I vårt fylke blir vi fleire eldre samtidig som vi vil ha færre sysselsette som kan handtere eit auka behov for helsetenester. For oss som skal sikre gode spesialisthelsetenester til innbyggjarane i fylket, vil det bety at vi på mange område må tenke annleis.

Målbiletet for Helse Midt-Norge byggar på Strategi 2030 og ambisjonen om å skape ein fremragande helseteneste, med likeverdige, heilskapelege og ansvarlege helsetenester. For å oppnå dette skal vi oppfylle vår visjon «På lag med deg for helsa di» og etterleve våre kjerneverdier som er respekt, tryggleik og kvalitet.

Framover vil det bli avgjerande å lukkast med å forvalte ressursane våre på best mogleg måte, slik at vi beheld våre tilsette. Vi må lukkast med å redusere sjukefråver slik at arbeidsbelastninga blir jamt fordelt for dei tilsette sitt beste. Vi må lukkast med rekruttering, som i mange tilfeller betyr å utdanne våre eigne fagfolk.

Pasientane skal i større grad skal få leve livet sitt i heimen. For oss betyr det at vi må flytte delar av spesialisthelsetenesta heim til pasientane. Framover vil vi jobbe enda meir utadretta og vi skal ta i bruk teknologi i enda større grad i åra som kjem. Dette er ein av føresetnadane for å møte framtida sitt behov for spesialisthelsetenester.

Vi vil også sjå eit betydeleg tettare samarbeid med kommunane gjennom helsefellesskapa og «vår felles helseteneste». Helsefellesskapa blir eit viktig verktøy for at pasientane skal oppleve helsetenesta som samanhengande på tvers av forvaltningsnivå. Innføringa av Helseplattformen vil vere eit viktig verktøy som skal leggje til rette for betre samhandling til det beste for pasienten.

Som direktør er eg opptatt av at vi skal vere eit framtidsretta føretak og at vi skal sørge for å vere i front i den medisinske utviklinga innan fagområda våre. Dette meiner eg er viktig for at HMR skal vere ein attraktiv arbeidsgivar. Vi skal vere gode på det vi gjer, pasientane skal slippe å ligge unødig lenge på sjukehus og vi skal ha bygg som legg til rette for pasientbehandling for framtida.

Vi må aldri glemme at vi forvaltar store ressursar på vegne av fellesskapet. Det betyr at det kvilar eit stort ansvar på oss for å forvalte desse på ein god måte til det beste for pasientane. Eg kjenner meg trygg på at vi kjem til å lukkast med dette viktige samfunnsoppdraget, sjølv om det vil krevje mykje av kvar og ein av oss i tida framover.

Øyvind Bakke
Administrerande direktør
Helse Møre og Romsdal



KAP 2 | INNLEIING

2.1 OM FØRETAKET

Helse Møre og Romsdal blei etablert i 2011. Føretaket har om lag 6500 tilsette og leverer spesialisthelsetenester til ca 265 000 innbyggjarar i Møre og Romsdal.

Hovudverksemda er fordelt mellom dei fire sjukehusa i Kristiansund, Molde, Volda og Ålesund. I tillegg driv helseføretaket to rehabiliteringsinstitusjonar, to institusjonar innan tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB), fire distriktpsikiatriske senter og fire barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikkar. Helseføretaket har òg ansvaret for prehospitala tenester i fylket med 31 ambulansestasjonar, luftambulansetenester, ambulansebåt og AMK - i tillegg til alle pasientreiser.

I 2025 skal det nye fellessjukehuset for Nordmøre og Romsdal takast i bruk. Sjukehus Nordmøre og Romsdal (SNR) vil bestå av eit nytt akuttsjukehus på Hjelset, og eit utvida spesialisthelsetenestetilbod med poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi i Kristiansund.

Det er i tillegg sett i verk større bygningsmessige tiltak ved Volda og Ålesund sjukehus. Ålesund sjukehus, som fylte 50 år i 2021, er planlagt modernisert og utvida.

2.2 FORMÅL MED PLANEN

Utviklingsplanen blir utarbeidd kvart fjerde år med bakgrunn i retningsline frå Nasjonal helse- og sjukehusplan. Planen skal vere eit grunnlag for å styre og samordne utviklinga av verksemda og bygningsmassen.

Planen skal vise utviklingsretning og prioriteringar i Helse Møre og Romsdal dei næraste fire åra – med eit framtidsperspektiv mot 2037. Målet er å gjere føretaket best mogleg rusta til å møte befolkninga sine framtidige behov for spesialisthelsetenester.

Utviklingsplanen er det øverste strategiske dokumentet i HMR og må understøttast av meir detaljerte planar innanfor ulike fagområde.

Perspektivet er å sjå føretaket under eitt, der utgangspunktet er allereie vedtekne planar og etablerte funksjonar. Blir det aktuelt å endre på funksjonar undervegs i planperioden, skal det gjerast i eigne prosesser med breiare involvering.

KAP 3 | MÅLBILETE



3.1 | SAMAN SKAPAR VI PASIENTEN SI HELSETENESTE

3.1 | Utviklinga av Helse Møre og Romsdal skal ta utgangspunkt i pasientane sine behov, og vi skal tilby gode persontilpassa pasientforløp.

Vi skal levere helsetenester av god kvalitet uavhengig av pasienten sin bustadsadresse og reiseveg til sjukehuset. Dette vil vi gjere gjennom å møte pasientane med ulike strategiar tilpassa pasienten sine egne behov.

Planlegging og samarbeid på tvers av einingar og fagområde skal sikre god behandling for den enkelte pasient.

Systematisk forbetningsarbeid skal sørge for at pasientane får trygg og god helsehjelp, og vi skal involvere brukarane i arbeidet med å betre pasienttryggleiken, kvaliteten og brukaropplevinga i Helse Møre og Romsdal.



3.2 | VI TAR I BRUK KUNNSKAP OG TEKNOLOGI FOR EI BETRE HELSE

3.2 | Pasientane skal kjenne seg ivareteke av kompetent helsepersonell som har formålstenlege verktøy for diagnostikk, behandling og kommunikasjon. For å gi best mogleg behandlingstilbod til pasientane, skal vi ta i bruk ny kunnskap, teknologi og medisinske metoder.

Pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon skal vere tett integrert i verksemda og bidra til gjensidig kvalitetsheving.

Vi skal aktivt jobbe for å redusere uønska variasjon. Standardisering av arbeidsmåtar, prosessar og utstyr er deirekru viktigaste verkemidla for å få til dette.

Vi skal vere ambisiøse i vårt arbeid med å digitalisere helsetenestene parallelt med innføringa av Helseplattformen, som er den største IKT-satsinga for heile regionen.

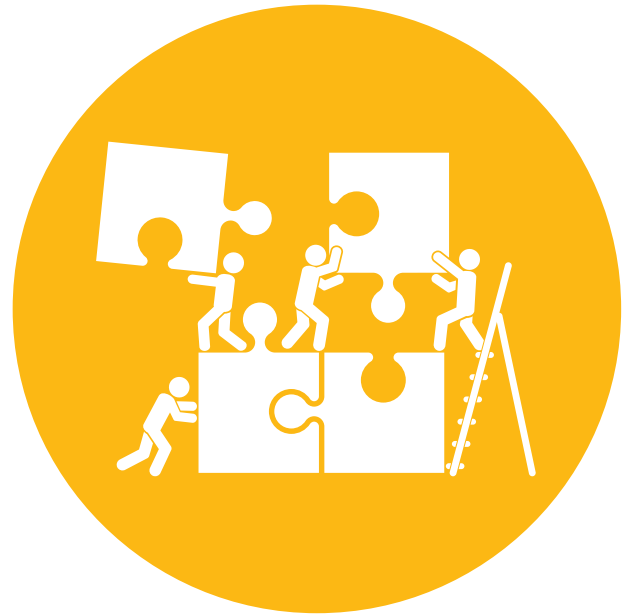


3.3 | VI REKRUTTERER, UTVIKLAR OG BEHELD KOMPETENT PERSONELL

3.3 | Helse Møre og Romsdal skal bidra til at det blir utdanna helsepersonell som skal fylle fylket sitt framtidige behov. For å sikre dette skal vi ha eit tett samarbeid med utdanningsinstitusjonane.

Gode fagmiljø gir god pasientbehandling. Kompetanseutvikling skal vere ein del av ein heilskapeleg satsing for å rekruttere, ivareta, utvikle og bevare helsepersonell. Livslang læring blir eit viktig prinsipp for dette.

Leiarutvikling skal vektleggast på alle nivå. Vi skal jobbe for ein god leiarkultur som støtter opp under helseføretaket sine mål og samfunnsoppdrag. Vi skal sikre kunnskap, gode verktøy og motivasjon for at leiarane våre kan vidareutvikle sitt leiarskap i tråd med verdiane til helseføretaket.



3.4 | VI ER GODE LAGSPELARAR

3.4 | Helse Møre og Romsdal og kommunane skal spele kvarandre gode og nytte kvarandre sine fortrinn. I Helsefelleskap Møre og Romsdal er helseføretaket og kommunane likeverdige partnerar med felles eigarskap og ansvar for pasientane.

Saman med fastlegar og brukarar møtast vi for å planlegge og utvikle helsetenestene i fellesskap. Vi prioriterer særskilt dei mest sårbare gruppene.

For å styrke helsekompetanse og eigenmeistring hos pasientane og deira pårørande samarbeider helseføretaket og kommunane om å legge til rette for at lærings- og meistringstilbod er integrert i pasientforløpa.

Vi tenker nytt om korleis helsetenestene kan bli gitt og nyttar moglegheitene som ligg i ny teknologi, slik at fleire kan få tilbod om helsetenester heime der dei lever og bur.



KAP 4 | UTFORDRINGSBILETE, MÅL OG VEGVAL

I åra framover står den norske velferdsstaten overfor ei rekke utfordringar, og dette vil òg treffe spesialisthelsetenesta. Vi vil sjå store demografiske endringar med ei drastisk endring av alderssamanninga i befolkninga. Stadig fleire lev lenger, og i fylket vårt vil tal menneske med behov for spesialiserte helse-tenester vekse år for år.

I 2022 utgjør personar over 67 år drygt 18 % av befolkninga i Møre og Romsdal. I 2037 vil andelen auke til over 24 %. I same periode synk befolkninga som er i yrkesaktiv alder frå 64 % til 59 % i fylket.

Samstundes vil vi ha utfordringar knytt til tilgong på personell. Knappheit på arbeidskraft vil avgrense korleis vi som spesialisthelseteneste kan løyse oppgåvene.

Ifølge Perspektivmeldinga¹ må tal årsverk i helsevesenet auke med 35 % fram mot 2035 for å dekke framskrivne behov for helse- og omsorgstenester om vi fortsett å levere helsetenester som i dag. Dette blir ikkje sett på som samfunnsmessig berekraftig. Vi blir med andre ord færre som skal levere meir spesialisthelsetenester i tida framover.

Alle desse endringsfaktorane vil kvar for seg - og samla - generere eit behov for endring. Vi må i større grad tenke nytt om korleis vi skal levere helse-tenester.

¹ Meld. St. 14 (2020 - 2021)

Vi må sjå på korleis vi i større grad kan vri spesialisthelsetenesta frå vekst i bemanning - til investeringar i utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og teknologi - som er vesentleg for at pasientane skal få ein berekraftig helseteneste av høg kvalitet. Vi må i større grad etablere eit tettare samarbeid med primærhelsetenesta, og sjå på korleis vi kan utvikle spesialisthelsetenesta ute der folk bur. Og vi må gå i takt med befolkninga, mobilisere pasienten som ressurs og utvikle tilbodet ut frå behovet i befolkninga.

I utviklingsplanen vil vi peike retning, beskrive prioriteringar som skal bidra til endringar som understøttar ei berekraftig utvikling. Vi vil også vise til nokre døme på korleis vi jobbar i dag som blir viktig å bygge vidare på framover.

Handteringa av koronapandemien har vist at våre tilsette klarer å omstille seg raskt og være løysingsorienterte også i særskilte utfordrande situasjonar. Erfaringa frå pandemien skal vi ta med oss i arbeidet med å dyrke nytenking.

Riktig prioritering av satsningsområde, riktig bruk av investeringsmidlar og effektiv bruk av kompetansen vi sit på vil derfor vere avgjerande for å dekke behov og forventningar innanfor dei bemanningmessige og økonomiske rammene vi har.

4.1 | PASIENTEN SI HELSETENESTE

Behovet til pasientane er fjørande for utviklinga av helse- og omsorgstenesta. Det er eit uttalt mål at pasientane er aktive deltakarar i helsehjelpa dei mottek. Pasientane er dei viktigaste pådrivarane for endring og forbetring av helse- og omsorgstenestene.

4.1.1 | HEILSKAPELEG TILBOD TIL BEFOLKNINGA

Demografi og sjukdomsutvikling

Befolkninga i fylket vil vekse, både på kort sikt og lang sikt. Det vi likevel ser, er at veksten i all hovudsak kjem i den eldste delen av befolkninga. Sjølv om vi i lev lenger og i større grad er friskare enn før, visar framskrivingar at den demografiske endringa vil føre til ei betydeleg auke i behov for tenester innan både døgntil behandling og poliklinisk behandling². Ressursmessig vil bli det bli svært krevjande å møte utfordringa utan å gjere endringar i måten vi leverer helsetenester på. I tillegg blir pasientane meir informerte og stiller større krav til kva helsetenesta skal levere. Dette fordrar god samhandling mellom helsetenestene og at vi i større grad evner å bruke pasienten som ressurs.

Befolkning	Sum 2022	Sum 2026	Sum 2037
Helse Møre og Romsdal	265 389	267 483	274 528
0 – 5 år	16 075	15 344	16 473
6 – 15 år	31 607	30 029	27 676
16 – 66 år	169 154	168 342	164 127
67 år og eldre	48 553	53 768	66 252

Drifta i Helse Møre og Romsdal

Vi har eit ansvar for å ivareta pasientane i fylket uavhengig av bustad. Vi har sett ei auke i bruk av teknologi for avstandsoppfølging - ein vekst som vi ventar vil fortsette i åra som kjem. Dette er eit viktig verktoy som set oss i stand til å utøve tenester uavhengig av kor pasienten bur, eller om det er ytre faktorar som til dømes ein pandemi som avgrensar handlingsrommet vårt.

Innan somatikken var det i fjørre utviklingsplan lagt til grunn at observasjonssenger og sjukehus-hotellsenger skulle absorbere store delar av veksten i pasienttilstrømminga. Observasjonssenger er førebels ikkje etablert i HMR, men blir det i samband med bygginga av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) og gjennom naudsynte ombyggingar ved sjukehusa i Volda og Ålesund. I neste planperiode vil vi sjå eit meir differensiert tilbod både ved bruk av observasjonssenger, sjukehus-hotellsenger og digital avtandsoppfølging. HMR planlegg å etablere korttidssenger i forbindelse med utvikling av akutt-funksjonen.

Strategien byggjer på erfaring frå andre sjukehus der dette reduserer totalbehovet for sengekapasitet. Dette er lagt til grunn som eit driftskonsept i SNR-prosjektet som skal vidareførast ved Ålesund sjukehus. Ved Volda sjukehus blir det i forbindelse med den pågåande ombygginga av akutt-mottaket etablert to observasjonssenger. Dette skal også bidra til at kapasiteten på akutt-mottaket kan dimensjoneres i forhold til gjennomsnittlig toppbelastning, ved at korttidsposten og observasjonssengene «ventilerar» dei ekstreme toppane.

Klinikk for psykisk helse og rus har over ei tid jobba med ein fagleg retningsgivande handlingsplan for korleis det framtidige pasienttilbodet innanfor psykisk helse og rus bør vere. Det er gjort ei større vurdering av behovet for endringar i pasienttilbodet, knytt til framskrive behov. Mellom anna har Møre og Romsdal hatt ein kraftig auke i tal domfelte som blir overført til tvungen psykisk helsevern. Per i dag har føretaket ikkje nok sikkerheitsplassar til å handtere denne situasjonen. Dette er pasientar som føretaket vil ha ansvar for framover og det er behov for å løyse kapasitetsutfordringa både på kort og lang sikt. HMR vil derfor bygge ut tilbodet for å sikre eit godt tilbod for dei aller sjukaste pasientane. Dette vil frigi kapasitet til andre pasientgrupper som har behov for eit anna tilbod enn det klinikken kan tilby i dag. Til dømes opplev akuttseksjonane i fylket ein stadig meir krevjande kvardag grunna mangelen på lukka rehabiliteringsplassar. Behovet for å etablere lukka sengepostar på sjukehus både nord i fylket og sør i fylket blir peikt på som en prioritet. Den totale kapasiteten i psykiatrien i Helse Møre og Romsdal vil bli samla sett bli auka. Dette vil også bidra til å betre kunne løyse utfordringar knytt til auka tal pasientar som treng behandling i distriktpsykiatriske sentre (DPS), psykisk helsevern for barn og unge og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB). Planane for psykiatrien og rusfeltet blir beskrive meir inngåande i klinikken sin eigen handlingsplan.

