



Foto: Nils Heldal, Framom

HELSE  MIDT-NORGE

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. Vi vil 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.

Du sitter nå med Regional utviklingsplan for Helse Midt-Norge, som beskriver de veivalgene vi skal gjøre de neste fire årene, men som også har blikk på de neste 15 årene. Det skjer store endringer i samfunnet som krever at vi finner nye løsninger for å sikre vår felles helsetjeneste. Ungdommen flytter inn til byene, mens de eldre blir igjen på bygdene. Det blir flere eldre og forholdsvis færre i arbeidsfør alder, noe som gir økt konkurranse om å sikre kompetanse og personell. De medisinske mulighetene øker og forventningene til den offentlige helsetjenesten tilsvarende. Klimaendringene og det sikkerhetspolitiske landskapet verden befinner seg i, er eksempler på globale utviklingstrekk som vil påvirke og stille nye krav til tilpasning og beredskap i spesialisthelsetjenesten. Samtidig må vi innrette oss på at statens inntekter blir mindre i fortsettelsen.

I prosessen med å utarbeide denne planen har det blitt stilt spørsmål ved om de utfordringene vi står overfor, med mindre ressurser og større utfordringer med å ha nok kompetanse, gjør det realistisk å holde på en ambisjon om en fremragende helsetjeneste. Vi mener fortsatt at vi har et godt utgangspunkt for å klare det, gjennom å bli fremragende på innovasjon, endringsevne, prioritering og samhandling, og gjennom å få mest mulig helse ut av de ressursene vi har til rådighet.

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.

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 pasientgrupper som ikke representeres av sterke interesseorganisasjoner.

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

INNHold

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	Utviklingstrekk	7
3.1	Drivere for endring av helsetjenesten	7
3.2	Framskrivninger og utfordringsbilde	11
4	Mål og veivalg	12
4.1	Pasientenes helsetjeneste	13
4.1.1	Helhetlig tilbud til befolkningen	13
4.1.2	Det utadvendte sykehus	15
4.1.3	Pasient- og brukermedvirkning	18
4.1.4	Prioriterte pasientgrupper	20
4.1.5	Helsetjenester til den samiske befolkningen	30
4.2	Ta i bruk kunnskap og ny teknologi	31
4.2.1	Forskning	31
4.2.2	Innovasjon	35
4.2.3	Teknologi og digitalisering i pasientenes helsetjeneste	37
4.2.4	Helseplattformen	39
4.2.5	Kvalitet og pasientsikkerhet	40
4.2.6	Standardisering	41
4.3	Rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell	43
4.3.1	Personell og kompetanse	44
4.3.2	Utdanning	47
4.3.3	Ledelse	49
4.4	Gode lagspillere	51
4.4.1	Samhandling og helsefelleskap	52
4.4.2	Styring, organisering og oppgavefordeling	55
4.4.3	Avtalespesialister og private leverandører	58
4.4.4	Samhandling med andre offentlige aktører	61
4.4.5	Beredskap	62
4.4.6	Utvikling av akuttmottak og den akuttmedisinske kjeden	63
4.5	Eiendom og bygningsmasse	66
4.6	Økonomisk bærekraft	68
4.7	Samfunnsansvar	70
4.8	Andre helseforetak Helse Midt-Norge er eier av	73
4.8.1	Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	73
4.8.2	Hemit HF	75
4.8.3	Luftambulansetjenesten HF	77
4.8.4	Pasientreiser HF	78
4.8.5	Sykehusbygg HF	80
4.8.6	Sykehusinnkjøp HF	81
4.8.7	Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF	82
5	Hovedsatsinger i perioden 2023–2026	83
6	Vedlegg	89



