



HELSE  MIDT-NORGE

Høringsutkast

REGIONAL UTVIKLINGSPLAN 2023–2026





Stig Arild Slørdahl | *Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF*

Foto: Terje Visnes

KAP 1 | VÅR FELLES HELSETJENESTE

Norge har en av verdens beste helsetjenester og det samsvarer godt med målsettingen vår i Helse Midt-Norge om å levere en fremragende helsetjeneste til befolkningen i regionen vår. Det er også i tråd med de fire strategiske målene vi satte i Strategi 2030 og som ligger fast, om å skape pasientenes helsetjeneste, vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helsetjeneste, vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell og vi er gode lagspillere.

Vi har et fantastisk godt utgangspunkt for å klare disse utfordringene. Vi har svært dyktige fagfolk som ser mulighetene i nye arbeidsmåter og økt samarbeid. Gjennom Helseplattformen får du som innbygger nå én helsejournal der helsetjenesten i kommuner, fastlegene og sykehusene kan dele informasjon med deg og hverandre på en effektiv og trygg måte. Vi har et tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene, vi har noen av de fremste teknologiske miljøene globalt i regionen vår og vi har aktive brukere av helsetjenesten som bidrar til å stadig forbedre tjenestene.

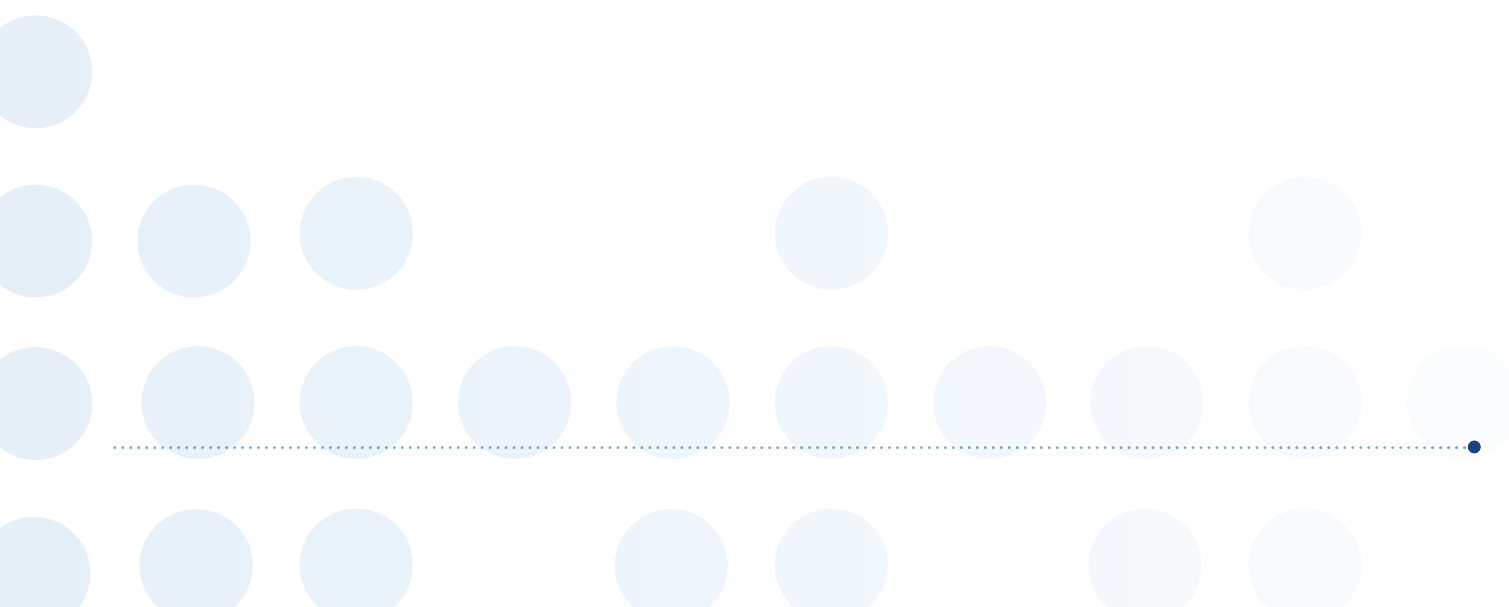
De endringene vi står foran vil kreve at nye yrkesgrupper begynner å arbeide i helsetjenesten, utdanningsløpene må tilpasses en ny virkelighet, vi må bruke kompetansen hos ansatte optimalt og vi er nødt til å tenke kompetanse og personell for hele helsetjenesten i tett samarbeid med kommuner og fylkeskommuner. Langt flere konsultasjoner bør være digitale, kunstig intelligens, automatisering og robotteknologi må tas i bruk i større grad og vi må utnytte Helseplattformen til å utvikle gode pasientforløp som gir mindre ressursbruk. Vi skal også være en del av løsningen på klimautfordringene verden preges av. Økonomisk bærekraft er en forutsetning for å lykkes.

Spydspissen i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge er universitetssykehuset St Olavs hospital som har en hovedoppgave i å lede fagutviklingen i de mange spesialitetene vi har. Det krever at fagmiljøene i regionen samarbeider tett for å sikre en best mulig spesialisthelsetjeneste til befolkningen. Kvalitet og pasientsikkerhet må veie tyngst i prioriteringene for en likeverdig helsetjeneste. I det ligger det at alle pasientgrupper skal oppleve at prioritering er uavhengig av diagnose og at vi også sikrer en fremragende helsetjeneste til pasientgruppene uten de sterke interesseorganisasjonene.

Jeg håper at du ved å lese denne utviklingsplanen blir inspirert til å bidra til *vår felles helsetjeneste* i regionen enten det er som helsepersonell eller en annen yrkesgruppe, bruker av tjenestene eller som engasjert innbygger i Midt-Norge. I fellesskap møter vi morgendagen.

Stig A. Slørdahl

Administrerende direktør | Helse Midt-Norge RHF



INNHOOLD

1	Vår felles helsetjeneste	2
2	Innledning	5
2.1	Om helseregionen	5
2.2	Vårt verdigrunnlag	6
2.3	Formål med planen	6
3	Driverer for endring av helsetjenesten	7
4	Mål og veivalg	11
4.1	Pasientenes helsetjeneste	12
4.1.1	Helhetlig tilbud til befolkningen	12
4.1.2	Prioriterte pasientgrupper	14
4.1.3	Det utadvendte sykehus	21
4.1.4	Pasient- og brukermedvirkning	24
4.1.5	Helsetjenester til den samiske befolkningen	26
4.2	Ta i bruk kunnskap og ny teknologi	27
4.2.1	Forskning	27
4.2.2	Innovasjon	30
4.2.3	Teknologi og digitalisering i pasientenes helsetjeneste	32
4.2.4	Kvalitet og pasientsikkerhet	35
4.2.5	Standardisering	36
4.3	Rekruttere, utvikle og beholde personell	38
4.3.1	Utdanning	38
4.3.2	Bemanning og kompetanse	41
4.3.3	Ledelse	44
4.4	Gode lagspillere	46
4.4.1	Samhandling og helsefelleskap	46
4.4.2	Funksjons- og oppgavefordeling	49
4.4.3	Avtalespesialister og private leverandører	51
4.4.4	Beredskap	54
4.4.5	Utvikling av akuttmottak og den akuttmedisinske kjeden	55
4.5	Eiendom og bygningsmasse	58
4.6	Økonomisk Bærekraft	60
4.7	Samfunnsansvar	62
4.8	Andre helseforetak Helse Midt-Norge er eier av	65
4.8.1	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	65
4.8.2	Hemit HF	67
4.8.3	Luftambulansetjenesten HF	69
4.8.4	Pasientreiser HF	70
4.8.5	Sykehusbygg HF	72
4.8.6	Sykehusinnkjøp HF	73
4.8.7	Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF	74
5	Hovedsatsinger i perioden 2023–2026	75
6	Vedlegg	81



Foto: Helse Møre og Romsdal

▶ KAP 2 | INNLEDNING

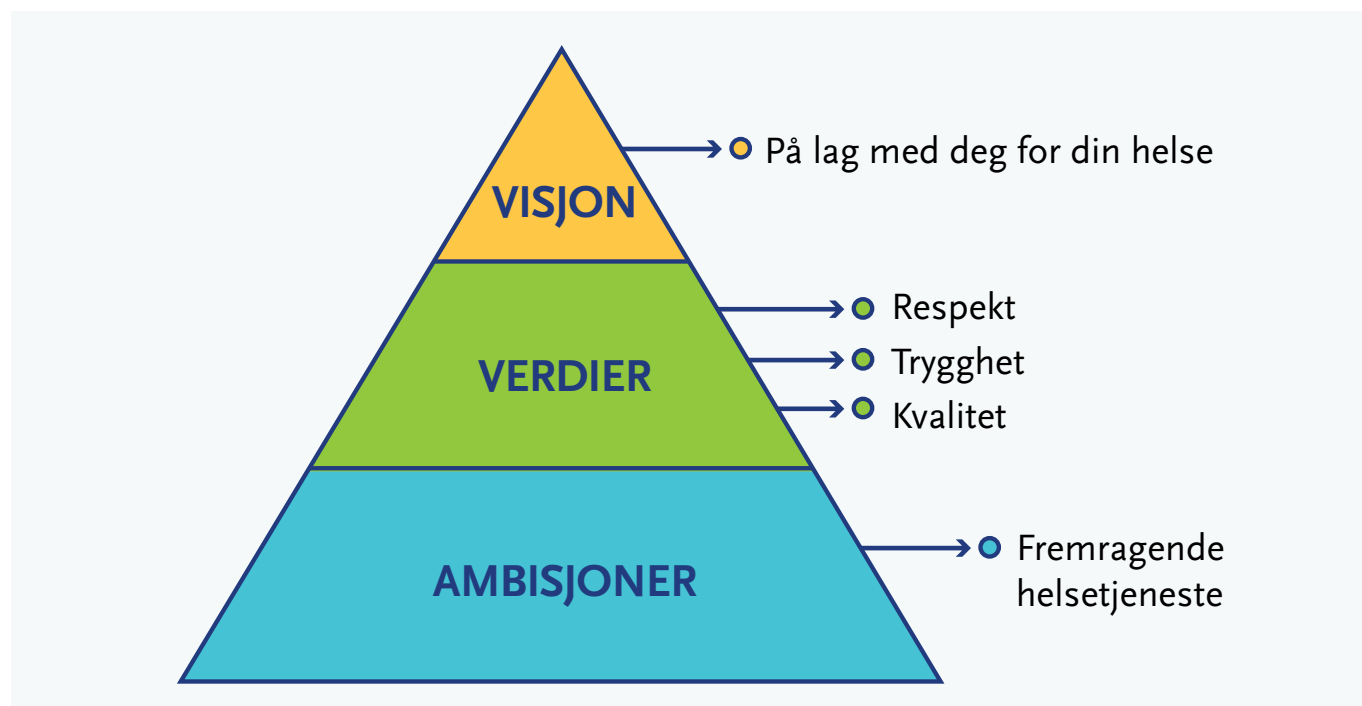
2.1 OM HELSEREGIONEN

Helse Midt-Norge RHF ble opprettet i 2001, og er ett av fire regionale helseforetak i Norge, med ca. 21 500 ansatte. Vi har ansvar for å sørge for spesialisthelsetjenester for befolkningen i Trøndelag og Møre og Romsdal fylker. Dette innebærer å legge til rette for, planlegge, organisere og fremme: pasientbehandling; utdanning av helsepersonell; forskning; opplæring av pasienter og pårørende; og utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanse.

For å oppfylle våre oppgaver har Helse Midt-Norge RHF opprettet tre underliggende helseforetak med ansvar for å levere spesialisthelsetjenester: Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF. I tillegg har vi et felles helseforetak for apotekjenester – Sykehusapotekene i Midt-Norge HF. I 2022 ble også Hemit HF opprettet som felles IKT-leverandør for foretaksgruppen.

2.2 VÅRT VERDIGRUNNLAG

Helse Midt-Norges ambisjon, som nedfelt i Strategi 2030¹, er at vi skal skape en fremragende helsetjeneste, med tjenester som er likeverdige, helhetlige og ansvarlige. At tjenesten er likeverdig, betyr at alle har tilgang på tjenester som er tilpasset den enkeltes behov og forutsetninger. At tjenesten er helhetlig betyr at vi evner å se tilbudet i sammenheng innenfor de ressursene vi har til rådighet, og at vi samhandler godt med kommunene og andre aktører. At tjenesten er ansvarlig innebærer at vi tar vår del av samfunnsansvaret lokalt, nasjonalt og globalt, og at vi utnytter samfunnets felles ressurser på best mulig måte.



Vi bygger helsetjenesten på en visjon om at vi er «på lag med deg for din helse», som gjenspeiler at vi skal møte pasienter og omverden med, og bygge helsetjenesten på verdiene kvalitet, trygghet og respekt.

2.3 FORMÅL MED PLANEN

Utviklingsplanen utarbeides hvert fjerde år med bakgrunn i retningslinjer fra Nasjonal helse- og sykehusplan² som vedtas av Stortinget. Planen skal være et grunnlag for å styre og samordne utviklingen av virksomheten, og ajourføres i takt med endringer i forutsetninger og overordnede planer og strategier.

Planen er en retningsgivende plan som skal ligge til grunn for virksomheten de kommende fire år, som uttrykk for styrets intensjoner for utvikling av foretaket innen en planleggingshorisont på 15 år. Planen er ikke et rettslig bindende dokument, og setter ikke til side tidligere styrevedtak, strategier og styringsdokumenter, men er et grunnlag for revidering av disse. Gjennomføring av planen vil være avhengig av egne styrevedtak og/eller vedtak i foretaksmøte der dette er relevant. For eksempel må tiltak i planen som har økonomiske konsekvenser innarbeides i økonomisk langtidsplan og prioriteres i budsjett.

² Meld.st. 7 (2019–2020) – Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, regjeringen.no



Foto: Freepik

KAP 3 | DRIVERE FOR ENDRING AV HELSETJENESTEN

En rekke utviklingstrekk i samfunnet er drivere for nødvendig endring i helsetjenesten. For å fortsatt ha en fremragende helsetjeneste, som er bærekraftig for fremtiden, må vi møte de utfordringene, og utnytte de mulighetene, som disse driverne gir.

En aldrende befolkning

Andelen eldre i befolkningen vil fortsette å øke i planperioden. De store fødselskullene etter 2. verdenskrig passerer nå ordinær pensjonsalder, og fremskritt innen livsstil og behandling av sykdom gjør at levealderen øker. Flere vil derfor leve lenge med én eller flere kroniske og aldersrelaterte sykdommer³. Dette vil legge press på helsetjenesten.

3 Meld. St. 7 (2019-2020) «Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023», s. 15, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no

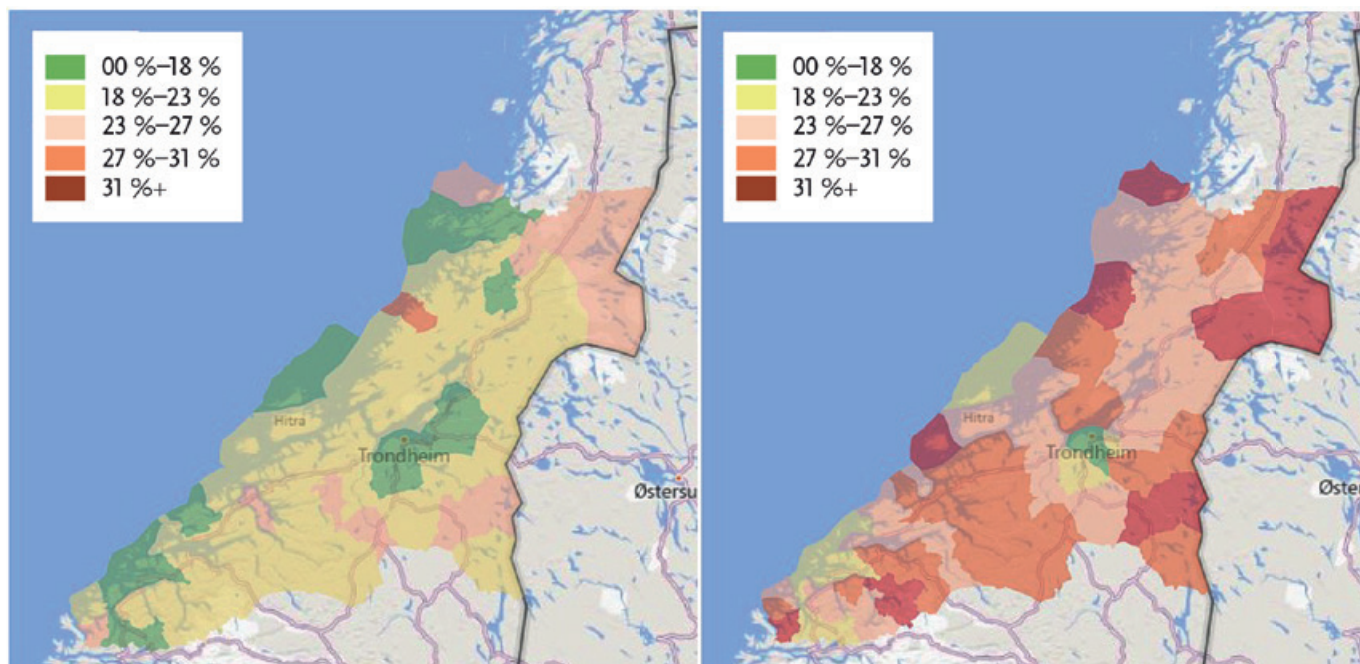
6 DRIVERE SOM VIL ENDRE HELSETJENESTEN



Samtidig som det blir flere eldre, blir det færre yngre⁴. Det betyr færre potensielle arbeidstakere som kan jobbe med å yte helsetjenester til den økende eldre befolkningen. Ved å forebygge alvorlig sykdom vil imidlertid eldre kunne holde seg friske lenger, og utgjøre en ressurs for å ta vare på seg selv og andre⁵.

4 Statistisk sentralbyrå (2020) «Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge. Befolkningsframskrivingene 2020–2060», ssb.no.

5 Folkehelseinstituttet (2021) «Seniorene holder seg sterke og selvhjulpne lenger», <https://www.fhi.no/nyheter/2021/seniorene-holder-seg-sterke-og-selvhjulpne-lenger/>



Andel av befolkningen 67 år eller eldre per kommune 2021 (venstre) – 2037 (høyre).

De demografiske endringene er geografisk skjevfordelt. De yngre flytter i større grad til storbyene, slik at ubalansen mellom eldre og yrkesaktive vil bli betydelig større i utkantkommuner enn i sentrale strøk. Kommunehelsetjenesten settes derfor i større grad under press i områder der spesialisthelsetjenesten har mindre tilstedeværelse⁶.

Ny kunnskap og teknologi gir nye muligheter

Nye legemidler og andre behandlingsmetoder gir oss mulighet til å behandle stadig flere – noen kan bli friske, mens andre kan bli i stand til å leve bedre med sykdom som tidligere gav betydelig funksjonsnedsettelse, eller var dødelig. Utviklingen av kunstig intelligens og persontilpasset medisin vil øke mulighetene til å behandle med et høyere presisjonsnivå og gi flere et bedre liv. Digitaliseringen av helsetjenesten gir nye muligheter til å samhandle, yte tjenester uavhengig av lokalisasjon, og effektivisere bruken av data. I tillegg gir den pasientene nye muligheter til selv å bidra i egen behandling.

Å fase ut og erstatte gamle og mindre effektive metoder krever endringsvilje, investeringer og opplæring i nye. I tillegg til større endringsevne krever det å ta i bruk disse mulighetene at vi også vrir ressurser fra mer personell til økt kompetanse, teknologi og nye behandlingsmetoder.

6 NOU 2020:15, «Det handler om Norge – Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene.», NOU 2020: 15 - regjeringen.no

Stigende forventninger

Utviklingen på de fleste samfunnsområder går i retning av bedre, raskere og mer tilgjengelige og tilpassede tilbud. Samfunnet er mer velstående, og befolkningen har tilgang på mer informasjon enn tidligere. Samfunnets velferdsordninger er bygd ut, og pasienter og brukere har fått sterkere rettigheter.

Befolkningen forventer derfor at helsetjenesten responderer raskt på nye behandlingsmuligheter, tilbyr tjenester med høy kvalitet, gir et likt tilbud over hele landet, og gir brukerne innflytelse over det tilbudet de mottar. Et for stort gap mellom innbyggernes forventninger og vår evne til å levere disse tjenestene vil over tid kunne redusere tilliten til helsetjenesten. Den offentlige helsetjenesten må unngå at større helseforskjeller oppstår ved at de som er velstående kjøper seg helsetjenester privat hvis det ikke tilbys av den offentlig finansierte helsetjenesten.

Press på økonomisk bærekraft

Regjeringen er i perspektivmeldingen⁷ er tydelig på at handlingsrommet i statsbudsjettene fremover kommer til å bli mindre. Veksten i ressurser til helsetjenesten vil ikke tilsvare veksten i behov, muligheter og forventninger. Utviklingstrekkene beskrevet i dette kapitlet medfører derfor at vi må omprioritere og omstille for å frigjøre ressurser. Helsetjenester må leveres med samme eller bedre kvalitet, men med lavere ressursbruk enn i dag. Vi må sette av ressurser til investering i informasjonsteknologi, kompetanseutvikling, medisinsk-teknisk utstyr og bygningsmasse som gjør oss i stand til å ta i bruk nye muligheter.

Styrket fokus på tjenesteinnovasjon, planlegging og tydelig prioritering vil være helt nødvendig for å møte dette.

Økende miljø- og klimautfordringer

Verdens helseorganisasjon slår fast at klimaendringene er den største globale helsetrusselen vi står foran. Norges befolkning har generelt god helse, og helsemessig står vi relativt godt rustet mot virkninger av klimaendringer. Likevel vil mer nedbør, hetebølger og tørkeperioder få betydning for helsen vår.

Helsetjenesten er en stor sektor i samfunnet, og må derfor også være en bidragsyter til at vi sammen klarer å redusere den samlede påvirkningen på klima og miljø. Spesialisthelsetjenesten har satt seg ambisiøse felles mål for klima og miljø i perioden 2022-2030, som vil ha konsekvenser for hvordan vi innretter tjenestetilbudet vårt⁸.

En mer usikker verden

De siste årenes utvikling har tydeliggjort at vi lever i en verden med større grad av usikkerhet enn det vi i et velstående vestlig land har opplevd etter den kalde krigen. Vi har gjennomlevd flere år der verden har vært preget av en pandemi, en varslet krise som vi likevel ikke var tilstrekkelig forberedt på. Vi opplever også krig mellom land i Europa i en skala som de færreste trodde var mulig. Med disse hendelsene nær hverandre i tid ser vi også forstyrrelser i handel, leveringskjeder og mobilitet av helsepersonell over landegrensene som påvirker vår evne til å levere helsetjenester. Disse hendelsene har understreket at vi må planlegge beredskap for et annet trusselbilde, og helsetjenesten er en vesentlig del av landets samlede beredskap.

Norge er et samfunn bygd på stor grad av tillit mellom folk, og tillit til det offentlige og helsetjenesten er en svært viktig ressurs og styrke for vår evne som samfunn til å håndtere kriser og usikkerhet⁹. Befolkningens tillit til helsetjenesten er mindre selvsagt enn den var, og vi må gjøre oss fortjent til denne, og bidra til å ta vare på denne ressursen i samfunnet generelt.