Ventetidar og fristbrot

Eit viktig mål for HMR er å levere helsetenester til pasientane innan dei fristane som er sett. Gjennom pandemien har det vore viktig, så langt som råd, å oppretthalde den planlagte verksemda slik at pasientane får den behandlinga dei har krav på. Vi ser at auka digitalisering og bruk av mellom anna telefon- og videokonsultasjonar har spelt ei positiv rolle her.

² Vedlegg 1: [Nåsituasjonsbeskrivelse og framskrivingar av aktivitet og bemanning \(Helse Midt-Norge 2021\)](#)



Kvalitetstavle på døgnsesjonen på barne- ungdomspsykiatrisk avdeling i Ålesund. Å redusere vald og tvang handlar god pasientbehandling og å legge til rette for eit helsevesen som skal vere trygt for både pasient og personale. Ei av dei største satsningane Klinikk for psykisk helse og rus har gjort for riktig og redusert bruk av tvang er implementeringa av MAP. MAP er eit heilskapeleg og kunnskapsbasert opplæringsprogram for å førebygge og handtere aggresjons- og valdsproblematikk som no er integrert som obligatorisk læringsaktivitet for alle tilsette i klinisk praksis. Etter oppstart av MAP har klinikken redusert bruk av tvangsmiddel betrakteleg.

Innan psykiatrien har HMR hatt eit særskilt press på spesialistressursar som har utfordra føretaket si evne til å gi tenester i rett tid.

Lenger planleggingshorisont for å førebygge fristbrot, representerer eit stort potensiale både innan psykiatrien og somatikken.

Fleire målretta tiltak har ført til ein tydeleg reduksjon i ventetida i barne- og ungdomspsykiatrien.

4.1.1 | HMR SKAL PRIORITERE:

- differensiert somatisk pasienttilbod ut frå behovet i befolkninga
 - etablering av korttidspostar
 - etablering av observasjonssengar
 - auka bruk av sjukehus-hotellsengar
 - auka bruk av digital avstandsoppfølging, der det er formålstenleg
- arbeide systematisk med planleggingshorisont for å redusere fristbrot og ventetider (4 år)
 - differensiert pasienttilbod innanfor fagområdet psykisk helse og rus
 - auke kapasitet i sjukehuspsykiatrien jfr klinikkens eigen handlingsplan
 - barn og unges helseteneste i Møre og Romsdal (sjå pkt 4.4.1)
 - effektiv behandling på rett nivå for pasientar som treng behandling i DPS og TSB

4.1.2 | PRIORITERTE PASIENTGRUPPER

Saman med primærhelsetenesta skal Helse Møre og Romsdal skape ei samanhengande helseteneste for heile befolkninga, og helsefelleskapa er etablert som eit nasjonalt verktøy for å nå dette målet. I Helsefelleskapet Møre og Romsdal utarbeider vi saman med primærhelsetenesta og fastlegane felles handlingsplanar for å sikre best mogleg overgangar for pasientane. I dette arbeidet er det nokre pasientgrupper vi har retta særleg merksemd mot.

Vaksne med alvorlege psykiske lidingar og rusproblem

Vaksne med definert alvorleg psykisk liding er ei ressurskrevjande pasientgruppe som opptek om lag 40 % av alle liggedøgna i vaksenpsykiatrien. Dei mest alvorleg sjuke blir behandla i sikkerheitspsykiatrien, og i dette fagområdet erfarer vi at vi ikkje har tilstrekkeleg kapasitet. Dette fører til at pasientar som har behov for høgt sikkerheitsnivå opptek kapasitet som kunne blitt retta mot pasientar med andre alvorlege psykiske lidingar. Også innan rusområdet ser vi at populasjonen av ruspasientar over tid har ein meir omfattande problematikk enn tidlegare. Den tiltagande kompleksiteten hos denne pasientgruppa utfordrar samla kapasitet og tilgang på tilstrekkelig spesialistkompetanse.

Vi har dei siste åra, også før pandemien slo til, opplevd ei kraftig auke i tilvisningar til DPS poliklinikk generelt og DPS Ålesund spesielt. Auken i tilvisningar overskrid den forventa auken som endringa i demografi og sjukdomsutvikling i samfunnet skulle tilseie.

Barn og unge

Dei nasjonale pakkeforløpa er meint å gi eit tydelegare felles målbilete mot det faglege tilbodet, samt forløp og fristart i pasientbehandlinga. Vi erfarer at vi framleis har ein veg å gå for å sikre fullstendig implementering av pakkeforløpa og gode rolleavklaringer i behandlingsskjeda. I tillegg opplev fagfeltet ein generell utfordrande situasjon knytt til tilstrekkeleg tilgang på behandlarar med spesialistkompetanse.

Skrøpelege eldre

Tal eldre innbyggjarar med dårleg funksjonsnivå aukar i Møre og Romsdal. Meir enn 16 % av innbyggjarane tilhøyrer denne kategorien, som er høgst av alle helseføretak i Noreg. 7,9 % av desse igjen har svært dårleg funksjonsnivå. Desse pasientane har som regel eit tilbod i heimkommunen og er blant dem som leggst inn på sjukehus hyppigast. Framskivingane viser at vi vil få ei ytterligere auke i denne pasientgruppa framover.³

Pasientar med fleire kroniske lidingar

Kronikarane utgjer om lag 4 % av totalt tal pasientar, men om lag 35 % av alle liggedøgna i sjukehusa var knytt til denne gruppa i Møre og Romsdal. Derfor blir det viktig å følge opp denne pasientgruppa tett, som ei viktig målgruppe for konkrete tiltak både frå spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta. Bete samhandling vil kunne bidra til meir effektiv førebygging, og slik bidra til større grad av oppfølging nær der kronikaren bur.

4.1.2 | HMR SKAL PRIORITERE:

- Dei viktigaste prioriteringane for dei fire pasientgruppene er skissert i kapittel 4.4.1: *Prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapet*

³ Vedlegg 1: [Nåsituasjonsbeskrivelse og framskrivningar av aktivitet og bemanning \(Helse Midt-Norge 2021\)](#)



«Eg sparar masse reisetid samtidig som eg får den hjelpa eg treng. Eg synes det er enkelt å bruke videorommet. Med stort bilete og god lyd følast det som lege er i same rom som meg»
Mattis (11)

Frå videorommet på sjukehuset i Molde har Mattis Reine Ruset (11) kontrolltime med overlege Bjørn Magne Jaatun som sit i Ålesund. Denne dagen rekk han fotballtreninga, fordi han slepp å reise heilt til Ålesund for å møte legen. Helse Møre og Romsdal har etablert videorom på alle sjukehusa i fylket. På videoromma er det montert utstyr som gjer at pasientane enkelt kan kome i kontakt med sin spesialist.

4.1.3 | DET UTADVENDTE SJUKEHUS

Sentralt i Nasjonal helse- og sjukehusplan er «det utadvendte sjukehus» og «pasienten si helseteneste». I HMR er programmet «HMR Nær» ein viktig komponent for å legge til rette for aktiv deltaking frå pasientar og pårørande medan dei er heime. Dette gjeld oppfølging ved digitale konsultasjonar, men også flytting av andre deler av tenestene slik at tenestene eller deler av desse leverast medan pasienten er heime. Å legge til rette for hensiktsmessig bruk av teknologi og digitale løysingar blir viktig for å kunne realisere HMR si målsetting om å flytte fleire spesialisthelsetenester heim til pasientane.

Dette er eit relativt nytt område som både resten av Norge og mykje av verda jobber med å utvikle, der ei av utfordringane er å etablere bruk av teknologi som gir brukarvenlege, trygge og sikre tenester heime hos pasientane. Denne tenesteutviklinga skjer i tett samarbeid mellom Avdeling for e-helse og teknologi, Fagavdelinga, dei ulike klinikkane og dei andre føretaka i HMN, samt pasientane sjølv, og vil i aukande grad involvere samarbeid med kommunar og fastlegar. Det skal benyttast «smidig» tenesteutvikling med korte «etappar», læring undervegs og hyppige justeringar. Utfordringane er varierte, og spenner frå teknologi som er under utvikling, nye tankesett og prosessar for dei tilsette når pasientane ikkje lenger kjem fysisk til sjukehuset, utfordringar hos pasientar

og pårørande med å bruke teknologi, og å venne seg til at tenester i heimen kan vere fullgode alternativ for nokre av tenestene til spesialisthelsetenesta.

Eitt av utviklingsmåla på dette området er å etablere eit løpande oppdatert vegkart for spesialisthelsetenester som skal flyttast heim til pasientane. Dette vegkartet vil sørge for omforent målbilde og plan for arbeidet. I tenesteutviklinga vil desse tenestene som oftast gå gjennom fire «steg»: idé- og konseptfase, utvikling og test, utprøving hos nokre få pasientar og seksjonar, og til slutt full utrulling i heile føretaket. Denne tenesteutviklinga vil fortløpande justerast og reflekterast i det oppdaterte vegkartet.

Målsettinga med å flytte tenester heim til pasientane er at pasientane skal oppleve auka grad av meistring, eit meir individuelt tilpassa tilbod og at sjukdomsutvikling fangast opp tidlegare. Både pasientar og helsepersonell unngår unødvendige reiser og tidsbruk. Med Helseplattformen vil moglegheitene for å kople dei teknologiske løysingane til journalsystemet auke, vi får betre datagrunnlag til å følgje opp pasientane, og samhandling med kommunar og fastlegar om slik tenesteutvikling vil vere enklere fordi informasjon om pasientane er delt i same system. Teknologi hos den eine part vil også kunne gi informasjon som alle partar kan nyttiggjere seg av.

På kommunesida er begrepet «velferdsteknologi» benytta for den same tenesteutviklinga, og vi vil i løpet av planperioden truleg sjå utvikling også på kommunesidan som bør sjåast i samheng med utviklinga hos spesialisthelsetenesta. Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og HOD følger og støtter utviklinga innan desse områdene, og er gode samarbeidspartnarar.

I praksis er mykje på gong allereie i helseføretaket. HMR har lenge ønska å tilby pasientane fagleg gode konsultasjonar ved bruk av video i dei tilfella dette er mogleg og fekk etablert løysingar for dette i 2019. Dette har også vore eit sterkt ønske frå brukarane.

Då pandemien traff landet, var løysinga på plass og fagfolka klare. Gjennom pandemien har løysinga blitt tatt i bruk i stor skala i heile Midt-Norge og regionen er heilt i front i Noreg på dette området.

Ettersom samfunnet gradvis opna opp igjen, har det vore utfordringar med å fortsetje denne trenden. Det er store forskjeller mellom ulike spesialistområde og mellom sjukehus i bruk av videokonsultasjonar. Å halde momentet innanfor dette området blir svært viktig framover.

Det utadventde sjukehuset representerer meir enn berre video- og telefonkonsultasjonar. Det har foregått ei stor utvikling også innan andre former for avstandsoppfølging. Telemedisinsk monitoring bidreg til å identifisere pasientar med forverra tilstand slik at ein raskare kan setje i gong nødvendig behandling.

Eksempelvis ser vi at dette vil vere av stor verdi for KOLS-, kreft- og diabetespasientar samt eldre multi-sjuka med høg risiko for sjukehusinnlegging. Her vil måling og monitorering av oksygenmetning (SPO2) og pasientrapporterte utfallsmål (PROMS) gjere helsepersonell i stand til å behandle før pasienten blir så dårleg at han eller ho må sendast på sjukehus.

På Kristiansund sjukehus har dei, i eit breitt tverrfagleg samarbeid med mellom anna Helseinnovasjonssenteret, Sykehusapoteket og Kristiansund kommune, utvikla tilbodet «Hospital@home». Pasientforløpet inkluderer bruk av teknologi for tryggleik, meistring og avstandsoppfølging.

Tilbodet gir pasientane moglegheit for å administrere eiga intravenøs antibiotikabehandling i heimen. Ein kritisk suksessfaktor for dette prosjektet har mellom anna vore det tette samarbeidet med kommunen. Målet har vore at pasientane skal få betre livskvalitet, auka eigenmeistring og raskare rehabilitering.

Nyfødt intensiv ved Ålesund sjukehus har etablert eit liknande heimesjukehus-tilbod der nyfødde med behov for ernæringsstøtte kan reise tidlegare heim fordi dei får fullgod oppfølging både frå sjukehuset og kommunen heimefrå.

Desse døma representerer ein måte å tenke heimesjukehus på som vi ventar å sjå meir av i tida framover.

4.1.3 | HMR SKAL PRIORITERE:

- innføre digital konsultasjon som førsteval når dette er likeverdig med fysisk møte (4 år)
- vidareføre og vidareutvikle digitalt tenestetilbod med konkrete mål for telefon- og videokonsultasjonar samt pasientrapporterte opplysningar (4 år)
- redusere pasientreiser mot nivået i 2019 (4 år)
- nytte moglegheitene i Helseplattformen for auka utadretta verksemd (4 år)
- etablere elektroniske skjema (PROMS) som verktøy for å sikre meir skreddarsaum i pasientforløpa (4 år)
- utvikle digitale behandlingstilbod i form av felleskonsultasjon med fastlegar (4/15 år)
- redusere behovet for kontroller for kronikarar ved bruk av teknologi og sensorar (4/15 år)
- etablere felles digital arena der spesialistar frå sjukehus kan jobbe saman med kommunen sitt helsepersonell (15 år)
- flytte spesialisthelsetenester heim til pasientane der det er hensiktsmessig, og eit vegkart for vidare tenesteutvikling vil bli etablert i tett samarbeid med klinikkane (4/15 år)



4.1.4 | PASIENTMEDVERKNAD

Å lytte til pasientane sine behov, tilretteleggje og utnytte potensialet i å mobilisere pasientane som ein ressurs vil bli viktig framover. Opplæring av pasientar og pårørande er ei av dei fire lovpålagte oppgåvane i spesialisthelsetenesta, og i Helse Møre og Romsdal har Læring- og meistringssenteret eit særskilt ansvar for å utvikle læringstilbod retta mot pasientar med langvarig sjukdom og deira pårørande.

I arbeidet med førebygging kan HMR få ein enda tydelegare rolle, mellom anna gjennom organisert førebyggjande arbeid retta mot risikogrupper. Vi kan også i enda større grad bidra i folkehelsearbeid ved å gi fagleg autoritet til arbeid som blir tilrettelagt av både kommunar og fylkeskommunar.

HelsaMi blir innbyggjarportalen i Helseplattformen som skal gi tilgang til funksjonar for deling av journal, pasientdialog, eigenregistrering, tilgang til behandlingssopplegg og andre løysningar som pasienten sjølv kan nytte i samhandlinga med helse-tenesta. Saman med Helsenorge.no vil dette bli ein særskilt viktig kommunikasjonsplattform.

Samval

Samval er eit samarbeid mellom pasient og helsepersonell som inneber å involvere pasienten aktivt i avgjerder om eiga behandling i helsetenesta. Det er spesielt aktuelt der pasienten kan velje mellom fleire tilgjengelege og forsvarlege behandlingalternativ. Her vil pasienten sine eigne prioriteringar bli svært viktige. I Helse Møre og Romsdal har det vore etterspurt meir kompetanse på samval frå ulike fagområde, og det er beslutta at HMR skal bli ein testarena i Helse Midt-Norge med eigen samvals-koordinator.

Brukartilfredsheit

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Folkehelseinstituttet i oppdrag å gjennomføre fem årlege målingar blant somatiske døgnpasientar. Resultata

frå 2019 blant de regionale helseføretaka visar at Helse Midt-Norge ligg statistisk signifikant over snittet på seks av dei ni pasientfaringsindikatorane. På sjukehusnivå har Volda sjukehus vore eit av sjukehusa i landet som har hatt utprega positive vurderingar over fleire år. Der HMR gjennomgåande skårar lågt er på fasilitetar og bygg. Her vil det i planperioden skje omfattande endringar, beskrive i kapitlet om «Eiendom og bygningsmasse».

Brukarane

Helseføretaket har eit aktivt brukarutval som er representert i sentrale fora. Dei har ei aktiv rolle i helseføretakets styre, og deltek også regelmessig i kvalitetsråd og i helsefellesskapet. Brukarutvalet har vore spesielt opptekne av at pasientklager følgjast opp systematisk og at føretaket evnar å lære av innspela som kjem. Dei har difor vore involvert i utarbeidinga av eit digitalt klageskjema som skal gjere det enklare for pasientar å gi tilbakemelding på behandlinga.