Foto: Helse Møre og Romsdal

KAP 2 : INNLEDNING

2.1 OM HELSEREGIONEN

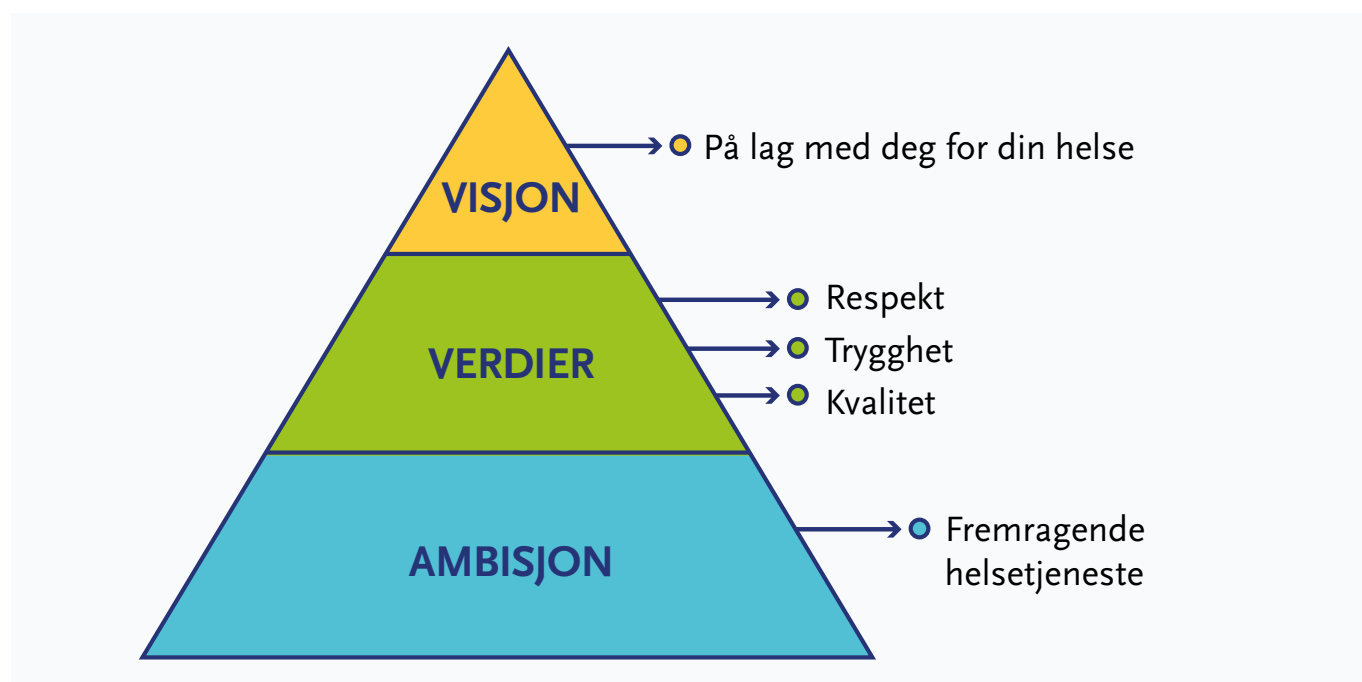
Helse Midt-Norge RHF ble opprettet i 2001, og er ett av fire regionale helseforetak i Norge, med ca. 21 500 ansatte. Vi skal sørge for at befolkningen i Trøndelag og Møre og Romsdal får likeverdig tilgang på spesialisthelsetjenester. Dette innebærer å legge til rette for, planlegge, organisere og fremme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

Virksomheten er organisert gjennom tre heleide 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. Helseplattformen AS eies sammen med kommuner i regionen, og har ansvar for etablering og forvaltning av felles pasientjournalssystem.

I tillegg ytes det spesialisthelsetjenester til befolkningen ved kjøp fra private institusjoner og tildeling av hjemler til avtalespesialister. Den samlede virksomheten omfatter ca. 22 000 medarbeidere og årlig omsetning er ca. 23 milliarder kroner.

2.2 VÅRT VERDIGRUNNLAG

Helse Midt-Norges ambisjon, som nedfelt i Strategi 2030¹, er å skape en fremragende helsetjeneste med tjenester som er likeverdige, helhetlige og ansvarlige. At tjenesten er fremragende innebærer at vi tilbyr den beste behandlingen som er kostnadseffektiv for å løse den enkeltes behov, at vi har en fremragende utnyttelse av ressursene, og at vi prioriterer kapasitet og ressurser slik at vi oppnår mest mulig helse for hver krone. At tjenesten er likeverdig betyr at alle har tilgang på tjenester 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 arbeider godt sammen 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 kvalitet, trygghet og respekt.