7 Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021, Meld. St. 14 (2020-2021) – regjeringen.no

8 Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten med felles klima- og miljømål» (2022), Neste generasjon plan – Felles klima- og miljømål

9 Spekter (2022) «Fremtidens helse og omsorg 2030», spekter.no, s. 20–22



Foto: Freepik

▶ KAP 4 : MÅL OG VEIVALG

Helse Midt-Norge vedtok i 2016 Strategi 2030¹⁰. Basert på gjennomgangen i kapittel 3, mener vi de utfordringene og mulighetene som ble lagt til grunn for strategien fortsatt er relevante, og har blitt forsterket i de seks årene som har gått. Vi vil derfor fortsatt jobbe videre etter denne strategien for å oppnå ambisjonen om å skape en fremragende helsetjeneste, med tjenester som er likeverdige, helhetlige og ansvarlige. I strategien peker vi på fire strategiske mål som ligger til grunn for veivalgene i utviklingsplanen:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell
- Vi er gode lagspillere

Dette kapittelet er orientert rundt veivalg innenfor disse fire områdene. I tillegg trekker vi fram veivalg innenfor eiendom og bygningsmasse, økonomisk bærekraft, ansvarlig virksomhet og prioriteringer for andre helseforetak Helse Midt-Norge er hel- eller deleier av.

¹⁰ Strategi 2030, kortversjon: <https://helse-midt.no/Documents/2016/Folder%20til%20nett.pdf>

4.1 PASIENTENES HELSETJENESTE

Vi skaper pasientenes helsetjeneste

Pasientene skal oppleve et godt møte med helsetjenesten, preget av likeverd og respekt. Pasienter og pårørende er viktige pådrivere for endring og forbedring av helse- og omsorgstjenestene. God involvering av pasient og pårørende gir mer treffsikker forebygging, behandling og oppfølging, og helsetjenesten må ha evne til å dra nytte av både pasienters og pårørendes kompetanse.

Et helhetlig tilbud må utvikles og etableres i partnerskap med alle involverte parter i behandlingsskjeden. Å sette pasientene i sentrum utfordrer hvordan helsetjenesten er innrettet, og stiller krav til bedre samhandling mellom sykehus, kommuner, private tilbydere, ideelle aktører og andre tjenesteytere. Ikke minst må også alle disse aktørene samhandle godt med pasienter og pårørende.

Befolkningens behov skal være styrende for hvordan vi utvikler oss. Det innebærer at vi må bygge en helsetjeneste som er bærekraftig for framtida, og må prioritere ut fra disse behovene, med et blikk på helheten både i befolkningen og helsetjenesten. Alles behov er ikke like, og en likeverdig helsetjeneste er derfor tilpasset behovene til den enkelte pasient.

4.1.1 HELHETLIG TILBUD TIL BEFOLKINGEN

Helse Midt-Norge skal tilby tjenester ut fra en erkjennelse av at et helhetlig tilbud må utvikles og etableres i samarbeid med alle involverte parter i behandlingsskjeden for å sikre:

- En helhetlig sammenhengende helsetjeneste
- Bedre koordinerte tilbud
- Hensiktsmessig funksjons- og oppgavedeling
- Utvikling av nye tjenestemodeller
- Bedre bruk av helsedata som beslutningsgrunnlag for helsetjenesteutvikling

Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen¹¹ understreket at pasientene opplever fragmenterte tjenester som ikke samarbeider godt nok, og mangel på tilgjengelig informasjon. Videreutvikling av tilbudet i spesialisthelsetjenesten må skje i takt med utviklingen av det kommunale tilbudet for å sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av geografi.

Langsiktig kompetanseplanlegging og funksjonsfordeling er viktig for å sikre dette. Rekrutteringsutfordringene er felles for både kommuner og sykehus, og vi må i sterkere grad sikre at vi rekrutterer rett kompetanse. Fremover vil det være viktig å samarbeide for å løse bemanningsutfordringene spesielt i områder der høy andel eldre i befolkningen tilsier at vi vil få stort behov for mer helsepersonell.

Vi må ha kontinuerlig fokus på likeverdige og tilgjengelige helsetjenester uavhengig av kompetanse, økonomi, etnisitet, kultur og identitet når nye tjenester etableres og tidligere tilbud endres. Immigrasjon og migrasjon av personer med behov for helsehjelp i forbindelse med kriser har vist hvordan det er behov for raskt å kunne tilpasse tilbudet til omskiftende omgivelser og ukjente situasjoner. Dette stiller også større krav til flerkulturell kompetanse hos helsepersonell.

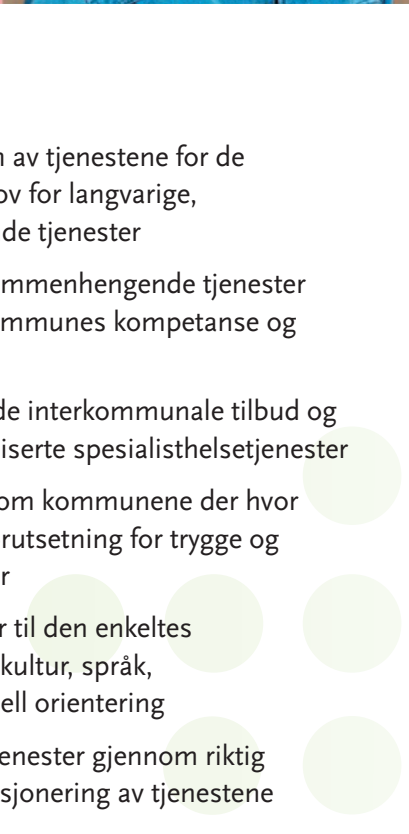
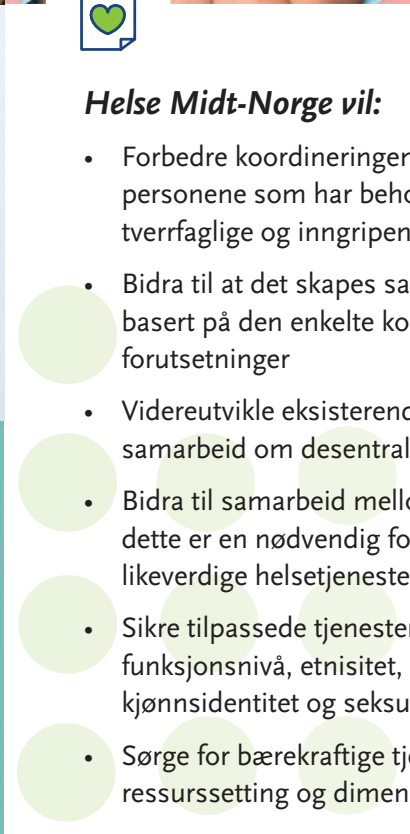
Bedre bruk av helsedata og Helseplattformen som felles journalløsning vil kunne hjelpe oss å yte mer koordinerte tjenester, og utvikle kunnskap om hva vi må gjøre for å dempe veksten i behov for helsetjenester både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Sykehusene og kommunene må gjennom felles analyse av data bruke velferdsteknologi og Helseplattformen for å flytte tjenester hjem og gjøre brukerne mer selvhjulpne.

¹¹ St. meld. nr 47 (2008-2009) «Samhandlingsreformen», regjeringen.no

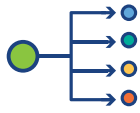


Helse Midt-Norge vil:

- Forbedre koordineringen av tjenestene for de personene som har behov for langvarige, tverrfaglige og inngripende tjenester
- Bidra til at det skapes sammenhengende tjenester basert på den enkelte kommunes kompetanse og forutsetninger
- Videreutvikle eksisterende interkommunale tilbud og samarbeid om desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Bidra til samarbeid mellom kommunene der hvor dette er en nødvendig forutsetning for trygge og likeverdige helsetjenester
- Sikre tilpassede tjenester til den enkeltes funksjonsnivå, etnisitet, kultur, språk, kjønnsidentitet og seksuell orientering
- Sørge for bærekraftige tjenester gjennom riktig ressurssetting og dimensjonering av tjenestene



4.1.2 PRIORITERTE PASIENTGRUPPER



Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 prioriterer følgende grupper:

1. Barn og unge
2. Personer med alvorlig psykisk lidelse og rus
3. Skrøpelige eldre
4. Personer med flere kroniske sykdommer

De prioriterte gruppene har til felles at de er særlig avhengige av godt koordinerte og sammenhengende pasientforløp, med særlig robusthet i samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Utvikling og etablering av bedre tjenester i samarbeid mellom sykehus og kommuner i helsefelleskapene må prioriteres også i kommende periode.

Barn og unge

Helsetjenester til barn og unge skal prioriteres både innen somatikk (inkludert habiliteringstjenester), psykisk helsevern og rusbehandling. Det samme gjelder arbeid for barn som pårørende. Barn og unge i særlig sårbare samfunnsgrupper må vies spesiell oppmerksomhet i utviklingsarbeidet, slik som barn og unge:

- i barnevernet og kriminalomsorgen
- som lever under krevende sosioøkonomiske forhold
- med særlige utviklings-, læringsrelaterte eller språklige utfordringer
- med lang- eller livsvarig alvorlig sykdom (somatisk og/eller psykisk helse)

FNs barnekonvensjon slår fast at alle barn har rett til å få den best mulige medisinske behandling og hjelp til å komme seg etter sykdom¹². Tidlig oppdagelse og innsats er den viktigste forebyggende faktoren for å motvirke alvorlige helsemessige og sosiale utfordringer i voksen alder. Dette forutsetter at spesialisthelsetjenesten og kommunene lærer av hverandre gjennom aktivt samarbeid med oppvekst-, barnevern- og helsetjenester i kommunen. Spesialisthelsetjenesten kan bidra med veiledning og støtte kommunene i arbeid med barn og unge. Relevante fagområder i spesialisthelsetjenesten må derfor etablere og videreutvikle lett tilgjengelige tjenester for kompetanse-deling og veiledning til kommunalt fagpersonell, enten det dreier seg om somatisk helse, utvikling, psykisk helse, eller utfordringer knyttet til atferd eller rus. Å bidra til at kommunale tjenester klarer å ivareta flere barn og unge vil bidra til å frigjøre kapasitet i spesialisthelsetjenesten til de som har så omfattende eller alvorlige utfordringer at de trenger helsehjelp på spesialisert nivå.

For barn med langvarig eller livsvarig behov for spesialisthelsetjenester vil vi utvikle modeller for spesialisert hjemmesykehus for barn, til bruk der det er forsvarlig og egnet til å bedre livskvalitet og trivsel for barn og familier. For barn og unge med sjeldne sykdommer med omfattende og krevende behov er det også grunn til å tro at satsing på persontilpasset medisin vil bidra til betydelige forbedringer i behandling i årene som kommer.

¹² FNs barnekonvensjon, art. 24, lovdata.no



Når en familie opplever helseproblemer eller død, kommer barn i en situasjon som pårørende. Det påvirker familiens hverdag, helse og livskvalitet, og arbeid med barn som pårørende en naturlig del av helsehjelpen. Barn som vokser opp med psykisk syke, somatisk syke eller rusavhengige foreldre opplever et spekter av bekymringer og har høyere risiko for å utvikle psykiske, sosiale og adferdsmessige problemer enn andre barn. Barna har også større risiko for å oppleve konfliktfylte samspill, dårligere foreldrefungering og omsorgssvikt¹³.

Helsetjenesten må ivareta behovene til barn som er pårørende for informasjon og nødvendig oppfølging i samarbeid med den som har helseproblemer, barn og familie. Det må sikres god informasjonsflyt, og arbeidet må dokumenteres. Gjennom å fange opp betydningsfulle hendelser tidlig kan helsetjenesten bidra til at barn kan mestre det de opplever. Det må legges til rette for samhandling med barn og unge gjennom digitale løsninger, for eksempel HelsaMi.

Helsefelleskapene er en viktig arena for samhandling om arbeidet med barn og unge som i fellesskap må prioritere hva som er viktig for barn og unge, utarbeide rutiner for samhandling gjennom helhetlige pasientforløp i tråd med endringer i velferdstjenestelovgivningen¹⁴. Kommunene får nå en plikt til å ha egne barnekoordinatorer. For barn og unge med kronisk sykdom eller funksjonshemminger vil det ofte være behov for felles planlegging i et livsløpsperspektiv.

¹³ Helsedirektoratet (2019) «Pårørendeveilederen», forskning om barn som pårørende, helsedirektoratet.no

¹⁴ Helsedirektoratet (2022) «Endringer i velferdstjenestelovgivningen – samarbeid, samordning og barnekoordinatorer», helsedirektoratet.no

Personer med alvorlig psykisk lidelse og rus

Alvorlig psykisk lidelse omfatter tilstander med periodisk eller vedvarende realitetsbrist, funksjonsnedsettelse og for mange pasienter utfordringer knyttet til svekket innsikt om egen helsesituasjon. Somatiske helseutfordringer er hyppigere, og pasienter oppsøker i mindre grad nødvendig helsehjelp på eget initiativ. Ved samtidig skadelig bruk eller avhengighet av rus, kompliseres helse- og livssituasjon ytterligere, med alvorlige konsekvenser for livskvalitet og prognose for både somatisk og psykisk helse.

I tidlige faser eller ved akutt forverring er det i mange tilfeller spesialisthelsetjenesten som må sikre rask, tilgjengelig og høykompetent helsehjelp. Det er behov for robuste og lett tilgjengelige akutte tjenester, i kombinasjon med spesialiserte tjenester for utredning og behandling over tid. For pasienter med særlig utfordrende atferd, som medfører fare for vold eller skade, må tjenestene være tilpasset adekvat risikohåndtering og sikkerhetsnivå. Helsepersonell som skal yte spesialisthelsetjenester til pasientgruppen, skal ha spesialisert kompetanse både innen fagområdene alvorlig psykisk lidelse, psykose og rus, og om risikovurdering og risikohåndtering i psykisk helsevern. Gjennomføring av særreaksjonen dom til tvungent psykisk helsevern skal følge oppdaterte faglige prosedyrer i samarbeid med kommune og andre involverte sektorer.

Tverrfaglige tjenester, som retter seg mot alle livsområder (psykisk og somatisk helse, bolig og sosiale forhold, utdanning og arbeid/aktivitet) er gjennomgående vist å være best egnet i behandling. Likeverdige og godt sammensatte tjenester forutsetter at helsefelleskapene har særlig fokus på etablering av egnede modeller for å sikre dette, i overgangene mellom spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester. I ulike faser av livet, vil polikliniske, ambulante og døgnbaserte tjenester være nødvendige, sekvensielt eller i kombinasjon.

I stabile faser, og ved behov for langvarig oppfølging, er spesialisthelsetjenestens viktigste oppgave å veilede og støtte de kommunale tjenestene på en forutsigbar og utviklende måte. Dette vil styrke forutsetningene for at pasienten kan leve mest mulig selvstendig i eget hjem og nærmiljø, så store deler av livet som mulig.

De fleste pasienter i denne gruppen vil bli syke i ung voksen alder, og være avhengige av ulike tjenester fra spesialisthelsetjenesten i perioder. De vil ellers leve ganske selvstendig i egen bolig det meste av livet, med tilpassede helse- og omsorgstjenester.

Noen pasienter vil likevel bli syke allerede i barne- eller ungdomsåer, ha sammensatte vansker, og ha behov for samarbeid mellom psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) og psykisk helsevern for voksne (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Noen vil også ha behov for godt koordinerte og samarbeidende tjenester på tvers av sektorer, mellom spesialisthelsetjeneste, kommunale oppvekst- og omsorgstjenester og spesialiserte barneverntjenester. Helsefelleskapene må særlig sikre forpliktende samarbeidsmodeller for denne gruppen, som ledd i arbeidet med samarbeid om barnevern og helse i stort. Digital samhandling og oppfølging bør benyttes på områder hvor en med fordel har behov for å jobbe uavhengig av tid og sted.

En annen særskilt gruppe er pasienter som i liten grad eller aldri oppnår tilstrekkelig bedring i sykdomsbilde eller funksjonsnivå til å mestre et selvstendig liv i egen bolig, eller bolig med tilknyttet bemanning. For denne gruppen vil det være nødvendig å utvikle lokalt tilpassede samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune, om varig botilbud i boenheter med tettere integrert kommunal bemanning og særlig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten knyttet til psykisk helse, rus og risikohåndtering. I noen tilfeller vil det også være behov for samarbeid med habiliteringstjeneste og/eller andre sektorer, som kriminalomsorg eller politi/påtalemyndighet.

Skrøpelige eldre

Begrepet «skrøpelig» brukes for å beskrive en sårbar tilstand med redusert styrke og motstandskraft hvor de fysiologiske reservene i kroppen blir redusert og motstandskraften mot påkjenninger som sykdommer og skader blir dårligere. Skrøpelighet er en tilstand som øker med alderen, men alle eldre ikke er skrøpelige.

Skrøpelighet har sammensatte årsaker; normal aldring, usunn livstil med lite fysisk aktivitet og dårlig ernæring, samt sykdommer og skader. Forebygging og behandling er rettet mot disse årsakene; fysisk aktivitet, god ernæring, god behandling av medisinske tilstander, samt psykologisk og sosial støtte kan motvirke at eldre blir hjelpetrengende og får reduserte leveutsikter.

Skrøpelige eldre utgjør en stor andel av de som bruker mye spesialisthelsetjenester. Det samme er tilfelle i primærhelsetjenesten. Selv små endringer i positiv retning får stor betydning pga. de store ressursene som denne gruppen krever.



Systematisk kartlegging av skrøpeligheit og intervensjon ved akuttinnleggjelser i sykehus er anbefalt for innbyggere over 65 år. Dette kan bidra til færre innleggjelser og reinnleggjelser samt bedre resultat ved utskrivning, men i en akuttsituasjon kan en person fremstå som mer skrøpelig en det vedkommende faktisk er. Digital hjemmeoppfølging må vurderes som virkemiddel for å bidra til færre innleggjelser.

Helsedirektoratet har beregnet at om lag hver femte utskrivningsklare pasient som blir reinnlagt er skrøpelig eldre. Kortere liggetid i sykehus og mangelfull samhandling mellom hjemmetjeneste og fastlege kan bidra til at pasientene ikke får den systematiske oppfølgingen etter utskrivning fra sykehus som de trenger. Dette kan bidra til økende antall reinnleggjelser av hjemmeboende multisyke skrøpelige eldre. Mer digital samhandling og bruk av Helseplattformen for å skape sammenhengende pasientforløp vil være et virkemiddel for dette.

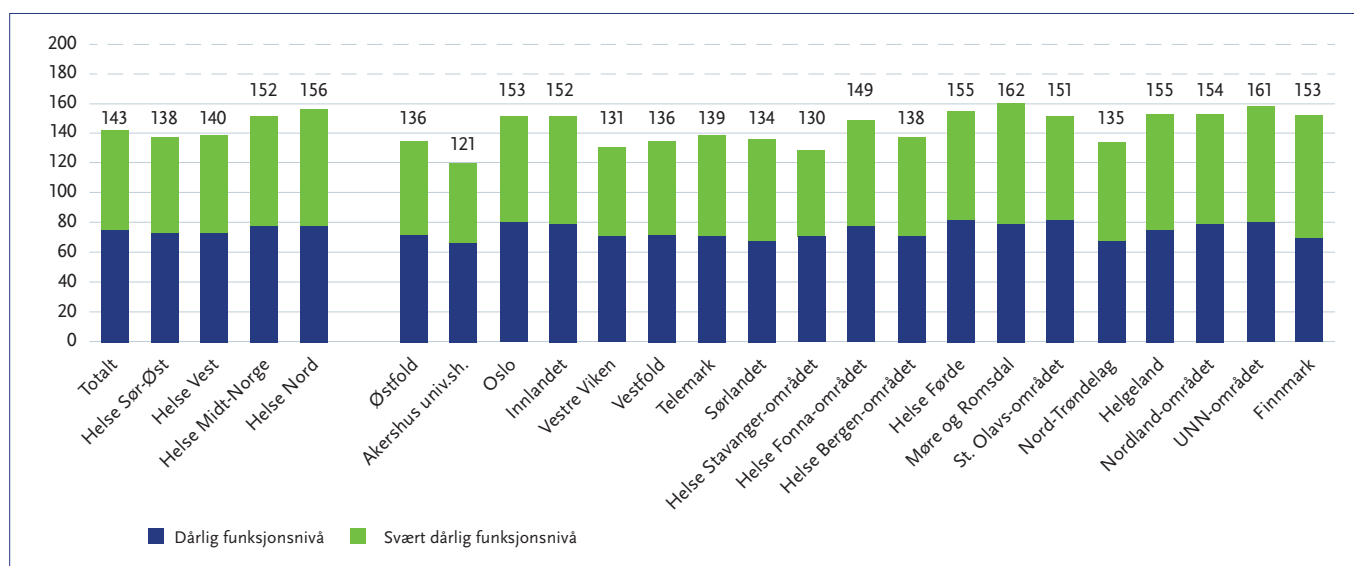
De skrøpelige multisyke pasientene benytter seg gjerne av flere helse- og omsorgstjenester på begge nivå og har et stort behov for mer koordinerte tjenester. Det krever samarbeid og samhandling på andre måter enn det vi har tilgjengelig i dag.

God kartlegging og forebygging er avgjørende for å redusere sykkelighet. Det bør utvikles metoder for å identifisere personer med høy risiko for funksjonssvikt tidlig nok til å sette i gang tiltak for å hindre funksjonsfall.

Sykehus kan redusere reinnleggjelser av skrøpelige eldre vesentlig ved et geriatrik ledet bredt tverrfaglig teamarbeid i utskrivningen. Dette bidrar samtidig til å øke kapasiteten i kommunene til å motta pasienter ved utskrivning, ved at flere kan skrives ut direkte til hjemmet, og hvor pasientene i etterkant kan ha mindre behov for sykehjem.

Det må arbeides med å utvikle pasientforløp som tar hensyn til kjente problemstillinger for pasientgruppen, og som kjennetegnes ved gode rutiner og overganger. Helseplattformen vil legge til rette for konsultasjon mellom helsepersonell som understøtter samhandling.