Brukarutvalet er også representert i eit forskningsprosjekt som tek for seg samhandlinga mellom brukarorganisasjonar, spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta før, under og etter pandemien. Resultata frå studien vil danne eit viktig faktagrunnlag for å vidareutvikle samarbeidet mellom dei tre aktørane.

I tillegg har føretaket eit engasjert ungdomsråd som bidreg med viktige innspel i korleis føretaket kan forbetre tilboda til ungdom og unge vaksne i fylket. Eit område ungdomsrådet har engasjert seg i er overgangen frå barn til vaksen i behandlingsforløpet, som for mange blir opplevd som krevjande. God tilrettelegging slik at kvardagen i størst mogleg grad kan skjermast, har også vore eit løfta som eit viktig mål for ungdommane.

Pasientopplæring

Gjennom Lærings- og meistringssenteret (LMS) jobber Helse Møre og Romsdal aktivt for å utvikle læringstilbod. LMS har blitt ein etablert møtestad mellom fagpersonar og brukarar, som også jobber tett mot kommunane for å overføre helsepedagogisk kompetanse. I 2021 har dei fleste kurs som følge av koronapandemien, vore digitale - og brukarane har sjølv vore med å utvikla dei digitale kursa. Brukarane har i tillegg vore aktive med å utvikla ein regional rettleiar for gruppeopplæring digitalt.

HMR ønskjer å styrke samarbeidet med kommunane gjennom helsefelleskapet slik at fleire tilbod kan bli utvikla. Dette gjeld både digitale og fysiske, men også kombinasjonstilbod. Det er eit mål at lærings- og meistringstilbod er ein integrert del i pasientforløpa.

Brukarmedverknad er sentralt i alt arbeid ved LMS og erfaringa er at mange pasientar sit på mykje kunnskap om eiga helse og behandlingalternativa som finst. HMR ønskjer å legge til rette for at pasientane får ta i bruk eigne ressursar både i forkant og i gjennomføring av behandlinga.

På sjukehuset i Molde har mellom anna fysioterapeutar og legar vore med på å utvikle eit nettkurs for vestibulær rehabilitering, som er eit øvingsprogram for å lindre eller helbrede kronisk svimmelhet. Kurset strekk seg over seks veker, og kan bli gjennomført av pasientane i eigen heim og er eit godt døme på at pasienten får aktivt ta del i eigen behandling.

Pasientkommunikasjon

Pasientane har rett på å bli møtt med eit klart og tydeleg språk. I Helse Møre og Romsdal opplever vi aukande grad utfordringar knytt til framandspråklege pasientar der ein ikkje klarer å etablere ein fullgod kommunikasjon. HMR har gjennom eit regionalt samarbeid god tilgong på tolketenester,

men særleg i akuttmottaka opplev vi likevel eit vesentleg behov for ein tryggare og smidigare måte å ta i mot framandspråklege pasientar som sikrar informasjonsbehovet. Vi har allereie byrja å ta i bruk digitale hjelpemiddel som på få sekund gir pasient og helsepersonell tryggleik gjennom toveis forståing, ikkje bare i akutte situasjonar, men også i generell kommunikasjon mellom pasient/pårørande og helsepersonell. Å breidde dette blir viktig for å sikre at vi yt heilskapeleg og likeverdig helseteneste.

4.1.5 | HELSETENESTER TIL DEN SAMISKE BEFOLKNINGA

Spesialisthelsetenesta behandlar samiske pasientar på sjukehusa kvar dag. I Midt-Norge sett under eitt er det flest sør-samar. Alle helseføretaka i regionen har eit ansvar for å sørge for eit likeverdig tilbod, som inneber at vi skal ha kunnskap om samisk språk og kultur.

I Helse Midt-Norge har Samisk nasjonalt kompetansesenter (SANKS) for psykisk helsevern og rus filialer/poliklinikker både i Snåsa og på Røros. Desse gir utgreiing- og behandlingstilbod til vår befolkning.

I Nasjonal helse- og sjukehusplan⁴ fekk Helse Nord i oppdrag å ivareta strategisk vidareutvikling av spesialisthelsetenester til den samiske befolkninga. Strategidokumentet blei vedteke av alle regionale helseføretak i 2020⁵. Helse Midt-Norge skal følge opp denne strategien med ein handlingsplan for eigen region.

4.1.5 | HMR SKAL PRIORITERE:

- følge opp regional handlingsplan for samisk befolkning (4/15 år)

4.1.4 | HMR SKAL PRIORITERE:

- etablere eigen samvalskoordinator i arbeidet med å styrke pasienten som aktiv deltakar og beslutningstakar i eiga behandling (4 år)
- styrke arbeidet med pasientinformasjon og opplæring, også i eit førebyggingsperspektiv (4 år)
- prioritere klart språk, samt etablere og breidde digitale løysingar som bidreg til å sikre god kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell der språk er ei barriere (4 år)
- systematisere og analysere dei bakenforliggende årsakene til klagesakar og iverksetje konkrete tiltak for å redusere desse (4 år)
- integrere læring- og meistringstilbod i heilskapelege pasientforløp, samt utarbeide klare tilvisningsrutinar innan og mellom forvaltningsnivå (4/15 år)
- kommunisere med pasientane gjennom Helseplattformen knytt til pasientopplæring (15 år)

⁴ [Meld. St. 7 \(2019 - 2020\). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 - 2023](#)

⁵ [Spesialisthelsetenester til den samiske befolkningen, Helse Nord](#)



Medisinsk avdeling i Ålesund har ein rekkje innovasjonsprosjekt på gong knytt til bruk av velferdsteknologi og sensorar. På medisinsk sengepost 5 er bevegelsessensoren RoomMate installert - eit viktig tiltak for å hindre fallhendingar.

4.2 | TA I BRUK NY KUNNSKAP OG TEKNOLOGI

Kompetent helsepersonell som har hensiktsmessige verktyg for diagnostikk, behandling og kommunikasjon, gir tryggare og betre helsetenester.

I helsetenesta er den teknologiske utviklinga er ein drivar både når det gjeld moglegheit og utfordringar. Pasientforløpa blir utvikla basert på kunnskap og erfaring, og kunnskapsgrunnlaget skal byggje på forskning, til dømes ved kliniske studier. Det er viktig å legge til rette for dette, både gjennom enkel og sikker tilgang til gode data og ved å forenkle rekruttering av pasientar og deltakarar til kliniske studiar. Kvalitetsregister, kvalitetsindikatorar og Helseatlas utgjer ein viktig del av kunnskapsgrunnlaget om behandlinga og variasjonen i tenestetilbodet. Eit felles journalsystem for helsetenesta i Midt-Norge, med strukturerte data og pasienttilgang, vil legge til rette for auka innovasjon og kunnskapsdeling.

4.2.1 | FORSKING

Forskning er eit krav etter lov og ein viktig reiskap for å oppnå kvalitet og pasienttryggleik i helsetenesta. Forsking skal bidra til ny kunnskap om helse og sjukdom, styrke klinisk praksis ved hjelp av kliniske studiar samt auke kvaliteten på pleie og behandling som pasienten får. For å etablere ein sterk forskingskultur er det viktig at forskning blir ennå tydelegare del av verksemda. Helseføretaket har eigen seksjon for forskning og innovasjon som arbeider målretta i lag med forskarar for å planlegge og gjennomføre forskning i føretaket.

Forskningsaktivitet

Dei siste åra er forskningsaktiviteten styrka i føretaket,

vist med tala på ph.d-studentar, publikasjonar, disputasar og kliniske studiar. For å forstå årsaksfaktorar, sjukdomsmekanismar, effekt og erfaringar av diagnostikk og behandling krev ein ulike typar forskingskompetanse, studiedesign og val av metode.



Regjeringa lanserte «Nasjonal handlingsplan for kliniske studier» i 2021, der ambisjonen er å gje kliniske studiar ein tydelegare plass i sjukehusa som ein integrert del av drifta. Måla er å auke talet av pasientar som får tilbod om å delta i kliniske studiar. Skal HMR lukkast må vi prioritere og synleggjere forskingsarbeidet i klinikkane, og samtidig kompetanse hos leiar og helsepersonell.

For å kunne realisere at forskning blir integrert del av verksemda er det naudsynt at leiarar både får auka



Klinisk Forskingspost (KF) saman med Biobank HMR blei fysisk etablert ved Ålesund sjukehus i 2017 og tilbyr forskingsstøtte for kliniske studiar i HMR. KF har eit nært samarbeid med Avdeling for biokjemi, radiologi, mikrobiologi og patologi. KF handterer dei fleste typar studiar og er ein viktig kontaktpunkt inn mot samarbeidspartnarar for klinikkane.

kunnskap om forskning og prioriterer forskning. Auka merksemd, engasjement og spreiding av kunnskap om forskinga styrkar helsetenesta vi gjev og sikrar at ny kunnskap blir forstått og tatt i bruk. Å fram-snakke forskning er mellom anna viktig for å heve det kollektive kunnskapsnivået. Forsking skal også vere motiverande for dei tilsette i HMR og er ein faktor av stor betydning for å rekruttere helsepersonell. Det er avgjerande at helsepersonell har formell forskingskompetanse både for å kunne drive eigen forskning, og for å forstå og implementere andre sine forskingsresultat og slik bidra til ei kunnskapsbasert teneste.

For å kunne gjennomføre god forskning treng vi støt-funksjonar som forskaren i ulik grad kan ha behov

for. Det må etablerast lokalt med ein fellesstruktur for HMR. Forsking er kompleks, krev ressursar og kompetanse. Den må også gjennomførast saman med andre innan same sektor og tverrsektorielt.

I HMR skal vi etablere nokre faglege satsings-område, samstundes som vi skal prioritere prosjekt der vi har identifisert kunnskapshol. Dette vil avspeglast i prioriteringa av prosjekta.

For å sikre at vi kan nyttiggjere oss av forskingsresultata og effektane, må forskinga i HMR i større grad bli meir kjent og meir brukt. Å bygge vidare på forskingskulturen i Helse Møre og Romsdal blir svært viktig i åra framover.

4.2.1 | HMR SKAL PRIORITERE

- aktivt bruke forskarkompetanse som er etablert saman med klinikkane (4 år)
- stimulere til og støtte forskarutdanning (4 år)
- utvikle infrastruktur for klinisk forskning (4 år)
- etablere fagmiljø for forskarkoordinator-/studiesjukepleiar (4 år)
- etablere samordna flytt for næringslivs-samarbeid om kliniske studiar (4 år)
- etablere arena for brukarmedverknad saman brukarrepresentantar (4 år)
- vere ein aktiv partner i multisenterstudiar (4 år)
- sikre at nye teknologiar tek føre seg klinisk relevante område innan diagnostikk og behandling - etablere vitenskapeleg evidens (4 år)
- prioritere kunnskapsdeling og ta i bruk forskingsresultat til det beste for pasienten (4 år)
- støtte leiarar i utvikling av intern forskingskultur (4/15 år)
- etablere karriereplan for klinisk-, forskning- og undervisningsarbeid for dei med særskilt talent og interesse (4/15 år)
- vere ein samarbeidspartnar internt, men også mot UH-sektor, kommune og næringsliv (4/15 år)
- gi leiarar støtte til utvikling av intern forskingskultur (4/15 år)
- vidareføre satsing på kliniske behandlingsstudiar og infrastruktur for forskning (15 år)
- legge vekt på forskarkompetanse når vi rekrutterer personell (4/15 år)



4.2.2 | INNOVASJON

For å møte utfordringane i helsetenesta i åra framover er satsing på innovasjon på alle nivå nødvendig. Gjennom arbeid med tenesteinnovasjon hos tilsette som jobbar nær pasientane, vil det vere naturleg å ta i bruk ny kunnskap og teknologi på nye område i alle deler av tenesta.

For å auke innovasjonstakta er det ein føresetnad å legge til rette for ein innovasjonskultur. Stikkord i ein slik kultur er å ta sjansar, skape rom for idear, relasjonar, målstyring, belønning og metodikk. Det er eit leiaransvar å sørge for tryggleik for ein slik kultur.

Vi har sett ein digital transformasjon under pandemien, og innovasjonsarbeidet vil i stor grad vere retta mot moglegheiter til å ta i bruk digital

teknologi for ei betre helseteneste. Innovasjonsarbeidet vil i perioden søke å hente gevinstar frå innføringa av Helseplattformen gjennom heilskapelege pasientforløp, aktive pasientrollar og tenester nærare pasientene gjennom det utadvendte sjukehus. Dette fordrar auka fokus på samarbeid, utprøving og implementering av nye innovasjonar saman med kommunehelsetenesta.

Innovasjonsaktiviteten skal ha eit brukarperspektiv med brukarmedverkning i fokus. Moglegheitene vil endrast og påverke kva spesialisthelsetenesta kan gjere og kva kompetanse som er tilgjengeleg - både i og utanfor sjukehus. Innovasjonsaktiviteten må ha spesielt fokus på ein tydeleg delingskultur slik at fagmiljøa kan lære av kvarandre.

4.2.2 | HMR SKAL PRIORITERE:

- sikre sterk pasientinvolvering i innovasjonsaktiviteten (4 år)
- stille krav til leiarmerksemd og kultur for innovasjon (4 år)
- prioritere kunnskap og kompetanse til å drive innovasjonsprosjekt (4 år)
- prioritere innovasjonar som flyttar tenester nærare pasientane (4 år)
- engasjere utdanningskandidatar i tenesteinnovasjonar (4 år)
- sikre god samanheng mellom organisasjon, prosess og teknologi for å oppnå ei berekraftig helseteneste (15 år)
- gjere tenesteinnovasjon til den nye normalen i helsetenesten (15 år)
- realisere nye tenestemodellar, produksjon og distribusjon av helsetenster (15 år)



Våre lungepoliklinikkar har teke i bruk ei ny løysing (Airview) som gjer det mogleg for våre spesialsjukepleiarar å følge med på pasientar medan dei får pustestøttebehandling heime. Her følger teamet i Molde opp Leif Gunnar Hansen (59) som lider av alvorleg søvnapne.

4.2.3 | TEKNOLOGI OG DIGITALISERING

Digitalisering, robotisering, kunstig intelligens og maskinlæring kan gi oss nye moglegheiter og rom for kvalitets- og produktivetsgevinstar. Denne typen teknologi kan ha potensial til å endre arbeidsprosessar og introdusere nye måter å jobbe på. Det gir mellom anna moglegheiter for auka personalisering, frigjerung av tid ved automatisering av manuelle oppgåver og meir presise behovsanalysar, samt reduksjon av svinn og overkapasitet. Eit stort gevinstmål her er å optimalisere arbeidsflyt som frigjer meir tid til det nødvendige møtet med pasienten, samtidig som vi er i stand til å tilby helsetenester meir stedsuavhengig der det er hensiktsmessig for pasienten.

I november 2021 beslutta adm. dir. å opprette ei eiga stabsavdeling for e-helse og teknologi i HMR. Avdelinga inkluderer klinisk IKT, informasjonssikkerheit og personvern, Helseplattformen, medisinsk teknologi (MTU) og innovasjon. Avdelinga skal i eit føretaksperspektiv halde framdrifta oppe i arbeidet med medisinsk teknologi, digitalisering, den mobile helsearbeidar og det utadventde sjukehus, i tett samarbeid med klinikkane. Avdelinga skal også bidra til riktige prioriteringar mellom ulike prosjekt. Målet er at drift- og utviklingsarbeid innan e-helse og teknologi understøttar HMR sine overordna mål og gir verdi for pasientar og klinikkarar.

Ta i bruk ny teknologi

Svært mykje av teknologien vi treng for å utvikle tenestene er allereie tilgjengeleg for oss. Bruk av video som samhandlingsform har i større grad blitt ein akseptert kommunikasjonsform i alle aldersgrupper. Noko meir framand for oss - både pasientar, pårørande og helsepersonell - er det å stole på velferdsteknologi og sensorar.

Mobilitet handlar om å kunne registrere informasjon der den oppstår, og om å få tilgang til informasjon når det trengs. I dag nyttast stort sett trådbunden teknologi, men i det pågåande prosjektet «Den mobile helsearbeidar» ser vi på moglegheitene for å bevege oss i ein mer mobil og fleksibel måte å jobbe på.