2.3 FORMÅL MED PLANEN

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

Planen er retningsgivende og skal ligge til grunn for virksomheten de kommende fire år. Den gir også uttrykk for styrets intensjoner for prioritering og utvikling av foretaket de neste 15 år. Planen er et grunnlag for revidering av styrevedtak, strategier og styringsdokumenter.

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.

¹ Helse Midt-Norge (2016) Strategi 2030 – Fremragende helsetjeneste, Strategi 2030 – en retning for framtida – Helse Midt-Norge RHF (helse-midt.no)

² Meld.st. 7 (2019–2020) – Nasjonal helse- og sykehusplan 202–2023, regjeringen.no



Foto: Freepik

KAP 3 : UTVIKLINGSTREKK

3.1 DRIVERE FOR ENDRING AV HELSETJENESTEN

En rekke utviklingstrekk i samfunnet er drivere for endring i helsetjenesten. For å videreføre 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 blir pensjonister, 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

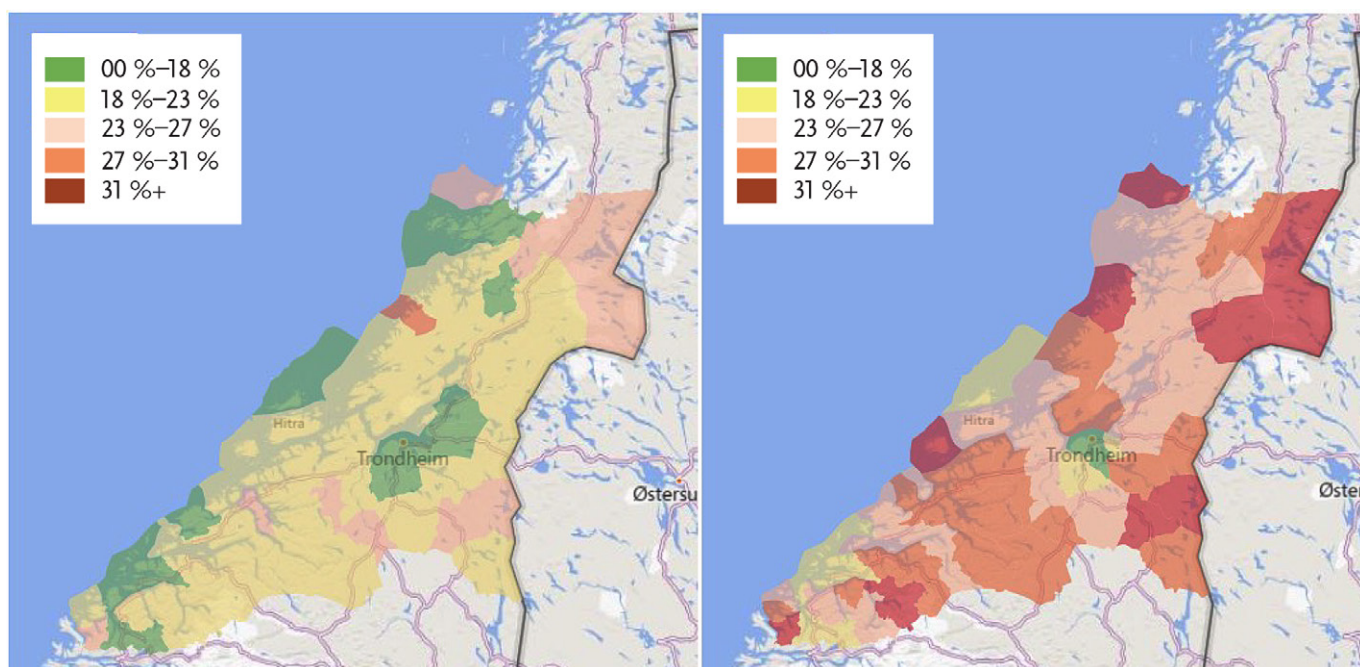


Samtidig som det blir flere eldre, blir det færre yngre⁴. Det betyr færre potensielle arbeidstakere som kan jobbe med å yte helsetjenester til den eldre befolkningen.

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, og ubalansen mellom eldre og yrkesaktive vil bli betydelig større i utkantkommuner enn i sentrale strøk. Kommunehelsetjenesten settes derfor i større grad under press, med store forskjeller mellom kommunene⁶.