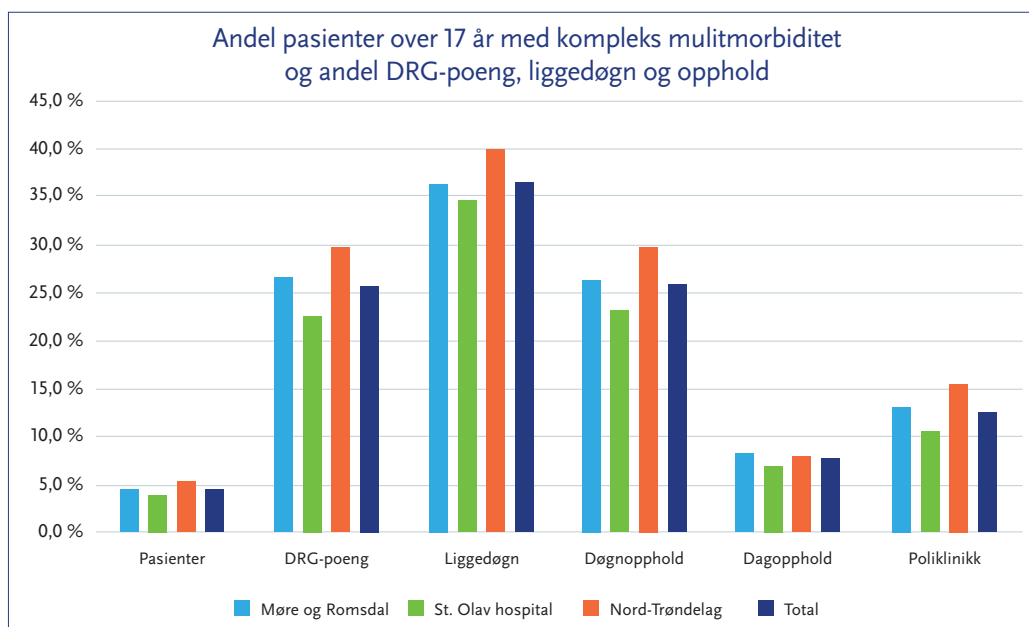
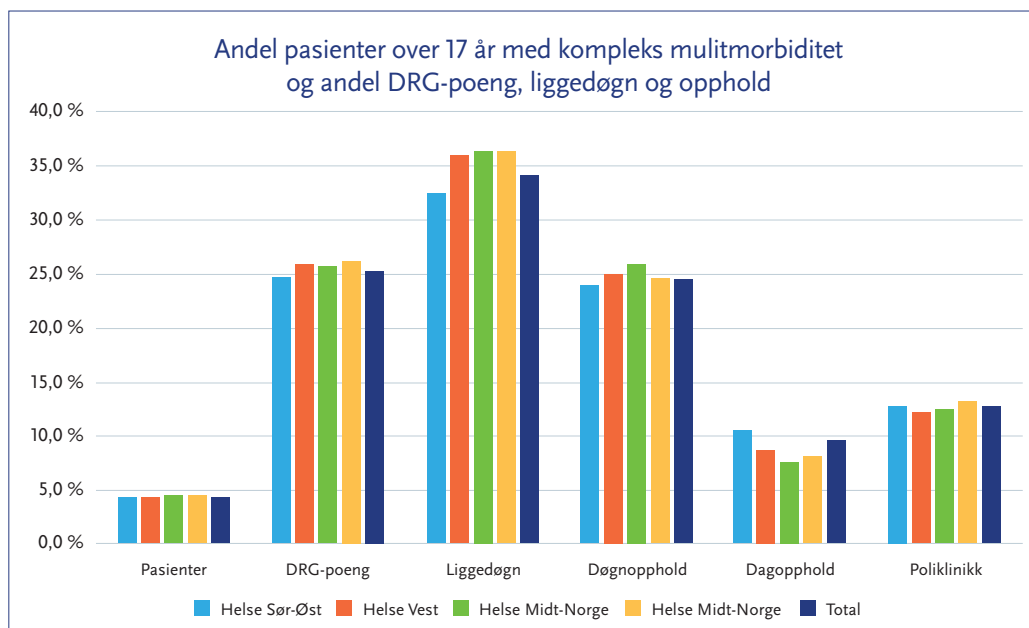
Antall personer per 1 000 innbygger 75 år og eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå¹⁵



¹⁵ Helsedirektoratet (2021) Styringsinformasjon til helsefelleskapene
Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer, helsedirektoratet.no

Personer med flere kroniske lidelser

Personer med tre eller flere kroniske sykdommer i ulike organsystem, også beskrevet som kompleks multimorbiditet utfordrer helsesystemene i hele verden. I hovedsak er forskning, utdanning og systemene i seg selv tilpasset behandling av personer med en enkelt sykdom¹⁶. Dermed kan personer med flere kroniske lidelser ha særskilte behov hvor standardiserte forløp ikke passer. De er oftere innlagt på sykehus, og har lengre opphold enn andre pasienter. I tillegg har de en høyere bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, og har flere konsultasjoner hos fastlege og ved legevakt. På landsbasis var det i Norge i 2019 totalt 72 134 personer i henhold til definisjonen, og den største aldergruppen var 60–79 år¹⁷.



Figur: Pasienter med kompleks multimorbiditet– andel av pasienter, andel av DRG-poeng, andel av liggedøgn, andel av opphold, 2019¹⁸.

16 Helsedirektoratet (2021) «Styringsinformasjon til helsefelleskapene – del I», helsedirektoratet.no, s.17

17 Helsedirektoratet (2021) «Styringsinformasjon til helsefelleskapene – vedlegg til del I – Personer med flere kroniske sykdommer», helsedirektoratet.no

18 Se vedlegg 1

Helsedirektoratet anbefaler økt digital hjemmeoppfølging for denne pasientgruppen¹⁹. Medisinsk avstandsoppfølging har økt, men dokumentasjonsgrunnlaget for effekten på kliniske utfall og bruk av helsetjenester er begrenset²⁰.

Noen av de målene helse Helsedirektoratet²¹ trekker fram for pasientgruppen er:

- Individuelt tilpasset opplegg for de som har behov for det
- Helsefelleskapene skal jobbe systematisk med utvikling av gode, helhetlige og sammenhengende forløp
- Tilgang til tilpassede tjenester av god kvalitet

Ved St. Olavs hospital er det opprettet tverrfaglige samhandlingskonsultasjoner mellom smerteteam og fastlege som kan bli en modell for oppfølging av andre pasientgrupper²², og da spesielt personer med flere kroniske lidelser.



Helse Midt-Norge vil:

- Utnytte muligheter i Helseplattformen og HelsaMi for å bidra til bedre samhandling, forebygging og opplæring av pasienter og pårørende
- Videreutvikle tjenestene til de prioriterte pasientgruppene gjennom helsefelleskapene, blant annet ved å utnytte mulighetene i Helseplattformen til å skape mer helhetlige og koordinerte tilbud
- Videreutvikle helhetlige pasientforløp og bidra til læring mellom helseforetakene
- Øke satsningen på pasientsentrerte helsetjenesteteam, herunder tverrfaglige samhandlingsteam/ behandlingsteam og ambulante tjenester for utvalgte pasientgrupper
- Sørge for at kapasiteten og kompetansen styrkes for helsepersonell i forhold til disse gruppene
- Legge mer vekt på hvordan spesialisthelsetjenesten kan bidra til helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunenes folkehelsearbeid
- Samarbeide med kommunene om lærings- og mestringstilbud på individ- og gruppenivå
- Samarbeide med kommunene om etablering av informasjon og data for å kunne dimensjonere, utvikle og tilpasse tjenestene til befolkningens behov
- Utvikle tjenester på tvers av forvaltningsnivå der hvor tverrfaglige ambulante og pasientsentrerte team kan integreres i nye helhetlige pasientforløp

19 Helsedirektoratet (2022). «Nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging (høringsutkast)», helsedirektoratet.no

20 Muller AE, Ormstad SS, Jacobsen Jardim PS, Johansen TB, and Berg RC. (2020) «Managing chronic illnesses with remote patient monitoring in primary health care: an overview of overviews», fhi.no

21 Helsedirektoratet (2021) Styringsinformasjon til helsefelleskapene Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer, Rapport IS-2997, helsedirektoratet.no s.17

22 Smerte-pakkeforløp imponerte Erna Solberg – NTNU medisin og helse

4.1.3 DET UTADVENDTE SYKEHUS

I Nasjonal Helse og sykehusplan 2020–2023 fremgår det at

◀◀ *Utadvendte sykehus skal yte helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe tettere med andre sykehus.* ▶▶



Helse Midt-Norge vil be helseforetakene sette konkrete og ambisiøse mål for flytting av tjenester i eller nær hjemmet og sikre at utviklingen av det utadvendte sykehus skjer i samarbeid med kommunehelsetjenestene med aktiv brukermedvirkning.

I arbeidet med å utvikle det utadvendte sykehus vil Helse Midt-Norge legge til rette for:

- Mobilitet og fleksibilitet
- Pasienten som aktiv deltaker i egen helsehjelp
- Sammenhengende helsetjenester nær hjemmet

Mobilitet og fleksibilitet handler om at pasienten skal kunne motta helsetjenester uavhengig av tid og sted, og at helsepersonell kan yte helsehjelp uavhengig av tid og sted.

Pasienten som aktiv deltaker i egen helsehjelp innebærer utvikling av digitale pasientforløp som skal hjelpe pasienten til å følge en målrettet behandlingsplan på tvers av nivåene, styrking av pasientens helsekompetanse ved å legge til rette for egenmestring gjennom informasjon og opplæring om egen sykdom, samt å aktivere pasientene gjennom å tilby digitale selvbetjeningsløsninger.

Sammenhengende helsetjenester betyr at pasientene skal oppleve at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tilbyr koordinerte tjenester i eller nært hjemmet. Eksempelvis ved at spesialister fra sykehus skal jobbe sammen med kommunenes helsepersonell på kommunale arenaer. En sammenhengende helsetjeneste handler også om at spesialist- og kommunehelsetjenesten skal ha tilgang til samme informasjon og kunnskapsgrunnlag.

Ved å utnytte eksisterende og nye teknologiske løsninger vil Helse Midt-Norge utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter som gjør det mulig å tilby flere spesialisthelsetjenester nærmere der pasienten bor, enten på et distriktsmedisinsk senter (DMS), et sykehjem eller i hjemmet. Dette vil bidra til å gi lik tilgjengelighet til helsehjelp til de med lang avstand til spesialisthelsetjenester.

Med nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å understøtte det utadvendte sykehus mener vi:

- Digitale innbyggertjenester inkludert selvhjelpsverktøy²³
- Etablering av hjemmesykehus for utvalgte behandlinger og pasienter
- Brukerstyrt poliklinisk oppfølging
- Digital hjemmeoppfølging, inkludert oppkobling av MTU og behandlingshjelper
- Videreutvikle ambulante tjenester

23 Eksempler på dette er: HelsaMi Oppfølging, eMeistring, Samvalgsverktøy, bruk av PROMS/PREMS/PROMIS.



Innføring av nye tjenestemodeller og behandlingsmåter skal være kunnskapsbasert, noe som gjenspeiles i vårt arbeid med forskning og innovasjon.



Helse Midt-Norge vil:

- Sørge for at helseforetakene setter konkrete og ambisiøse mål for flytting av tjenester i eller nær hjemmet
- Øke utadrettet virksomhet og dialog med pasientene, gjennom å utnytte mulighetene i Helseplattformen
- Utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å tilby helsetjenester i eller nær hjemmet
- Styrke helsepersonellens kompetanse i bruk av teknologiske løsninger som muliggjør helsetjenester nær hjemmet
- Videreutvikle både nye og eksisterende arenaer for digital samhandling hvor spesialister fra sykehus kan jobbe sammen med kommunens helsepersonell.
- Utforske mulighetene for å etablere virtuell oppfølging for best mulig bruk av personell på tvers av forvaltningsnivå og organisasjoner
- Søke samarbeid med universitets- og høyskolesektor, næringsliv og industri for å utvikle fremtidens helsetjeneste.



4.1.4 PASIENT- OG BRUKERMEDVIRKNING

Vår strategi om å skape pasientenes helsetjeneste innebærer at vi anerkjenner pasientene som en del av helsetjenesten, både som individuelle aktører som er med å ta beslutninger om sin egen behandling og som brukere som tar del i utviklingen av helsetjenesten på systemnivå.

Brukermedvirkning på systemnivå

Helse Midt-Norge har en sterk tradisjon for brukermedvirkning gjennom pasientorganisasjoner og brukerutvalg, og dette samarbeidet må utvikles videre. Fra arbeidet med Helseplattformen har vi også høstet gode erfaringer med bruk av et eget brukerpanel. Det skal være fungerende brukerutvalg på alle nivå, og brukerne skal involveres tidlig i prosesser, ikke bare som interessenter som høres i slutfasen.

Samvalg

Samvalg er en prosess der pasienten sammen med helsepersonell tar beslutning om hvilken undersøkelse eller behandling som passer best. Der det foreligger valg mellom flere tilgjengelige og forsvarlige behandlingsalternativer vil valg av behandling være avhengig av pasientens ønsker og verdier, og hvordan en ønsker å leve. Pasienten må få informasjon om fordeler og ulemper ved ulike alternativer, for å kunne vurdere hva som er viktig for en selv. Pasienten må selv kunne velge å benytte muligheten til samvalg, eller overlate beslutningen til helsepersonell eller pårørende.

Dette krever kompetanse hos både helsepersonell og pasienter, og at gode verktøy er tilgjengelige. Vi vil satse på å tilføre helsepersonell kompetanse og kunnskap om nytten av samvalg, for eksempel gjennom opplæringsopplegg som *Motiverende samtale*²⁴, og bruk av samvalgskoordinatorer der Helse Møre og Romsdal gjennomfører et pilotprosjekt.

Diagnosespesifikke verktøy for samvalg²⁵ hjelper helsepersonell til å gi tilstrekkelig, oppdatert og relevant informasjon om de ulike behandlingsalternativene. Det er behov for flere slike verktøy, og pasientmedvirkning, herunder samvalg, er et av gevinstområdene vi har prioritert for Helseplattformen.

Pasientopplevd kvalitet

Vi vil bygge utviklingen av våre helsetjenester på pasientenes erfaringer, og hvordan de opplever den behandlingen de mottar. Vi skal være systematiske i hvordan vi samler inn og bruker denne informasjonen i forbedringsarbeid. I dag brukes ulike faste undersøkelser²⁶ og engangsundersøkelser, der alle foretak er pliktige til å samle inn pasientdata. Det er et mål å ta i bruk Helseplattformen og HelsaMi til å standardisere og forenkle innhenting av denne typen data for sykehus og pasienter, og på sikt legge til rette for sanntidsmåling av pasientopplevd kvalitet.

24 Ti filmer om motiverende samtaler - FHI

25 Se helsenorge.no: Samvalg – du kan være med og bestemme

26 For eksempel Folkehelseinstituttet (2022) *Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021*, Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021 - FHI

Pasientkommunikasjon

God og tydelig kommunikasjon er en forutsetning for pasient- og brukermedvirkning. Pasientene har rett til å bli møtt av helsetjenesten med et klart og tydelig språk, både i skriftlig og muntlig kommunikasjon. Språk- og kulturkompetanse er viktig for å kunne gi likeverdige helsetjenester til pasienter med ulik bakgrunn, for eksempel pasienter med flerkulturell bakgrunn og funksjonsvariasjoner. Dette gjelder både hos den enkelte helsearbeider og gjennom bruk av tolketjenester og andre former for tilrettelegging.

Gjennom innføring av Helseplattformen med HelsaMi får vi nye muligheter til å standardisere, tilgjengeliggjøre og samle den skriftlige kommunikasjonen i en felles digital kanal. Dette skal være førstevalg for all skriftlig kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.

Med forsterket satsing på digitalisering må vi også ta hensyn til variert digital kompetanse hos pasientene. Vi må jobbe for å styrke den digitale kompetansen der dette er mulig, og sikre tilpassede kommunikasjonsmuligheter for pasienter som ikke er i stand til å benytte seg av digital kommunikasjon.



Helse Midt-Norge vil:

- Gjøre samvalg til en integrert og naturlig del av all klinisk praksis.
- Påse at det er reell brukermedvirkning på alle nivå i regionen.
- Styrke helsepersonells kompetanse på samvalg, og kvalitet og omfang av samvalg i klinisk praksis.
- Bruke pasientopplevd kvalitet som utgangspunkt for kontinuerlig forbedring i virksomheten, og ta i bruk nye muligheter gjennom Helseplattformen.
- Satse på klar og tydelig kommunikasjon tilpasset pasientenes kulturbakgrunn, funksjonsvariasjoner og digitale kompetanse.
- Gjennom Helseplattformen samle skriftlig kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell i en felles digital kanal.

4.1.5 HELSETJENESTER TIL DEN SAMISKE BEFOLKNINGEN

Samers rettigheter og mulighet for å påvirke utvikling av egne helsetjenester skal være sikret gjennom nasjonale lover og internasjonale konvensjoner som Norge har gitt sin tilslutning til. ILO-konvensjonen om urfolks rettigheter²⁷ slår fast at utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll, slik at urfolk kan nyte godt av så høy fysisk og mental helsemessig standard som mulig.

Helse Midt-Norge har sluttet seg til *Strategi for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*²⁸ utarbeidet i et samarbeid mellom aktører i helsetjenesten og det samiske miljøet i 2020. Her fremheves det at samiske pasienter har rett til likeverdige spesialisthelsetjenester med den øvrige befolkningen. Samtidig ser vi at manglende kunnskap om samisk språk, kultur og historie i helsetjenesten fører til at pasienter med samisk bakgrunn behandles uten at vi er oppmerksomme på utfordringene de kan ha.

Samers rettigheter og mulighet for å påvirke utvikling av egne helsetjenester bør bedres ved samisk representasjon i styrer og brukerutvalg. Den samiske befolkningen er også mangfoldig, og det er viktig med individuell tilrettelegging og lokal forankring av konkrete tiltak.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene må gå sammen om å sikre kvalitet i tjenestetilbudet og pasientsikkerhet for den samiske befolkningen. Samisk helseteam, etablert gjennom helsefelleskap, kan være en god modell og prioriteres nå av både Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF. Samisk helseteam gjennomføres som et prosjekt eiet av Røros kommune og med St. Olavs hospital HF og Sørsamisk helsenettverk som samarbeidspartnere. Dette prosjektet avsluttes etter planen i 2022 og må videreføres i vanlig drift.

Kompetanse om samisk språk, kultur og historie må økes. Vi må sikre at ansatte får opplæring tilpasset funksjon og fagområde. De regionale helseforetakene vil sammen sørge for å utvikle opplæringsmateriell.



Helse Midt-Norge vil:

- Utvikle kompetanse om samisk språk, kultur og historie i spesialisthelsetjenesten
- Sikre bedre samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten rundt samiske pasienter
- Sikre økt samisk medvirkning i utviklingen av spesialisthelsetjenester
- Synliggjøre at den samiske befolkning skal få likeverdige tjenester gjennom skilting, bruk av nettsider, kunst og tilgjengelig lesestoff
- Jobbe for å styrke kompetanse om samisk språk, kultur og historie i grunn- og videreutdanninger

28 ILO-konvensjon nr. 169 art. 25, ILO konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater - regjeringen.no

29 Helse Nord RHF (2021) Samiske helsetjenester – strategi, Samiske helsetjenester - strategi - Helse Nord RHF (helse-nord.no)



Foto: Helse Møre og Romsdal

4.2 TA I BRUK KUNNSKAP OG NY TEKNOLOGI

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse

Oppdatert og god utnyttelse av kunnskap er en forutsetning for å levere trygge og gode helsetjenester. Beslutninger og handlinger skal være basert på beste kunnskapsbaserte praksis, det vil si forskning, erfaring og pasientenes ønsker og behov. Vi skal ikke ha ubegrunnet variasjon i tilbud og kvalitet, og det må være kort vei fra kunnskap til forbedret praksis. Vi skal være offensive med å ta i bruk ny teknologi og digitalisere helsetjenesten.

Vi må derfor utvikle oss som en lærende organisasjon som driver kontinuerlig forbedring basert på egne feil, suksesser og andres erfaringer, prioritere forskning og utvikle kulturen for innovasjon og systematisk kompetanseutvikling. Standardisering er et særlig sentralt virkemiddel for å sikre at vi tar i bruk beste kunnskapsbaserte praksis i hele organisasjonen, både i pasientbehandlingen og på andre områder av virksomheten vår.

4.2.1 FORSKNING

Forskning skal bidra til å nå Helse Midt-Norge sin ambisjon om en fremragende helsetjeneste, gjennom å utvikle ny kunnskap og øke evnen til å ta i bruk relevant forskningsbasert kunnskap til det beste for pasienten. Ansatte innen alle helseprofesjoner bør involveres i forskningsaktivitet, og brukerperspektivet og brukervedvirkning må ha en sentral plass. Strategisk satsing og bygging av kultur for forskning forutsetter en tydelig forankring på ledelsesnivå i helseforetakene.

Klinisk forskning skal være en integrert del av all klinisk praksis og pasientbehandling. Nasjonal handlingsplan for kliniske studier²⁹ ble lansert av regjeringen i 2021, med målsettingene at andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten som deltar i kliniske studier skal øke til 5 prosent i 2025, og at antall kliniske studier dobles i perioden 2021–2025. Planen har ni innsatsområder, og de regionale helseforetakene har ansvar for at flere av tiltakene innen disse områdene gjennomføres.

29 Helse- og omsorgsdepartementet (2021) «Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025», regjeringen.no

Innføringen av Helseplattformen og etablering av et Helsedatasenter i Midt-Norge legger til rette for mer og bedre bruk av helsedata fra journal, registre og andre datakilder. Helsedatasenteret vil tilrettelegge for automatisert dataflyt, tungregning og kunstig intelligens. Helsedatasentret vil gi større mulighet for forskningssamarbeid i regionen, nasjonalt og internasjonalt. Tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata, hvor personvern og datasikkerhet er ivarettatt, vil bidra til framskritt i helsetjenesten.

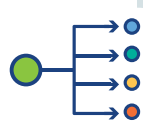
Presisjonsmedisin (også kalt persontilpasset medisin) vil få økt oppmerksomhet de neste 15 årene og bli benyttet innenfor de fleste sykdommer (Jf. Nasjonal strategi for persontilpasset medisin³⁰). Helse Midt-Norge vil videreutvikle det regionale samarbeidet på området, bygge opp egen kompetanse, utnytte mulighetene i et helsedatasenter og være en aktiv deltaker i den nasjonale infrastrukturen.

Maskinlæring og kunstig intelligens kan heve kvaliteten på tjenestene og øke effektiviteten. Digitalisering og ny teknologi (som for eksempel 5G-teknologi) gjør at flere pasienter kan behandles og følges opp på nye måter av helsetjenesten. Effekten av disse endringene må evalueres gjennom forskning.

For å forstå effekter og erfaringer av behandling, årsaksfaktorer og sykdomsmekanismer, kreves det ulike typer forskningskompetanse. I regionen finnes det både kompetente forskningsmiljø og forskningsinfrastruktur som kan bidra til utvikling av kunnskap som vil fremme en bærekraftig helsetjeneste. Vi må sikre at forskningsstøtten i regionen til enhver tid er relevant, tilgjengelig og oppdatert til forskernes og klinikerens behov.

Samarbeid med universitet og høyskoler, primærhelsetjenesten, næringsliv og andre aktører, er både en forutsetning og et virkemiddel for å nå mål innen forskning, og for å øke ekstern finansiering og internasjonalisering.

Det regionale helseforetaket skal bidra til at regionen som helhet satser på forskning og til at det samarbeides godt i regionen. Basert på krav, strategier og handlingsplaner fra myndighetene, utviklingstrekk i regionen, samt en evaluering av forskningsstrategien for perioden 2016–2020, er det prioritert 5 områder for forskning som regionen i fellesskap bør vektlegge i neste utviklingsplan 2023–2025 og i et 15 års perspektiv.



Prioriterte områder innen forskning

- Klinisk forskning
- Helsedata
- Presisjonsmedisin
- Teknologi i helsetjenesten
- Helsetjenesteforskning

Vi vil beskrive mål, tiltak og virkemidler som skal bidra til å styrke forskningsaktiviteten i hele regionen i en egen handlingsplan for området.

30 Helsedirektoratet (2016) «Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten 2017–2021», helsedirektoratet.no



Helse Midt-Norge vil:

- Følge opp Nasjonal handlingsplan for kliniske studier
- Sikre aktiv brukerinvolvering i forskning
- Fremme forskning i forskningssvake miljø
- Bidra til at nødvendig infrastruktur, verktøy og kompetanse bygges opp og deles mellom helseforetak og andre samarbeidspartnere
- Legge til rette for nasjonalt og internasjonalt samarbeid med helsetjenesten, universitet og høyskoler, kommune og næringsliv
- Sette av 3 % av samlet overføring fra basisramme og innsatsstyrt finansiering til forskning, og lage en opptrappingsplan over 5 år for å nå dette målet.
- Etablere og ta i bruk Helsedatasenter i Midt-Norge

4.2.2 INNOVASJON

Gjennom innovasjon utvikler vi og tar i bruk ny kunnskap og tjenester for å løse utfordringer for helsetjenesten, til det beste for våre pasienter og for å bidra til en bærekraftig helsetjeneste. For at tjenestene som skapes skal dekke pasientenes og helsetjenestens behov, er det avgjørende at brukerperspektivet og brukermedvirkning har en sentral plass i innovasjonsaktiviteten.