Dette blir vidareført i Helseplattformen, der mobile arbeidsflata gi oss moglegheiten til å dokumentere nært pasienten og ha oppdatert informasjon medan vi er på farta. På den same arbeidsflata kan vi også plassere tenester som pasientsignal og varslar frå velferdsteknologi. Dette vil bli viktige bidrag i å gjere våre tilsette i enda betre stand til å yte helsehjelp av god kvalitet.

Digital avstandsoppfølging

I dag kjem svært mange av pasientane våre inn til kontroller på sjukehusa. Ein auka bruk av digitale skjema vil kunne gjere oss i stand til å ha færre unødige kontrollar. Målet er at pasientar som har det bra skal få leve liva sine utan å kome inn til oss for ein sjekk, om det ikkje er nødvendig.

Telemedisinsk monitorering og tidleg identifisering av pasientar med problem gjer at ein raskare kan starte behandling som hindrar sjukehusinnlegging i tillegg til at det blir færre unødige rutinekontrollar. Pasientar som bruker medisinsk-teknisk utstyr monitorerast av personell på sjukehuset, som til dømes ved CPAP-behandling.

Andre aktuelle pasientgrupper for telemedisinsk monitorering er pasientar med KOLS som har høg risiko for sjukehusinnlegging. Gjennom måling av SPO2 og pasientrapporterte utfallsmål (PROMS) kan

tidlege tegn på forverring av sjukdom bli oppdaga og intervensjon settast i verk slik at ein unngår at sjukdommen utviklar seg og at ein hindrar unødig innlegging i sjukehus.

Digitale pasientforløp

Digital hjarterehabilitering, brukarstyrt epilepsi-oppfølgning og digital oppfølging ved arbeidsretta rehabilitering er nokre av områda i føretaket som er etablert som digitale forløp. Det vil ha stor verdi for mange pasientgrupper om NEWS-målingar og eigenregistrering av helsetilstand blir etablert som ein del av oppfølginga.

Ved å tidleg samle inn informasjon om pasienten sin tilstand, kan vi også treffe betre med typen helseressurs vi vel å bruke på kontrollen. Dette vil kunne forsterkast gjennom bruk av sensorar i behandlingshjelpemiddel og MTU, som vil gi utfyllande objektive data om helsa til pasientane.

Pasienten kan i større grad dele informasjon ved å bruke digitale eigenregistreringsskjema og/eller automatiske målingar og det gjer at meir behandling kan skje i heimen.

Digitalisering av pasientdata

Pasientane som forbrukar mest helsetenester er også dei som rapporterer om at tenestene ikkje heng saman. Å evne å dele data mellom offentlege aktørar for å automatisere meir av saksgangen rundt desse pasientgruppene vil vere vesentleg i åra som kjem. Her er både lovverk og teknologi på plass for å gjere

dei grepa som trengs, men samarbeidet på tvers i det offentlege har vore utfordrande. Arbeidet i helsefelleskapet blir viktig for å løyse desse utfordringane.

I arbeidet med å digitalisere helsetenesta, må vi samtidig aktivt jobbe for å motverke digitalt utanfor-skap, som å akseptere løysingar som diskvalifiserar dei svakaste i samfunnet. Saman med resten av Noreg, må vi vere med å finne ut korleis vi kan etablere trygge innloggingsmoglegheitlar for dei som av ulike grunnar ikkje får BankID.

Når alle data blir digitaliserte og arbeidsprosessar automatiserte, oppstår ein digital verd med kjente og ukjente sårbarheter. Denne verda kjem også til å strekke seg utanfor sykehuskroppen når vi tilbyr stadig meir av behandlinga heime.

Meir automatiserte målingar og nye data gjer at vi må sikre helsepersonell kompetanse til å forstå, samanstillе og vurdere større mengder data enn tidlegare. Dette gir auka krav til helsepersonell om å tolke dataene og vurdere desse opp mot rett behandling.

For å sikre pasienten og dei tilsette, må vi tenke nytt omkring IT-sikkerheit. Vi kjem til å arbeide saman med Hemit om å etablere Zero Trust- null tillit- arkitektur som støttar opp om den digitale verda vi bygger opp. Denne arkitekturen skal ruste oss for å tilby trygge digitaliserte helsetenester i åra som kjem.

4.2.3 | HMR SKAL PRIORITERE:

- sørge for å tenke digital først ved endring eller utvikling av helsetenestene (4 år)
- understøtte implementeringa og nyttiggjere oss moglegheitene i Helseplattformen (4 år)
- sørge for at ein kvar endring og utvikling set pasienten i sentrum (4 år)
 - understøtter pasienten som aktiv deltakar i eiga behandling
 - understøtter at pasienten opplev ei meir samanhengande helseteneste på tvers av forvaltningsnivå
- sørge for at digitaliseringa understøtter heile behandlingsskjeda og ende-til-ende prosessar (både kliniske og administrative) (4 år)
- utvikle arealnøytral plattform for teneste (t.d PROMS) (4 år)
- ta i bruk teknologi for å aktivere pasientar som ventar på behandling (4 år)
- ta i bruk rettleia e-terapi innan psykisk helsevern (4 år)
- auke investeringar i moderne MTU for å fullt ut nyttiggjere oss moglegheitane i Helseplattformen (4 år)
- ta i bruk kunstig intelligens ytterlegare for å understøtte arbeidsprosessar og beslutningsstøtte (15 år)
- realisere nye tenestemodellar, produksjon og og distribusjon av helsetenster (15 år)



Lokalt innføringsteam for Helseplattformen i Helse Møre og Romsdal

4.2.4 | HELSEPLATTFORMEN

Helseplattformen, ein ny felles elektronisk pasientjournal, skal bli innført på sjukehus, i kommunar, hos fastlegar, avtalespesialistar, avtalefysioterapeutar og andre helseaktørar i Midt-Noreg. Helseplattformen er eit av Noregs største IT-prosjekt med store ambisjonar om felles journalsystem i Helse Midt-Norge. Helseplattformen blir eit særdeles viktig verktøy for å lukkast med omstilling og endring i utviklinga av framtidens helseteneste.

Innføringsprosjektet i Helse Møre og Romsdal, saman med 43 fagekspertar og 51 leiande superbrukarar, jobbar med å modne og førebu oss på å ta i bruk Helseplattformen frå april 2023. Alle klinikkar har starta arbeidet med modning, endringsleiing og gevinstrealisering for å gjere Helse Møre og Romsdal i stand til å ta i bruk ei ny journaløysing.

For å sikre god kommunikasjon til alle tilsette er det oppretta ulike nettverk og møteseriar der ein deler informasjon og diskuterer nødvendige endringar. Det er laga ei intranettside og ein har starta opp konseptet «Månadens tema» der ein fokuserer på dei store endringane som kjem med Helseplattformen, tema for tema, måned for måned.

Hausten 2021 fekk vi på plass demolab ved alle fire sjukehusa våre. Dei består av mobile PC-arbeidsstasjonar, nettbrett og mobiltelefonar, kor ein kan sjå og prøve ny arbeidsflyt. Mange seksjonar har nytta seg av dette tilbodet. Lokalt innføringsteam har i løpet av hausten vore på alle sjukehusa for å møte tilsette, fagekspertar, leiande superbrukarar, tillitsvalte, verneombod og leiarar.

4.2.3 | HMR SKAL PRIORITERE:

- realisere visjonen «Éin innbyggjar, éin journal» (4 år)
- betre samhandlinga mellom helseføretak, kommunar og fastlegar (4 år)
- redusere variasjon gjennom beslutningsstøtte (4 år)
- betre pasientsikkerheiten, auka pasientmedverknad og auke pasienttilfredsheit (4 år)
- nytte potensialet i «Helsa Mi» i samhandlinga med pasienten (4 år)

Lenke: [Gevinstmål Helseplattformen](#)



Frå overrekkinga av PET-CT-maskina 10. desember 2021. Både fagmiljøet - her representert ved radiograf Amalie Aarseth, - styret i helseføretaket og representantar frå Foreninga sjukehuset vårt deltok på overrekkinga. Og alt fire dagar seinare blei den første pasienten teke i mot.

4.2.5 | KUNNSKAPSBASERT FORBETRING AV TENESTENE

Det er ein overordna ambisjon for HMR å ha infrastruktur, medisinsk teknologi og kompetanse slik at vi utviklar og forbetrar helsetenestene. Slik blir vi også ein attraktiv arbeidsgivar. Den medisinske utviklinga skjer i eit rivande tempo, og skal vi lukkast med god fagutvikling, samt å rekruttere og behalde kompetanse, må vi gå i takt med utviklinga.

Kvalitet

Helseføretaket har over lang tid jobba for å forbetre tenestene gjennom systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerheit. Pasientane skal kunne stole på at tenestene i HMR er trygge og av god kvalitet. I dette arbeidet står læring etter avvik, tilbakemeldingar og klagar sentralt. Dei fleste av tilbakemeldingane vi får er frå eigne tilsette i form av avvik. Men tilbakemeldingane frå pasientar og pårørande, mellom anna i form av klager, er også svært viktig. Vi ønsker alltid å bli betre på det vi gjer, og er opptekne at alle skal oppleve å bli behandla med respekt, samstundes som dei skal få god behandling.

Erfaringa til no visar at dei fleste klagesakar blir behandla som enkeltsakar, og vi har som føretak eit uforløyst potensiale i å studere fellesnemnarar og adressere dei bakenforliggende årsakene til at pasientane ikkje opplever at tenesta ikkje innfrir til forventningane. Dette er noko brukarane er svært opptekne av og eit tema vi vil sjå nærare på i planperioden.

Å lære av feilhendlingar aleine er ikkje nok for å nærme oss ein nullvisjon for feilhendlingar og pasientskadar. I tillegg til å lære av feil, ser vi at vi også i større grad må ta inn læring frå det store fleirtal av pasientforløp som blir gjennomført med god kvalitet, der vi på tross av stor kompleksitet, lukkast med å tilby pasientane fremragande helseteneste.

HMR har eit godt og velfungerande smittevern med dedikerte smittevernressursar ved kvart sjukehus. Dette har gitt gode resultat knytt til førebygging av sjukehusinfeksjonar (HAI) og reduksjon av bruk av breispektra antibiotika over fleire år.

Dei siste seks åra er det nasjonalt innført ei rekke ulike pakkeforløp, hovudsakleg innan kreftbehandling, men også innan behandling av psykiske lidningar. Målet har vore å sikre pasientane kunnskapsbaserte, godt organiserte og føreseielege behandlingsforløp utan unødig forsinkelse i utgreiing, diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Implementering av standardiserte forløp reduserer grad av uønska variasjon mellom behandlingsforløpa, samtidig som det underbygger ein kultur for å dele kunnskap. Helsedirektoratet har bedt helseføretaka om å utpeike eigne forløpskoordinatorar for å sikre samanhengande pasientforløp og oppfølging utan unødig ventetid. HMR har til no ikkje klart å få på plass koordinator for alle pakkeforløp, men vil i planperioden arbeide for å få på plass dette.

Medisinsk-teknisk utstyr (MTU)

For å gi pasientane best mogleg behandling og oppfølging, treng vi fremragande diagnostikk. Effektiv diagnostikk, eit bredt og spissa tilbod, moderne maskinpark og kompetente medarbeidarar skal sørge for at vi gir eit godt og framtidretta tilbod.

Den krevjande økonomiske situasjonen helseføretaket har stått i over fleire år har resultert i manglande investeringar i MTU. I 2021 har det betra seg noko, då det frå overskotet blei sett av 100 MNOK ekstra til nødvendig MTU. I HMR er snittalderen på denne typen utstyr på 8,3 år, og det er stort behov for meir moderne utstyr samt oppgraderingar av eksisterande utstyr.

Vi tek også i bruk meir avansert utstyr knytt til avstandsoppfølging. Dette utstyret følgjer dei same kvalitetskrava både på opplæring og sikkerheit som utstyret som brukast inne på sjukehusa. Gode rutinar for vedlikehald, opplæring og tett samarbeid med kommunar og andre samarbeidspartar er avgjerande her. At vi har same brukarutstyr, både i kommunane og på sjukehusa, er trukke fram som eit viktig læringspunkt frå arbeidet som er gjort med antibiotikabehandling i heimen i Kristiansund.

PET-CT

I løpet av 2021 etablerte Helse Møre og Romsdal eit nytt diagnostisk tilbod med PET-CT. Maskina blei skjenka som ei gåve frå «Foreninga sjukehuset vårt» etter at dei samla inn pengar frå over 3000 givarar i fylket. PET-undersøkinga nyttast hovudsakeleg til kreft, men er også viktig i anna utgreiing. Det er høge forventningar til tilbodet, som vil bidra til kortare reiseveg for mange pasientar. Etableringa skjer i samarbeid med det nukleærmedisinske miljøet på St. Olavs hospital og blir drifta av det radiologiske fagmiljøet i Ålesund. PET-CT-maskina er midlertidig plassert i kreftbygget i Ålesund.

Areal for meir permanent plassering er under planlegging som ein del av dei bygningsmessige planane for Ålesund sjukehus.

Kunstig intelligens (KI)

Dei siste åra har det blitt gjort store framsteg innan kunstig intelligens (KI), og mykje av kunnskapen er godt eigna til bruk i helsevesenet. Med eit KI-system kan ein erverve seg kunnskap om komplekse samanhengar i ulike data. Dersom desse systema får tilgong på store mengder data, kan dei ta svært intelligente avgjerder. Til dømes er ein stor del av detaljplanlegginga av strålebehandlinga godt eigna for å bli erstatta av kunstig intelligens. Her vil gode modellar for bruk av KI vere tidsbesparende, samtidig som kvaliteten vil bli heva fordi ein reduserer den naturlege menneskelege variasjonen. På sikt ser ein også at dette feltet vil kunne opne for nye behandlingsmetodar som i dag er utanfor rekkevidde. I 2021 har stråleterapien gjennomført eit prosjekt der ein bruker kunstig intelligens som metode i strålebehandlinga av venstresidig brystkreft. I løpet av 2022 vil dette følgjast opp med eit prosjekt for høgresidig brystkreft og prostatakreft.

På lenger sikt ser vi for oss at KI kan forbetre helsetenesta med betre og meir effektiv diagnostikk, ein betre utnytting av ressursane og moglegheit for å utvikle nye legemiddel og nye behandlingsmetodar. Vidare utvikling innan dette fagfeltet vil fordre kompetent personell med spissa kompetanse innan fysikk, matematikk, statistikk og IT.

PCI

I dag blir PCI-behandling kun utført ved St. Olavs hospital i Helse Midt-Norge, og pasientane i Møre og Romsdal som har behov for slik behandling blir sendt dit. Ei etablering av eit PCI-senter i HMR vil ha betydning for både akutte, subakutte og planlagte utgreiingar for kransåresjukdom. Ei arbeidsgruppe utgreia behovet for eit PCI-senter i fylket. Rapporten vil vere eit viktig faktagrunnlag for vidare saksgang i regionen.

4.2.5 | HMR SKAL PRIORITERE:

- i større grad også lære av det som gjerast riktig (4/15 år)
- gjennomføre og vidareføre antibiotikastyringsprogrammet (4 år)
- aktivt bruke data frå kvalitetsregister for å forbetre helsetenestene våre (4 år)
- for å i størst mogleg grad tilby framtidretta helsetenester
 - vidareutvikle eigen fagkompetanse og knytte til oss framtidretta kompetanse (4/15 år)
 - investere i, og ta i bruk framtidretta utstyr (4/15 år)

Overlege Øystein Lian og ortopedisk avdeling ved Kristiansund sjukehus har eit pågåande prosjekt saman med St. Olavs hospital/NTNU sitt «Framtidens Operasjonsrom» der det er planlagt å ta i bruk kunstig intelligens i pasienttilpassa forløp ved proteseoperasjonar. Som eit ledd i dette prosjektet planleggast også bruk av "mixed reality", som inneber at ein brukar datastyrte einingar samt holografi for å optimalisere den operative prosedyra.





4.2.6 | STANDARDISERING

Standardisering er eit prioritert verkemiddel, som kan bidra til å redusere uønska variasjon og skape eit likeverdig helsetilbod. Standardisering gir også betre kontroll over ressursane, slik at vi lettere kan prioritere.

Den eine delen av standardisering omhandlar den medisinske behandlinga og arbeidsprosessane våre. Standardiserte persontilpassa pasientforløp, felles standardiserte fagprosedyrer og same tilbod om pasient- og pårørandeopplæring i regionen er med på å sikre effektive kunnskapsbaserte tenester med høy grad av pasientsikkerhet.

Alle pasientar har rett til det same tilbodet på

den same måten, og eit viktig verkemiddel her er persontilpassa standardiserte pasientforløp. Slike pasientforløp skal bidra til å sikre eit føreseieleg og kunnskapsbasert behandlingsforløp for den enkelte pasient. Forløpa beskriver kva type behandling pasienten skal få i ulike faser, kva fagkompetanse og ressursar som er nødvendig for å sikre god kvalitet og redusere uønska variasjon.