Ny kunnskap og teknologi gir nye muligheter

Nye legemidler og 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 resulterte i betydelig funksjonsnedsettelse eller død. 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 vilje og evne til endring, og at vi vrir ressurser fra mer personell til økt kompetanse og teknologi.

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, mer tilgjengelige og bedre 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 av høy kvalitet, gir et likt tilbud over hele landet og gir brukerne innflytelse over det tilbudet de mottar. Dersom gapet mellom innbyggernes forventninger og vår evne til å levere disse tjenestene blir for stort, vil det over tid kunne redusere tilliten til helsetjenesten. Dersom de som har råd til det kjøper tjenester som ikke tilbys av det offentlige, kan dette igjen skape større helseforskjeller.

Press på økonomisk bærekraft

Regjeringen er i perspektivmeldingen⁷ 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. Dette har blitt særlig tydelig i løpet av 2022, med høy prisvekst og kraftig innstramning av offentlige budsjetter.

Vi er derfor avhengige av å omprioritere og omstille for å frigjøre ressurser. Å levere en fremragende helsetjeneste i fremtiden innebærer å kunne levere tjenester med samme eller bedre kvalitet, men med lavere ressursbruk. Dette vil kreve økt innsats for tjenesteinnovasjon, bedre planlegging og tydelig prioritering, og at vi setter av ressurser til investering i informasjonsteknologi, kompetanseutvikling, medisinsk-teknisk utstyr og bygningsmasse som gjør oss i stand til å ta i bruk nye muligheter.

Økende miljø- og klimautfordringer

Verdens helseorganisasjon slår fast at klimaendringene er den største globale helsetrusselen vi står overfor. 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.

Dersom vi sammen skal klare å redusere den samlede påvirkningen på klima og miljø, krever det at også helsetjenesten, som en stor sektor i samfunnet, tar sin del av ansvaret. 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. Tillit til det offentlige og helsetjenesten er svært viktig for vår evne som samfunn til å håndtere kriser og usikkerhet, og har bidratt til at vi har klart oss bedre enn de fleste gjennom koronapandemien. Flere trender tyder imidlertid på at tillitskapitalen er under stadig sterkere press⁹.

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 Infuture/Spekter (2022) «Fremtidens helse og omsorg 2030», spekter.no

3.2 FRAMSKRIVINGER OG UTFORDRINGSBILDE

I vedlegg 1 til denne planen presenterer vi et utfordringsbilde for regionen gjennom framskriving av aktivitet. Dette gir en illustrasjon av utfordringene ved å vise hvordan aktiviteten vil bli, basert på kjente og antatte endringer i befolkningssammensetning og sykdomsbilde, dersom vi «fortsetter som før» og kun endrer oss i samme takt som vi har gjort til nå.

Denne aktivitetsframskrivingen viser noe ulike utfordringsbilder for de ulike områdene. Det anslåtte vekstbehovet er stort innenfor somatikk, særlig med bakgrunn i de demografiske endringene. Innen psykisk helsevern for voksne er det også anslått et behov for vekst, både for liggedøgn og polikliniske konsultasjoner. For psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) anslås det et behov for vekst i polikliniske konsultasjoner, samtidig som behovet for liggedøgn forventes å gå litt ned i samme periode. Resultatene er oppsummert i Tabell 1. Forutsetningene for framskrivingene er gjennomgått nærmere i vedlegg 1.

	Liggedøgn	Polikliniske konsultasjoner
Somatikk	10 %	32 %
PHV-V	8 %	16 %
PHBU	-5 %	7 %
TSB	-7 %	22 %

Tabell 1: Resultater fra framskrivinger 2019–2037. Anslåtte endringer per fagområde i prosent.

En så stor vekst i aktiviteten vil med dagens ressursinnsats i tjenestene kreve stor økning i personell og andre ressurser, og ikke være bærekraftig. Vi er derfor avhengige av å både gjennomføre tiltak for å dempe veksten i behov, og gjennomføre behandling med mindre forbruk av ressurser. For å få til dette beskriver utviklingsplanen tiltak innenfor blant annet innovasjon, forskning, digitalisering og samhandling.