For å øke innovasjonstakten, må det tilrettelegges for en innovasjonskultur i helseforetakene, der innovasjon blir en del av hverdagen. Dette forutsetter en tydelig forankring på ledelsesnivå, hvor ledelsen utarbeider og implementerer planer, samt tilrettelegger for gjennomføring av innovasjonsaktivitet. Aktuelle regionale virkemidler vil være insentiv- og tilskuddsordninger, infrastrukturtiltak samt bidrag til læring på tvers av helseforetak og helseregioner gjennom å formidle og dele kunnskap fra innovasjonsaktivitet.

I Vi må legge til rette for at det settes i gang innovasjon på relevante områder, og at det å ta i bruk ny teknologi går hånd i hånd med tjenesteutvikling. På noen områder er det også nødvendig å foreta grunninvesteringer knyttet til teknologi som Helseplattformen og Helsedatasenter for å legge til rette for innovasjon.

Det er viktig at det finnes et mottaksapparat for disse virkemidlene i helseforetakene, blant annet gjennom innovasjonsrådgivere som kjenner til innovasjonsøkosystemet og som kan fasilitere i innovasjonsprosesser.

Teknologioverføringskontoret NTNU Technology Transfer AS (NTNU TTO), som Helse Midt-Norge RHF eier sammen med NTNU, er vår samarbeidspartner for innovasjons- og kommersialiseringsaktivitet basert på ideer og forskningsresultater som Helse Midt-Norge har eiendomsrett til. NTNU TTO er et tilbud for alle helseforetakene i foretaksgruppen, og skal bidra til at Helse Midt-Norge når sine strategiske mål med vekt på innovasjon og kommersialisering. Rammene for arbeidet avtales gjennom årlige tjenesteavtaler.

Det integrerte universitetssykehuset er et av våre sentrale fortrinn i regionen og et viktig ledd i satsingen på innovasjon. I det inngår integrasjon med NTNUs fakultet for medisin og helsevitenskap, men også med teknologimiljøene ved NTNU for øvrig hvor det i fellesskap finnes et stort potensial innen utvikling av medisinsk teknisk utstyr, logistikk, datadreven forskning og kunstig intelligens. Blant annet tilbyr Fremtidens Operasjonsrom, et samarbeid mellom St. Olavs hospital og NTNU, en infrastruktur for innovasjon der man kan samarbeide om utvikling og test av prototyper og nye behandlingsmetoder i trygge og kontrollerte omgivelser. Et slikt samarbeid, hvor det utvikles nye innovasjoner med blant annet helsenæringen, er avgjørende for at vi skal kunne møte fremtidens utfordringer på helseområdet.

Det vil fremover være et stort fokus på å ta i bruk de mulighetene digitalisering i helsesektoren gir, for eksempel ved å hente gevinster som ligger i innføringen av Helseplattformen. En felles journalløsning hvor primærhelsetjenesten er innlemmet i løsningen, legger til rette for en sektoruavhengig tilnærming til innovasjon. Med Helseplattformen får Helse Midt-Norge en journalløsning hvor innbyggerne har tilgang, og dette vil vi utnytte ved å utvikle nye og innovative tjenester rettet mot pasienter og pårørende. Tilgang på helsedata er viktig for å utvikle innovative løsninger og systemer som igjen kan kommersialiseres og styrke helsenæringen vår. Bedre beslutningsstøtte og bruk av kunstig intelligens vil kunne heve kvalitet og øke effektivitet i tjenesten. Dette vil ha prioritet i videreutviklingen av Helseplattformen. Digitalisering og ny teknologi (som for eksempel 5G-teknologi) vil føre til at flere pasienter kan behandles og følges opp på nye måter av helsetjenesten. Presisjonsmedisin vil få økt oppmerksomhet de neste 15 årene og bli benyttet innenfor de fleste sykdommer.

Samarbeid med primærhelsetjenesten, universitet og høyskoler, næringsliv og andre aktører er både en forutsetning og et virkemiddel for å nå målene innen innovasjon, og vil også øke mulighetene for ekstern finansiering og internasjonalisering. Helse Midt-Norges medlemskap i innovasjonsdistriktet Trondheim Tech Port, der næringsliv, forskning og utdanning, offentlig sektor, myndigheter, innbyggere, kapitalmiljø og oppstartsbedrifter samles for å øke innovasjonskraften innen teknologi, er et eksempel på slikt samarbeid. Helse Midt-Norge samarbeider også med de andre regionale helseforetakene og KS om InnoMed, et kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helsesektoren som har hovedfokus på å støtte og veilede samhandlingsprosjekter på tvers av forvaltningsnivåer.

Prioriterte områder innen innovasjon

- Tjenesteinnovasjon
- Forskningsdrivet innovasjon
- Helseplattformen og e-helse
- Det utadvendte sykehuset
- Pasientrollen
- Psykisk helse og rus



Mål, tiltak og virkemidler som skal bidra til å styrke innovasjonsarbeidet i hele regionen vil beskrives nærmere i en handlingsplan for området.



Helse Midt-Norge vil:

- Fortsette å bygge innovasjonskultur og tilrettelegge for innovasjonsaktivitet i helseforetakene, blant annet gjennom regionale innovasjonsmidler.
- Lede det regionale innovasjonsrådgivernetverket der alle helseforetak og universitet i regionen er representert.
- Styrke samarbeid med primærhelsetjenesten, andre helseregioner, forskningsinstitusjoner og næringsliv/andre aktører.
- Ha fokus på brukerinvolvering i innovasjonsprosjekter og stille krav til dette ved tildeling av innovasjonsmidler.
- Ha fokus på tjenstedesign, virksomhetsarkitektur og samskaping som metodikk og oppfordre til at dette tas i bruk i aktuelle innovasjonsprosjekter.
- Legge til rette for at Helseplattformen blir en plattform for innovasjon.
- Bidra til å skape en konkurransedyktig helsenæring i regionen gjennom blant annet tilgjengeliggjøring av helsedata og testarenaer

4.2.3 TEKNOLOGI OG DIGITALISERING I PASIENTENES HELSETJENESTE

Teknologi og digitalisering vil være blant de viktigste virkemidlene for å møte framtidens utfordringer i helsetjenesten. I NHSP³¹ fremgår det blant annet at regjeringen vil vri ressursveksten i spesialisthelsetjenesten fra vekst i bemanning til investeringer i teknologi og kompetanse, for å redusere fremtidig behov for arbeidskraft. Helse Midt-Norge vil gjennom bruk av teknologier som robotisering, maskinlæring, kunstig intelligens, sensorteknologi, velferdsteknologi, mobilteknologi og stordata legge til rette for digitalisering av helsetjenester og administrative tjenester. Det vil åpne for nye måter å levere helsetjenester som kan redusere fremtidig behov for arbeidskraft.

Mål med digitalisering av helsetjenester og øvrige tjenester i virksomheten er at:

- Pasienter kan motta helsetjenester uavhengig av tid og sted
- Pasienter kan være mer aktive i oppfølging av egen helse og få tilgang til flere digitale innbyggertjenester
- Pasienter kan dele informasjon ved hjelp av digital egenrapportering eller automatiske målinger i hjemmet og redusere antall fysiske konsultasjoner
- Pasientene skal oppleve at hele helsetjenestene yter godt koordinerte tjenester og at de kan kommunisere med tjenesten digitalt
- Helsepersonell og øvrige ansatte skal oppleve at manuelle og administrative oppgaver automatiseres og forenkles slik at tid frigis til pasientarbeid
- Helsepersonell, øvrige ansatte og ledere får tilgang til bedre og mer datadrevet beslutningsstøtte basert på beste praksis

For å understøtte digitalisering av helsetjenester legges følgende prinsipper til grunn:

- Enhver endring og utvikling skal sette pasienten i sentrum slik at tjenestene utvikles og leveres til pasientenes beste og med god brukerinvolvering
- Når noe skal endres eller forbedres skal en først se etter muligheter for å bruke teknologi og digitalisering for å oppnå det en ønsker
- Digitaliseringen skal understøtte hele behandlingsskjeden og understøtte ende-til-ende virksomhetsprosesser, både kliniske og administrative
- Legge til rette for raske endringer av løsninger og tjenester for å digitalisere raskere

Evnen til omstilling er avgjørende for å lykkes med digitalisering. Helse Midt-Norge må i planperioden styrke omstillingsevnen og øke omstillingstakten. Dette krever satsing på flere tiltak, både innen teknologisk infrastruktur og organisasjonsutvikling. Eksempler på tiltak innen teknologisk infrastruktur er etablering av helsedatasenter, utvikling av en fleksibel IKT-plattform som understøtter digitale helsetjenester³², samhandling, mobilitet og prosess- og beslutningsstøtte. Eksempler på organisasjonsutviklingstiltak er kompetanseutvikling, koordinert styring og ledelse av digitalisering og innovasjon, implementering av smidig utvikling, bruk av tjenstedesign og virksomhetsarkitektur som metode og fokus på gevinstrealisering. Det legges opp til en aktiv regional koordinering av arbeidet med disse tiltakene.

³¹ Meld. St. 7 (2019-2020) «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023», regjeringen.no

³² Herunder, muligheter for bruk av PROM/PREM, høsting av data fra MTU og andre behandlingshjelpemidler, nettbasert behandling, bruk av video og andre kommunikasjonsløsninger

Medisinsk teknisk utstyr (MTU) inkluderer programvare for dataprosessering (IKT) og økende grad av (trådløs) integrasjon mot IKT-systemer. Bruken av kunstig intelligens i klinisk virksomhet, for eksempel fortolkning av bilder og beslutningsstøtte hvor analyseresultater inkluderes, vil øke i omfang. Medisinsk utstyr i forbindelse med hjemmebehandling må tas i bruk for å sikre hjemmeoppfølging. Fagmiljøene innfor medisinsk teknologi, behandlingshjelpemidler, IKT, innovasjon og informasjonssikkerhet må i større grad enn i dag koordinere seg for å utvikle og forvalte digitale helsetjenester. Helse Midt-Norge vil bidra til tettere samarbeid og rolleavklaring mellom de forskjellige miljøene for å oppnå større kraft i utviklingen av framtidens pasientbehandling og et tydeligere ledelsesfokus.

Helse Midt-Norge vil i økende grad ta i bruk mobile løsninger som setter de ansatte i stand til å løse oppgaver på en enklere og mer fleksibel måte uavhengig av tid og sted. Dette for å forenkle de ansattes arbeidshverdag.

Økt bruk av teknologi og utvikling av flere digitale helsetjenester må balanseres opp mot informasjonssikkerhet og personvern. Helse Midt-Norge vil videreutvikle og følge opp det regionale styringssystemet for informasjonssikkerhet og personvern sammen med Helseforetakene, Hemit og Helseplattformen for å sikre ivaretagelse av dette området.

Det utvikles flere nye IKT-løsninger i samarbeid med de andre RHF-ene, felleseide HF, Norsk Helsenett og direktoratet for eHelse. Helse Midt-Norge skal delta aktivt i det interregionale samarbeidet med sikte på å utvikle brukervennlige, standardiserte og kostnadseffektive løsninger i tråd med Helse Midt-Norge sine behov.



Helse Midt-Norge vil:

- Utvikle og tilby flere digitale helsetjenester som legger til rette for aktiv pasientmedvirkning
- Utvikle en fleksibel IKT-plattform som legger til rette for å utvikle og ta i bruk digitale tjenester
- Styrke satsingen på kunstig intelligens, maskinlæring og robotisering
- Forbedre samhandlingen mellom fagmiljøene innen IKT, innovasjon og medisinsk teknologi
- Videreutvikle interregionalt samarbeid med de andre RHF-ene og eksterne aktører.
- Følge opp Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet og personvern
- Skape økt pasientsikkerhet, bedre kapasitetsutnyttelse, raskere kunnskapsutvikling og mer forebyggende helse gjennom bruk av stordata og kunstig intelligens

HELSEPLATTFORMEN

for pasientens helsetjeneste

Helseplattformen er Helse Midt-Norges største digitaliserings-satsing. Helseplattformen gjør det mulig å tilby og levere helsetjenester på nye måter. Tjenesteutvikling, basert på muligheter som Helseplattformen gir, skal bidra til økt pasientsikkerhet, økt brukervennlighet, aktiv pasientmedvirkning, effektiv pasientlogistikk og styrket samhandling. Det er vedtatt³³ følgende regionale gevinstmål for innføring av Helseplattformen³⁴:

- Lettere tilgang til helseopplysninger, økt mulighet for samvalg og bedre informasjon og opplæring i egenmestring skal gi økt pasienttilfredshet innen 2 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med 2021
- Samhandlingsavvik skal reduseres med over 80 % innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med 2019
- Bedre kvalitet og enklere tilgang på helseinformasjon skal gi økt score på brukervennlighetsundersøkelse innen 1 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med tilsvarende score i 2021
- Legemiddelrelatert pasientskader skal reduseres med 80 % innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med 2020
- Pasientreiser skal reduseres med 30 % innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med 2019
- Kostnad per pasient (KPP) for utvalgte pasientgrupper skal reduseres med 20–30 % innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med 2019
- Nye kliniske studier skal øke med minst 10 % innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk, sammenlignet med 2020
- Dekningsgrad i de nasjonale kvalitetsregistre skal være minst 80 % innen 3 år etter at Helseplattformen er tatt i bruk

Helseplattformen er avgjørende for å realisere gevinstmålene, men det vil også kreve endringer i behandlingsforløp, arbeidsprosesser og oppgavefordeling.



Helse Midt-Norge vil:

- Videreutvikle og ta i bruk Helseplattformen for å oppnå vedtatte gevinstmål
- Sørge for at Helseplattformen, både som løsning og selskap, bidrar til kontinuerlig innovasjon og utvikling av spesialisthelsetjenesten
- Utnytte muligheten som Helseplattformen gir for en smartere og mer effektiv oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten gjennom utvikling av helhetlige digitale helsetjenester

33 Ref. Helse Midt-Norge RHF Styresak 117/19

34 Gevinstmålene er gjengitt i komprimert form. Gevinstmålene i sin helhet fremgår av HMN RHF styresak 117/19

4.2.4 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET

Det vil alltid være risiko forbundet med pasientbehandling, og vi må jobbe systematisk og målrettet for å redusere og forebygge pasientskader. For å få til dette, er det viktig at vi styrker evnen til læring og forbedring. En sentral forutsetning for dette er at vi utvider fokus fra de relativt sett få hendelsene som går galt (pasientsikkerhet I), til å lære av det store antallet hendelser og prosesser som lykkes (pasientsikkerhet II). Denne tilnærmingen er vesentlig for å forstå hvordan høy kvalitet skapes på tvers av tjenester, organisasjoner og i det daglige arbeidet.

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeid skjer hovedsakelig klinikknært og i helseforetakene. Regional samordning og koordinering bidrar samtidig til å understøtte det lokale arbeidet, og til økt grad av læring og erfaringsdeling på tvers. Målsetninger og tiltak for kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet i planperioden vil konkretiseres i Regional handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Midt-Norge 2023–2026. Denne bygger på Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023, Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten og lokale planer og strategier.

Sentrale elementer i planen vil være lederansvaret for kvalitet, utvikling av kultur for åpenhet og læring samt kompetansen som kreves på alle nivåer for å lykkes med kontinuerlig forbedring. Vi vil i planperioden utrede etablering av en felles regional forbedringsutdanning eller -opplæring. Videre vil det være avgjørende å etablere og styrke arenaer for læring og erfaringsdeling, eksempelvis fagledernettsstrukturen (se underkapittel 4.2.6. Standardisering). Det er et stort uutnyttet potensial i å sammenstille og utnytte de mange datakildene vi har som utgangspunkt for forbedring, eksempelvis avvikssystemer, kvalitetsregistre og helseatlas. Helseplattformen og etablering av helsedatasenter vil gi oss ytterligere tilgang på samlede data som bør utnyttes i pasientsikkerhetsarbeidet. Handlingsplanen vil også reflektere at pasientsikkerhet må ses i sammenheng med arbeidsmiljø, og at HMS og pasientsikkerhet ikke kan håndteres atskilt.



Helse Midt-Norge vil:

- Utarbeide regional handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet som skal legges til grunn for kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i regionen i perioden
- Samordne utdanning og kompetanseheving innen forbedringsmetodikk i regionen
- Etablere arenaer for systematisk forbedringsarbeid og erfaringsdeling og læring på tvers etter uønskede hendelser
- På sikt videreutvikle pasientsikkerhet II i hele organisasjonen



Foto: Helse Møre og Romsdal

4.2.5 STANDARDISERING

Å levere en fremragende helsetjeneste, som er likeverdig, helhetlig og ansvarlig, innebærer at alt vi gjør må være basert på beste kunnskapsbaserte praksis. For å sikre at vi bygger på forskning, erfaring og pasientenes ønsker og behov i alle deler av en stor og komplisert organisasjon, i tillegg til at vi sikrer en ansvarlig og bærekraftig ressursutnyttelse, har vi behov for å satse på standardisering.

Varierte behov innebærer at det vil være variasjon i hvilke tilbud ulike pasienter mottar, men å ha et likeverdig tilbud innebærer at vi ikke skal ha ubegrunnet variasjon, der like behov møtes med ulikt tilbud. Helsetjenesten må til enhver tid gjøre de riktige tingene, og gjøre tingene riktig, og sikre at dette gjøres på tvers av hele tjenesten. Vi skal ta nye metoder med dokumentert effekt og effektivitet raskt i bruk, og vi skal slutte å bruke metoder når ny kunnskap tilsier at de ikke er effektive.

Helhetlige og standardiserte pasientforløp er et viktig element i å sikre at vi møter ulike pasientgrupper med et likeverdig tilbud uavhengig av hvem de møter i helsetjenesten. Standardisering av pasientforløpene innad i spesialisthelsetjenesten legger også grunnlaget for å kunne bygge helhetlige pasientforløp sammen med den kommunale helsetjenesten. Digitale verktøy som Helseplattformen kan være et viktig bidrag i å gi pasienter og behandlere beslutningsstøtte som sikrer at den mest oppdaterte kunnskapen alltid er tilgjengelig, og blir tatt i bruk. Dette vil igjen bidra til å styrke kvalitet og pasientsikkerhet.

Faglig standardisering forutsetter at det er etablert konsensus om hva som er beste kunnskapsbaserte praksis på et område. I Midt-Norge er det etablert en regional struktur av fagledernettsverk, sammensatt av ledende fagpersoner fra hele regionen innen spesifikke områder, samt noen tverrgående nettverk. Dette er viktige arenaer for læring og erfaringsdeling på tvers, samt for faglig standardisering og samordning av praksis med mål om å redusere uønsket variasjon. Vi vil styrke og videreutvikle fagledernettsverksstrukturen slik at nettverkene er i stand til å ivareta disse oppgavene.

En fremragende helsetjeneste er ikke bare avhengig av å standardisere hvilke behandlingsmetoder vi bruker, men også at vi bygger på beste praksis i øvrige deler av virksomheten. Store IKT-investeringer har gitt oss muligheter til å hente gevinster både i kvalitet og effektivitet, men å oppnå disse forbedringene krever at vi tilpasser og standardiserer måten vi jobber på.

Standardisering av innkjøp av for eksempel IKT-løsninger, utstyr og forbruksmateriell kan blant annet sikre at vi får de beste innkjøpsbetingelsene og frigjør mer ressurser til pasientbehandling, bidra til effektivitet i logistikk, vedlikehold og opplæring og styrke informasjonssikkerheten.

Helse Midt-Norge ønsker å jobbe aktivt for å skape bedre og mer effektive sømløse administrative tjenester på tvers av regionen. Dette vil også forutsette et aktivt arbeid med å standardisere prosesser.



Helse Midt-Norge vil:

- Styrke fagledernettsverkene som en viktig arena for fagutvikling, standardisering og samling om beste praksis.
- Etablere standardiserte og helhetlige pasientforløp på flere områder, og bruke Helseplattformen til å implementere disse.
- Øke graden av standardisering i anskaffelser og bruk av IKT-løsninger, medisinsk-teknisk utstyr og forbruksmateriell.
- Standardisere administrative prosesser for å bygge effektive og sømløse administrative tjenester.



Foto: Helse Møre og Romsdal

4.3 REKRUTTERE, UTVIKLE OG BEHOLDE PERSONELL

Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell

Ansattes kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse skal møte pasientene i hele forløpet. Vi skal være en god arbeidsplass og en attraktiv arbeidsgiver som både rekrutterer, utvikler og beholder medarbeidere. Vi skal legge til rette for livslang læring, slik at medarbeiderne har oppdatert kompetanse gjennom hele arbeidslivet.

Vi tar vår del av ansvaret for utdanning av helsepersonell og en kontinuerlig og strukturert utvikling av våre ansattes kompetanse. Vi må samarbeide med utdanningsaktørene om å utvikle grunnutdanningene og sikre praksis i helse-tjenesten, og legge til rette for etter- og videreutdanning og spesialisering.

Vi må også sikre at vi utnytter den kompetansen vi har på best mulig måte.. Dette innebærer å planlegge aktivitet og bemanning, og fordele arbeidet ut fra de oppgavene som skal løses.

4.3.1 UTDANNING

Utdanning er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver. Til enhver tid er omtrent tre tusen personer i praksis eller i gang med annen utdanning som leder fram til formell kompetanse i helseforetakene i Midt-Norge. Helseforetakene vil fremover ha behov for både spesialisert kompetanse og breddekompetanse. Tilstrekkelig tilgang på personell og kompetanse er nødvendig for å sikre kapasiteten.

Helse Midt-Norge er avhengig av nytenkning om hvordan spesialisthelsetjenestene utøves og organiseres for å møte fremtidens utvikling og behov. Det må tenkes nytt rundt kompetansesammensetning og hvordan vi legger til rette for optimal utnyttelse av kompetanse, blant annet ved å styrke helseforetakenes kompetanse, og tilgang på verktøy, for framskrivinger av bemanning.

Helse Midt-Norge har flere små miljøer med ansvar for særskilte satsninger innenfor utdanning. Vi vil etablere en struktur som bidrar til at disse i større grad fungerer sammen.

Kapasitet og kvalitet i utdanningene har stor betydning for pasientbehandlingen. Vi vil derfor øke veiledningskapasiteten i grunn- og videreutdanningene, og i spesialistutdanningen for leger (LIS). Simulering, nye læringsmetoder og relevant ny teknologi skal i større grad tas i bruk i praksisdelen av utdanningene. Vi vil sette i gang et prosjekt for å styrke LIS-utdanningen, innrettet mot å kartlegge utdanningskapasiteten for alle spesialiteter, jobbe målrettet med å forbedre logistikk og flyt i utdanningsløpene, og drive systematisk forbedringsarbeid. Det er også viktig for spesialisthelsetjenesten at det utdannes spesialister i kommunehelsetjenesten, og det er derfor viktig at vi også samarbeider med kommunene for å tilby praksis for leger i spesialisering innen allmenntidmedisin.

Desentraliserte utdanninger, særlig innen medisin, er viktig for å sikre god tilgang på helsepersonell i hele regionen. Vi vil støtte opp under utdanningsinstitusjonenes satsing på dette.

