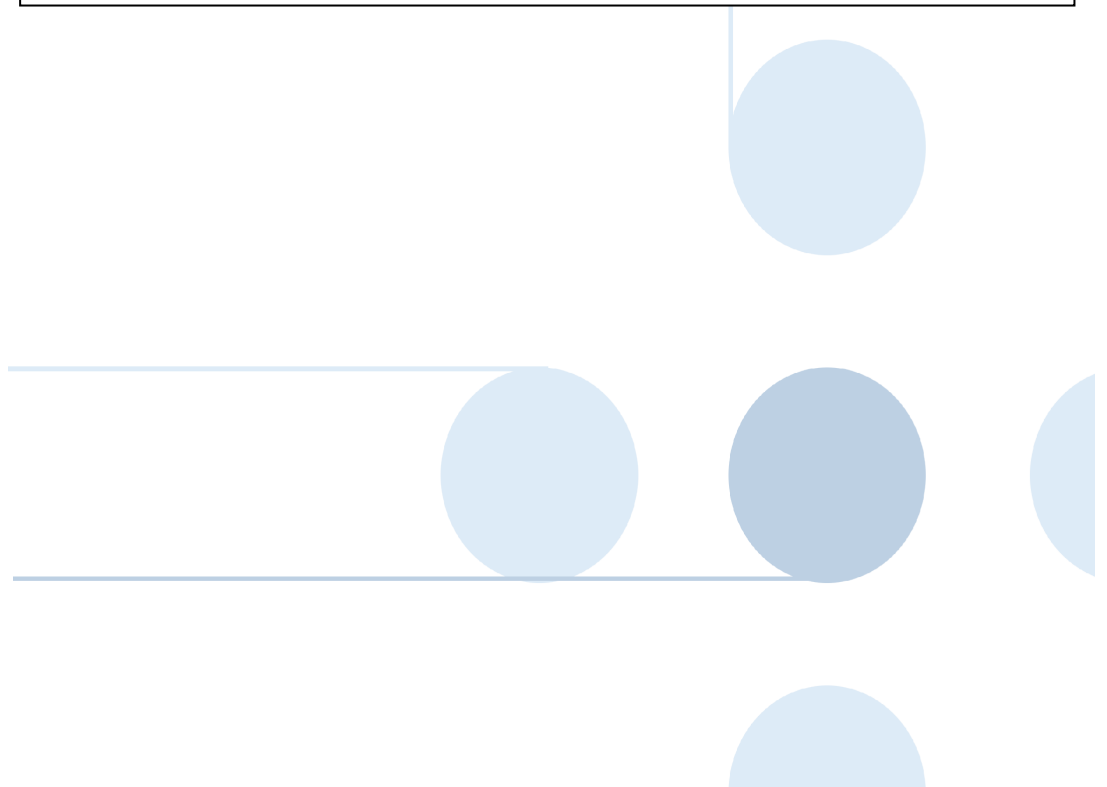


Mandat for lokal utviklingsplan – 2018 - 2021

Helse Møre og Romsdal HF

Vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 16. juni 2016



Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	3
2.	Nasjonale føringer	4
3.	Regionale føringer	4
3.1	Generelle føringer til alle sykehusforetak	4
3.2	Spesifikke føringer til Helse Møre og Romsdal HF	6
4.	Felles arbeid i foretaksgruppa	7
5.	Krav til prosess og involvering.....	7
6.	Vedlegg	9
6.1.	Føringer fra Nasjonal helse og sykehusplan	9
6.2	Føringer fra øvrige stortingsmeldinger, lover og forskrifter.....	10

1. Innledning

Helse Møre og Romsdal HF har i foretaksmøte 2. juni fått i oppdrag å utarbeide en utviklingsplan basert på føringer som skal vedtas av styret i Helse Midt-Norge RHF 16. juni 2016. Dette dokumentet gir føringer for arbeidet, inklusive nasjonale og regionale prioriteringer og forutsetninger knyttet både til utviklingsretninger og prosess. Utviklingsplanen skal utarbeides i tråd med veileder for utviklingsplaner. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene, og andre aktuelle aktører. Brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte er en selvfølge.