Den andre delen av standardisering omhandlar støttetjenester. Med fire sjukehus og omkringliggende institusjonar, representerer til dømes standardiserte løysingar innan innkjøp og logistikk eit stort potensial. Dette er beskrive i kapittelet om økonomisk berekraft.

4.2.6 | HMR SKAL PRIORITERE:

- vidareføre og utvikle lokale og regionale fagnettverk som eit verkemiddel for å oppnå standardisering (4 år)
- vidareføre arbeidet med standardisering av behandlingsprosedyrar og arbeidsprosessar på tvers av lokasjonar (4 år)
- sikre at pasient- og pårørandeopplæringa er ein integrert del av pasientforløpa (4 år)
- etablere rammar som styrkar kompetanseutvikling og likeverdig tilgang til evidensbaserte behandlingstilbod i psykisk helsevern/rus (4/15 år)
- redusere uønska variasjon og samhandlingsavvik med standardiserte tilvisningar og utskrivningsdokumentasjon gjennom Helseplattformen (4 år)



«Frå dag 1 må vi ivareta, oppmuntre og støtte LIS1. Vi skal hjelpe dei ferske legane med å finne sin plass og sørge for at dei veit at dei er av stor verdi for oss». - Klinikksjef Palma Hånes.
Ved Volda sjukehus har dei over tid jobba med rekruttering i eit langtidsperspektiv - spesielt innan fagområda anestesi, kirurgi og ortopedi. Her representert ved kirurgane på sjukehuset.

4.3 | REKRUTTERE, UTVIKLE OG BEHALDE PERSONELL

Dei tilsette sin kompetanse er den viktigaste ressursen i Helse Møre og Romsdal. For å sikre at vi yt den beste pasientbehandlinga, skal vi sørge for at pasienten møter den rette kompetansen.

Helse Møre og Romsdal er ein stor kunnskapsorganisasjon og dei viktigaste ressursane i organisasjonen er dei tilsette og kompetansen de sit på. Rekruttering av tilsette med rett kompetanse er ei sentral oppgåve for føretaket. Dei siste åra har mangel på helsepersonell innan fleire yrkesgrupper⁶, i tillegg til større samfunnsmessige endringar, vist at sjukehusdrifta er sårbar. Helseføretaket må i større grad enn tidlegare utdanne eige personell for å vere meir sjølvforsynt med dei ressursene føretaket treng.

Også i eit nasjonalt perspektiv er det eit stort og udekkta behov for helsepersonell som framover vil bli meir framtrekande. Dette skuldast fleire faktorar. Ei aldrende befolkning fram mot 2040 gjev ei klar auke i behovet for helsepersonell. I tillegg konkurrerer vi med andre offentlege og private aktørar om arebidskrafta i vårt nedslagsfelt. Eit godt tilrettelagt utdanningsløp for studentar og nyutdanna helsepersonell, saman med gode moglegheiter for fagleg utvikling og vidare- og etterutdanning, vil vere viktige faktorar for å rekruttere og behalde naudsynt kompetanse i føretaket.

4.3.1 | UTDANNING

Utdanning er ei av kjerneoppgåvene til føretaket. Utdanningsaktiviteten er høg og famnar både grunn-, vidare- og etterutdanning av helsepersonell og støttepersonell. Dette skjer i samarbeid med vidaregåande skular, høgskular og universitet, og baserer seg i stor grad på praksisbasert undervisning og opplæring.

HMR deltek i samarbeidsfora for utdanning og kompetanse saman med kommunane og utdanningsinstitusjonane i fylket. Lokalt er det oppretta arenaer der klinikk og stab i fellesskap samhandlar rundt utdanningsspørsmål.

STUDENTAR	TAL
Læringar	2 (6-8 frå 2022)
Sjukepleiarar i utdanningsstillingar	45 innan AIO + 16 jordmødre
Legar i spesialisering	94 LIS1 og 371 LIS2/3
Andre studentar i praksis	846 (BA) + øvrege

(Studentar i utdanningsløp 2021)

⁶ Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene. Dokument 3:2 (2019-2020)



Simulering har blitt eit viktig pedagogisk verktøy i utdanning og kompetansebygging for helsepersonell.

Føretaket har fortsatt satsinga på utdanningsstillingar i 2022 for spesialsjukepleiarar. Dette er ei viktig satsing som sikrar naudsynt kompetanse for framtida. HMR har også fagbibliotekstenester og simuleringstøtte via virtuell simuleringseining (VirtSim). Simuleringseininga bidreg mellom anna med aktivitetar for LIS1-legar, spesialsjukepleiarstudentar, samt ferdigheitstrening på sengepostar.

Årleg stiller føretaket over 1000 praksisplassar til disposisjon for utdanningane, der dei fleste er bachelorstudentar. LIS-legane skal også følgast tett opp, og det er eit behov for at rolla som utdanningskoordinerande overlege blir vidareutvikla.

For at vi skal ta i mot fleire studentar, er det eit behov for at fleire tek praksisrettlearutdanning framover. I samband med praksisplasshandteringa er vi dei første i regionen med eit digitalt oppfølgingskjema, for å

sikre god dokumentasjon på praksisprosessen samt god samhandling med aktuell klinikk.

Frå 2023 vil HMR i samarbeid med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU tilby eit desentralisert studieløp for 20 studentar på profesjonsstudiet i medisin. Basen vil vere ved NTNU Ålesund og inneber at all undervisning i 3. og 4. studieår, i tillegg til lokalsjukehuspraksis skal foregå i HMR. For Møre og Romsdal blir dette eit svært viktig bidrag i arbeidet med å betre rekrutteringa av legar både til primær- og spesialisthelsetenesta, samtidig som det styrkar kompetansen i helsetenesta i heile regionen.

Strategi- og handlingsplan for forskning, innovasjon, utdanning og kompetanse vil redegjere for meir detaljerte og spissa tiltak innanfor utdanningsområdet i Helse Møre og Romsdal.

4.3.1 | HMR SKAL PRIORITERE:

- utdanne sjølv gjennom å tilby utdanningsstillingar (4/15 år)
- bidra til å etablere infrastruktur for utdanning (4 år)
- auke samarbeidet rundt utdanning mellom klinikk og stab, regionalt i utdanningsnettverket, og med UH-sektoren, fylkeskommunen og kommunane (4/15 år)
- profesjonalisere praksisrettlearrolla og systematisere praksisplasshandteringa (4 år)
- auke tal lærlingar, særskilt helsefagarbeidarar (4/15 år)
- legge til rette for kombinerte stillingar med UH-sektoren for å understøtte samhandling, kompetanseoverføring og livslang læring som prinsipp (4/15 år)
- utvikle planar for å dekke kompetansebehovet på alle nivå, basert på felles metodikk (4 år)
- vidareutvikle VirtSim som koordinerande eining for simulering i føretaket



Frå ei seinvakt på Medisin 2 ved Ålesund sjukehus med kun mannlege sjukepleiarar og ein helsefagarbeidar på jobb. Avdelinga er ei av dei som har hausta gode erfaringer med lærlingar, og vidareført ordninga.

4.3.2 | REKRUTTERING, BEMANNING OG KOMPETANSE

Helse Møre og Romsdal si verksemd krev kompetanse innan mange og til dels svært spesialiserte område. Dei tilsette må ha nødvendig kompetanse for å sikre effektiv dagleg drift samstundes som vi må utvikle ny kompetanse og nytte eksisterande kompetanse på nye måtar. Det å sikre at våre tilsette utviklar seg i ønska retning, bidreg til innovasjon, fagutvikling og gode arbeidsmiljø er leiarane sitt viktigaste ansvar.

For å sikre berekraft i kompetanse og kapasitet skal vi drive planmessig organisasjonsutvikling som tek omsyn til framtidige behov. Endringar skal underbygge og legge til rette for styrt kompetanseheving og kompetanseutnytting. På område med særskilt mangel på fagkompetanse skal vi setje i verk tiltak for å sikre rekruttering samt kompetanseheving av eigne tilsette.

Rekruttering

Rekruttering er ei viktig, men krevjande oppgåve for helsetenester på alle nivå. Førretaket har dei siste åra satsa gradvis meir på spissa og utadretta marknadsføring for å sikre at vi treff rette målgrupper i rekrutteringsprosessar. I tillegg har vi nytta kortsiktige tiltak med spesialavtalar overfor yrkesgrupper som vi har stor mangel på eller er særleg rekrutteringssvake. Vi ser tydeleg at kortsiktige rekrutteringstiltak ikkje vil løyse utfordringane våre i framtida.

Forsking viser at det er meir truleg at dei som tek utdanning i fylket blir verande i regionen over tid. Dette gjeld også for legespesialistar i nokon grad. Derfor er relevante utdanningstilbod ved høgskular og universitet i fylket avgjerande for vår framtidige rekruttering. For å knytte kontaktar og fange interessa hos framtidige medarbeidarar har vi også lagt auka vekt på å vere synlege og aktive i høgskule- og universitetsmiljøa.

Å sikre ein god introduksjon til arbeidsplassen er ei god investering for å behalde tilsette. Det er nyleg utvikla eit rammeverk for mottak av nye tilsette som skal vil bli implementert i løpet av dei neste åra. Rammeverket vil også gjelde mottak av nye leiarar. Dette skal sikre eit godt og konsekvent mottak av alle tilsette, leiarar og studentar. I tillegg vil det forenkle leiarane sitt arbeid med introduksjon, opplæring og integrering av nye tilsette.

Kompetanseheving og oppgåveglidning

Like viktig som å rekruttere nye tilsette, er det å utvikle kompetanse i eigen organisasjon. Livslang læring er eit viktig prinsipp vi skal byggje vidare på. Vi ønskjer å legge til rette for å utvikle våre eigne tilsette til spesialistar der det er mest hensiktsmessig. I dag er det til dømes stor mangel på spsjalsjukepleiarar og jordmødre, og helseføretaka konkurrerer om kompetansen. Det nordiske rekrutteringsmarkedet er prega av det same. Erfaringane hittil tydar

på at det mest effektive tiltaket for oss er å utdanne våre egne spesialsjukepleiarar gjennom utdanningsstillingar med stipend. Det er godt med søkarar til desse stillingane, og søkarane er ofte frå fylket eller har ønske om å arbeide i vår region.

Vi må også leggje til rette for oppgåvegledning på alle nivå. Det betyr at når det er hensiktsmessig skal oppgåver flyttast til mindre spesialisert helsepersonell, noko som er avhengig av tett samarbeid og informasjonsdeling mellom tilsette. Desse endringane er det forventa at fagmiljøa sjølve skal initiere og gjennomføre. Også her skal vi synleggjere suksesshistorier og sørge for å lære av dei som har lukkast.

Det er gjennomført ulike omstillings- og utviklingsprosjekt siste åra og døme på vellukka prosjekt med oppgåvegledning ser vi ved fleire poliklinikkar der sjukepleiarar no har oppgåver som tidlegare blei utført av legar. Fleire radiografar utfører også oppgåver som radiologar tradisjonelt har utført. Desse prosjekta bidreg til nødvendig omstilling av drifta, kompetanseheving hos tilsette, frigjerung av tid for spesialistar, samstundes som ventetidene for pasientane går ned. Eit anna døme på tiltak er tilsetning av helsefagarbeidarar til å utføre nokre av oppgåver som sjukepleiarar tidlegare har utført. Det bidreg til å avhjelpe utfordringar knytt til rekruttering og knappheit på tilgang til ressursar.

Hindre fråfall

Framskrivningane visar at HMR sin tilgjengelige kompetanse er svært sensitiv for turnover. Ved å redusere uønska fråfall vil ein minske det årlege rekrutteringsbehovet betrakteleg og ein kan lettare tette gapet mellom den forventa aktivitetsveksten og tilgjengeleg personell. Saman med ei større satsing på utdanning av eige personell, blir det å følge opp turnover særskilt viktig for å sikre rett og tilstrekkeleg bemanning.

Dersom vi greier å hindre ein del av fråfallet som skuldast faktorar som vi kan påvirke, vil vi både behalde verdifull kompetanse og redusere behovet for nyrekrutteringar. Systematisk oppfølging av medarbeidarar vil gjere oss i stand til å fange opp desse faktorane tidleg og dermed kunne setje inn kompen- serande tiltak.

Den eksponeringsfaktoren som er minst forska på, men som har potensiell stor påverknad for mange av våre tilsette, er belastning ved emosjonelt arbeid⁷. Systematisk vurdering av risiko for slik belastning med påfølgande utprøving av konkrete tiltak vil gjere oss betre i stand til å forebygge overbelastning, helseplager og fråfall.

Lokalt partssamarbeid er ein vesentleg faktor for å lukkast med arbeidsmiljøarbeid og utvikling av arbeidsplassen. Hovedarenaen for dette hos oss skal vere samarbeidsråd i den enkelte seksjon. Dette er den jamlege møtearenaen mellom leiar, tillitsvalde og verneombod.

Helse Møre og Romsdal har eit godt etablert samarbeid med NAV Arbeidslivssenter gjennom IA-avtalen. Saman med NAV Arbeidslivssenter har HR-seksjonen, Bedriftshelsetenesta, føretaksverneombod og føretakstillitsvalde i Helse Møre og Romsdal utvikla eit e-læringskurs og tre opplæringsmodular for leiarar, verneombod og tillitsvalde. Tema i opplæringa er det viktige partssamarbeidet, førebygging og handtering av sjukefråver.

Heiltidskultur er eit viktig mål i HMR. Helseføretaket har derfor hatt eit eige prosjekt for å kartlegge deltid, og prosjektgruppa har kome med forslag som skal prøvast ut framover. Døme på dette er kombinerte stillingar på sengepostar og poliklinikkar, innhenting av meir detaljert oversikt over uønska deltid, og lage ein policy for heiltid i HMR.

4.3.2 | HMR SKAL PRIORITERE:

- at tilsette får kompetanseheving knytt til føretaket sitt behov (4 år)
- styrke strategisk kompetanseplanlegging og innrette planlegging av bemanning mot berekraft i kompetanse og kapasitet (4/15 år)
- gi leiarane verktøya og kompetansen dei treng for å planlegge, gjennomføre, evaluere og forbetre rekrutteringsarbeidet på si eining (4 år)
- lære av dei beste for å tiltrekke oss og rekruttere riktige medarbeidarar (4/15 år)
- implementere rammeverk for mottak av nytilsette og studentar (4 år)
- implementere «Der skoen trykker» (4 år)
- heile stillingar skal vere normen i HMR (4/15 år)
- jobbe for eit arbeidsmiljø og ein arbeidsbelastning som bidreg til å behalde og utvikle personell (4/15 år)
- arbeidet med livslang læring som prinsipp (4/15 år)

⁷ HMS i offentlig sektor (2020), Ose og Busch

4.3.3 | LEIING

Balansen mellom å drifte og utvikle seksjonar og avdelingar er krevjande, og leiarar har behov for å bli støtta og rettleia. Vi har ei utfordring med utskiftningar i leiarlinja, noko vi jobbar målretta med. Mellom anna er det eit mål å støtte leiarane til å vidareutvikle kompetansen på ressursstyring, rekruttering, medverknad og endring. Tilbod som understøttar systematisk utvikling av leiarrolla for den enkelte, med spesialhelsetenesta som ramme, vil bli prioritert. Vi ønsker i første del av planperioden å vidareføre tiltak som bidreg til utvikling for den enkelte og som bidreg til reduksjon av fråfall.

Det er avgjerande med tett og kvalitativ god opplæring av nye leiarar for at dei skal meistre oppgåvene og utvikle seg i ønska retning i rolla. Næraste leiar er ansvarleg for mottak og tildeling av kompetanseplanar i Kompetanseportalen. For å porsjonere ut opplæringa nyttar vi ein kombinasjon av e-læring, kurs, samlingar og individuell opplæring frå fagpersonar. Erfaringa med desse tiltaka har synleggjort behov for ytterlegare systematikk i mottak av nye leiarar og i leiarskifte. Vi ønsker også å utvikle og gjere rolla som leiar for leiarar enda tydelegare.

Den enkelte leiar sitt utviklingsbehov skal vere tema i jamlege samtalar med næraste leiar og eventuell mentor/rettleiar. For å bidra til gode dialogar blir det nytta både leiaravtalar og utviklingssamtalar. Det er utvikla ny mal for utviklingssamtale for leiarar som blir tatt i bruk i 2022.