Helsefagarbeidere er en yrkesgruppe som har vært vesentlig redusert i spesialisthelsetjenesten over tid. Å satse på helsefagarbeidere er nå en nasjonal prioritet³⁵, og en viktig brikke i å få til en riktig kompetansesammensetning i sykehusene. Både for helsefagarbeidere og innen andre relevante fagområder bør vi ta vår del av utdanningsansvaret gjennom en økning i lærlingeplasser i helseforetakene.

Regionen har særlig behov for å øke utdanningskapasiteten innenfor psykiatri og psykisk helsevern, og for spesialsykepleiere. Vi vil prioritere å legge til rette for dette.

Det er viktig å legge til rette for fagutvikling og nyskaping i utdanningene ved at mer helsepersonell får akademisk kompetanse, ved at det opprettes flere kombinerte stillinger med utdanningsinstitusjonene, og at universitets- og høyskolesektoren har muligheten til å rekruttere personell som kan ivareta undervisningsroller.

For å understøtte ønsket utvikling på utdanningsområdet vil vi i samarbeid med helseforetakene utrede en ny og mer helhetlig regional finansieringsmodell for utdanning.



Helse Midt-Norge vil:

- Følge opp utvikling og implementering av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialutdanningene (RETHOS) i samarbeid med utdanningsinstitusjonene i regionen
- Utrede en ny og mer helhetlig finansieringsmodell for utdanning
- Øke helseforetakenes kompetanse på, og tilgang til, metodikk og verktøy for å foreta bemanningsframskrivinger
- I større grad ta i bruk nye og effektive læringsmetoder i utdanningene, samt jobbe videre med digitalisering av utdanning og kompetanseutvikling
- Støtte opp under helseforetakenes arbeid med å få en best mulig kompetansesammensetning
- Legge til rette for økt utdanningskapasitet innen psykiatri og psykisk helsevern, samt for spesialsykepleiere
- Samarbeide tett med primærhelsetjenesten for å gi sykehuspraksis til LIS i allmenntidmedisin
- Sette i gang et prosjekt for å styrke legespesialistutdanningen
- Legge til rette for desentralisert utdanning av helsepersonell
- Øke andelen fagarbeidere gjennom å satse på lærlinger og fagarbeidere innenfor alle fagfelt i spesialisthelsetjenesten
- Etablere en regional satsning på forskning og innovasjon på utdanningsfeltet
- Legge til rette for nye utdanninger som i større grad kobler helsefaglig og teknologisk kompetanse



Foto: Freepik

4.3.2 BEMANNING OG KOMPETANSE

Rekruttering

Foretakene i Helse Midt-Norge skal fremstå som attraktive arbeidsgivere som tiltrekker seg gode kandidater. Vår strategiske satsning på å ta i bruk ny teknologi vil gi økt behov for å knytte til oss kompetanse som styrker vår teknologiske kraft. Innføring av Helseplattformen, større grad av hele, faste stillinger og satsning på gode utdanningsløp for leger i spesialisering vil bidra til å gjøre helseforetakene til attraktive arbeidsplasser. Helseforetakene får større behov for kompetanse innenfor ulike eksisterende og nye fagfelt i tillegg til helsefag.

Rekrutteringen av nye medarbeidere skal bygge på gode vurderinger av hva som er enhetens kompetansebehov på kort og lang sikt. Prosessene rundt rekruttering og mottak skal videreutvikles slik at gode søkere blir raskt ansatt, godt mottatt og raskt satt i stand til å utføre jobben sin.

Helse Midt-Norge skal bidra til en god balanse i hele helsetjenesten i Midt-Norge. Det betyr at det kan være bedre for pasienten at tilbudet i primærhelsetjenesten styrkes, enn at spesialisthelsetjenesten styrker sin kapasitet.

Bemanning og oppgavedeling

Analyser viser at det er en betydelig arbeidskraftreserve i våre organisasjoner. Særlig må vi jobbe videre med å øke andelen ansatte som jobber heltid der deltidsandelen er høy. Vi må styrke kapasiteten til å gjennomføre analyser for å kunne sette inn tiltak der utfordringene rundt heltid er størst. Økt heltidsandel forutsetter alternative arbeidstidsordninger. Med dagens tradisjonelle turnusplanlegging blir deltid og innleie en del av løsningen for å kunne få tilstrekkelig bemanning i helgene.

Videre må vi sikre at riktig kompetanse løser oppgaven. Dette krever en kunnskapsbasert og behovsprøvd tilnærming til fordeling av oppgavene, slik at kompetansen til de ulike helsepersonellgruppene brukes riktigere i pasientforløpene. Rekruttering av LIS 2 og 3³⁶ bør foretas innenfor de fagområdene som har størst behov, og vi bør øke rekrutteringen av helsefagarbeidere.

Helsepersonell bør i størst mulig grad ha anledning til å utføre oppgaver de har kvalifisert seg til. Ledere bør i størst mulig grad benytte sine ressurser til ledelse. Veksten i helsepersonell har de siste årene vært betydelig mens veksten i stab- og støttepersonell har vært stabil³⁷. Hvis ikke administrative oppgaver i større grad skal havne på helsepersonell og ledere fordrer dette økt grad av standardisering, digitalisering og automatisering som bidrar til at de administrative oppgavene kan gjøres mer effektivt.

Bedre stabs- og støttetjenester til helsepersonell og ledere krever systematisk utvikling av arbeidsprosesser, systemer, kompetanse og organisering. Viktige satsingsområder er forenkling av brukergrensesnitt, enklere og bedre selvbetjeningsløsninger, automatisering og robotisering, digital hjelp som chatbots og FAQ og bedre og mer tilgjengelig opplæring. En grunnforutsetning i dette utviklingsarbeidet er standardisering.

Planlegging

Riktig bruk av kompetansen og kapasiteten til våre medarbeidere samlet sett er avhengig av bedre og mer koordinert planlegging av bemanning og aktivitet. Det er særlig viktig å bedre kvaliteten på planlegging med en mellomlang og lang tidshorison. Dette må skje gjennom kompetansebygging, utvikling av planleggingsprosessene og utvikling av støtteverktøy for planlegging.

Kompetanse og karriere

Helse Midt-Norge vil satse langsiktig og systematisk på kompetanse for å sikre at organisasjonen og den enkelte medarbeider har og bruker nødvendig kompetanse til å møte behovene i fremtidens spesialisthelsetjeneste.

Vi bør styrke kunnskapsgrunnlaget om fremtidige behov for kompetanse, og kompetanseutviklingen må på grunnlag av dette styres mot tjenestens behov på kort og lang sikt. Dette er en lederoppgave.

Individuelle kompetanseplaner skal etableres og følges opp i dialog mellom leder og medarbeider. Dette skal være grunnlaget for karriereplaner, som både kan omhandle en faglig karriereplan og en plan for ledelse. Det er særlig viktig å ivareta og utvikle talenter og medarbeidere med kritisk kompetanse. Helse Midt-Norge har høye ambisjoner om å ta i bruk ny teknologi for å videreutvikle organisasjon og kompetanse. Teknologistøttet læring er i rivende utvikling med mange spennende initiativ både i og utenfor regionen.

Helse Midt-Norge vil tilrettelegge bedre for systematisk kompetansedeling. Dette omfatter kompetansedeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, mellom organisasjonens enheter i foretaksgruppen, mellom profesjoner og mellom enkeltmedarbeidere. En forutsetning for slik systematisk kompetansedeling er videreutvikling av eksisterende verktøy og teknologi for læring og kompetanseutvikling.

³⁶ LIS står for "lege i spesialisering" og er utdanningsløpet for videreutdanning til spesialist etter fullført medisinstudie. Det består av de tre trinnene LIS 1, som erstatter den tidligere turnusordningen, og LIS 2 og 3 som leder fram til å bli legespesialist.

³⁷ Henvist til denne statistikken!

Arbeidsmiljø

Arbeidet med å styrke nærværsfaktorene er en viktig forutsetning for å beholde og utvikle våre medarbeidere. Det lokale forbedringsarbeidet knyttet til den årlige medarbeiderundersøkelsen *Medarbeiderundersøkelsen ForBedring* er et godt eksempel på et slikt arbeid. Vi vil legge til rette for at undersøkelsen brukes systematisk til å styrke dette arbeidet, gjennom bruk av metoden «der skoen trykker³⁸».

Våre medarbeidere gir uttrykk for at det å få arbeide med det man har kompetanse til, er viktig for å oppleve trivsel. God strategisk kompetanseplanlegging og rekruttering av det personellet vi har behov for, hensiktsmessig fordeling og planlegging av oppgaver, profesjonell kompetanseutvikling og minimering av manuelle og administrative oppgaver vil bidra til dette.

Det systematiske arbeidet med å hindre fravær og frafall skal forsterkes, med særlig fokus på grupper av medarbeidere og enheter med ekstra utfordringer. Vi skal identifisere tiltak for å hindre at medarbeidere blir uføre, særlig i ung alder, og for å sikre at det blir attraktivt for våre seniormedarbeidere å stå lengre i stillingen.



Helse Midt-Norge vil:

- Styrke kompetansen og kapasiteten innenfor HR-analyser og framskrivninger av bemanningsbehov
- Legge til rette for god ansvars- og oppgavedeling mellom yrkesgrupper
- Videreutvikle arbeidsdeling, prosesser og systemer som minsker den administrative byrden på helsearbeidere og ledere
- Forbedre prosessene rundt rekruttering og mottak av ansatte og studenter
- Innføre standardiserte samtaler for oppfølging av medarbeidere i prøveperioder, sykefraværsoppfølging, kompetanseutvikling, karriereplanlegging og avslutning av arbeidsforhold
- Bygge kompetanse, utvikle prosessene og systemene slik at aktivitet og bemanning kan planlegges koordinert (aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging)
- Styrke heltidskulturen, og som hovedregel tilby hele faste stillinger
- Videreutvikle digitale læringsmetoder samt ta i bruk nye, innovative læringsformer slik at medarbeiderne i Helse Midt-Norge får oppdatert og videreutviklet sin kompetanse på andre og mer effektive måter enn tradisjonell undervisning
- Gjøre felles behovsvurderinger med primærhelsetjenesten for å planlegge helsetjenestens totale behov i Midt-Norge, og utvikle gode plattformer for kompetansedeling.
- Sikre kompetansen på spesielt sårbare områder
- Redusere uførhetsgraden og gjøre det mer attraktivt å stå i stillingen for seniormedarbeidere

4.3.3 LEDELSE



FAKTA

Antall ledere totalt	Ca 1000
Antall ledernivåer	4 (5)
Lederspenn (gjennomsnitt)	20 medarbeidere/leder
Andel kvinner	60 %
Lederturnover	20 %

God ledelse er avgjørende for å skape en organisasjon med den nødvendige endringsevnen til å møte de utfordringene vi står overfor. Den teknologiske og digitale utviklingen stiller nye krav til kompetanse, samhandlingsevner og evne til å lede medarbeiderne mot å nyttiggjøre de nye mulighetene dette gir.

I tillegg til ledelsesutvikling og opplæring av nye ledere, er det behov for å bedre rammebetingelsene for å utøve ledelse i organisasjonen. Riksrevisjonen viser i en undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene³⁹ til at mer enn halvparten av ledere for sykepleiere/intensivsykepleiere har personalansvar for mer enn 50 ansatte og at hele 2 av 3 ledere oppgir at de ikke har tid til å arbeide strategisk/planlegge langsiktig. Ledelse i sykehusene er i stor grad profesjonsbasert der leder har samme profesjon som sine medarbeidere, mens oppgavene krever velutviklet tverrfaglig samarbeid og god ressursutnyttelse på tvers.

Vi må sikre en effektiv lederlinje der alle ledernivåene kjenner til og har rammebetingelser til å utvikle egen enhet i tråd med virksomhetens strategi og mål. Det må sikres god informasjonsflyt og kommunikasjon gjennom alle ledernivåene. Formell lederutdanning, samt leder- og ledergruppeutvikling må styrkes og vi må sikre at ledere får tid til både å administrere og lede egen enhet – spesielt knyttet til innovasjons- og endringsarbeid. Vi må også fremme ledelse på tvers av profesjoner.

Digitalisering og ny teknologi, i første omgang knyttet til Helseplattformen, vil utfordre måten vi jobber og samhandler på. Vi må bygge kultur for innovasjon og endring hos ledere og styrke deres evne til å lede omstilling. Dette vektlegges i ledelsesutviklingen. Det er også viktig å styrke forståelsen av teknologi og digitalisering hos den enkelte medarbeidere for å sikre at løsningene tilpasses og utvikles til lokale forhold.

39 Riksrevisjonen (2019) «Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene», riksrevisjonen.no

Det er videre viktig å sikre god lederrekruttering og at ledere utvikler seg og trives i jobben over tid. Vi vil videreutvikle et aktivt og relevant regionalt nettverk for ledelsesutvikling som bidrar til felles konsepter og utviklingsarenaer for ledere og veiledere, og som er en arena for erfaringsdeling og læring. Vi skal jobbe mot en felles portefølje av regionale tiltak innen utvikling og rekruttering av ledere og ledergrupper, som inkluderer:

- Etablere og gjennomføre et regionalt lederutviklingsprogram for ledere på nivå 2 og 3
- Videreutvikle det standardiserte og systematiske opplærings- og utviklingsprogrammet for nye ledere, og sikre at det gjennomføres;
- Årlig gjennomføre ledermobiliseringsprogram
- Utvikle og følge opp ledergrupper som arena for å dele og lære av hverandre
- Panlegge og evaluere endringer og forbedringsprogram



Helse Midt-Norge vil:

- Utarbeide standardiserte forventninger og krav til ledelse
- Sikre ledere bedre styringsinformasjon gjennom tilgang til standardiserte rapporter for utvalgte indikatorer
- Tydeliggjøre roller og styrke kompetanse for administrativ støtte til ledere
- Utvikle evalueringskriterier for ledelsesutviklingsprogram som i større grad gir mulighet til å måle organisatorisk effekt og videreutvikle programmene med bakgrunn i dette
- Kontinuerlig videreutvikle det regionale nettverket for ledelsesutvikling, og porteføljen av ledelsesutviklingstiltak som bygger opp under strategi, lederkrav og utfordringer
- Satse på utvikling av ledeses evne til å lede endringsprosesser og utnytte digitale muligheter



Foto: Helse Møre og Romsdal

4.4 GODE LAGSPILLERE

Vi er gode lagspillere

Pasientene forventer og har krav på en sammenhengende helsetjeneste. Vi skal derfor tenke helhet og samhandling. Laget består av alle aktører som bidrar i helsetjenesten, både helseforetak, kommuner, private helseaktører og samfunnet for øvrig, og vi skal spille hverandre gode og utnytte hverandres fortrinn. Sammen må vi sørge for å dempe behovet for helsetjenester, gjennom å unngå sykdom hos de som er friske, og hindre forverring og bedre livskvaliteten til de som har sykdom. Dette er bra både for samfunnet, helsetjenesten og den enkelte.

Vi jobber aktivt med å utvikle samhandlingen, både innenfor det enkelte helseforetak, i regionen og mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Vi skal i alle ledd bli bedre på å ta felles ansvar for pasienten, spille på hverandres fortrinn og bidra til å gjøre hverandre gode. Digitalisering, ikke minst gjennom Helseplattformen som felles journalsystem, og forsterket samarbeid i helsefelleskap er viktige initiativ for å kunne styrke samhandlingen i regionen.

4.4.1 SAMHANDLING OG HELSEFELLESKAP

En av de største utfordringene i samhandlingen mellom kommuner og sykehus har vært forskjeller i organisering, finansiering, styringslinjer og tilgang på kompetanse. Det er derfor krevende å definere et felles utgangspunkt når beslutninger skal tas og tjenester utvikles. Helsedirektoratet har et særskilt ansvar for å utvikle styringsinformasjon og har tilgjengeliggjort dette på sine nettsider⁴⁰. Videreutvikling av egne felles analyser og tilgjengeliggjøring av informasjon vil være en viktig forutsetning for å lykkes med videre tjenesteutvikling og utprøving av nye tjenestemodeller. Helseplattformen og helsedatasenter vil gi oss nye muligheter til slik analyse.

⁴⁰ Styringsinformasjon – Helsedirektoratet

Helsefellesskap

Pasienter skal oppleve en sammenhengende medisinsk kjede der innsats settes tidlig inn, og med nødvendig informasjonen som følger pasienten hele veien.

Helsefellesskapet er en arena for strategiske drøftinger og prioriteringer, en struktur for etablering av samarbeidsavtaler samt et fora for å initiere utviklingsarbeid og utvikle det operative samarbeidet mellom de som arbeider i helseforetakene og kommunene. Våre helseforetak har i samarbeid med kommunene etablert helsefellesskap i tråd med føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan og Oppdragsdokument og har konkretisert tiltak i handlingsplaner. Disse er tilgjengelige på helseforetakenes samhandlingssider⁴¹.

Helsefellesskapene må i kommende periode arbeide med følgende fokusområder for å kunne møte befolkningens forventninger og behov:

Sammenhengende helse- og omsorgstjenester

Mange opplever brudd i behandlingsskjeden ved overføring mellom nivåene. Dette gjelder spesielt pasienter som utskrives mens de fortsatt er under behandling, eller som krever tett oppfølging etter utskrivning. Utvikling av helhetlige pasientforløp skaper forutsigbarhet og øker tryggheten for både behandlere og pasienter.

Kompetanse

Kompetanseutvikling strekker seg lengre enn organisatoriske grenser. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene om å utvikle, beholde og rekruttere kompetanse vil være en hovedoppgave. Relevante og motiverende tiltak for kompetanseutvikling vil forsterke og bygge samhandlingskultur. Samarbeidet er også nødvendig for å unngå uheldig konkurranse om personell. Et viktig mål vil derfor være å etablere samarbeid mellom helseforetak og kommuner om opplæring, utdanning og vedlikehold av kompetanse hos helsepersonell. Vi bør særlig samarbeide om innhold og kapasitet på utdanninger, og hvordan vi løfter rekrutteringssvake områder.

Videreutvikle arbeidet med å desentralisere helsetjenestene

Distriktsmedisinsk senter (DMS) er en kjent struktur i grenseflaten mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten⁴². I tillegg til ulike former for desentraliserte spesialisthelsetjenester har kommunene inngått interkommunalt samarbeid med omliggende kommuner. Dette har gitt større robusthet i tjenestetilbudet i kommunene.

Videreutvikling av kommunesamarbeid må gjøres i tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten fremover.

Samarbeid om forebygging

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten og kommunene bidrar til å dempe veksten i behov for helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten har bidratt med forebyggende arbeid for pasienter med etablert sykdom, f.eks. diabetes. Spesialisthelsetjenesten kan bidra ytterligere i folkehelsearbeid gjennom faglige innspill til arbeid som planlegges av både kommuner og fylkeskommuner, og ved å ta initiativ til dialog med kommuner og fagmiljøer hvor det kan være behov for forsterket samarbeid om tjenesteyting.

⁴¹ Samhandling - Helse Møre og Romsdal (helse-mr.no), Samhandling - St. Olavs hospital (stolav.no), Samhandling - Helse Nord-Trøndelag (hnt.no)

⁴² Værnesregionen DMS, Inn-Trøndelag DMS og DMS Fosen - Sengepost og DMS Fosen - Spesialistpoliklinikken

Det er et mål for kommende planperiode at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal intensivere samarbeidet om forebygging. For å få til dette skal spesialisthelsetjenesten bedre definere vårt bidrag innen forebyggende helsearbeid, og bidra til å utvikle helsekompetanse i befolkningen.

Under pandemien økte bruken av digitale hjelpemidler betydelig. Teknologi gir nye muligheter for forebygging, og bruk av teknologi må utforskes og prøves ut.

Opplæring av pasienter og pårørende

Opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. Det overordnede målet er å fremme helse og livskvalitet. Læring og mestring skal være en integrert del av alle helse- og omsorgstjenester, og inngå i helhetlige forløp for brukere, pasienter og deres pårørende.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 påpeker behovet for å vurdere om læring og mestring kan tilbys på måter som gjenspeiler endringene i helse- og omsorgstjenestene, og om oppgavefordeling og samhandling på området mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan gjøres mer hensiktsmessig. Både nasjonalt og lokalt er det er uønskede variasjoner i opplæring av pasienter og pårørende. Helse og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle nasjonale føringer og en veileder for dette området. Helse Midt-Norge vil følge dette arbeidet og tilpasse tilbudet til de føringer som blir lagt.

Samarbeid om det akuttmedisinske tjenesten, legevakt og akuttmottak omtales i kapittel 4.4.5 og arbeides med i helsefellesskapene.



Helse Midt-Norge vil:

- Følge opp og legge til rette for gjennomføring av handlingsplanene i helsefellesskapene i regionen
- Utvikle samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene, spesialisthelsetjenesten og kommunene om kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilgang på praksisplasser
- Stimulere arbeidet med å desentralisere helsetjenester.
- Følge arbeidet med videreutvikling av lærings og mestringstilbudet på nasjonalt nivå og sørge for at nasjonale standarder legges til grunn for arbeidet i regionen
- Intensivere samarbeidet med kommunehelsetjenesten om forebygging
- Legge til rette for at helseforetakene sammen med kommunene etablerer samarbeidsmodeller som ivaretar behovene til de pasientene som trenger det mest
- Etablere felles analyser og et godt tallgrunnlag i samarbeid med kommunene og andre interessenter

4.4.2 FUNKSJONS- OG OPPGAVEFORDELING

Vi har gjort store investeringer i felles IKT-løsninger i regionen som gjør oss i stand til å samarbeide mye tettere, enten ved å utføre tjenester fra et annet sted i regionen, eller jobbe sammen i virtuelle nettverk. Vi tror fortsatt det er et potensial i å hente ytterligere gevinster både innen kvalitet, kostnader og effektivitet. Utfordringsbildet tilsier at vi må se etter alle muligheter til å frigjøre ressurser til nødvendige investeringer og nye tilbud, uten at det skal gå på bekostning av kvaliteten på det vi leverer.

Akuttsykehusstrukturen i regionen ble fastslått i forbindelse med regional utviklingsplan 2019-2022, og ligger fast, herunder at sykehusstilbudet for Nordmøre og Romsdal samles i et fellessykehus på Hjelset ved Molde fra 2025, med en avdeling for poliklinisk aktivitet og elektiv dagkirurgi i Kristiansund.

Oppgavefordeling

Regionen er organisert med tre sykehusforetak, hvor funksjonen som regionsykehus og universitetssykehus er lagt til St. Olavs hospital HF.

Regionsykehusfunksjonen innebærer for det første å tilby høyspesialiserte regionale behandlingstilbud som krever samling av spesiell kompetanse. For det andre innebærer det et ansvar for fagutvikling og faglig veiledning for hele regionen, blant annet gjennom å lede fagledernettsverk og prosesser for utvikling av felles behandlingsprosedyrer og forløp. I tillegg skal regionsykehuset drive en rekke regionale kompetansefunksjoner, som også skal være en støtte til de andre helseforetakene. Det er behov for å vurdere en mer enhetlig modell for organisering og styring av slike regionale utviklings- og kompetansefunksjoner.

Universitetssykehusfunksjonen innebærer et særlig ansvar for forskning, innovasjon og utdanning, i nært samarbeid med NTNUs fakultet for medisin og helsevitenskap. Også på dette området er det viktig at universitetssykehuset er en god støttespiller for å styrke forskning, innovasjon og utdanning i hele regionen.