Arbeidet med utviklingsplaner må sees i sammenheng med Nasjonal helse og sykehusplan, Strategi 2030 og andre regionale strategier og fagplaner.

Helse Midt-Norge har startet arbeidet med en ny overordna strategi for foretaksgruppa, Strategi 2030, jf. styresak 52/16. Strategi 2030 skal være Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av gode og framtidsretta helsetjenester til befolkningen i regionen. Strategien skal være en rettesnor for utvikling og prioriteringer i årene som kommer. En ny strategi skal videre være førende for de øvrige regionale og lokale planer, herunder utviklingsplanene. Det er lagt opp til at Strategi 2030 skal vedtas av styret i Helse Midt-Norge RHF i november 2016 og føringer derfra vil måtte tas inn i arbeidet med utviklingsplanene.

Utviklingsplanen skal virke sammen med langtidsplan/langtidsbudsjett og skal gi samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene (kompetanse, teknologi, samhandling, organisering, bygg mv.). Hovedelementet i utviklingsplanen skal være virksomhetsdelen og skal beskrive status for helseforetakets aktivitet og virksomhet. Denne skal gi grunnlag for å beskrive endringer i virksomheten og tallfeste det framtidige aktivitetsnivået og kapasitetsbehovet. Virksomhetsdelen av utviklingsplanen skal vise mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, samt konsekvenser av endringer og alternative løsninger. Målet er å legge til rette for god og framtidsretta pasientbehandling og god bruk av ressurser. Utviklingsplanene skal beskrive et målbilde og tilhørende tiltak som alle skal peke mot formålet som er pasientenes helsetjeneste og god pasientbehandling.

Utviklingsplanene for helseforetakene skal deretter sees samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Basert på de lokale utviklingsplanene og sørge for ansvaret vil Helse Midt-Norge RHF utarbeide en regional utviklingsplan. Denne vil inngå som innspill til Helse og omsorgsdepartementets neste revisjon av Nasjonal helse og sykehusplan. Det er lagt opp til at Regjeringen vil legge fram en Nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år. Helseforetakene er bedt om å tilpasse planprosessene sine tilsvarende, slik at også utviklingsplanene skal revideres hvert fjerde år.

Utformingen av tjenestetilbudene ved sykehusene i helseforetaket skal gjøres innenfor rammene av føringene gitt i dette mandatet. Utviklingsplanen skal være med å bidra til at utformingen av tjenestetilbudet blir framtidsretta og at løsningene som foreslås er utviklingsorienterte og samtidig sikrer økonomisk bærekraft. Utviklingsplanen skal skissere løsninger som sikrer et framtidsretta og trygt tjenestetilbud, med god faglig kvalitet og

pasientsikkerhet, samtidig som en sikrer effektiv utnyttelse av ressursene innenfor de økonomiske rammene som er lagt for helseforetaket.

2. Nasjonale føringer

Nasjonale føringer skal legges til grunn i arbeidet med utviklingsplaner. Helse Midt-Norge RHF vil særskilt trekke fram følgende (lista er ikke uttømmende);

- ✓ Meld. St. 11 Nasjonal helse og sykehusplan 2016 – 2019 og Stortingets behandling av denne, jf. Innst. 206 S (2015-2016)
- ✓ St. meld nr. 47 (2008 – 2009), Samhandlingsreformen
- ✓ NOU 2015:17 Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus
- ✓ Folkehelsemeldingen — «Mestring og muligheter» (Meld. St. 19 (2014-2015))
- ✓ «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (Meld. St. 26 (2014-2015))
- ✓ «Kvalitet og pasientsikkerhet 2013» (Meld. St. 11 (2014-2015))
- ✓ Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften) (2015)
- ✓ «Opptappingsplanen for rusfeltet 2016 – 2020» (Prop. 15 S (2015-2016))

Det vises til vedlegg 1 for en konkretisering av føringene i overnevnte dokument.