Ei viktig satsing for nivå 2- og nivå 3-leiarar er regionalt toppleiarprogram i Helse Midt-Norge. Her vil HMR få tilbod om å sende mellom 8 - 10 deltakarar frå 2023. Tema og læringsmetodikk frå dette programmet vil bli overført til utviklingstiltak for nivå 4-leiarar etter kvart som ein haustar erfaringar.

Vi ønsker å utvikle program for ulike målgrupper som spesifikt svarar ut behov og utfordringar for desse gruppene. Døme på målgrupper er leiarar for sengepostar, leiarar for legar, leiarar for leiarar eller klinisk teamleiing uavhengig av linjeleiarstilling.

Leiargruppemøte, på alle nivå, er ein av dei viktigaste fora for å dele og lære av kvarandre sine erfaringar, samt for å planlegge, gjennomføre og evaluere endringar og forbetringstiltak. Leiargrupperutvikling som fast program blei innført i 2019 i HMR og vil vere eit viktig tiltak i planperioden. Vi vil prioritere avdelingsråd (leiargruppene til nivå 3-leiarane) for at flest mogleg leiarar på nivå 4 skal få dette tilbodet.

HMR skal framover tydeleggjere kva som er forventa av våre leiarar, gi kunnskap, verktøy og motivasjon til å bli ein betre leiar og bidra til å utvikle felles leiar-kultur i tråd med verdiane våre.

4.3.3 | HMR SKAL PRIORITERE:

- vidareutvikle leiarskapstiltak jfr modell over:
 - leiar mobilisering
 - tilbod til nye leiarar
 - utvikle innhald til fysiske samlingar
 - etablere basisprogram for leiarar
 - etablere mentorordning
 - etablere leiargrupperutvikling (4 år)
- delta i utvikling og implementering av regionalt toppleiarprogram (4 år)
- bygge vidare på regionalt leiarprogram for nivå 2 og nivå 3-leiarar, overføre tema- og læringsmetodikk til opplæringstiltak for nivå 4-leiarar
- prioritere nivå 3-leiarar for samlingar
- utvikle leiarutviklingstiltak og sikre leiarstøtte gjennom tilgang på god styringsinformasjon og hensiktsmessige støttesystem/-funksjonar (15 år)
- innføre system- og kvalitetssikring ved leiar-skifte (4 år)



INDIVIDUELL LEIAROPPLÆRING OG UTVIKLING

NY SOM LEIAR

- Kompetanseplan for nye leiarar
- Modul 1: Introduksjonsmøte
- Modul 2: Kvalitet i leing*
- Modul 3: Leiarrolla*



OPPLÆRING ALLE LEIARAR

- HR-timen
- Temabasert opplæring
- Kompetanseplanar



INDIVIDUELL UTVIKLING

- Utviklingssamtale med eigen leiar
- Mentorprogram*
- Refleksjonsgrupper for seksjonsleiarar



EKSTERNE TILBOD

- Regionalt toppleiarprogram*
- Nasjonalt toppleiarprogram

Målgruppe: Toppleiarar



UTVIKLING AV LEIARGRUPPER

LEIARGRUPPEUTVIKLING

Program basert på boka «Effektive ledergrupper»
 Modell A: med prosessdrivarar
 Modell B: digitalt program DIFI



WALLBREAKERS – LEING AV ENDRING I PRAKSIS

Fasilitert øving av leing i endring



LEINGSARENAER

LEIARSAMLINGAR

Administrerande direktør sine jamnlege samlingar for alle leiarar



LEIARGRUPPEMØTE PÅ FORETAK, KLINIKK OG AVDELINGSNIVÅ



SAMARBEIDSRÅD



FELLES MÅL

Sikre at organisasjonen går i takt gjennom:

- Felles plattform og rammeverk for leing og utøving av arbeidsgivarrolla
- Enheitleg og heilheitlig leing

*Implementering i 2022

Modellen viser dei ulike tiltaka som våre leiarar skal nytte til opplæring og utvikling av eige leiarar.
 Modellen inneheld opplæring og utvikling på individnivå, utviklingsprogram og –aktivitet for leiarar på alle nivå samt dei ulike organisasjonsarenaene der leiarar blir utvikla og forma.



«Barn- og unges helseteneste» er ei av de største satsingane Helse Møre og Romsdal gjer i samarbeid med kommunane, og består av sju samhandlingsforløp for dei vanlegaste psykiske plagane hos barn og unge. Målet er å gi barn og unge eit samanhengande tilbod, samtidig som informasjon for barn, unge og pårørande skal vere lett tilgjengeleg. Ungdomsrådet er ein viktig og engasjert bidragsyter i satsinga.

4.4 | GODE LAGSPELARAR

Vi tenker heilskap og samhandling. Vi nyttar kvarandre på ein best mogleg måte til det beste for pasienten.

Pasientene forventer og har krav på ei samanhengande helseteneste. For å lykkast må helsepersonell på alle omsorgsnivå spele kvarandre gode, vite kva neste ledd i pasientforløpet treng og kva den enkelte kan bidra med for å gjere oppgåva for nestemann enklare.

Digitale løysingar skal bidra til å gjere samhandlinga betre, noko som forutset at alle aktørane samarbeider om å finne dei beste løysingane. I helsefellesskapet skal kommunane og føretaket planlegge og utvikle tenester saman med brukarar og fastlegar.

4.4.1 | SAMHANDLING OG HELSEFELLESKAP

I tråd med Nasjonal helse- og sjukehusplan 2020-2023 og eigen avtale mellom regjeringa og KS har HMR og kommunane revidert sine samarbeidsavtaler i samsvar med prinsippa for helsefellesskap⁸. I Helsefellesskap Møre og Romsdal møtast representantar frå helseføretaket, tilhøyrande kommunar, fastlegar og brukarar. Det er særleg fire pasientgrupper som blir prioritert i samarbeidet: barn og unge, personar med alvorlege psykiske lidingar og ruspro-

blem, og skrøpelege eldre og multisjuke.

Helsefellesskapet skal bygge på ei løysingsorientert tilnærming der vi opptrer som likeverdige partnarar. Vi skal ha ei klar ansvarsfordeling og god ressursutnytting, med mål om at avgjerder blir tatt så nær pasienten som mogleg.

Samarbeidsstrukturen skal tydelegare skilje på det overordna, strategiske, og det lokale og faglege nivået i samarbeidet. Organisering i helsefellesskap sikrar eit tettare samarbeid med fastlegar og brukarar, ved at dei er representert i alle utvala. Vi samarbeider også med fastlegane gjennom praksis-konsulentordninga i Møre og Romsdal og Møteplass Møre og Romsdal.

Eit døme på eit vellykka tiltak er innføring av digitale dialogmeldingar i 2020 etter modell frå Helse Vest. Målsettinga er å erstatte brev og telefonsamtalar med digitale meldingar og slik bidra til god og effektiv informasjonsutveksling mellom fastlegar og behandlarar i sjukehus. Slike meldingar er i bruk i heile regionen og det er opna for å bruke dialogmeldingar også til andre helseregionar i landet. Vi erfarer at dialogmeldingane bidreg til viktige og

⁸ [Helsefellesskap Møre og Romsdal](#)



- Ingen har lyst til å vere på sjukehus meir enn det må, seier Anders Vaagen og Lisbeth Nykrem. Dei var det første pare som fekk reise tidlegare heim med nyfødte Axel med fulldigital heimeoppfølging i samarbeid med heimkommunen.

presise avklaringar knytt til behandling av pasientane sine helseutfordringar. Meldingane er spesielt godt eigna for kommunikasjon rundt multisyke pasientar med hyppige kontaktar på begge behandlingsnivå. Det blir sendt omkring 130 slike meldingar til og frå lege/behandlar kvar dag og omtrent like mange til og frå sjukepleiartenesta.

Helseplattformen og innbyggjarportalen HelsaMi blir vårt viktigaste verktøy for å sikre betre informasjonsflyt i samhandlingsforløpa kring pasienten. Med dette verktøyet får vi nye moglegheiter til å styrke brukarmedverknad og dialog med pasient og pårørende. Ny teknologi legg samtidig til rette for at vi kan tenke nytt om utvikling av pasientforløp. Det er ei nasjonalpolitisk forventning om å dreie ressursbruken slik at fleire får tilbod om helsetenester i egen heim og at heimen i større grad kan bli behandlingsstad både for spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Dette føreset samtidig eit tett og nært samarbeid med fastlegar, brukarar og deira pårørende, og bør følgjast tett opp i helsefelleskapet.

«Det utadvendte sjukehuset» er eit viktig reiskap for å realisere visjonen om pasienten si helseteneste. For å møte eit aukande behov for helsetenester med med avgrensa tilgong på ressursar, er det heilt

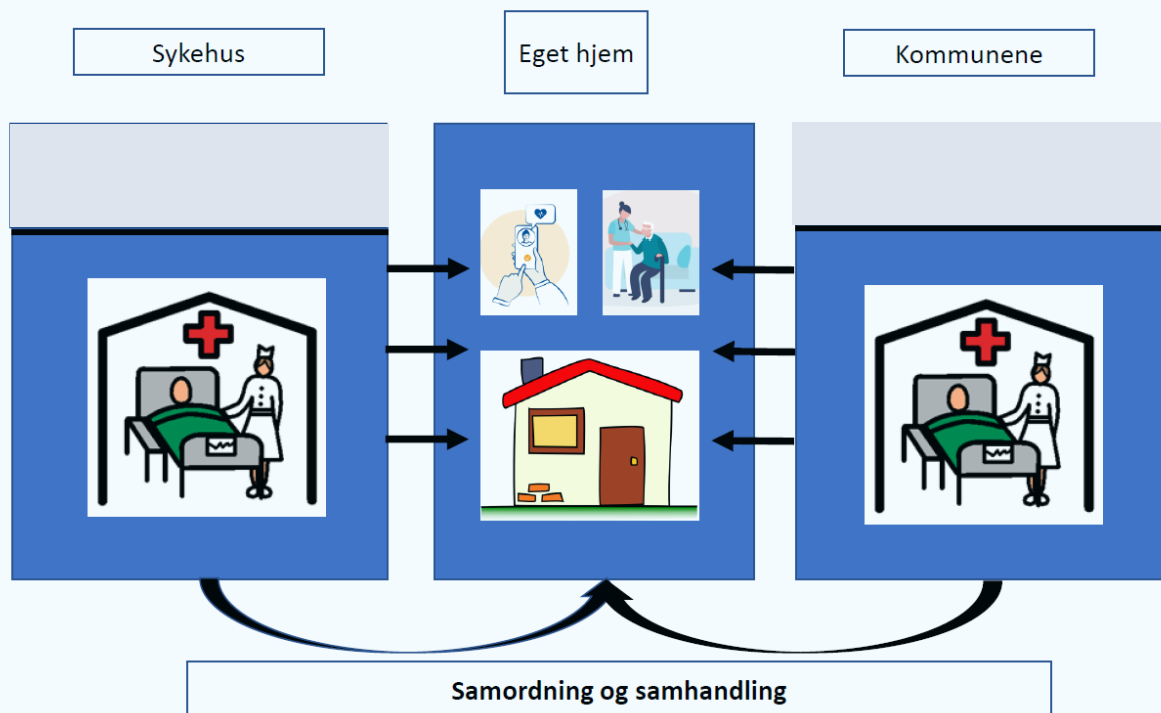
avgjerande at vi lykkast med nye samarbeids- løysingar og nye behandlingsformer. Eit døme på dette finn vi ved nyfødt intensiv på Ålesund sjukehus, som har utvikla tilbod om tidleg heimreise for barn i spisetreningsperioden med digital heimeoppfølging via video (NAST). Tilbodet blir gitt i tett samarbeid med foreldre og lokal helsestasjon i kommunen.

I 2020 blei det satt i gang eit større forskingsprosjekt knytt til koronapandemien. Formålet er å studere samhandlingsmønster mellom spesialisthelsetenesta, kommunehelsetenesta og brukarorganisasjonar i eit «før, under og etter» pandemiperspektiv. Studien ønsker å undersøke om pandemien har påverka samarbeidet, om der er utvikla nye tenestemodellar og kva lærdom som kan takast med inn i framtida.

Prioriterte pasientgrupper i helsefelleskapet

Innan psykisk helse og rus ser vi ei auke i tal pasientar med samansette helseutfordringar, der både rus, psykisk helse, somatikk og habilitering er ein del av biletet, og som samla sett kan gi betydeleg nedsett funksjonsevne. For å unngå at psykisk sjukdom blir utvikla, er det viktig å identifisere menneske som står i fare for å utvikle psykiske og/eller rusrelaterte helseplagar så tidleg som mogleg.

Bærekraftig planlegging – felles mål og strategier



Figur: Kristiansand kommune (revidert)

Med bakgrunn i ei stor auke i tal tilvisingar til psykisk helsevern barn og unge, er det derfor etablert eit viktig samarbeid og ei felles satsing mellom helseføretaket og kommunane gjennom arbeidet med «Barn og unges helseteneste i Møre og Romsdal». Målsettinga er å utvikle pasientforløp som sikrar at barn og unge som har utfordringar innan psykisk helse, skal få helsehjelp frå rett teneste når dei treng det. Erfaringar frå tilsvarande arbeid i Helse Fonna har resultert i at roller og ansvar mellom kommunane og spesialisthelsetenesta har blitt tydelegare og ført til meir heilskap i tenestene.

Barneblikk er ei anna satsing som gir utvida oppfølging til gravide og småbarnsfamiliar som er råka av rus eller psykiske vanskar. Barneblikk sitt familieteam er opptatt av kva som er viktig for barnet, kva som er viktig for det enkelte familiemedlem, og kva som er viktig for familien. Barneblikk er organisert med felles eigarskap og drift mellom kommunane og HMR, og er oppretta i fire vertskommunar. I 2021 fekk 414 personar oppfølging. Dette er ei auke på ca. 60 % frå 2020. Talet inkluderer 136 spedbarn.

Eldrereforma «Leve heile livet» er regjeringa si hovudsatsing for at eldre kan leve livet lenger og ha ein trygg, aktiv og verdig alderdom.

Vi blir stadig fleire eldre, og tal personar i Noreg som er 70 år eller eldre er forventa å meir enn doblast fram mot 2060. Mange eldre er ressurssterke og ønsker å delta, noko som krev at samfunnet legg til rette for dette. Framskrivingar visar samtidig at med auka alder kan ein forvente at fleire treng helsehjelp og fleire vil utvikle demens. Denne utviklinga vil føre til større etterspørsel etter helsetenester både i primær- og spesialisthelsetenesta. Med kjente utfordringar knytt til å sikre tilstrekkeleg kapasitet og kompetanse innan fleire fagområde, ser vi at denne situasjonen bli krevjande. Det vil fordre godt samarbeid, gode planar og brukarmedverknad, nye arbeidsmåtar og bruk av teknologi.

I Helse Møre og Romsdal er det ei prioritert satsing knytt til vurdering og rettleiing frå geriater om behandlingsforløp internt i føretaket men også ut mot kommunehelsetenesta. Dette kan gjelde spørsmål knytt til innlegging i sjukehus og felles vurderingar for å sikre at skrøpelege eldre i størst mogleg grad kan få helsetenester i kommunen dei bur i. Innføring av palliativ plan i Møre og Romsdal har mellom anna som mål å vere i forkant av utfordringar gjennom dialog og førebunde samtaler mellom behandlar, pasient og pårørande. Dette skal bidra til tryggleik, auka levetid og livskvalitet.