Helse Midt-Norge vedtok i forrige regionale utviklingsplan å jobbe for å overføre oppgaver fra store til små sykehus, og regjeringen har også bedt de regionale helseforetakene fortsette dette arbeidet⁴³. Dette er viktig både for å opprettholde fagmiljø av tilstrekkelig størrelse ved mindre sykehus, og sikre tilstrekkelig kapasitet ved St. Olavs hospital til å ivareta region- og universitetssykehusfunksjonene. I helseforetakenes utviklingsplaner legges det blant annet vekt på å i større grad overføre kontroller etter mer spesialisert regional behandling til lokalsykehusene, eventuelt med bistand fra spesialister via elektronisk kommunikasjon. Innen sikkerhetspsykiatri har vi satt i gang en satsing for å bygge opp tilbud på riktig sikkerhetsnivå i resten av regionen, for å frigjøre kapasitet på høyeste sikkerhetsnivå i regional sikkerhetsavdeling. Innen bildediagnostikk er det etablert en felles klinikk mellom to av foretakene våre som legger grunnlag for bedre oppgavedeling.

Styrking av fagledernettsverkene gir bedre muligheter til å standardisere regionale pasientforløp, og på faglig grunnlag finne den beste oppgavefordelingen mellom sykehus og helseforetak. Vi vil i planperioden jobbe videre med disse og tilsvarende tiltak, og det regionale helseforetaket vil ta en tydelig rolle som premissleverandør for å bidra til god ressursutnyttelse på tvers av helseforetak og gjennomføring av nasjonale prioriteringer.

43 Helse- og omsorgsdepartementet (2022) «Oppdragsdokument 2022 Helse Midt-Norge RHF», regjeringen.no, s.9

Regionale støttetjenester

Innen administrative tjenester er det et uutnyttet potensial i å modernisere tjenesten gjennom standardisering og automatisering av rutinemessige prosesser, og bedre støtte til ledere og ansatte i organisasjonen. Tidligere utredninger har vist at det antagelig er et potensial å få bedre støttetjenester med lavere ressursbruk enn i dag, slik at mer ressurser kan benyttes til investeringer eller styrket pasientbehandling⁴⁴.

Et felles logistikksenter og beredskapslager for Helse Midt-Norge tas i bruk i 2022, og vi vil i de kommende årene sikre at vi henter gevinster av denne satsingen. I tillegg vil Helse Midt-Norge sammen med de øvrige helseregionene ha ansvaret for etablering og drift av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr. Vi har satt i gang et prosjekt for å vurdere fremtidig organisering av lønns- og regnskapsfunksjonene i foretaksgruppen. Vi vil videre i perioden se på hvordan vi kan utvikle sømløse administrative tjenester som leverer god kvalitet med effektiv bruk av ressursene på tvers i hele foretaksgruppen. Vanligvis vil en forutsetning for å gjennomføre eventuelle strukturendringer være at de, i tillegg til andre gevinster, bidrar til å styrke det økonomiske handlingsrommet til helseforetakene.

Også innen kliniske støttetjenester ønsker vi å fortsette arbeidet med å vurdere hvilke muligheter digitalisering gir til å organisere tjenesten på andre måter og hente kvalitets- og effektivitetsgevinster. Felles klinikk for bildediagnostikk er under evaluering, og vi vil ta disse erfaringene med oss videre i vurdering av eventuell utvidelse av denne til å gjelde hele regionen, og vurdering av mulighetene for felles organisering innen andre tjenester. Laboratorievirksomheten, AMK-sentralene og behandlingshjelpemidler er aktuelle områder å vurdere i den kommende planperioden.



Helse Midt-Norge vil:

- Videreføre vedtatt akutt sykehusstruktur.
- Bidra til oppgavefordeling mellom helseforetakene ved hjelp av sterke fagledernetverk og regionale pasientforløp, med fokus på å overføre oppgaver fra større til mindre sykehus.
- Etablere sømløse administrative fellestjenester i regionen som gir bedre og mer fremtidsrettede tjenester og bedre effektivitet.
- Understøtte etablering av kliniske støttetjenester på tvers av foretakene.
- Hente gevinster av felles logistikksenter.
- Etablere regionalt beredskapslager av kritiske varer og bidra i oppbyggingen av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr



Foto: Helse Møre og Romsdal

4.4.3 AVTALESPELIALISTER OG PRIVATE LEVERANDØRER

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region (gjerne omtalt som sørge-for-ansvaret), gjennom egne helseforetak eller avtaler med avtalespesialister og private leverandører av spesialisthelsetjenester. Tilbud som leveres av avtalespesialister og private leverandører med avtale omfattes av pasientenes rett til valg av behandlingssted på lik linje med helseforetakenes tilbud.

Når det inngås avtale med private leverandører innebærer det også en plikt til samarbeid om de tjenestene som tilbys. Nasjonale føringer om utvikling av tjenestetilbudet i samsvar med overordnede prioriteringer, redusere uønsket variasjon og å yte tjenester mer effektivt, gjelder også for spesialisthelsetjenester som utføres av private leverandører. Helse Midt-Norge har en plikt til å legge til rette for at pasientene har reelle valg om behandlingstilbud, blant annet gjennom å sikre tilstrekkelig omfang av avtaler med private tjenesteleverandører. Vi vil sørge for å integrere private helsetjenesteleverandører sterkere i det helhetlige helsetilbudet til befolkningen og sørge for å utnytte den ressursen de utgjør effektivt. Å utnytte den private kapasiteten er særlig viktig på områder der helseforetakene har utfordringer med å innfri kravene til ventetider.

For å skape en mer sømløs helsetjeneste for pasientene og en bedre integrering av avtalespesialisten i tjenesten og pasientforløpene er det viktig at vi i løpet av 2023 klarer å innføre Helseplattformen også for avtalespesialister.

Avtalespesialistene utgjør nasjonalt 20,3 % av total poliklinisk aktivitet. I Midt-Norge utgjør avtalespesialistene samlet sett 16,1 % av total poliklinisk aktivitet. Dette varierer mellom de ulike fagfeltene. I 2022 hadde Helse Midt-Norge RHF 81 avtaler innen somatikk og 51 avtaler psykisk helsevern.

De regionale helseforetakene utreder nå hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte. En utfordring helseforetakene omtaler i sine utviklingsplaner er avveiningen mellom å få tilført en ekstra avtalespesialist som en ressurs i opptaksområdet og risikoen for at helseforetaket med det mister ansatte som også er sentrale for andre oppgaver i sykehusene.



AVTALER MED PRIVATE LEVERANDØRER

Kirurgiske og medisinske spesialisthelsetjenester: 2021–2024

Bilediagnostiske undersøkelser: 2018–2023 + opsjon for 2024–2025

Teleradiologiske tjenester: 2021–2022

Spesialiserte rehabiliteringstjenester: 2018–2023 + opsjon for 2024–2025

Arbeidsrettet rehabilitering: 2018–2023 + opsjon for 2024–2025

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling: 2022–2025 + opsjon 2026–2029

Psykisk helsevern: 2022–2023 + opsjon 2024–2025

Boks X viser oversikt over gjeldende avtaler Helse Midt-Norge har med private tjenesteleverandører. Innenfor rammene av disse avtalene inngås det årlige ytelsesavtaler om hvilke tjenester som skal leveres og prisen på disse. I perioden fra 2023 til 2026 vil det være behov for å vurdere om det skal gjennomføres nye anskaffelser for alle områder.

Mer informasjon om både avtalespesialister og private leverandører finnes her:

[Behandlingssteder – Helse Midt-Norge RHF \(helse-midt.no\)](https://helse-midt.no)

Vi vil utarbeide en egen delstrategi for kjøp av spesialisthelsetjenester hos private leverandører, hvor vurderingen av hvilke tjenester som kan utføres av private leverandører beskrives ut fra en strategisk og langsiktig tilnærming.

I tillegg til en samlet vurdering av fordelingen av spesialisthelsetjenester mellom helseforetak og private leverandører, vil det fortsatt være nødvendig å gjennomføre behovsvurderinger i de enkelte anskaffelsene, som gjøres i nært samarbeid med helseforetakenes fagmiljøer.

Helseforetakene uttrykker i sine utviklingsplaner en ambisjon om å overta mer av behandlingen selv. Foretaksgruppen oppfyller i dag ikke kravene til fristbrudd, ventetider og planlagt tid for pasientavtaler. Så lenge vi ikke oppnår nasjonale mål vil det regionale helseforetaket opprettholde krav om at helseforetakene utnytter kapasitet og kompetanse hos private leverandører til å minimere ventetidene, og vi vil styrke dialog og felles planleggingsprosesser for å sikre gjennomføring av dette.

Innen psykisk helsevern for voksne ble felles henvisningsmottak for helseforetak og avtalespesialister innført i 2022. Vi vil fortsette arbeidet med å etablere felles henvisningsmottak, der pasientens rett til helsehjelp vurderes, for flere fagområder. I slike ordninger er det viktig å ta hensyn til likebehandling, forutsigbarhet og åpenhet i samarbeidet mellom helseforetak og private leverandører.

God struktur og forutsigbarhet i utviklingsarbeidet og samarbeidet mellom helseforetak, avtalespesialister og private leverandører vil gjøre Helse Midt-Norge mer attraktiv som oppdragsgiver. Dette vil gi økt konkurranse, bedre kvalitet og pasientbehandling, og mer kostnadseffektive løsninger. De regionale helseforetakene har sammen med hovedorganisasjonene til de private leverandørene utarbeidet felles nasjonale og veiledende retningslinjer for involvering av private aktører⁴⁵, herunder ideelle aktører, i plan- og utviklingsarbeid, som vi vil ta i bruk.



Helse Midt-Norge vil:

- Utarbeide en delstrategi for anskaffelser, avtaleoppfølging og samarbeid med private leverandører av spesialisthelsetjenester.
- Ta i bruk felles nasjonale retningslinjer for involvering av private aktører i plan- og utviklingsarbeidet.
- Sikre jevnlig dialog og planlagte prosesser med helseforetakene om bruk av private leverandører i anskaffelser og avtaleoppfølging med mål om å:
 - redusere fristbrudd og ventetider
 - videreutvikle og forbedre standardiserte pasientforløp og redusere uønsket variasjon
 - innføre felles henvisningsmottak for flere fagområder
 - bruke data om avtalepriser og kostnad per pasient i helseforetakene for å vurdere hvordan ressursene kan utnyttes best mulig.
 - videreutvikle organisering av arbeidet med anskaffelser og avtaleforvaltning i Helse Midt-Norge og sikre hensiktsmessige finansieringsmodeller for området

45 Helse Sør-Øst (2022) «Veiledende retningslinje for involvering av private aktører i spesialisthelsetjenestens plan- og utviklingsarbeid», helse-sorost.no

4.4.4 BEREDSKAP

De siste årenes utvikling har tydeliggjort at vi lever i en verden med økende grad av usikkerhet. Pandemien og krig i Europa har vist oss at Helse Midt-Norge må være forberedt på å yte helsehjelp i forbindelse med et bredt spekter av kriser. Dette gjelder alle former for kriser med ekstraordinært behov for helsehjelp, som store ulykker med masse-tilstrømning av skadde, pandemier, høyrisikosmitte og krigslignende situasjoner. Vi må også sikre tilstrekkelig beredskap for håndtering av situasjoner med svikt i kritisk infrastruktur, for eksempel IKT, strøm og vann) som setter helsetjenesten under press. Det er derfor et stort behov for å arbeide systematisk og målrettet for å sikre en god og robust beredskap på tvers av foretaksgruppen.

Dette samarbeidet organiseres i dag gjennom Regionalt beredskapsutvalg (ReBU), der alle helseforetakene i er representert. Krav og forventninger til beredskapsarbeidet er dessuten stadfestet gjennom Regional helseberedskapsplan. Det er i dag etablert et regionalt beredskapsutvalg og en regional helseberedskapsplan, men vi ser behov for å tydeliggjøre dette i et eget styringssystem for beredskap, tydelig atskilt fra det mer operative beredskapsplanverket.

Vi vil også styrke det operative planverket i regionen, blant annet bygd på en ny helhetlig og overordnet risiko- og beredskapsanalyse for Helse Midt-Norge. Dette arbeidet skal bidra til å gi et felles omforent risikobilde i foretaksgruppen, som også kan danne grunnlag for oppdatering av lokale beredskapsplanverk i helseforetakene. Risiko- og beredskapsanalysen vil, foruten dimensjonerende helsefaglige kriser, også fokusere på sårbarheter knyttet til bortfall av kritisk infrastruktur og viktige forsyningskjeder, og hvilke konsekvenser dette kan få for pasientbehandlingen. I den sammenheng er det avgjørende å ivareta grensesnittet til arbeid med informasjonssikkerhet i foretaksgruppen, blant annet gjennom tiltak fastslått i handlingsplanen for informasjonssikkerhet og personvern.

Det er også behov for å styrke den beredskapsfaglige kompetansen i foretaksgruppen. Det er et mål at helseforetakene skal være tilstrekkelig robuste til å håndtere langvarig og/eller samtidige kriser. For å oppnå dette, må regionen ha tilgang til nødvendige verktøy for å håndtere kriser, og kunnskap i å benytte disse. Helse Midt-Norge må jobbe for å bedre håndteringen av beredskapssituasjoner gjennom å utvikle bruk av digitale verktøy for å utnytte data og analyse.



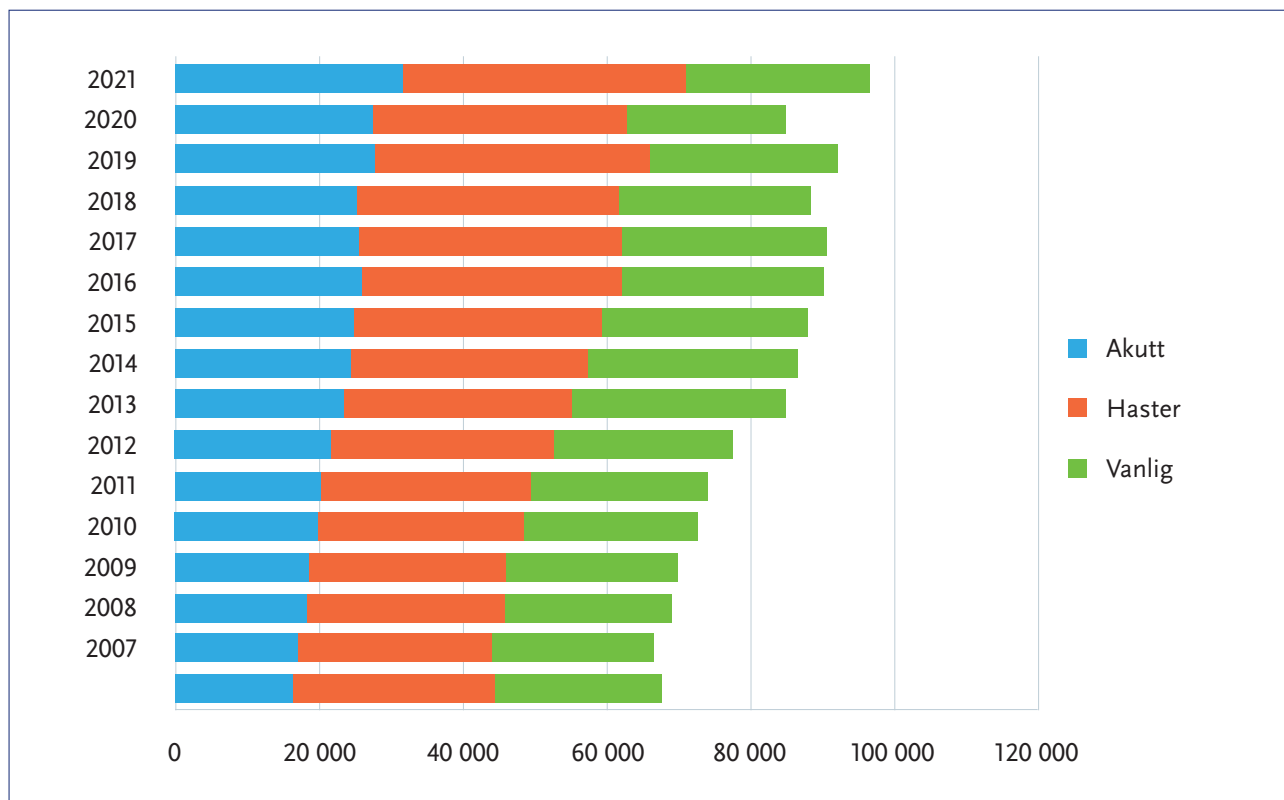
Helse Midt-Norge vil:

- Etablere et styringssystem for beredskap
- Styrke den beredskapsfaglige kompetansen og rolleforståelsen i krise-/ beredskapsledelsen
- Sørgje for gode krisestøtteverktøy og tilstrekkelig kompetanse i bruk av dem
- Gjennomføre en helhetlig og overordnet risiko- og beredskapsanalyse for Helse Midt-Norge, og oppdatere regionens beredskapsplaner på basis av denne
- Videreutvikle regionalt beredskapslager
- Kartlegge nåværende intensivkapasitet opp mot fremtidige behov
- Sette regionen i stand til å håndtere og yte nødvendige helsetjenester under alle dimensjonerende beredskapsscenarioer.

4.4.5 UTVIKLING AV AKUTTMOTTAK OG DEN AKUTTMEDISINSKE KJEDEN

Akuttmottak

I Midt-Norge har vi opplevd en bratt økning i antallet pasienter som kommer til sykehusene via akuttmottaket. Økningen har vært på opp mot 50 % i løpet av 10 år ved noen av sykehusene. Dette skjer samtidig med at antallet ambulanseoppdrag også øker raskt, men der det samlede antallet behandlede pasienter i spesialisthelsetjenesten har holdt seg rimelig stabilt i samme periode⁴⁶.



Figur 8: Utvikling i antall ambulanseoppdrag fordelt på hastegrad 2006–2021 for akuttambulanser

Pasienter som ankommer akuttmottaket, har ofte en uavklart helsetilstand som kan kreve rask diagnostikk og avklaring før de kommer videre til riktig avdeling. Andre kan bli liggende lenge å vente på avklaring, siden det stadig kommer nye pasienter som blir prioritert for utredning og behandling. Økning i antall pasienter henvist til akuttmottaket legger betydelig press på logistikken i akuttmottaket og både pasienter og sykehusene opplever de negative effektene av fulle sykehus. En del pasienter blir også liggende lengre enn nødvendig i akuttmottaket fordi det ikke er mulig å finne ledig plass på riktig avdeling grunnet mange utskrivningsklare pasienter. Vi må sammen med kommunene finne årsakene både til økt tilstrømming av pasienter til akuttmottakene, og utfordringen med utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus, og finne tiltak som kan snu denne utviklingen.

⁴⁶ Helse Midt-Norge (2022) «Årsrapport 2021 Ambulansetjenesten i Midt-Norge fellesfunksjonen», helse-midt.no

I Helse Midt-Norge arbeides det godt med disse problemstillingene. St. Olavs hospital har vært sentral i utviklingen av den ferske legespesialiteten, akutt- og mottaksmedisin. Leger med denne spesialiteten leder akuttmottaksfunksjonene og det er alltid leger med denne kompetansen på vakt på dag og kveldstid. «Kompetanse i front» er stikkordet for dette viktige utviklingsarbeidet. Det har blant annet ført til at stadig flere pasienter får sine akutte helseproblemer avklart i akuttmottaket og kan reise hjem eller henvises til annen relevant behandlings- eller pleieinstitusjon, uten å ta opp en sykehusseng unødvendig. Helse Nord-Trøndelag arbeider også målrettet med disse utfordringene gjennom sitt prosjekt «fremragende akuttmottak». Det samme gjør Helse Møre og Romsdal gjennom utvikling av driftskonsept for korttids-/avklaringsenheter i akuttmottakene ved det nye sykehuset for Nordmøre og Romsdal⁴⁷ og gjennom AIO-prosjektet⁴⁸ ved sjukehuset i Ålesund.

Helse Midt-Norge følger disse utviklingsarbeidene tett. Vi vil bidra til samling av erfaringene og deling av disse i hele regionen. Vi ønsker også tettere dialog med kommunene i regionen, for å drøfte tiltak innen begge forvaltningsområdene.

Regionen har positiv erfaring med samarbeidsprosjekter med kommunene innen den akuttmedisinske kjeden, for eksempel *Rørosprosjektet*⁴⁹, der ambulansetjenesten på Røros og Røros kommune samarbeider om å bemanne og drive en enmannsbetjent akuttbil med oppgaver både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det vil være aktuelt med liknende prosjekter i akuttmottakene. St. Olavs hospitals erfaringer med etablering av en «samhandlings-telefon» der fastleger kan ringe vakthavende akutt- og mottaksmedisiner direkte for drøfting og avklaring av krevende pasientproblemstillinger er også et godt eksempel på dette.

Prehospitale tjenester

Den akuttmedisinske kjeden består av nødmeldetjenesten, ambulansetjenesten (bil, båt, helikopter og fly) og kommunenes legevaktsentraler og lokale legevaksordninger.

Det har vært stor utvikling i de prehospitale tjenester de siste årene, både innen personell, kompetanse og utstyr. Mye av utviklingen innen området skjer som følge av nasjonale arbeider og vil i tiden som kommer føre til større standardisering og mer likhet mellom tjenesten i ulike deler av landet. Dette er en ønsket utvikling også framover. Det pågår flere nasjonale initiativ innen de prehospitale tjenestene.

Det er blant annet vedtatt en stortingsmelding om de prehospitale tjenestene i nær framtid. Stortinget har allerede vedtatt å be regjeringen forskriftsfesteresponstider for ambulansetjenesten⁵⁰. Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene satt i gang et arbeid med å utrede konsekvensene av dette. Det er viktig at en forskriftsfesting av responstid ser hele den akuttmedisinske kjeden i sammenheng, der også det kommunale tilbudet er en veldig viktig del, slik at den sikrer best mulig reell trygghet for innbyggerne i hele landet, med en effektiv ressursbruk.

47 Helse Møre og Romsdal (2022) «Saman for pasientane. Sjukehuset Nordmøre og Romsdal», helse-mr.no

48 Se styresak 105/21 i Helse Midt-Norge: Styresak AIO (helse-midt.no)

49 Røros kommune (2017) «Rørosprosjektet: – Ny akuttbil løfter helsetilbudet på Røros», roros.kommune.no

50 Stortingets vedtak 726 i behandling av Meld.St. 5 (2020-2021), Innst. 275 S (2020-2021), stortinget.no

Innen luftambulansetjenesten, der drift av fly og helikoptre i dag er satt bort til eksterne flyselskap, har regjeringen i Hurdalsplattformen⁵¹ antydnet at den vil

«*forberede statlig overtakelse av luftambulansen, og utrede modeller for samarbeid med ideelle, for å avskaffe anbud i tjenesten.*»

I tillegg pågår det flere nasjonale prosjekter for utvikling og innføring av nye IKT-løsninger⁵² innenfor det prehospitalt området. De nye IKT-løsningene vil bidra til nødvending standardisering og legge til rette for samarbeid i og på tvers av regioner, og gi muligheter for bedre samordning av regionens ressurser. Ny IKT-løsning i AMK-sentralene vil legge til rette for bedre kommunikasjon på tvers av foretaks- og regiongrenser. At det blir enklere for sentraler å overta for hverandre vil også gjøre AMK-tjenesten mer robust.

Samlet sett vil dette omfattende arbeidet gi føringer for utviklingen av de prehospitalt tjenester i regionen framover.