3. Regionale føringer

3.1 Generelle føringer til alle sykehusforetak

De regionale føringene gitt gjennom ulike styrevedtak og foretaksmøter fra Helse Midt-Norge RHF skal legges til grunn i arbeidet med utviklingsplanene. Herunder premisser gitt gjennom;

- ✓ Langtidsplan- og budsjett 2017 – 2022 (jf. styresak 51/16).
 - Helse Midt-Norge RHF har i langtidsbudsjettet lagt til rette for realisering av to store regionale prosjekt som på ulike måter vil legge premisser for de lokale og den regionale utviklingsplanen:
 1. Nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal
 2. Helseplattformen, dvs. nytt elektronisk helsejournalssystem. Det forutsettes at innføring av den nye felles elektroniske helsejournalen, legges til grunn i utformingen av det framtidige tjenestetilbudet.
- ✓ En sentral forutsetning er at ambisjonsnivået i utviklingsplanene må være tilpassa den økonomiske virkeligheten. Det forutsettes at helseforetakene planlegger for og oppnår de årlige satte effektiviseringskravene med likviditetsmessig varig effekt. Dette er nødvendig for at foretaksgruppa skal kunne gjennomføre felles prioriteringer. Ambisjonsnivå for omstilling i drift og konsekvenser/muligheter for

investeringer må henge sammen og understøtte en likviditetsutvikling i balanse, med unntak av kortsiktige svingninger som kan opptre for enkelte år.

- ✓ Gjeldende Finansstrategi for Helse Midt-Norge.
- ✓ I tillegg til effektivisering forutsettes at helseforetakene vurderer hvordan de kan bidra til å dempe behovet for helsetjenester generelt og for spesialisthelsetjenester spesielt. Sammenlignet med resten av landet, og korrigert for behovsforskjeller, har helseforetakene i Midt-Norge et høyere forbruk (målt i DRG-poeng per 1000 innbygger). Dette medfører at helseforetakene har et merforbruk utover det de får finansiert (da rammetildelingen er basert på «Magnussenmodellen» og ikke på faktisk aktivitet). Det forutsettes at helseforetakene i utviklingsplanarbeidet både hensyntar at de skal effektivisere driften og bidra til et lavere forbruk.
- ✓ Framtidas kapasitetsutfordringer må i større grad løses ved at pasientene behandles utenfor sykehus. Det betyr forebygging, nye pasientforløp, innovasjon, bruk av ny teknologi og ikke minst samarbeid i og om helse på tvers av nivåer. Det forventes at helseforetakene initierer tettere samarbeid med kommunene for å sikre rett pasient på rett sted til rett tid.
- ✓ Tettere samarbeid både mellom sykehus innen eget helseforetak og med andre helseforetak i regionen (jf. også nasjonal føring om team av sykehus). Helseforetakene bes særskilt vurdere et tettere faglig samarbeid innenfor områder med sårbare kliniske spesialiteter, laboratorietjenester, billeddiagnostikk og vaktberedskap. Tilgjengelig kompetanse skal i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling.
- ✓ En hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid, faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner både mellom sykehus og mellom sykehus og private aktører. Fagledernetverkene som er opprettet i Helse Midt-Norge skal benyttes aktivt i et forpliktende samarbeid.
- ✓ Det skal legges til rette for at lokalsykehuspasienter som hovedregel skal behandles ved eget helseforetak, forutsatt at pasient- og brukerrettighetene ivaretas. Evt. problemstillinger rundt pasientstrømmer må avklares i samarbeid mellom berørte helseforetak og Helse Midt-Norge RHF.
- ✓ Helseforetakene bes om å foreta en gjennomgang av de prehospitaltjenestene for å sikre nødvendig kapasitet og kompetanse. Dette må sees i sammenheng med det pågående regionale arbeidet med å inkludere ambulansetransport og pasientreiser i inntektsmodellen.
- ✓ Vedtatt IKT-strategi legges til grunn for helseforetakets utvikling av IKT. Helseplattformen vil kreve betydelige ressurser i planperioden. Helseforetaket må sørge for at også øvrig IKT prioriteres. Teknologiutvikling innen MTU, byggteknikk og IKT skal samordnes. Teknologivalg skal gjøres i tråd med Helse Midt-Norges Teknologiplan og Sikkerhetsplan slik at større grad av standardisering oppnås.