Foto: Freepik

► KAP 4 : MÅL OG VEIVALG

Helse Midt-Norge vedtok i 2016 *Strategi 2030*¹⁰. Forrige kapittel viser at 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. At bemanning og økonomiske ressurser vil bli mer utfordrende i årene som kommer har vært anerkjent i helsetjenestenes langtidsplaner i flere tiår, men vi ser nå både på bemanningssiden og i statsbudsjettene at dette har blitt en realitet. Vi vil derfor jobbe videre etter denne strategien for å nå ambisjonen om å skape en fremragende helsetjeneste, med tjenester som er likeverdige, helhetlige og ansvarlige, selv om behovet for å prioritere tiltak basert på kostnad og effekt nå har blitt enda tydeligere.

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

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

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

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 pasienter og pårørende gir mer treffsikker forebygging, behandling og oppfølging, og helsetjenesten må ha evne til å dra nytte av både pasienters og pårørendes kompetanse.

Befolkningens behov skal være styrende for hvordan vi utvikler oss. Det innebærer at vi må bygge en helsetjeneste som er bærekraftig for framtida, og vi 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 BEFOLKNINGEN

Et helhetlig tilbud må utvikles og etableres i partnerskap med alle involverte i behandlingskjeden. Å sette pasientene i sentrum stiller krav til bedre samhandling mellom sykehus, kommuner, private tilbydere, ideelle aktører og andre tjenesteytere. Alle disse aktørene må også samhandle godt med pasienter og pårørende.

For å skape et helhetlig tilbud til befolkningen må vi 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. For å sikre likeverdige helsetjenester uavhengig av geografi, må videre utvikling av tilbudet i spesialisthelsetjenesten skje i takt med utviklingen av det kommunale tilbudet.

Langsiktig kompetanseplanlegging og funksjonsfordeling er viktig for å sikre dette. Rekrutteringsutfordringene er felles for både kommuner og sykehus, og det blir viktig å rekruttere rett kompetanse. Videre må vi samarbeide for å løse bemanningsutfordringene, spesielt i områder med høy andel eldre i befolkningen.

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

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



Helse Midt-Norge vil i kommende fireårsperiode:

- Forbedre koordineringen av tjenester for personer 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 seksuelle orientering
- Sørge for bærekraftige tjenester gjennom riktig ressurssetting og dimensjonering av tjenestene

4.1.2 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 om å sette konkrete og ambisiøse mål for å tilby tjenester i eller nær hjemmet, og sikre at utviklingen av det utadvendte sykehus skjer i samarbeid med kommunehelsetjenestene med aktiv brukermedvirkning. Tjenester i hjemmet skal være valgfrie for brukerne, og brukerne skal være med og ta beslutningen om de ønsker å motta tjenester i hjemmet.

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. Se også anslag for digital egenoppfølging i framskrivingene for polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern og TSB i kapittel 4.1.4 og i vedlegg 1.

Sammenhengende helsetjenester betyr at pasientene skal oppleve at spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tilbyr koordinerte tjenester i eller nær hjemmet. Eksempelvis ved at spesialister fra sykehus kan 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, deriblant Helseplattformen, 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), en institusjon 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 selvhjelpsverktøy¹²
- Etablering av hjemmesykehus for utvalgte behandlinger og pasientgrupper
- Brukerstyrt poliklinisk oppfølging
- Digital hjemmeoppfølging, inkludert oppkobling av medisinsk utstyr og behandlingshjelpemidler
- Videreutvikle av ambulante tjenester

Utvikling og innføring av nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å skape det utadvendte sykehus skal skje i samarbeid med kommunehelsetjenesten i helsefelleskapene. Nye tjenestemodeller og behandlingsmåter skal være kunnskapsbasert og gi gevinster for både pasienter, spesialist- og kommunehelsetjenesten.

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



Helse Midt-Norge vil:

- Øke utadrettet virksomhet ved å sørge for at helseforetakene setter seg konkrete og ambisiøse mål for flytting av tjenester til eller nær hjemmet
- Utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å tilby helsetjenester i eller nær hjemmet i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- 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
- Søke samarbeid med universitets- og høyskolesektor, næringsliv og industri for å utvikle fremtidens helsetjeneste.