4.4.1 | HMR SKAL PRIORITERE:

- innføre og utvikle revidert samarbeidsstruktur i Helsefelleskap Møre og Romsdal (4 år)
- utarbeide gode samhandlingsforløp og setje i verk konkrete samarbeidstiltak (4 år)
- implementere nasjonale pakkeforløp (4/15 år)
- bruke Helseplattformen og HelsaMi som eit verktøy for informasjonsflyt, pasienthandtering og pasientdialog for å understøtte gode samhandlingsprosessar (4/15 år)

HEILSKAPELEGE, LIKEVERDIGE OG gode helsetenester for alle barn og unge i Møre og Romsdal

- Sikre tydeleg rolleavklaring og ansvarsfordeling av tenester til barn og unge med psykiske vanskar/lidingar/rus
- Føreseielege og koordinerte tenester for barn med samansette behov
- Utvikle samarbeidsarena for kommunale tenester og spesialisthelsetenesta for gjensidig informasjon og implementering av felles oppdrag
- operasjonalisere Klinikkk for psykisk helse og rus sin eigen handlingsplan

VAKSNE MED ALVORLEGE PSYKISKE lidingar og rusavhengigheit skal få eit heilskapeleg pasientforløp med klar ansvarsfordeling mellom helseføretak og kommune

- konkrete forbetningsområder i helsefelleskapet med bakgrunn i rettleiaren «Saman om meistring»
- utvikle samarbeidsfora på operativt/fagleg nivå for erfaringsutveksling og konkret forbetningsarbeid knytt til beste praksis
- legge til rette for kompetanseheving for
 - helsepersonell
 - brukararar og pårørande
- Operasjonalisere klinikkens eigen handlingsplan

SKRØPELEGE ELDRE OG PERSONAR med fleire kroniske lidingar skal oppleve helsetenester som blir lagt til rette heime der dei lever og bur, som er koordinerte, samanhengande og bidreg til best mogleg livskvalitet

- bidra i utvikling av eit aldersvenleg samfunn
- styrke bevisstgjerung om brukarmedverknad gjennom «Kva er viktig for deg»- samtalen (førehandssamtalen)
- vidareføre og vidareutvikle arbeidet med pasientforløpet for den eldre multisjuka, og palliativ plan
- sikre kompetanse på rett stad
 - spesialistkompetanse i primærhelsetenesta
 - erfaringsutveksling på tvers av tenestnivå
 - bruk av velferdsteknologi og digitale oppfølgingsverktøy



I pandemihandteringa har smittevernrådgivarane spelt ein sentral rolle. Ansvaret er for smittevern er sentralt organisert, men desentralt plassert slik at rådgivarane kan følgje opp fagmiljøa rundt sitt sjukehus. Målet er å ha felles standardiserte prosedyrar og sørge for at desse blir etterlevd i dei ulike fagmiljøa.

4.4.2 | FUNKSJON- OG OPPGÅVEDELING

Klinikkstrukturen har i store delar av somatikken endra seg frå å vere tverrgående til å bli stadleg. Dette har ført til at leiarlinja er tettare på det kliniske arbeidet på kvart sjukehus. For å sikre eit godt samarbeid på tvers i dei ulike fagområda er det viktig at fagmiljøa har jamnleg dialog. Dette ivaretek ein gjennom lokale fagnettverk i HMR, som består av tverrfagleg representasjon innanfor verkeområdet til fagnettverket. Fagnettverka innanfor alle område i helseføretaket er ein viktig arena for å auke kvalitet og pasientsikkerheit på tenestene innan eige fagområde, samt følgje opp utdanning og forskning der det er relevant.

Fagnettverka jobbar for å redusere uønska variasjon på tvers i føretaket samtidig som dei har ansvar for oppdatering av aktuelle fagprosedyrer jamfør endringar i nasjonale retningslinjer/pasientforløp. Fagdirektør har ansvar for fagnettverka og har årleg møte med leiarane. Det er eit mål at fagnettverka

skal legge til rette for fagleg utvikling ved alle sjukehus og institusjonar i føretaket, noko som vil bli ei prioritert satsing framover.

Leiar for dei ulike fagnettverka deltek, saman med klinikkjef, ofte i dei regionale fagleiarnettverka. Gjennom dette sikrar vi ein involvering i og implementering av regionale prosessar. Arbeidet knytt til innføringa av Helseplattformen er mellom anna sentralt her.

Tilrådingar til dei ulike fagområda knytt til oppgåve- og funksjonsfordeling som var presisert i førre utviklingsplan er ivareteke og gjennomført i stor grad med nokre justeringar. Det er behov for å sjå nærare på nokre av framover for å sikre best muleg pasienttilbod, spesielt knytt til nytt sjukehus SNR.

Med andre føretak

4.4.2 | HMR SKAL PRIORITERE:

- vidareutvikle fagnettveka med mål om å harmonisere samarbeidet mellom klinikkane internt
- vidareutvikle fagnettveka internt i HMR, men også regionalt, med omsyn til standardisering av behandlingssprosydar
- jamleg evaluere hensiktsmessig bruk av ressursar innanfor dei enkelte fagområda i føretaket, for å sikre at pasientane får tilbod på rett tid og rett stad med rett fagkompetanse
- samarbeide tett med dei andre føretaka i regionen om innføring, vidareutvikling og utnytting av Helseplattformen
- vidareføre arbeidet med fleire regionale behandlingsforløp med utgangspunkt i Helseplattformen
- redusere tal gjestepasientar som tilhøyrrer HMR men som får behandling på andre institusjonar med 5 %.

4.4.3 | BRUK AV ANDRE AKTØRAR

Helse Møre og Romsdal har eit etablert eit godt samarbeid med andre føretak i regionen. Mange fagområde har formaliserte og standardiserte samarbeidsformer i form av til dømes pasientforløp. Dette vil også bli ein viktig del av Helseplattformen. For dei fleste av pasientforløpa vil pasientar frå Møre og Romsdal få tilbod om spesialisthelseteneste ved eit av sjukehusa i fylket. Men for nokre forløp vil pasientane ha behov for eit meir spesialisert tilbod.

St. Olavs hospital har regionsjukehusfunksjon i Helse Midt-Norge og er ein viktig fagleg samarbeidspartnar som HMR har stor tillit til. Det er i hovudsak på St. Olavs hospital pasientane med dei mest kompliserte tilstandane blir behandla. Gjennom å utvikle gode regionale forløpsbeskrivingar skal vi sikre at pasientane i heile region Midt-Norge får tilgong på tenester som kun blir tilbudd på regionnivå. Samstundes er det essensielt at digitale løysingar blir nytta der det er hensiktsmessig for å unngå unødige reiser for våre pasientar. Ein bør vidareutvikle dette tilbodet med trekantkonsultasjonar der helsepersonell i HMR deltar saman med St. Olavs hospital. Det er óg viktig med tett dialog mellom dei ulike sjukehusa for å sikre at pasientane kan få tilbod om kontrollar og oppfølging lokalt der det er mogleg.

I arbeidet med ny inntektsfordelingsmodell blei det sett i gong eit regionalt arbeid der målsettinga er at lokalsjukehuspasientar i størst mogleg grad skal behandlast i sitt bustadsområde. Ein del av bakgrunnen for dette er at vi ser ein betydeleg pasientlekkasje, spesielt frå norddelen av fylket, til St. Olavs hospital. Det overordna målet er at flest mogleg av pasientane skal får behandling ved eiga lokalsjukehus.

Konsekvensane av dette er at ein reduserer kostnadane ved pasientreiser og reisebelastninga det førar med seg for pasientar og pårørande. Samtidig bidreg det til å styrke lokale fagmiljø.

Det er også eit politisk styringssignal å tilby ei desentralisert helseteneste der det er formålstenleg. I oppdragsdokumentet frå Helse- og omsorgsdepartementet til dei regionale helseføretaka ligg det ei forventning om å avklare kva elektiv verksemd som kan flyttast frå større sjukehus til mindre sjukehus. Dette vil bli viktig internt mellom sjukehusa i HMR, så vel som frå regionsjukehuset til lokalsjukehusa i Helse Midt-Norge.

I tillegg til dei offentleg eide sjukehusa omfattar spesialisthelsetenesta også avtalespesialistar og private leverandørar med avtale.

Avtalespesialistar

Avtalespesialistar eit viktig supplement i tilbodet til befolkninga, og sjølv om det er det regionale helseføretaket som er ansvarleg for etablering av avtaleheimlar, er det viktig at det skjer i tett dialog med lokalt helseføretak. Avtalespesialistane følgjer dei samme prinsippa for rettighetsvurdering som spesialisthelsetenesta for øvrig, og har ein tett dialog med fagmiljøa i HMR om fagleg oppgåvedeling.

Private leverandørar med avtale

Som ein del av tilbodet om spesialisthelseteneste i regionen har den offentlege helsetenesta avtalar med private sjukehus og andre tenester innan TSB, psykiatri, somatikk, habilitering og rehabilitering. Det er det regionale helseføretaket som årleg inngår avtalar med dei ulike tilbyderane. Framover ønsker HMR ei utvikling der dei lokale føretaka i større grad enn no leverer tenester til befolkninga i eigen regi. I tråd med evaluering av opptrappingsplan for habilitering og reabilitering, ønsker vi ei konsekvensutgreiing for meir hensiktsmessig gjennomføring av rehabiliteringstenester og etablering av heilskapelege pasientforløp, der ein må sjå på om det er grunnlag for å tilbakeføre nokre av oppgåvane og ressursane som nyttast på private aktørar tilbake til HMR.

Offentleg og privat helsetjeneste

Den delen av private virksomheiter sine helsetenester som vert finansiert av det offentlege gjennom driftstilskudd eller kjøp av helse- og omsorgstenester, vert rekna med i den offentlege helsetenesta. Drift som går ut over dei inngåtte avtalane reknast som privat helseteneste. I spesielle tilfelle vert også behandling i utlandet omfatta av den offentlege helsetenesta.

4.4.3 | HMR SKAL PRIORITERE:

- vidareføre og utvikle samarbeidsavtalane
- etablere felles tilvisningsmottak innan psykiatrien



Då Viking Sky havarete i mars 2019, blei det mobilisert breitt i heile helseføretaket. Totalt 180 helsepersonell frå HMR bidrog i redningsaksjonen, der 36 passasjerar blei brakt til sjukehusa i Kristiansund og Molde.

4.4.4 | BEREDSKAP

Helse Møre og Romsdal er organisert med eit taktisk, eit operasjonelt og eit strategisk beredskapsleiarivå. Ved hendingar vil sentral kriseleiiing handtere strategisk leiiing, medan den sentrale krisestaben har ansvaret for den operasjonelle beredskapsleiiinga. Lokale krisestabar eller tilsvarende vil tek hand om den direkte operative leiiinga på lokasjonen. I 2012 innførte føretaket «proaktiv stabsmetodikk» som møtemetodikk for beredskapsleiiinga ved ekstraordinære beredskaps- og krisehendingar. HelseCim nyttast som verktøy for loggføring og rapportering etter fastsatte malar, og nyttast også for varsling og mobilisering av kriseleiiing. Ved akutte ekstraordinære beredskapshendingar nyttast Everbridge beredskapsvarslingsystem som primært mobilisering. Erfaringsgrunnlaget er basert på regelmessige øvingar samt reelle hendingar.

Helseføretaket har stått i fleire hendingar der beredskapsorganisasjonen har blitt satt på prøve- dei siste Viking Sky-hendinga frå 2019 og koronapandemien i 2020. Helseføretaket øver årleg på fullskala massetilstrømning av pasientar, og øvingane rullerar mellom dei fire sjukehusa i fylket.

For å levere helsetenester treng vi helsepersonell, ekom-tenester, kraftforsyning, vannforsyning, avløpsforsyning, drivstofforsyning, vare- og persontransport, satellittbaserte tenester og meteorologiske tenester. Bortfall av kritiske innsatsfaktorar vil hurtig ramme vår evne til å yte helsehjelp. Nasjonalt analyserar Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Helsedirektoratet, Politiets sikkerhetstjeneste m.fl risikoar som er relevant for helseføretaket og helsefelleskapet.

4.4.4 | HMR SKAL PRIORITERE:

- tydeleggjere roller, ansvar og myndigheit i beredskapsarbeidet mellom einingar/fagområde internt
- vidareutvikle kompetansen i organisasjonen knytt til kriseleiiing
- sørge for eit oppdatert og omforent risikobilette i regionen
- sørge for å vidareutvikle krisestøtteverktøy med tilfredsstillande funksjonalitet og sikre kompetanse i bruk av desse



For å nytte ambulanseressursane på ein rasjonell måte har HMR gjennomført eit vellukka prøveprosjekt med sjuketransportbilar for pasientar som ikkje treng tilsyn, overvaking eller behandling på reisa. Dei kvite bilane bidreg til at pasientane med det største omsorgsbehovet får eit styrka pasientreisetilbod, samtidig som akuttberedskapen blir betra ved at ein flyttar reinetransportoppdrag frå ambulansane til sjuketransportbilar.

4.4.5 | UTVIKLING AV AKUTTMOTTAK OG DEN AKUTTMEDISINSKE KJEDA

Den akuttmedisinske kjeda

HMR har ein desentralisert ambulansesstruktur med 31 ambulansestasjonar fordelt over heile fylket i tillegg til båt, ambulansefly og helikopter. Saman med dei 26 kommunane har vi eit ansvar for å sikre ein hensiktsmessig og koordinert innsats i akuttkjeda.

Den akuttmedisinske kjeda består av alle aktørane som er involvert i dei akuttmedisinske pasientforløpa. Dette gjeld ambulansetene- sta, akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK), luftambulansetene- ste, legevakt, fastlegar, legevaktsentralar, akuttmottak ved sjukehusa, andre kommunale helsetenester, psykiatriteneste m.fl. Dette er ei omfattande kjede med mange ledd, der det er nødvendig med god samhandling.

Området knytt til den akuttmedisinske tenesta er i endring og det er nokre klare utviklingstrekk som illustrerer dette. Både lokalt og nasjonalt ser vi ein trend med sentralisering av legevakter som for mange innbyggjarar resulterer i større avstand til legevakt. Dette er med på å auke talet på ambulanseoppdrag som blir gjennomført.

Demografisk utvikling, sjukehusstruktur og forventning i befolkninga er òg moment som bidreg til dette.

Eit anna viktig utviklingstrekk er at ambulansetene- sta i større grad blir brukt for avklare pasienten sin tilstand. Ei sterk kompetanseheving i ambulansetene- sta og teknologisk utvikling, med moglegheit for rettleiing og deling av pasientinformasjon i sanntid, et med å gjøre dette mogleg. Fleire stadar har ein også med hell tatt i bruk uniformert utrykningsbil (legebil) som rykkar ut saman med ambulansarbeidar eller sjukepleiar. Bruken av legebilen gjer at legen, på ein effektiv og trygg måte, når ut på akutte hendingar.

Når avstand til legevakt aukar ser vi at heimebasert omsorg får ei større rolle i vurderinga av pasienten sin tilstand. Vi ser ei utvikling der fleire pasientar, framfor å bli lagt inn på sjukehus, blir avklart eller behandla på legevakt eller i akuttmottak, for deretter å reise tilbake til heim eller institusjon for vidare behandling.



Kontroll av utstyr i akuttmottaket ved Molde sjukehus

Gjennom arbeidet i helsefelleskapet skal HMR, saman med dei andre aktørane, bidra til å utvikle den akuttmedisinske kjeda. Dei prioriterte måla og tiltaka er å skape betre digital samhandling mellom aktørane i den akuttmedisinske kjeda gjennom elektronisk utveksling av opplysninger i dei ulike ledda, og etablere gode rutinar for videokonferanse mellom prehospitalt personell og sentralene. Vidare vil vi styrke prehospital samhandling gjennom kontinuerleg utvikling og forpliktande deltaking på felles samhandlingsarenaer.

Utvikling av akuttmottak

Helse Møre og Romsdal har per 2021 fire akuttsjukehus som i løpet av planperioden vil bli til tre. I dag

har anestesilege systemansvar i akuttmottaka, sjølv om fleirtalet av pasientane er medisinske. Helsetilsynet har ved fleire høve utfordra helseføretaka nasjonalt på at organisering og systemansvar ikkje gjenspeiler at det største omfanget av pasientar er medisinske. At akutt- og mottaksmedisin no er etablert som medisinsk spesialitet understøttar også dette.

Både i SNR og i AIO-prosjektet i Ålesund er det planlagt korttidspostar og nye driftskonsept som underbyggjar behovet for ei utgreiing av systemansvar i akuttmottaka.

4.4.5 | HMR SKAL PRIORITERE

- sikre kompetent og rask hjelp som kan gi avklaring og sørge for rett behandlingssløp
- betre den digitale samhandlinga mellom aktørane i den akuttmedisinske kjeda
- saman vurdere tiltak for betre ressursutnytting innan dei prehospitala tenestene
 - legebil
 - videolegevakt
 - akutthjelpere
 - styrke samarbeid med akuttpsykiatriske team
- sørge kompetanseutvikling og felles øvingar
- saman jobbe mot målet om tidlegst mogleg oppstart av behandling
- i løpet av 2022 følgje opp organisering av akuttmottaka i eit eige prosjekt



Det nye akuttstjukehuset i Nordmøre og Romsdal skal ligge på Hjelset nord for Molde med flott utsikt over Romsdalsalpane. Grunnarbeidene på tomta er no godt i gong.

4.5 | EIGEDOM OG BYGNINGSMASSE

Bygningsmassen er ein viktig faktor i å vidareutvikle gode faglege helsetilbod. Eksisterande areal skal nyttast optimal. Faglege og kapasitetsmessige behov er avgjerande for kva arealtiltak som skal prioriteres på lenger sikt.