3.2 Spesifikke føringer til Helse Møre og Romsdal HF

Føringer for utredning av kirurgisk akuttberedskap

Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksrådet i Helse Midt-Norge RHF følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene:

- ✓ Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.
- ✓ Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.
- ✓ Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.

Volda Sjukehus har et opptaksområde (om lag 42 000) som vil gjøre det krevende å opprettholde full kirurgisk akuttberedskap. Utviklingsplanen skal revideres hvert 4. år. For kommende utviklingsplanperiode legges det til grunn at Helse Møre og Romsdal HF skal opprettholde et akuttkirurgisk tilbud ved Volda sjukehus.

Det lave pasientgrunnet som sogner til sykehuset kan gi utfordringer knyttet til å sikre nok antall kirurger til å dekke en vaktordning, nok kompetanse og trening på akuttkirurgiske prosedyrer og tilstrekkelig elektiv aktivitet på dagtid.

Med de utfordringer som er beskrevet i Nasjonal helse og sykehusplan omkring akuttkirurgisk beredskap, vil dette forde samarbeid mellom sykehus og fagmiljø utover det en har i dag. Jf. nasjonal føring om team av sykehus og tettere faglig samarbeid innenfor områder med sårbare kliniske spesialiteter.

Beslutningen om ett felles sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) gjør at utfordringene med å skape en robust akuttkirurgisk beredskap for denne delen av foretaket løses gjennom å realisere SNR. Dette arbeidet er startet opp og Helse Midt-Norge RHF forventer at arbeidet intensiveres slik at man kan etablere et tettere samarbeid mellom fagmiljøene i Kristiansund og Molde. Et slikt arbeid forventes å gi positiv effekt på pasienttilbudet og på driften for sykehusene i Kristiansund og Molde allerede før ferdigstillingen av SNR.

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

Endelig frist for avklaringer av akuttfunksjoner og tilbakemelding til Helse Midt-Norge RHF, inkludert lokale prosesser og styrevedtak, settes til 31.01.2017.

Endringer i akuttfunksjoner vil alltid være å anse som vesentlige, jf. helseforetakslovens § 30 og veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Andre spesifikke føringer til Helse Møre og Romsdal HF

Det vises til føringer gitt i tidligere foretaksmøter, som fortsatt skal legges til grunn:

Foretaksmøte februar 2015;

Sak 5; Vidare arbeid med realisering av nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)
«Styret legger til grunn at Ålesund sjukehus fortsatt skal være det mest differensierte sykehuset i Helse Møre og Romsdal HF. Både nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal og Ålesund sjukehus vil ligge tilstrekkelig nær befolkningstygdepunktet i foretaksområdet for å kunne ivareta fylkesdekkende funksjoner. Styret forutsetter at det framover legges stor vekt på tett samarbeid mellom alle fagmiljøene i foretaket.»

Sak 6; Avtale om naudsynt omstillingsprosess i foretaket i perioden 2015 – 2021:
«Avtala om naudsynt forbetnings- og omstillingsarbeid for å bringe aktiviteten i Helse Møre og Romsdal HF i balanse med budsjetttramme og resultatkrav skal leggjast til grunn for styret sitt arbeid i 2015 – 2021.»

Foretaksmøte februar 2016:

Sak 4; Nytt sjukehus i Nordmøre og Romsdal
«Helse Møre og Romsdal HF skal vurdere fordeling av funksjoner i foretaket gjennom arbeidene med utviklingsplan og SNR, med sikte på høy kvalitet på tilbudet, robuste fagmiljø og enkelte fylkesdekkende tilbud både ved SNR og i Ålesund.»