Foto: Helse Møre og Romsdal og Freepik

4.1.3 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 på beslutninger om 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. Det skal være fungerende brukerutvalg på alle nivå, og brukerne skal involveres tidlig i prosesser, ikke bare som interessenter som høres i sluttfasen.

I tillegg til den formaliserte brukermedvirkningen er brukermedvirkere involvert på ulike nivåer i tjenesteutvikling. For eksempel har vi fra arbeidet med Helseplattformen høstet gode erfaringer med involvering av et eget brukerpanel. Slik operativ medvirkning er et viktig supplement til brukermedvirkning på systemnivå med representasjon fra brukernes egne organisasjoner, men kan ikke erstatte denne.

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 forutsetter 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*¹³, og bruk av samvalgskoordinatorene der Helse Møre og Romsdal gjennomfører et pilotprosjekt.

Diagnosespesifikke verktøy for samvalg¹⁴ 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 kvaliteten på den behandlingen de mottar. Vi skal være systematiske i innsamling og bruk av denne informasjonen i forbedringsarbeid. I dag brukes ulike faste undersøkelser¹⁵ 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 både systematiske data om pasientopplevd kvalitet, og konkrete tilbakemeldinger fra pårørende og pasienter etter kontakt med spesialisthelsetjenesten. Dette omfatter både klager på behandling, diagnostikk og oppfølging, i tillegg til forbedringsforslag og positive tilbakemeldinger. Disse dataene skal brukes i kontinuerlig forbedring og utvikling av tjenestene.

¹³ Ti filmer om motiverende samtaler – FHI

¹⁴ Se helsenorge.no: Samvalg – du kan være med og bestemme

¹⁵ For eksempel Folkehelseinstituttet (2022) Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021, Pasienters erfaringer med norske sykehus i 2021 – FHI

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.

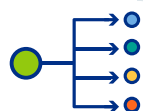
Med forsterket satsing på digitalisering må vi også ta hensyn til at pasientene har variert digital kompetanse. Vi må jobbe for å styrke den digitale kompetansen der det er mulig, og sikre tilpasset kommunikasjon for pasienter som ikke er i stand til å benytte seg av digitale løsninger.



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
- Samle skriftlig kommunikasjon mellom pasienter og helsepersonell i en felles digital kanal gjennom Helseplattformen

4.1.4 PRIORITERTE PASIENTGRUPPER



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

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

De prioriterte gruppene er særlig avhengige av godt koordinerte og sammenhengende pasientforløp, med god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Utvikling og etablering av bedre tjenester i samarbeid mellom sykehus og kommuner i helsefellesskapene må prioriteres også i kommende periode. Pasienter med behov for habilitering går igjen i alle de fire prioriterte gruppene og vil være et prioritert satsningsområde, blant annet for å ivareta livsfaseoverganger og behovet for planlegging og tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer.

Barn og unge

Helsetjenester til barn og unge skal prioriteres både innen somatikk (inkludert habiliteringstjenester), psykisk helsevern og rusbehandling. Det samme gjelder arbeid med 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)