Helse Midt-Norge vil fortsatt satse på felles utvikling av kompetanse, utstyr og digitalisering i ambulansetjenesten i regionen. Fellesfunksjonen for ambulansetjenesten og regionalt fagledernetverk med underliggende fagråd er viktige ressurser i dette arbeidet. Utviklingen i ambulansetjenesten må i årene som kommer innrettes for å møte framtidige utfordringer; det forventes økt oppdragsmengde og behov for å håndtere mer komplekse tilstander. Ambulansetjenesten må sees i sammenheng med annen pasienttransport for å sikre best mulig beredskap gjennom riktig bruk av kapasiteten.



Helse Midt-Norge vil:

- Følge opp helseforetakenes arbeid med utvikling av akuttmottak
- Se hele den akuttmedisinske kjeden samlet for å få tidsnok og riktig hjelp ved tidskritiske hendelser
- Medvirke til at akuttstusykehusene har landingsplass for ambulanse- og redningshelikopter nærmest mulig
- Ta i bruk nye IKT-løsninger for prehospitalt tjenester sammen med øvrige helseregioner
- Sammen med kommunene finne årsakene til økt tilstrømming til akuttmottak og riktige tiltak for å snu denne utviklingen

51 R Regjeringen Støre (2021) Hurdalsplattformen – regjeringsplattform 2021-2025, regjeringen.no

52 Nasjonal IKT-løsning for AMK, Prehospital elektronisk pasientjournal (P-EPJ), Kommunikasjonsløsning for Akuttmedisinsk Kjede (KAK)



Foto: Helse Møre og Romsdal

4.5 EIENDOM OG BYGNINGSMASSE

Foretakene i Helse Midt-Norge eier til sammen om lag 627 000 kvm som benyttes til klinisk drift. I tillegg kommer leide bygg, boliger, bygg under oppføring eller som ikke er i bruk. Gjenanskaffelseskostnad for bygningsmassen er om lag 50 mrd. og har en vektet teknisk tilstandsgrad⁵³ på 1,38. Dette er en noe dårligere tilstand enn de fleste andre statlige virksomheter, men på linje med, eller noe bedre enn, helsesektoren for øvrig. For å ha en langsiktig økonomisk bærekraftig forvaltning må helseregionen på kort sikt unngå at tilstanden forverres, og på lang sikt sørge for at den bedres. En vektet teknisk tilstandsgrad på 1,2 er vurdert som økonomisk mest fordelaktig på sikt, og vil være i tråd med målsetningene for andre aktører i staten.

Den overordnede tilstand for bygninger vurderes som tilfredsstillende for St. Olavs hospital. Helse Nord-Trøndelag har en eldre bygningsmasse med akseptabel teknisk standard, men med stort fremtidig behov for oppgradering. Helse Møre og Romsdal HF har større vedlikeholdsetterslep enn de andre foretakene og samtidig utfordringer knyttet til teknisk oppgradering, men har også flere pågående nybygg og rehabiliteringer.

De tre største byggeprosjektene i regionen under planlegging eller gjennomføring har en samlet ramme på 9 mrd. kr. Disse er Sykehuset i Nordmøre og Romsdal, Senter for psykisk helse i Trondheim og AIO Ålesund. Prosjektene vil bidra til bedre tilpasset bygningsmasse og forbedret teknisk tilstandsgrad, men det vil fremdeles være nødvendig å prioritere ytterligere midler til nybygg og vedlikehold for å sikre en bærekraftig forvaltning og bygg som er tilpasset virksomhetens behov.

⁵³ Teknisk tilstandsgrad er en vurdering av en bygnings tekniske tilstand, der TGo er tilstand tilsvarende nybygg, mens TG₃ innebærer alvorlige symptomer på svikt.

Økt aktivitet i helsesektoren medfører noe økt behov for areal. Endringer i aktiviteten, som vridning fra inneliggende til poliklinisk behandling og færre liggedøgn, har imidlertid medført at arealbehovet samlet sett har blitt noe redusert de siste årene. I planperioden antas denne utviklingen å fortsette. Nye behandlingsmetoder krever på den ene siden mer tilpasninger av byggene, men legger også til rette for større grad av fjernoppfølging, hjemmesykehus og andre metoder som reduserer kravet til areal. Alle foretak melder behov for endringer/utvidelser knyttet til at poliklinisk aktivitet har økt mye og vil fortsette å øke.

For at eiendomsmassen skal støtte opp om spesialisthelsetjenestens langsiktige behov, skal helseforetakenes utviklingsplaner danne grunnlaget for en arealbruksplan/bygningmessig utviklingsplan. Helseforetakene fastsetter og prioriterer mål og rammer for byggetiltak innenfor eget økonomisk handlingsrom. Større enkelttiltak planlegges av foretakene med basis i godkjent utviklingsplan, og følger tidligfaseveileder for sykehusprosjekt. Det regionale helseforetaket bistår med prosjektkompetanse gjennom Sykehusbygg HF og egne ressurser, og skal godkjenne store enkeltprosjekt. Det regionale helseforetaket skal også påse at krav og rammer for eiendomsvirksomheten følges, og at felles forbedringstiltak, som for eksempel digital eiendomsledelse, gjennomføres for å bidra til mer effektiv drift.



Helse Midt-Norge vil:

- Sørge for at bygningsmassen blir godt tilpasset helsetjenestens behov, og slik at lite hensiktsmessig bygningsmasse enten oppgraderes eller avhendes
- Styrke vedlikeholdet til et nivå hvor vektet teknisk tilstandsgrad opprettholdes, og på sikt bedre gjennomsnittlig tilstandsgrad til 1,2
- Påse at alle byggeprosjekt gjennomføres innenfor en bærekraftig investeringsramme i langtidsbudsjettene til det enkelte helseforetak
- Støtte opp om felles forbedringstiltak som regional løsning for digital forvaltning av eiendomsinformasjon



Foto: Freepik

4.6 ØKONOMISK BÆREKRAFT

Vi har store ambisjoner for utvikling av spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Dette forutsetter at helsetjenesten er økonomisk bærekraftig. For å få til dette trenger vi evne og vilje til prioritering av både rekkefølge, omfang og innretning på investeringer og andre tiltak vi bruker penger på. Økonomisk bærekraft forutsetter at alle helseforetakene har en sunn økonomi og skaper økonomisk handlingsrom gjennom kostnadseffektiv drift. Dette er igjen en forutsetning for å styrke vedlikehold og gjøre nødvendige investeringer i bygg, utstyr og IKT.

Foretaksgruppens utviklingsplaner og langtidsbudsjetter bygger på framskrivninger av både sykdomsutvikling, befolkningssammensetning og behov for investeringer i ny teknologi, med tilhørende driftskostnader. IKT er en sentral del av løsningen på mange av våre utfordringer, og det er viktig at helseforetakene tar inn over seg hele kostnadsbildet, og gevinstpotensialet, av teknologiutviklingen i sine vurderinger og beregninger.

Vi har over tid har opparbeidet et etterslep i investeringer og vedlikehold av bygningsmassen. I tillegg beskriver de tre sykehusforetakene i sine langtidsbudsjetter og utviklingsplaner en krevende økonomisk situasjon, med store utfordringer med å skaffe tilstrekkelig handlingsrom til nødvendige investeringer.

Som omtalt i kapittel 3, kan vi ikke forvente at bevilgningene til helsetjenesten øker i samme grad som behov, forventninger og behandlingsmuligheter. Nødvendig handlingsrom må derfor skapes gjennom en tydelig og grundig prioritering samt evne og vilje til å få til omstilling. Dette forutsetter en tydelig strategi for omstilling av virksomheten som gir økt effektivitet og lavere kostnader både på kort og lang sikt. For å sikre bærekraftig helsetjeneste på sikt vil Helse Midt-Norge benytte det økonomiske handlingsrommet vi skaper til å vri ressursbruken fra vekst i bemanning til investeringer i bygg, teknologi og kompetanse. Dette er viktig også for å redusere fremtidig behov for arbeidskraft, som allerede er en knapp ressurs. I tillegg er det viktig at vi forvalter den bygningsmassen vi har på en god og bærekraftig måte.

Helse Midt-Norge har relativt robust likviditet samlet sett, men har vedtatt et ambisiøst langtidsbudsjett med store investeringer og innføringer som skal gjennomføres i parallell. Det økonomiske handlingsrommet ivaretas gjennom at helseforetakene har planlagt med en økonomisk omstilling som skal gi betydelig resultatoverskudd i årene fremover. En tydelig strategi for realisering av dette er en viktig forutsetning.

Omstilling i helseforetakene for å sikre driftsoverskudd inkluderer hele virksomheten, herunder tjenesteinnovasjon, digitalisering, omlegging fra døgn- til dagbehandling og økt aktivitet. Vi må i større grad stille krav til at det som en del av alle investerings- og utviklingsprosjekter realiseres økonomiske gevinster der dette inngår som en del av beslutningsgrunnlag og beregninger. Dette innebærer også at vi må se etter muligheter til å hente ytterligere gevinster av de investeringene vi allerede har gjennomført. Ved vedtak om igangsetting av investeringer skal analyse av helseforetakets og regionens bærekraft legges frem som del av beslutningsgrunnlaget. Alle foretak har i denne sammenheng et tydelig ansvar for å vurdere alle forhold ved foretakets drift og utvikling og ikke bare direkte effekter av planlagt investering.

Helseforetakene står ansvarlige for egen drift. Det regionale helseforetaket skal følge opp helseforetakenes evne til å oppnå nødvendige driftsresultater tett.



Helse Midt-Norge vil:

- Stille strengere krav til at økonomiske gevinster i investerings- og utviklingsprosjekter blir realisert
- Følge opp omstilling i helseforetakene for å sikre at det skapes økonomisk handlingsrom til investeringer
- Vri ressursbruk fra vekst i personell til utvikling og investeringer i bygg, teknologi og kompetanse.



Foto: Freepik

4.7 SAMFUNNSANSVAR

Staten stiller gjennom Eierskapsmeldingen, St.8 (2019–2020) krav og forventninger til at selskapene de eier skal være ledende i sitt arbeide for å ivareta menneskerettigheter og arbeidstakerrettigheter, redusere sitt klima- og miljøfotavtrykk og forebygge økonomisk kriminalitet som blant annet korrupsjon og hvitvasking av penger. Sammen utgjør disse områdene det vi kaller vårt samfunnsansvar.

Helse Midt-Norge forvalter store ressurser på vegne av fellesskapet. Vi har en forpliktelse overfor samfunnet til å forvalte disse ressursene på en bærekraftig måte. Vi skal utføre vårt oppdrag med en hensiktsmessig og effektiv ressursbruk. Vi skal drive vår virksomhet slik at vi belaster klima og miljø i minst mulig grad, vi skal være åpne om våre prioriteringer og hvordan ressursene utnyttes, og vi skal sørge for at alle som jobber hos oss eller våre leverandører ivaretas og sikres anstendige liv og arbeidsvilkår. Virksomhetens etiske retningslinjer⁵⁴ er identifisert som et viktig grunnlagsdokument som må være kjent og i aktiv bruk for å bidra til en organisasjonskultur som bygger opp under ivaretagelsen av vårt samfunnsansvar.

Som en stor virksomhet med stor omsetning og mange ansatte har alle våre beslutninger store ringvirkninger og konsekvenser. Dette medfører at vi har et viktig ansvar for å vurdere alle våre beslutninger og prioriteringer i et bærekraftsperspektiv. Ved å inkludere bredden i bærekraftsbegrepet favner vi også bredden i samfunnsansvaret: Klima og miljø, økonomi og sosiale forhold.

Helse Midt-Norge har gjennom flere år jobbet systematisk med å ivareta vårt samfunnsansvar. Vi har utarbeidet retningslinjer på flere av de tematiske kjerneområdene. Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt Overordna retningslinjer for samfunnsansvar (2014), Helse Midt-Norges antikorrupsjonsprogram (2018) og Felles klima- og miljømål i spesialisthelsetjenesten (2021).

54 Helse Midt-Norge (2020) Etiske retningslinjer, helse-midt.no

Styret i Helse Midt-Norge stadfester også Etiske retningslinjer for Helse Midt-Norge årlig. Disse styrende dokumenter er alle gjeldende for hele foretaksgruppen.

Helse Midt-Norge har besluttet å utvikle et regionalt rammeverk for samfunnsansvar som skal sikre at vår virksomhet er ledende i vårt arbeid med ansvarlig virksomhet. Rammeverket vil strukturere eksisterende styrende dokumenter og definere noen prinsipper for vårt arbeid.

Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar utarbeides årlig i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene. Her presenteres både klimaregnskap og status for arbeid med samfunnsansvar i spesialisthelsetjenesten.

Ifølge Verdens helseorganisasjon utgjør klimaendringer den største helsetrusselen i det 21. århundre. Det er en forventning fra omverden og medarbeidere, pasienter og pårørende at sykehusene tar ansvar og bidrar til å redusere utslipp og negative miljøkonsekvenser fra sykehusdrift. Å ha en tydelig klimaprofil er etter hvert også viktig for å være en attraktiv arbeidsgiver.

Gjennom Felles klima- og miljømål i spesialisthelsetjenesten har vi forpliktet oss til å redusere CO₂e-utslipp med 40 % innen 2030. Dette overordnede målet er knyttet til FNs bærekraftsmål og helseforetakene i Helse Midt-Norge er bedt om å utarbeide lokale handlingsplaner for å nå disse målene.

SPESIALISTHELSETJENESTENS KLIMA OG MILJØMÅL 2022–2030

Innen 2030 redusere CO₂e-utslipp med 40 prosent

Langsiktig mål: Klimanøytral innen 2045

<p>3 GOD HELSE</p> 	<p>Redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner</p>	<p>12 ANSVARLIG FORBRUK OG PRODUKSJON</p> 	<p>Matavfall reduseres med 50 prosent</p>
<p>6 RENT VANN OG GODE SANITÆRFORHOLD</p> 	<p>Andel produkter uten helse- og miljøskadelige stoffer skal være 75 prosent</p>	<p>13 STOPPE KLIMAENDRINGENE</p> 	<p>Fossilfri virksomhet innen 2030, og redusert reisevirksomhet for medarbeidere</p>
<p>7 REN ENERGI FOR ALLE</p> 	<p>Redusere energiforbruket med 20 prosent og øke andelen gjenvinningskraft</p>	<p>17 SAMARBEID FOR Å NÅ MÅLENE</p> 	<p>Miljøbevisste medarbeidere i alle enheter</p>
<p>9 INNOVASJON OG INFRASTRUKTUR</p> 	<p>Andel polikliniske konsultasjoner over video og telefon skal være minimum 20 prosent</p>		



Helse Midt-Norge vil:

- Utarbeide et regionalt rammeverk som ivaretar ambisjonen om å være ledende i vårt arbeid med samfunnsansvar, og implementere dette i hele regionen
- Styrke regionalt samarbeid om utvikling og forvaltning av samfunnsansvarsområdet
- Utarbeide en handlingsplan med konkrete tiltak for å nå nasjonale mål for klima og miljø for spesialisthelsetjenesten
- Utarbeide en tiltaksplan for å forebygge korrupsjon i spesialisthelsetjenesten
- Sørge for en bærekraftig helsetjeneste der bærekraftshensyn er en integrert del av drift og utvikling
- Arbeide mot å gjøre virksomheten klimanøytral



Foto: Helse Møre og Romsdal

4.8 ANDRE HELSEFORETAK HELSE MIDT-NORGE ER EIER AV

Helse Midt-Norge organiserer i tråd med helseforetaksloven⁵⁵, den utøvende virksomheten i helseforetak. I tillegg til de tre sykehusforetakene i regionen har vi to andre heleide helseforetak som er en integrert del av spesialisthelsetjenesten, men leverer tjenester på tvers av regionen: Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Hemit HF.

Fem helseforetak er også eid i fellesskap av de fire regionale helseforetakene for å sikre gode og effektive fellestjenester på tvers av regionene. Dette er Luftambulansetjenesten HF, Pasientreiser HF, Sykehusbygg HF, Sykehusinnkjøp HF og Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF. Som et grunnlag for sterkere og mer enhetlig styring av disse foretakene har de fire regionale helseforetakene utarbeidet felles målbilder for de felleseide helseforetakene, som her gjøres til en del av den regionale utviklingsplanen for Helse Midt-Norge.

4.8.1 SYKEHUSAPOTEKENE I MIDT-NORGE HF

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF sin rolle er å bidra til utvikling av legemiddelområdet, legemiddelberedskap og tjenesteinnovasjon for å opprettholde sikre legemiddelleveranser, riktig legemiddelbruk og redusere sykehusenes legemiddelkostnader.

⁵⁵ Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven), LOV-2001-06-15-93, lovdata.no

For å sikre riktig legemiddelbruk har Sykehusapotekene i Midt-Norge HF ansvar for tjenesten klinisk farmasi⁵⁶ i Helse Midt-Norge. Foretaket skal i samarbeid med sykehusforetakene videreutvikle denne tjenesten basert på sykehusenes behov.

Helse Midt-Norge har som gevinstmål at innføringen av Helseplattformen skal bidra til å øke kvaliteten på legemiddelbehandlingen i sykehusene og redusere legemiddelrelaterte pasientskader. For at gevinstmålet skal nås skal Sykehusapotekene i Midt-Norge HF, i tillegg til opptrapping av klinisk farmasi, legge til rette for lukket legemiddelsløyfe gjennom blant annet økt kapasitet på leveranser av elektronisk identifiserbare endoser.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF skal delta aktivt i anskaffelsesprosesser og optimalisere innkjøp av legemidler for Helse Midt-Norge, og bidra til å sikre høy kvalitet og besparelser på legemiddelområdet. Sykehusapotekene i Midt-Norge HF skal forbedre legemiddelstatistikken (SLMK/SLS) for å kunne analysere og følge forbruk av legemidler i Helse Midt-Norge på en enda bedre måte.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF har ansvar for legemiddelberedskapen i Helse Midt-Norge. Gjennom pandemien har behovet for sikker legemiddelforsyning forsterket seg, og arbeid med både nasjonale og regionale beredskapslagre er intensivert. Sykehusapotekene i Midt-Norge HF skal delta i oppbygning og forvaltning av både nasjonale og regionale beredskapslagre.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF må fremover generere overskudd som kan muliggjøre investeringer i ansatte (kompetanse og arbeidsforhold), utstyr (digitalisering og automatisering), samt tilpasset areal for å videreutvikle sine tjenester til beste for kundene og sikre en god arbeidsplass for de ansatte.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF sin gjeldende strategi skal revideres i planperioden. Revisjonen vil basere seg på regional utviklingsplan, helseforetakenes utviklingsplaner og den generelle utviklingen innen fagområdet og helse-tjenesten. Særlig fokus bør vies alle muligheter til å effektivisere apotek-tjenestene og finne måter å levere tjenester med samme, eller bedre kvalitet, med lavere ressursbruk enn i dag. Digitalisering, tjenesteinnovasjon og bedre prioritering vil være viktige elementer i Sykehusapotekene i Midt-Norge HF sin reviderte strategi.



Helse Midt-Norge vil at Sykehusapotekene i Midt-Norge HF skal:

- Ha ansvaret for tjenesten klinisk farmasi i Helse Midt-Norge
- Ha ansvaret for legemiddelberedskapen i Helse Midt-Norge
- Bidra til utvikling av legemiddelområdet, styrke farmasøytisk rådgiving i sykehusene og redusere sykehusenes legemiddelkostnader
- Øke kapasiteten på identifiserbare endoser i tråd med helseforetakenes behov
- Utvikle digitaliserte apotek-tjenester i samsvar med pasientenes og sykehusenes behov

⁵⁶ Klinisk farmasi utøves av farmasøyter ansatt i Sykehusapotekene, som jobber med legemiddelbruk direkte mot pasienter under behandling i sykehusene.

4.8.2 HEMIT HF

Hemit HF inngår i Helse Midt-Norges foretaksgruppe, og skal understøtte foretaksgruppens hovedoppgaver innen pasientbehandling, forskning, innovasjon og utdanning. Hemit HF skal medvirke til å realisere foretaksgruppens ambisjon om å skape likeverdige, helhetlige og ansvarlige helsetjenester i regionen og skape en mer effektiv arbeids- hverdag for ansatte i Helse Midt-Norge.

Hemit HF skal dekke behovet for løpende drift, forvaltning og utvikling av IKT-systemer i foretaksgruppen, og bidra til innovasjon i tilknytning til disse. Dette gjøres gjennom tjenesteleveranser til Helseforetakene og ved gjennomføring av prosjekter og oppdrag. Hemit HF har et særskilt strategisk ansvar for all IKT infrastruktur.

Hemit HF er Helse Midt-Norge sin tjenesteintegrator og leverandør av IKT-tjenester. Hemit HF sin primære oppgave er å levere konkurransedyktige drifts- og utviklingstjenester til helseforetakene i Helse Midt-Norge. Hemit HF skal løpende utvikle og tilpasse løsninger til foretaksgruppen sine behov, enten gjennom egenutvikling eller kjøp av tjenester fra andre. Digitaliseringen av tjenesten krever stadig mer understøttelse av teknologi og data. Hemit HF forventes å være en aktiv samarbeidspartner på dette området.

Hemit HF kan også levere IKT-tjenester og prosjekter til helseforetak utenfor Helse Midt-Norge. Hemit HF skal levere slike tjenester basert på behovene til helseforetakene og helsetjenesten for øvrig, i tråd med avtaler og strategiske føringer fra Helse Midt-Norge som eier.

Hemit HF skal ha en aktiv rolle i å utvikle samarbeidet mellom IKT-enhetene i de øvrige helseregionene og Norsk Helsenett. Hemit skal der hvor det er naturlig delta i utvikling av de nasjonale løsningene og forventes å kjenne potensialet i disse slik at de utnyttes best mulig i foretaksgruppen.

Hemit HF har et særskilt ansvar for å sikre god informasjonssikkerhet i løsninger og infrastruktur i Helse Midt-Norge. Hemit HF må løpende utvikle sin kompetanse og sin kapasitet i forhold til informasjonssikkerhet og personvern, slik at pasienter og ansatte i HMN kan være trygge på at dette er ivare tatt i de løsningene Hemit er ansvarlig for. Hemit må jobbe aktivt sammen med andre regioner, nasjonale organer og andre for å ivareta dette.

Helse Midt-Norge har to interne tjenesteleverandører. Hemit HF og Helseplattformen AS. Ansvar og oppgaver mellom Hemit HF og Helseplattformen AS er fordelt og beskrevet i IKT-styringsmodell. Hemit skal bidra til et godt, effektivt og forpliktende samarbeid med Helseplattformen AS.



Helse Midt-Norge vil at Hemit HF skal:

- Levere konkurransedyktige drifts- og utviklingstjenester til helseforetakene
- Ha et særskilt strategisk ansvar for all IKT infrastruktur i Helse Midt-Norge
- Ha et særskilt ansvar for å sikre god informasjonssikkerhet i løsninger og infrastruktur i Helse Midt-Norge
- Ha en aktiv rolle i å utvikle samarbeidet med IKT-enhetene i de øvrige helseregionene og Norsk Helsenett
- Hemit skal være en pådriver for digitalisering og innovasjon i tjenesteutviklingen i helseforetakene

4.8.3 LUFTAMBULANSETJENESTEN HF

Luftambulansetjenesten er en viktig del av den samlede akuttmedisinske kjeden. Tjenesten skal flyte sømløst over grensene mellom helseforetak, og er en knapp og kostbar ressurs. God utnyttelse av ressursene krever god samhandling mellom helseforetak, operatører og Luftambulansetjenesten HF.