4. Felles arbeid i foretaksgruppa

Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet. Det er blant annet forutsatt at beskrivelsen av nåsituasjonen for helseforetaket og en vurdering og sammenligning med andre helseforetak skal bygge på regionale analyser og standardiserte metoder. I tillegg forutsettes regionalt samarbeid om hvilke endringsfaktorer som skal legges til grunn i planarbeidet og effekten disse har.

Helse Midt-Norge RHF vil i samarbeid med helseforetakene utvikle et felles sett av variabler som skal bruke i analyser og som grunnlag for å utvikle en framtidig løsning.

5. Krav til prosess og involvering

Dokumentet «Veileder for arbeidet med utviklingsplaner» skal legges til grunn for arbeidet. Veilederen beskriver krav til prosess, involvering og risiko- og mulighetsanalyser. Veilederen inneholder også et anbefalt format for utviklingsplanen og Helse Midt-Norge RHF forutsetter at denne skal legges til grunn i foretakenes arbeid med utviklingsplaner. Eventuelle avvik fra veilederen må avtales med Helse Midt-Norge RHF.

I forbindelse med det felles arbeidet som skal skje i foretaksgruppa, jf. punkt 4 i mandatet, skal det utarbeides en felles aktivitets- og tidsplan for arbeidet. Videre forutsettes at det utarbeides en kommunikasjonsplan. Helseforetakene skal oppnevne en kontaktperson som skal være bindeleddet mellom helseforetaket og Helse Midt-Norge RHF.

I tillegg kan det underveis i arbeidet dukke opp behov for avklaringer, for eksempel i forhold til problemstillinger som går på tvers av flere helseforetak i regionen. Slike behov meldes inn til Helse Midt-Norge RHF underveis i arbeidet.

Frist for avklaringer knyttet til akuttkirurgisk beredskap, inkludert lokale prosesser og styrevedtak, settes til 31.01.2017.

Frist for forslag til en samlet utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF, inklusive lokale prosesser og styrevedtak, settes til 31. oktober 2017.

6. Vedlegg

6.1. Føringer fra Nasjonal helse og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan skal legges til grunn for videre utviklingsarbeid i helseforetakene. Det vises til Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, som ble behandlet i Stortinget 17. mars 2016. Herunder skal følgende hovedmål fra nasjonal helse og sykehusplan legges til grunn;

- Styrke pasienten
- Prioritere tilbudet i psykisk helse og rusbehandling
- Fornye, forenkle og forbedre helsetjenesten
- Nok helsepersonell med riktig kompetanse
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene
- Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:

- De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.
- Akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.
- Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.
- Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.
- Sykehus som i dag har akuttkirurgiske tilbud skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig, og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.
- Starte en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akuttisykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Hele akuttberedskapen må ses som en helhet og planlegges sammen med sykehusenes akuttfunksjoner.

- Sykehusstruktur og ambulansetjenester må sees i sammenheng. Endret oppgavefordeling må følges av nødvendig styrking av ambulansetjenesten.
- En hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid, faglige og organisatoriske nettverksfunksjoner mellom sykehus, og organiseringen bør understøtte dette.
- I den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag – også innen øyeblikkelig hjelp. Det skal være team av sykehus akkurat som det skal være team av helsepersonell. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse.
- Framtidens kapasitetsutfordringer må i større grad løses ved at pasientene behandles utenfor sykehus. Det betyr forebygging, nye pasientforløp, innovasjon, bruk av ny teknologi og ikke minst samarbeid i og om helse på tvers av nivåer.
- Spesialisthelsetjenesten må legge til rette for videre utvikling av desentraliserte, ambulante tjenester og samhandling med kommunenes helse- og omsorgstjenester.
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp.