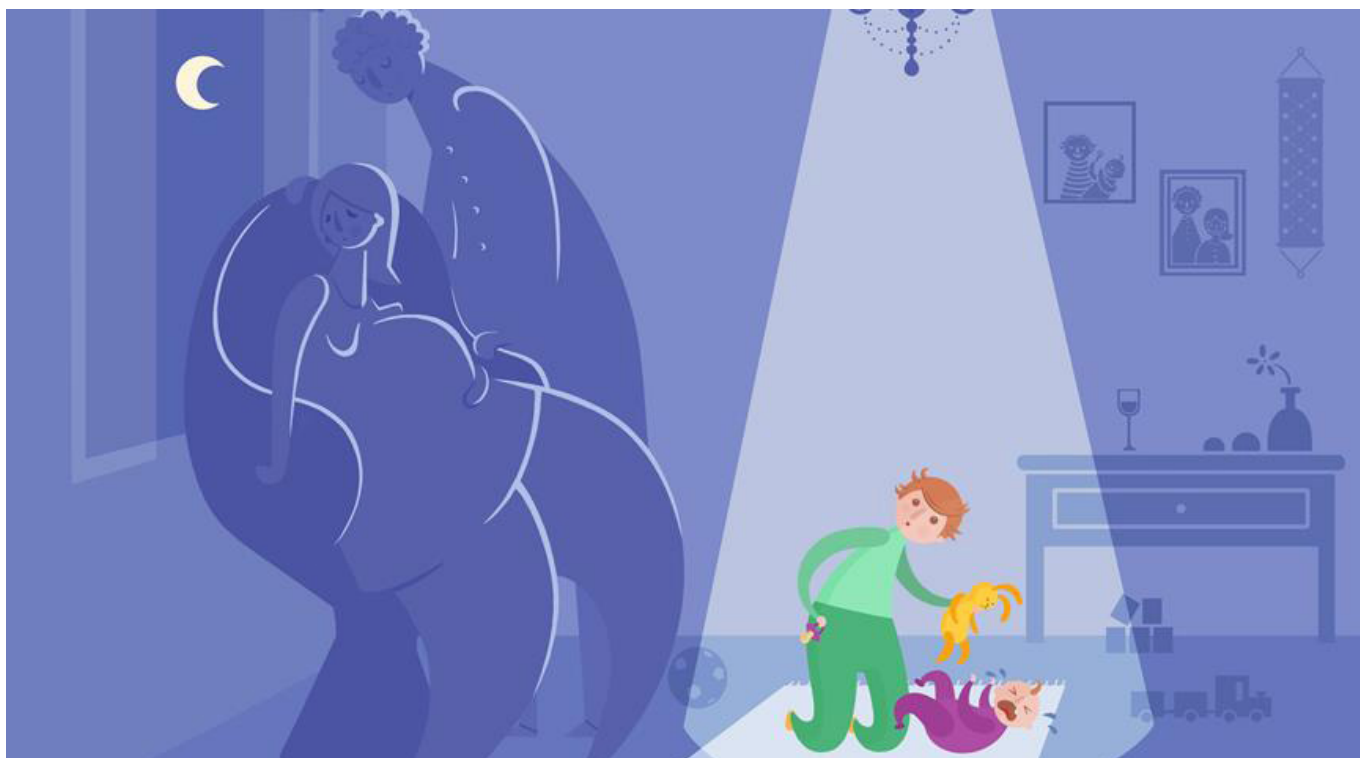
FNs barnekonvensjon slår fast at alle barn har rett til å få best mulig medisinsk behandling og hjelp til å komme seg etter sykdom¹⁶. Tidlig oppdagelse og innsats er den viktigste forebyggende faktoren for å motvirke alvorlige helsemessige og sosiale utfordringer i voksen alder. Dette forutsetter at spesialisthelsetjenesten og kommunene lærer av hverandre gjennom aktivt samarbeid med oppvekst-, barnevern- og helsetjenester. Å etablere lett tilgjengelige tjenester for veiledning og støtte fra spesialisthelsetjenesten til kommunene kan også bidra til at flere får sitt tilbud i kommunene, noe som gjør at kapasitet frigjøres i spesialisthelsetjenesten til de som trenger det mest.

For barn med langvarig eller livsvarig behov for spesialisthelsetjenester vil vi utvikle modeller for spesialisert hjemmesykehus for barn, som kan være egnet til å bedre livskvalitet og trivsel for mange barn og familier. Satsing på persontilpasset medisin kan også bidra til betydelige forbedringer i behandlingen for mange barn og unge med sjeldne sykdommer, med omfattende og krevende behov.

¹⁶ 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 er en naturlig del av helsehjelpen¹⁷. Helsetjenesten må ivareta behovene til barn som er pårørende for informasjon og nødvendig oppfølging i samarbeid med den som har helseproblemer, familien og barnet selv. Det må legges til rette for samhandling med barn og unge gjennom digitale løsninger, for eksempel HelsaMi.

Helsefellesskapene er en viktig arena for samhandling om arbeidet med barn og unge, hvor man i fellesskap må prioritere hva som er viktig og utarbeide rutiner for samhandling gjennom helhetlige pasientforløp¹⁸. 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.