Helse Møre og Romsdal har aktivitet på mange lokasjonar i opptaksområdet. Bygningsmassen fordeler seg på fire sykehus (Ålesund, Molde, Volda og Kristiansund) og fleire institusjonar knytt til psykiatri, rus og rehabilitering.

Tilstand, kapasitet og moglegheiter

Det meste av bygningsmassen er eigd, men helseføretaket leiger også noko areal. Dette er for det meste areal knytt til ambulansestasjonar, boligar og kontor. Totalt eigd areal er 230.909 kvadratmeter.

I 2020 blei den totale bygningsmassen vurdert av konsultentselskapet Multiconsult. Etter Norsk Standard blir det operert med fire tilstandsgradar (TG) frå 0 til 3 på komponentnivå, der TGO er best (tilsvarande nybygg) og TG3 er dårlegast (alvorlege symptomar på svikt). Ambisjonsnivået er å ligge på tilstandsgrad 1,2 (TG1).

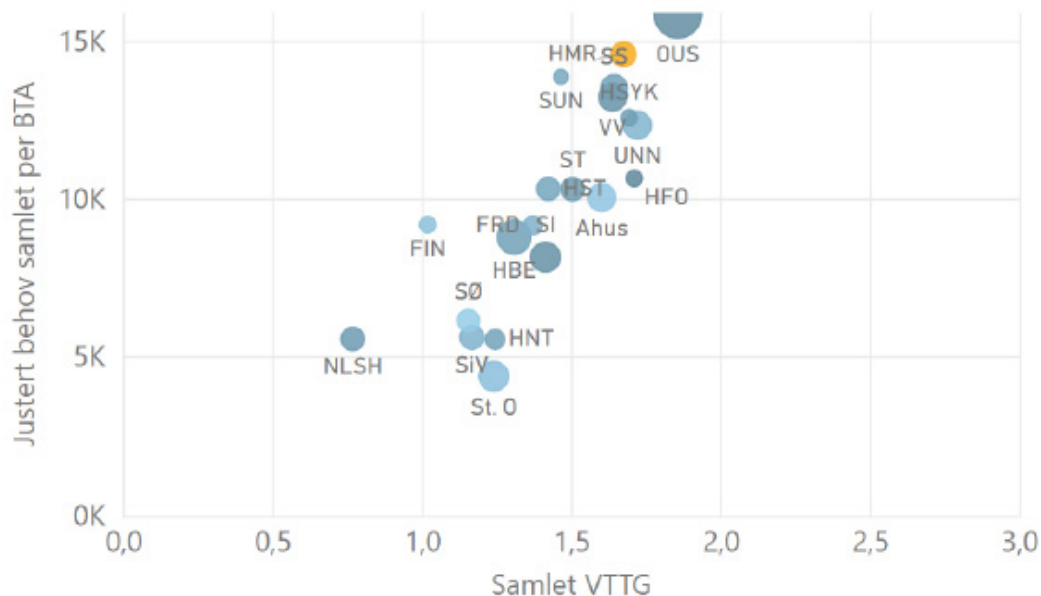
Ingen av bygga i HMR har ein tilstandsgrad på under 1,2. Vekta snitt i føretaket ligg på 1,68 og totalt har føretaket relativt mykje areal i TG2 sett opp mot andre helseføretak. Den høge portefølja av TG2 i HMR tydar på sær store investeringsbehov i

eksisterande bygningsmasse. Spesielt er vedlikehaldsetterslepet stort innan VVS og heisdrift.

Tilstandsgraden til bygga seier likevel ikkje noko om det samla investeringsbehovet, då dette ikkje inkluderer behov for ombyggingar, utvidingar eller andre tiltak som drivast av til dømes sikringstiltak, funksjonelle tilpassingar eller endra arealbehov. Framtidsretta og moderne pasientbehandling med nødvendig kapasitet vil kreve tilpassing av bygningsmassen utover etterslep på vedlikehald som Multiconsult-rapporten beskriv.

Utbyggingsprosjekta ved SNR og Ålesund er avgjerande for å møte framtida sine behov for spesialisthelsetenester. HMR vil truleg sjå store positive effektar i samla teknisk tilstand når Sjukehuset Nordmøre og Romsdal står klart, og når AIO-prosjektet ved Ålesund sjukehus er ferdig.

Trass i dette vil det likevel vere ein stor del av bygningsmassen ved sjukehusa og institusjonane våre som ikkje har den bygningsmessige tilstanden eller utviklingsperspektivet som ein skulle ønske.



Samla vektla tilstandsgrad til helseføretakene i Norge berekna av Multiconsult*

I langtidsperioden er det ikkje funnet rom for ytterlegare investeringar i ny bygningsmasse utover dei prosjekta som er satt i gong. Utviklinga av bygningsmassen må difor i all hovudsak skje innanfor eksisterande bygningsmasse.

Strategi for avhending av bygg

Helseføretaket har i dag ikkje økonomisk berekraft til å vedlikehalde og oppgradere all bygningsmassen vi eig. Det er difor ein overordna strategi å redusere bygningsmassen til eit berekraftig nivå.

Inntekter frå sal av eigedom skal gå til nedbetaling av lån eller til investering.

Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)

SNR skal erstatte dei to sjukehusa i Kristiansund og Molde og vil dekkje eit opptaksområde i Nordmøre og Romsdal på om lag 120 000 innbyggjarar.

Det nye fellessjukehuset SNR vil bestå av eit nytt felles akuttsjukehus på Hjelset og poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi i Kristiansund. SNR Hjelset vil bli på om lag 60.000 m² og SNR Kristiansund blir på om lag 5.500 m². Kapasitetsbehova er berekna med bakgrunn i forventa befolkningsutvikling og aktivitet, justert etter endra sjukdomsbiletet, teknologisk utvikling, omstilling og effektivisering.

SNR skal sikre innbyggjarane betre kvalitet på tenestene, auka pasienttryggleik, auka opningstider og kortare ventetid. SNR skal vere moderne og framtidsretta bygg som er robust og attraktivt for pasientar og tilsette. Utvikling av SNR gir dei tilsette og pasientar stor mogelegheit til å utforme eit godt tilbod med moderne bygningsmasse og utstyr. Vi skal leggje til rette for optimale arbeidsprosessar og

effektiv drift, og gjere sjukehusstilbodet attraktivt for brukarane.

Kristiansund sjukehus

Kristiansund sjukehus blir frå 2025 ein del av Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR), og skal ha samdrift med det nye akuttsjukehuset på Hjelset. Alle akuttfunksjonar og døgnerverksemd skal samlokaliseras til Hjelset, medan andre tenester skal styrkast i Kristiansund.

I første del av planperioden er det planlagt en MR-maskin nr. 2 i ved sjukehuset. Ein vil også starte planlegginga med tlipassing av areala inn mot nytt sjukehus i 2025.

Volda sjukehus

Sjukehuset i Volda har over tid mangla areal for poliklinikkar samtidig som akuttmottaket treng oppgradering. Arbeidet med eit påbygg over det eksisterande akuttmottaket vil stå ferdig hausten 2022. Påbygget blir til saman på 600 m². I tillegg vil det bli nokre ombyggjar av eksisterande bygningsmasse. I første del av planperioden er det planlagt utskifting av MR-maskina, som krev meir areal. Dette er tenkt realisert ved eit tilbygg i tilknytning til eksisterande areal i radiologisk avdeling.

Ålesund sjukehus - Akutt, intensiv, operasjonsprosjektet (AIO)

Sjukehuset i Ålesund er bygd i 1971 og store delar av dei kliniske areala har standard frå den gang. Det er prekære behov for modernisering og oppgradering for å hindre ytterlegare forfall slik at ein kan tilretteleggje for pasientbehandling i tråd med dagens standard og forventning til effektive pasientforløp.



AIO-prosjektet i Ålesund

Ein føresetnad for oppgraderinga av Ålesund sjukehus er tilfredsstillande straumforsyning til bygga og det medisinsk-tekniske utstyret. Det er også eit behov for å oppgradere kabling for IKT for å støtte krav til datasikkerheit og effektiv drift. Arbeidet med nye nødstrømsaggregat, ny IKT-infrastruktur og oppgradert strømforsyning vil vere ferdig i 2022.

Fram mot 2026 er det planlagt en omfattande oppgradering av Ålesund sjukehus med en kostnadsramme på 1,15 milliardar kroner. Prosjektet inkluderar nytt akuttmottak, ny intensivavdeling og ombygging av operasjonsavdelinga. I tillegg vil det bli etablert ny hovud-

inggang. Målet med prosjektet er å sikre Ålesund sjukehus ei nødvendig bygningsmessig oppgradering slik at sjukehuset kan yte effektiv, berekraftig, trygg og pasientvennleg verksemd. Dei nye areala er dimensjonert for å dekke det økte kapasitetsbehovet i et 2035-perspektiv.

Helse Midt-Norge godkjente konseptrapporten i november 2021 og har søkt om eit nasjonalt lån til prosjektet. Arbeidet med forprosjektet startar i første kvartal av 2022.

4.5 | HMR SKAL PRIORITERE:

- Nytte eksisterande areal optimalt
- Planlegge og tilpasse oppgraderingar og ombyggingar ut frå behov og endringar i behandlingsforløp (4/15)
- Sørge for at høy utnyttingsgrad av byggmassen også legg til rette for mest mogleg kostnads-effektiv drift
- Systematisk kartlegge bruksgrad og bruksfrekvens for å skape eit godt grunnlag for planlegging av større og mindre tilpassingar
- Utvikle bygningsmassen på ein måte som gir fleksibilitet, med tanke på endra arbeidsmåter og det framtidige behovet for helsetenester

4.6 | ØKONOMISK BEREKRAFT

Årlege overskot er ein føresetnad for å kunne realisere investeringar i nødvendig utstyr og vedlikehald av både bygningsmasse og teknisk infrastruktur.

Tidlegare år med store underskudd har prega helseføretaket si evne til å gjere viktige investeringar, der den største konsekvensen er at vi har eit betydeleg etterslep på vedlikehald av bygningsmasse.

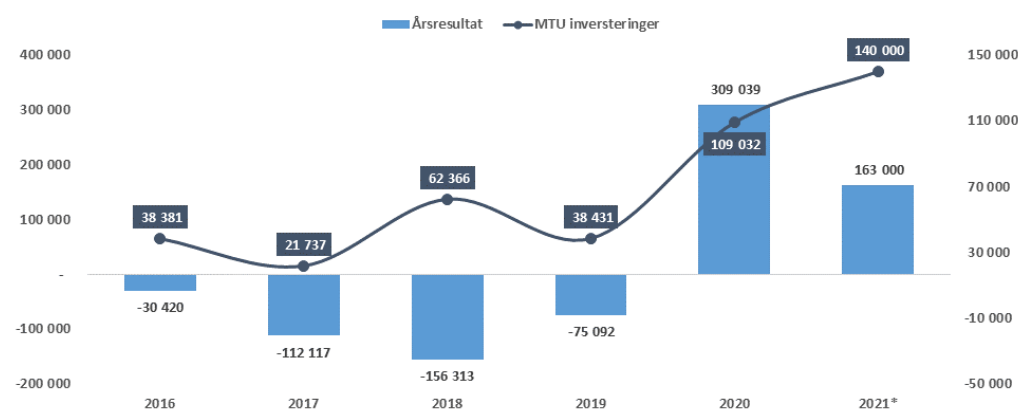
Den økonomiske situasjonen er imidlertid vesentleg betra sidan starten av 2020. Dei viktigaste årsakene har vore effekt av omstillingstiltak i drifta, auka aktivitet samtidig som vi har fått kompensert kostnader og bortfall av inntekter som følgje av koronapandemien. Det jobbast framleis med å sikre ein berekraftig økonomi, slik at føretaket gjer seg i stand til å investere i nødvendig utstyr, infrastruktur og arealmessige ombyggingar. HMR sin utviklingsplan er utarbeidd i tråd med langtidsbudsjettet, og i perioden står foretaket overfor betydelige investeringar som krev nødvendig effektivisering av drifta.

Dei neste fire åra vil dei største investeringane vere Sjukehuset Nordmøre og Romsdal, utbygginga i

Volda, AIO Ålesund og Helseplattformen. Desse investeringane kan sjåast på som tiltak som skal gjere føretaket i stand til å møte framtida sine behov for spesialisthelsetenester. Investeringsbehovet på andre område er likevel svært stort, men må planleggast og prioriterast i dei årlege budsjettprosessane innan føretaket sine eigne økonomiske rammar.

Kapasiteten i framtida si helseteneste vil avhenge av korleis helseføretaket sine samla ressursar blir nytta og utvikla. Det er nødvendig med god planlegging av pasientforløpa og godt samarbeid på tvers av avdelingar og profesjonar, knytt til alt frå areal, ressursar og utstyr. Ikkje minst må vi nytte oss av den teknologiske utviklinga. Behovet for omstilling er stort i dag og blir ikkje noko mindre i framtida. Føretaket jobbar med fleire konkrete område som er viktige for å klare effektiviseringsmåla.

Årsresultat versus MTU-investering perioden 2016 - 2021 (i tusen kroner)



4.6 | HMR SKAL PRIORITERE:

- jobbe for å auke økonomiforståinga på alle leiarnivå
 - benchmarking mot eigne sjukehus og andre føretak
 - bruke kostnad per pasient (KPP) og kostnad per DRG aktivt i planlegging av verksemda
 - nytte seg av analysedata på DRG-poeng per netto månadsverk og andre KPI-ar
 - hospitering for å lære på tvers
- redusere uønska variasjon på sengepostar
- legge om frå døgn til dag, lik praksis på alle sjukehusa
- auke tal digitale konsultasjonar
- redusere tal gjestepasientar som tilhøyrrer HMR men som får behandling på andre institusjonar med 5 %.
- betre planlegginga: sørge for lengre horisont for vaktplanar og operasjonsprogram
- sørge for standardiserte løysingar rundt innkjøpsavtalar og transportløyser

4.7 | SAMFUNNSANSVAR

Helse Møre og Romsdal er miljøsertifisert etter ISO-standarden 14001. Som føretak er vi bevisst vårt klimaavtrykk og gjennom forbetningsprosesser skal vi førebyggje og redusere miljøutslippa som verksemda vår førar med seg.

I Helse Møre og Romsdal har vi knytt miljøstyringa opp mot vår kjerneverksemd, nemleg pasientbehandling, som også gir det største miljøavtrykket hos oss. For den enkelte tilsette i verksemda vår kan ytre miljø virke komplekst og fjernt i ein kvar-dag med fokus på pasientbehandling. Ved å knytte miljø tettare opp mot pasientbehandling vil det føre til betre etterleving av klinikanane som lettare kan relatere seg til miljøstyringa vår. Miljø-satsinga skal vere ein integrert del av kvalitetsarbeidet og av det lovpålagte arbeidet med helse, miljø og trygghet. Arbeidet er underlagt same system for dokumentasjon, revisjonar og avvikshandtering.

Helse Møre og Romsdal har som miljøpolicy at føretaket skal redusere sitt miljøavtrykk ved å levere tenester av høg kvalitet, utan skade og unødig ressursbruk. For å lukkast med det må vi ha oversikt over dei utfordringar og moglegheiter vi har som føretak, og følger dei eksterne og interne krav som

stillast til oss. Slik sikrar vi høg kvalitet i pasientbehandlinga og samtidig redusera vi miljøavtrykket vårt, der det er mogleg.

For eksempel kan ein uønskt hending som pasient-skade føre med seg auka ressursbruk som forlenger liggetid, auka forbruk av utstyr, mat, legemiddel, re-innlegging og re-operasjonar. Ved å sikre rett behandling fyrste gong, kan vi med andre ord også førebygge unødig energiforbruk og klimagassutslipp.

Kartlegginga i verksemda visar at HMR har størst utfordringar knytt til transport, avfall og unødig ressursbruk. Det legg grunnlag for utarbeiding av miljømål på ulike nivå i verksemda. Med utgangspunkt i dette er det definert konkrete tiltak som skal bidra til forbetring, og til å synleggjøre føretakets samla miljøinnsats. Hensikta er å auke forankringa av miljøarbeidet blant de tilsette og samarbeidspartar.

Innen 2030 redusere Co2e-utslipp med 40 prosent

Lavutslippssykehus innen 2050



4.7 | HMR SKAL PRIORITERE:

- vidareutvikle føretakets eigen miljøpolicy i tråd med med nasjonale klima- og miljømål for spesialisthelsetenesta (4/15 år)



KAP 5 | VEDLEGG

5.1 [FRAMSKRIVINGAR](#)

5.2 [GJELDANDE STRATEGIAR OG OVERORDNA DOKUMENT](#)

[REGIONALE PREMISS FOR UTVIKLINGSPLANANE OG ORGANISERING AV ARBEIDET](#)