Mål for luftambulansetjenesten

Befolkningen skal kunne motta gode og likeverdige luftambulansetjenester døgnet rundt. Bruken av luft- og bilambulansetjenesten og samspillet mellom disse samt mellom helseforetak og regioner må standardiseres og harmoniseres. Organisering av tjenesten må understøtte dette, blant annet gjennom felles standarder og retningslinjer, god organisering av koordinerende funksjoner og effektiv kompetansedeling mellom prehospitale, akuttmedisinske og flyoperative miljøer. Forskning og utvikling må bidra til å gi riktig respons, med riktig kvalitet, til hver hendelse.

Digital utveksling av pasientinformasjon og automatisering av virksomhetsdata fra alle aktørene er nødvendig for å sikre at tjenesten er forsvarlig og likeverdig, og at ressursene anvendes effektivt.

De regionale helseforetakene ønsker å videreutvikle Luftambulansetjenesten HF, og sikre høy kvalitet gjennom gode anskaffelser og oppfølging av kontrakter. Anskaffelsesprosessene skal forbedres i tråd med evalueringen av forrige anskaffelse.



De regionale helseforetakene vil at Luftambulansetjenesten HF skal:

- Videreutvikle organisering av tjenesten i tråd med pasientenes behov
- Sørg for at virksomhetsdata fra alle deler av den akuttmedisinske kjeden blir tilgjengelig i et felles system, og utnyttes til kontinuerlig forbedring.
- Utvikle helseforetakets rolle som premissleverandør for å effektivisere og kontrollere tjenesten basert på helhetlige virksomhetsdata
- Standardisere retningslinjer for bruk av luftambulansetjeneste og sikre god koordinering av ressursene
- Styrke forskning, utvikling og kompetansedeling mellom, og innen, de prehospitale tjenestene
- Videreutvikle samarbeidet mellom operatørene, sykehusforetakene og Luftambulansetjenesten HF
- Utvikle forslag til fremtidig anskaffelsesstrategi i samarbeid med relevante fagmiljøer

4.8.4 PASIENTREISER HF

Pasientreisene håndteres av pasientreisekontorer i 17 helseforetak. Disse har ansvar for bestilling og planlegging av pasientreiser med rekvisisjon, og skal sørge for at befolkningen møter gode og likeverdige tjenester på pasientreiseområdet, uavhengig av hvor de bor i landet og egen økonomi. Pasientreiser HF er en felles enhet for de fire regionale helseforetakene og har ansvaret for saksbehandling og utbetaling av stønad til reiser uten rekvisisjon. Pasientreiser HF har også ansvar for drift og forvaltning av IKT-fagsystemer innenfor pasientreiseområdet, yter juridisk rådgivning, utarbeider opplæringsmateriell og bidrar til standardisering for å sikre likebehandling.

Mål for pasientreiseområdet og Pasientreiser HF

Pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet. Det er et mål at pasientene skal være aktive deltakere, og oppleve kvalitet og sammenhengende tjenester. Uønsket variasjon skal reduseres. Pasientreiseordningen skal legge til rette for at flest mulig organiserer sin egen reise, slik at ressursene kan rettes inn mot de som trenger det mest. Digitalisering og interregional styring av IKT-utviklingen er sentrale virkemidler for å effektivisere og videreutvikle tjenesten.



FØLGENDE SAMFUNNS- OG BRUKEREFFEKTER SKAL LEVERES INNENFOR PASIENTREISEOMRÅDET:

1. En aktiv og deltakende bruker
2. En enkel pasientreise
3. En tilgjengelig og tilpasset pasientreise
4. En kostnadseffektiv pasientreise

REISER MED REKVISISJON:

- Pasienten er en aktiv ressurs og veiledes før, under og etter reisen av en selvbetjeningsløsning
- Rekvirering er en digital prosess og behandler foretar kun unntaksvis vurdering av behov for tilrettelagt transport
- Transport ses samlet og gir optimal utnyttelse av ressursene med rett kvalitet og servicenivå i et fremtidig transportmarked

REISER UTEN REKVISISJON:

- Rettigheten utløses ved automatiserte tjenester
- Pasienten får umiddelbart svar hvis det ikke er behov for skjønn
- Pasienten kan gi informasjon og få svar digitalt



De regionale helseforetakene vil at Pasientreiser HF skal bidra til at:

- Pasienten har en aktiv rolle i utformingen av pasientreisen
- Behandlerkapasitet frigjøres
- Aktørene realiserer økt grad av samordning og samhandling
- Arbeidsprosesser standardiseres
- Digital samhandling er primær kanal for dialog med pasientene
- IKT-løsninger benyttes for å oppnå forenkling, selvbetjening og automatisering
- Reiserutene planlegges optimalt med samkjøring, og at offentlig betalt persontransport koordineres
- Pasienter med størst behov for hjelp gis tilpasset oppfølging

4.8.5 SYKEHUSBYGG HF

Gode sykehusbygg er en viktig rammebetingelse for god og effektiv pasientbehandling. Det er derfor viktig at planlegging og bygging/ombygging av sykehusbygg blir gjort på en god måte, og at byggene deretter blir forvaltet, driftet og videreutviklet profesjonelt.

Hovedhensikten med Sykehusbygg HF er å utvikle og forvalte relevant kompetanse på et nivå som det ikke er hensiktsmessig at alle helseforetak håndterer i egen regi. Ved å samle ressurser og kunnskap i ett helseforetak som kan samarbeide med flere helseforetak på tvers av regiongrenser, er det lettere å drive erfaringsoverføring mellom prosjekter, og mellom helseforetak/regioner. Med utgangspunkt i blant annet erfaringer fra prosjektene skal Sykehusbygg HF, i samarbeid med eierne, utvikle standarder der dette gir verdi.

Det er de enkelte helseforetakene som eier byggene, og som har det totale ansvaret for sine egne bygninger og eiendommer. Dette innebærer ansvar for prioritering og planlegging av investeringsprosjekter innenfor faglige og økonomiske rammer, samt forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og avhending av bygningsmassen. De regionale helseforetakene gir strategiske føringer for hvordan helseforetakene skal utøve dette ansvaret.

Mål for Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF skal bidra til framtidsrettet utvikling av sykehusutbyggingen i Norge gjennom læring, innovasjon og erfarings- og kompetanseoverføring.



De regionale helseforetakene vil at Sykehusbygg HF skal:

- Være en verdiskapende partner
- Skape merverdi ved å bidra i utvikling og planlegging, samt gjennomføre byggeprosjekter til avtalt kvalitet og innenfor budsjett og tidsrammer. Prosesser og løsninger skal være kostnadseffektive
- Benytte kunnskapsbaserte metoder og verktøy. Gjennom standardisering og bruk av innovative løsninger skal dette bidra til en framtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen
- Være det ledende fagmiljøet i landet for utvikling og gjennomføring av sykehusbyggeprosjekter. Helseforetaket skal kjennetegnes av et sterkt faglig engasjement og ha en kultur for læring og deling
- Arbeide prosjektnært. Fokus skal være dynamisk kunnskaps- og erfaringsdeling med utgangspunkt i valgte løsninger og gjennomførte prosjekter, evalueringer og prosesser
- Utarbeide og forvalte standarder og veiledere der dette gir verdi, og ha fokus på deling og tilgjengeliggjøring av løsningsvalg som utvikles i prosjektene
- Være kunnskapsbanken for helseforetakene når det kommer til løsninger og konseptvalg for sykehusbygg. Kunnskapen og erfaringen skal deles når den oppstår, og gjøres lett tilgjengelig i digitalt, søkbart format

4.8.6 SYKEHUSINNKJØP HF

I norsk målestokk er helseforetakene store innkjøpere av utstyr, varer og tjenester. Samlet kjøper helseforetakene varer og tjenester for flere milliarder kroner i året. Sykehusinnkjøp HF's formål er å utøve en spesialisert og profesjonell innkjøpstjeneste for spesialisthelsetjenesten.

Mål for Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF skal skape resultater som bidrar til leveransesikkerhet, økonomisk handlingsrom og fremtidsrettede helsetjenester i helseforetakene. Helseforetaket skal ha høy leveringspresisjon og bidra til stabil og sikker drift for helseforetakene og kontinuerlig forbedring.

Innkjøpstjenesten skal være profesjonell, spesialisert og tilgjengelig for brukerne. Helseforetaket skal sørge for at anskaffelsene skjer på en korrekt og samfunnsansvarlig måte. Helseforetaket skal være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp. Innovasjon skal fremmes, og det skal tilrettelegges for bruk av nye innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

DE REGIONALE HELSEFORETAKENE VIL AT SYKEHUSINNKJØP HF SKAL:

1. Utvikle et sømløst og tett samspill med helseforetakene

For å oppnå dette skal foretaket arbeide med fire satsingsområder:

- Møteplasser og samhandlingsarenaer
- Samhandling med fagmiljøene
- Styringsmodell for anskaffelser
- Være en faktabasert samarbeidspartner

2. Videreutvikle organisasjonens kompetanse og gjennomføringsevne innen offentlige anskaffelser

For å oppnå dette skal Sykehusinnkjøp HF arbeide med fem satsingsområder:

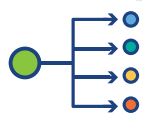
- Kunnskap og kompetanse
- Felles og standardiserte prosesser
- Kategoribaserte anskaffelser
- Digitalisering
- Kvalitets- og risikostyring

3. Drive innkjøpsarbeid som skaper målbare resultater

For å skape målbare resultater er det behov for å peke ut en retning for hva som vil være de viktigste innkjøpsfaglige områdene og hvordan de skal utvikles videre.

Disse områdene er:

- Samordning og tilpasning av anskaffelser
- Kategorianalyser og -planer
- Markeds- og leverandørutvikling
- Medvirkning
- Innovative anskaffelsesmetoder
- Kontraktstyring
- Leveranse og forsyningssikkerhet



4.8.7 HELSETJENESTENS DRIFTSORGANISASJON FOR NØDNETT HF

Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap som yter befolkningen akutt helsehjelp. Nødnettet setter spesialist- og kommunehelsetjenesten i stand til å kommunisere med publikum og nødetatene imellom.

HDO HF er tjenesteleverandør for både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og samarbeider tett med Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsedirektoratet, Direktoratet for e-Helse og nødetatene. HDO HFs erfaring og kompetanse skal brukes for å understøtte dagens og fremtidens samhandlingsbehov mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med akutt helsehjelp.

Helsesektoren står foran store endringer innen arbeidsformer, organisering og bruk av teknologi. Dette vil ha innvirkning på hvordan tjenester til nødmeldetjenesten utvikles de kommende årene.

Mål for HDO HF

Helseforetaket skal sørge for utvikling av fremtidsrettede, effektive og stabile nødmeldetjenester, og skape merverdi for helseforetak og kommuner.

Helseforetaket skal sikre at tjenestene som leveres har fremtidsrettede driftskonsept som muliggjør stordriftsfordeler og som støtter økt bredde i porteføljen av tjenester som tilbys nødmeldetjenesten. Det er videre nødvendig at HDO HF deltar i arenaer for informasjonsdeling i helsesektoren og med nødetatene for å understøtte gode sømløse tjenester, samt bidrar i utvikling av nyskapende løsninger i samarbeid med andre helseforetak, kommuner, forskningsmiljø, private aktører og academia.



De regionale helseforetakene vil at HDO HF skal etablere fremtidsrettede tjenester som understøtter:

- Dagens og fremtidens kommunikasjonsformer mellom publikum og nødmeldetjenesten
- Dagens og fremtidens kommunikasjonsformer internt i nødmeldetjenesten og mellom akutt-tjenesten og sykehus/legevakt
- Mulighetene i dagens og fremtidig nødnett
- Robuste tekniske løsninger for nødmeldetjenesten, gjennom god informasjonssikkerhet, redundans og reserveløsninger
- Gjenbruk av felleskomponenter og sømløs samhandling internt i den medisinske nødmeldetjeneste og på tvers av nødetater
- Mulighetene som sensortechnologi gir for rask og riktig respons ved akutte varslinger
- Innsikt, kunnskapsgenerering og forskning innen medisinsk nødmeldetjeneste



Foto: Freepik

▶ KAP 5 HOVEDSATSINGER I PERIODEN 2023–2026

I kapittel 4 har vi gjennomgått våre strategiske veivalg i et 4 og 15-årsperspektiv. Med bakgrunn i disse veivalgene har vi valgt ut fem områder som vil utgjøre det regionale helseforetakets hovedsatsinger i den kommende fireårsperioden. Disse fem hovedsatsingene vil bli fulgt opp med tydelige mål, og fremdriften vil bli jevnlig rapportert til styret.

Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning

Digitalisering er et virkemiddel som er en vesentlig forutsetning for mange av de andre satsingene i den regionale utviklingsplanen. Helse Midt-Norge har etter hvert gjennomført en rekke store IKT-investeringer, men vil i den kommende perioden måtte jobbe aktivt med å bruke potensialet som ligger i disse til å endre måten vi jobber på slik at vi kan styrke kvalitet og pasientsikkerhet, utføre oppgaver mer effektivt og skape bedre helhet og sammenheng.

En styrking av regionens omstillingsevne er avgjørende for å lykkes med dette, som blant annet innebærer satsing på kompetanse, styring og ledelse, data og analyse, automatisering og gevinstrealisering.





Helse Midt-Norge vil i fireårsperioden:

- Videreutvikle og ta i bruk Helseplattformen for å oppnå vedtatte gevinstmål (kap. 4.2.4)
- Utvikle og tilby flere digitale helsetjenester som legger til rette for aktiv pasientmedvirkning (kap. 4.2.3).
- Utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å tilby helsetjenester i eller nær hjemmet (kap 4.1.3)
- Styrke satsingen på kunstig intelligens, maskinlæring og robotisering (kap. 4.2.3).
- Satse på utvikling av lederes evne til å lede endringsprosesser og utnytte digitale muligheter (kap. 4.3.3)

Samling om beste praksis

Å skape en fremragende helsetjeneste innebærer at vi må jobbe for at all vår virksomhet skal bygge på beste kunnskapsbaserte praksis, både på helsefaglige og andre områder. Dette krever satsing på oppdatert kunnskap gjennom forskning og virksomhetsdata, og å bruke dette aktivt i styring og forbedringsarbeid. Vi vil satse på å bygge opp, understøtte, lede og aktivt utnytte strukturer for regionalt samarbeid på området.

Digitalisering legger til rette for at virksomheten i hele foretaksgruppen tilpasses beste praksis, men forutsetter at vi i større grad standardiserer utstyr og måten å jobbe på. Styrking av regionale fagledernetverk er et viktig grep for å bedre samhandlingen mellom helseforetakene og bidra til at fagmiljøene i regionen samler seg om beste kunnskapsbaserte praksis, for eksempel i form av felles prosedyrer eller regionale forløp.



Helse Midt-Norge vil i fireårsperioden:

- Styrke fagledernetverkene som en viktig arena for fagutvikling, standardisering og samling om beste praksis (kap 4.2.6).
- Etablere standardiserte og helhetlige pasientforløp på flere områder, og bruke Helseplattformen til å implementere disse (kap 4.2.6).
- Øke graden av standardisering i anskaffelser og bruk av IKT-løsninger, medisinsk-teknisk utstyr og forbruksmateriell (kap 4.2.6).

Regionale felleisløsninger

Utfordringsbildet tilsier at vi må se etter alle muligheter til å kunne forbedre tilbudet uten økt ressursinnsats, eller frigjøre ressurser til å understøtte pasientbehandlingen. Vi har gjort store investeringer i IKT-løsninger i regionen som gjør oss i stand til å samarbeide mye tettere, enten ved å utføre tjenester fra et annet sted i regionen, eller jobbe sammen i virtuelle nettverk. Vi tror det er betydelig potensial i å hente gevinster fra disse mulighetene.

Etablering av et felles logistikkcenter og beredskapslager for Helse Midt-Norge er besluttet og vil tas i bruk i 2022. Vi er i gang med å vurdere hvordan vi kan skape sømløse administrative funksjoner innen lønn og regnskap. Vi bør videre vurdere om det også er andre administrative områder som er aktuelle. Innenfor kliniske støttetjenester har vi satt i gang med å evaluere felles klinikk for bildediagnostikk i Trøndelag. I forlengelsen av dette bør vi vurdere om det er et potensial for gevinster i effektivitet eller bedre kvalitet også i andre medisinske støttetjenester ved å tilpasse organiseringen. Laboratorievirksomheten, AMK-sentralene og behandlingshjelpemidler kan være aktuelle områder å vurdere.



Helse Midt-Norge vil i fireårsperioden:

- Etablere sømløse administrative fellestjenester i regionen som gir bedre og mer fremtidsrettede tjenester og bedre effektivitet (kap. 4.4.2).
- Understøtte etablering av kliniske støttetjenester på tvers av foretakene (kap. 4.4.2)
- Hente gevinster av felles logistikkcenter (kap. 4.4.2)



Bærekraft i personell og kompetanse

Tilgang på kompetent helsepersonell vil sannsynligvis være den aller største utfordringen regionen står overfor i arbeidet med å levere fremragende helsetjenester. Det må arbeides langs to akser – vi må sørge for at det utdannes nok helsepersonell til å dekke behovene, og sørge for at sammensetningen av personell er hensiktsmessig. De ansatte vi har, må oppleve at arbeidsplassen er hensiktsmessig organisert slik at de får benyttet sin kompetanse, har mulighetene til å utvikle denne videre gjennom livet, og trives på jobb.

Våre ansatte er vår viktigste ressurs og må benyttes hensiktsmessig. Vi har som mål at pasientene skal møte riktig kompetanse til rett tid. God arbeidsfordeling og samhandling, hensiktsmessig planlegging av arbeid og kompetanseutvikling bidrar til god pasientbehandling og til at våre ansatte trives og ønsker å fortsette. Dette innebærer å sørge for at mest mulig av ressursene brukes på pasientbehandling, samtidig som vi unngår at ansatte med spesialisert helseutdanning bruker ressurser på oppgaver som kunne vært løst av ansatte med annen kompetanse. Vi må bli bedre til å utnytte den kompetansen vi har fullt ut gjennom å styrke en kultur der ansatte har heltidsstillinger, og utnytte sammenhengene mellom å være en god utdanningsinstitusjon, en attraktiv arbeidsplass og rekruttere godt.



Helse Midt-Norge vil i fireårsperioden:

- Utrede en ny og mer helhetlig finansieringsmodell for utdanning (kap. 4.3.1)
- Legge til rette for god ansvars- og oppgavefordeling mellom yrkesgrupper (kap. 4.3.2)
- Øke andelen fagarbeidere gjennom å satse på lærlinger og fagarbeidere innenfor alle fagfelt i spesialisthelsetjenesten (kap. 4.3.1)
- Styrke heltidskulturen og som hovedregel tilby hele, faste stillinger (kap. 4.3.2)
- Gjøre felles behovsvurderinger med primærhelsetjenesten for å planlegge helsetjenestens totale kompetansebehov i Midt-Norge, og utvikle gode plattformer for kompetansedeling (kap. 4.3.2)

Sterkere samhandling

Alle pasienter og pårørende skal oppleve en helhetlig og sammenhengende helse- og omsorgstjeneste med god kvalitet uansett hvor de bor. Dette innebærer at vi må videreutvikle og styrke samarbeidet med alle parter som bidrar til disse tjenestene. I helsefellesskapene skal samarbeidet videreutvikles til at sykehus og kommuner blir partnere som sammen gir et helhetlig tilbud til befolkningen. Det regionale helseforetaket skal bidra til gode rammebetingelser, sørge for oppfølging av nasjonale målsetninger og bidra til å redusere uønsket variasjon gjennom god koordinering.

Vi skal også se på hvordan vi fordeler oppgaver innad i regionen, og bidra til å overføre oppgaver fra større til mindre sykehus, slik at vi kan sikre et likeverdig helsetilbud i hele regionen.

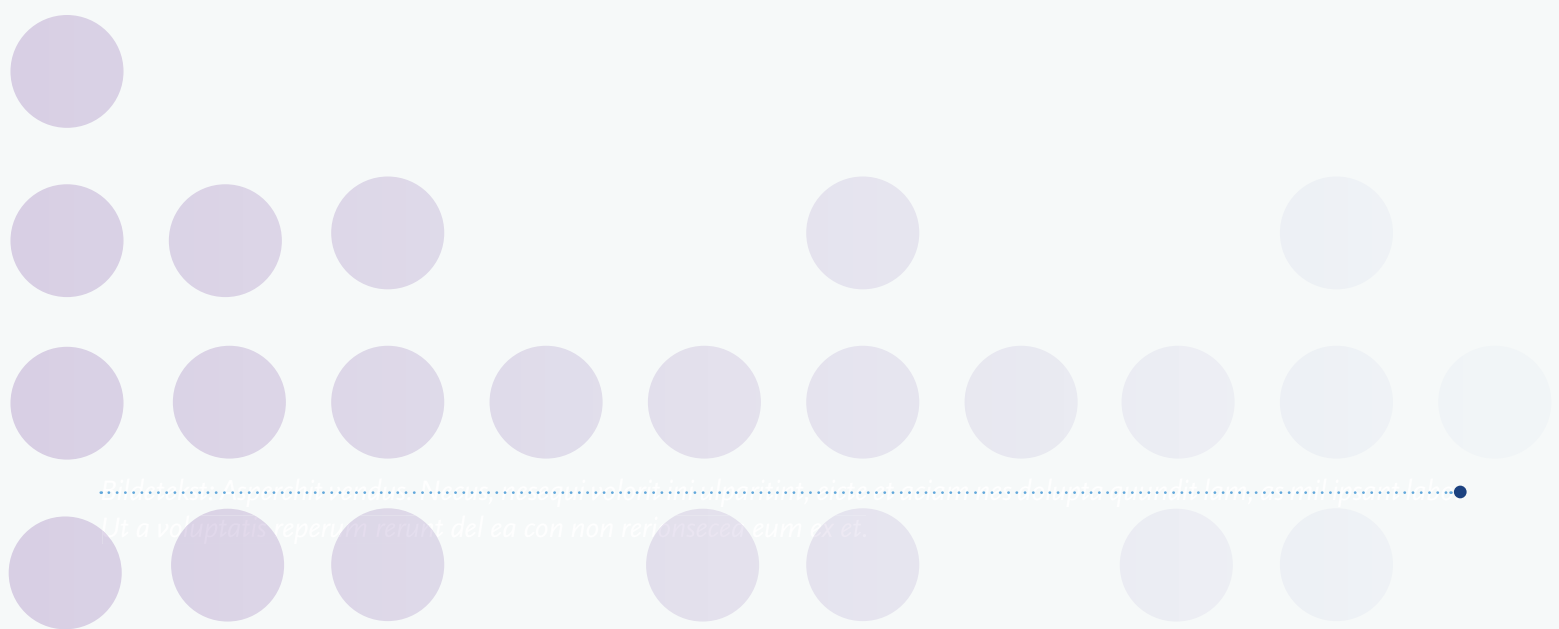


Helse Midt-Norge vil i fireårsperioden:

- Videreutvikle tilbudet til prioriterte pasientgrupper gjennom helsefellesskapene, blant annet ved å utnytte muligheten i Helseplattformen til å skape mer helhetlige og koordinerte tilbud
(kap. 4.1.2)
- Følge opp og legge til rette for gjennomføring av handlingsplanene i Helsefellesskapene i regionen
(kap. 4.4.1)
- Bidra til oppgavefordeling mellom helseforetakene ved hjelp av sterke fagledernetverk og regionale pasientforløp, med fokus på å overføre oppgaver fra større til mindre sykehus.
(kap. 4.4.2)

KAP 6 | VEDLEGG

VEDLEGG 1: FRAMSKRIVINGER



Et a voluptate repere in rerum del ea con non rerumscceum ex et.