6.2 Føringer fra øvrige stortingsmeldinger, lover og forskrifter

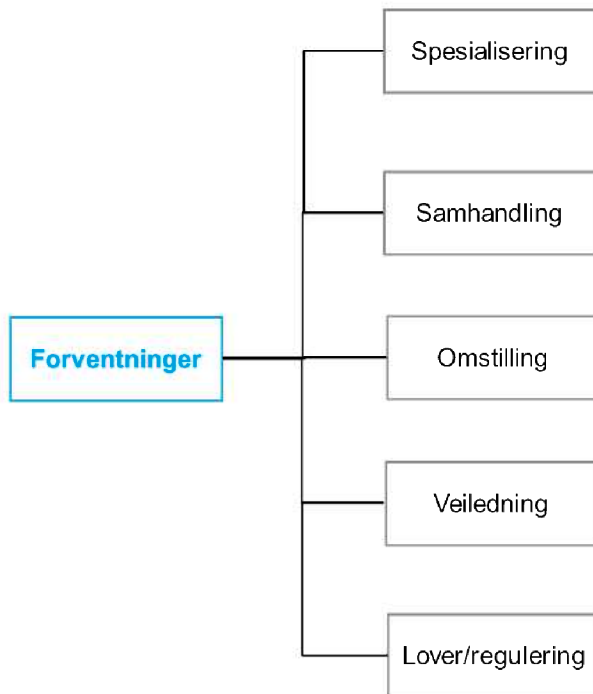
Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og ulike deler av kommunetjenesten har vært et aktuelt tema og utviklingsområde i mange år. Det har de siste årene blitt lagt fram og behandlet flere stortingsmeldinger og nye lover og forskrifter som berører samhandlingen og oppgavedelingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse og omsorgstjenesten.

- Stortingsmelding 47 – «Samhandlingsreformen» (2009)
- Lov om kommunale helse -og omsorgstjenester (2012)
- Lov om folkehelsearbeid (2012)
- Folkehelsemeldingen – «God helse – felles ansvar» (Meld. St. 34 (2012–2013))
- Folkehelsemeldingen – «Mestring og muligheter» (Meld. St. 19 (2014-2015))
- «Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet» (Meld. St. 26 (2014-2015))
- «Kvalitet og pasientsikkerhet 2013» (Meld. St. 11 (2014-2015))
- «Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 -2020» (Meld. St. 11 (2015-2016))
- Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (Akuttmedisinforskriften) (2015)
- Forskrift om endring i fastlegeforskriften (2015)
- «Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016 – 2020» (Prop. 15 S (2015-2016))

I rapporten «Oppsummeringsnotat Samhandling» er det gitt en oversikt og oppsummering av de ulike meldingene, lover og forskrifter som er funnet relevante for arbeidet knyttet til samhandling.

Herunder er det gitt en oversikt over hvilke forventninger som er stilt til spesialisthelsetjenesten. Disse forventningene skal legges til grunn i planleggingen av det framtidige tjenestetilbudet.

Forventninger til spesialisthelsetjenesten



- **Utvikles i en enda tydeligere spesialisert retning**
 - Standardiserte pasientforløp og koordinerte tjenester
 - Kvalitetsorienterte systemer og holdninger
 - Begrense uberettiget variasjon i tjenestene
 - Styres ut i fra kvalitetshensyn i større grad
- **Bedre samhandling på lokale arenaer, videreutvikle åpne og utadrettede arbeidsformer**
 - Tilbudet innen psykisk helse og rusbehandling
 - Ambulante tjenester
 - Bedre oppfølgingstjenester til ruspasienter (bolig/arbeid)
 - Tilrettelegge for utvikling og samhandling med andre offentlige og kommunale aktører
- **Omstilles og videreutvikles for å møte fremtidens utfordringer**
 - Desentralisere/sentralisere/samløkalisere
 - Tilrettelegge for store pasientgrupper/kronikere
 - Etablere behandlingsskjeder for hyppige tilstander
 - Understøtte kommunens behandling
- **Veileder og bistår med nødvendig kompetanse og kunnskapsoverføring**
 - Følger veiledningsplikten
 - Bidra og støtte kommuner med helsedata og analyse
 - Nytte gjøre kunnskap bedre i folkehelsearbeidet
- **Plikt** til å samarbeide med kommunen om et helhetlig pasienttilbud, og til å bistå kommunesektoren