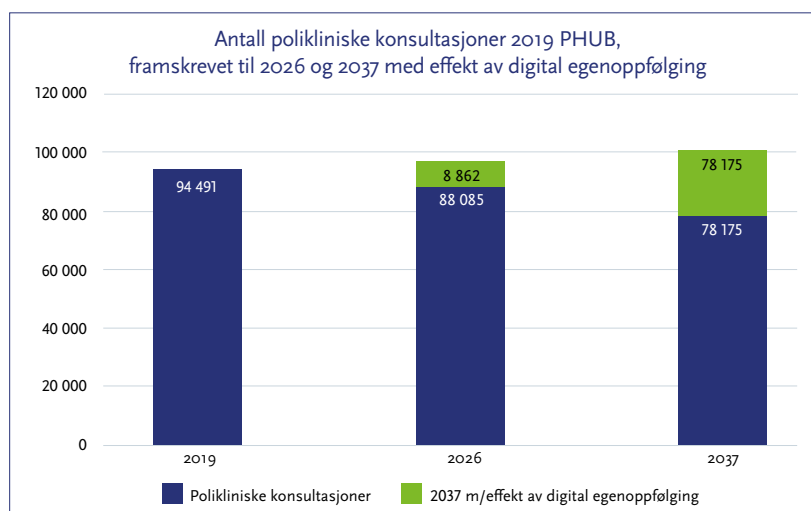
Helse Møre og Romsdal og kommunene har sammen utviklet en driftsmodell for lavterskeltilbud til gravide, mødre og foreldre med problemer med rus og/eller psykisk helse, med familieteam i fire vertskommuner. Etter tre års prøveperiode er planen å gradvis utvide tilbudet til hele fylket fra og med 2023. Eierskap og drift skjer i fellesskap mellom vertskommunene og helseforetaket. Tilbudet er forebyggende for barn med høy risiko, gjennom tiltak først og fremst rettet mot foreldrene.

<https://helse-mr.no/fag-og-forskning/samhandling/barneblikk>

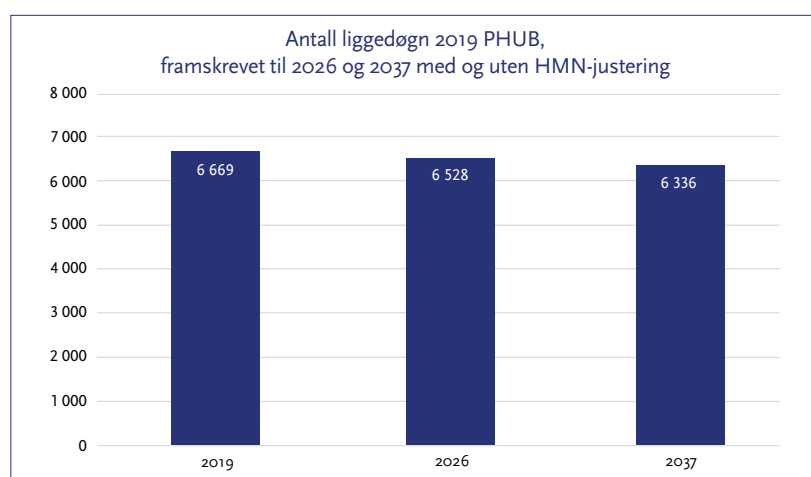
17 Helsedirektoratet (2019) «Pårørendeveilederen», forskning om barn som pårørende, helsedirektoratet.no

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

I vedlegg 1 er utfordringsbildet innen psykisk helsevern for barn og unge beskrevet. Framskrivingene viser utfordringsbildet i 2026 og 2037 basert på behovsendringer, demografiske endringer og faglige endringer. Anslag for effekt av digital egenoppfølging er presentert i oversiktene for polikliniske konsultasjoner. For regionen totalt venter vi en moderat økning i behovet for polikliniske konsultasjoner for barn og unge, men også at behovet for ordinære konsultasjoner kan reduseres med økt bruk av digital egenoppfølging. Vi forventer at behovet for liggedøgn vil gå noe ned, blant annet med utgangspunkt i aktiv oppfølging for å unngå innleggelser.



Figur 1: Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge.



Figur 2: Utfordringsbilde 2026 og 2037 PHBU liggedøgn, Helse Midt-Norge.

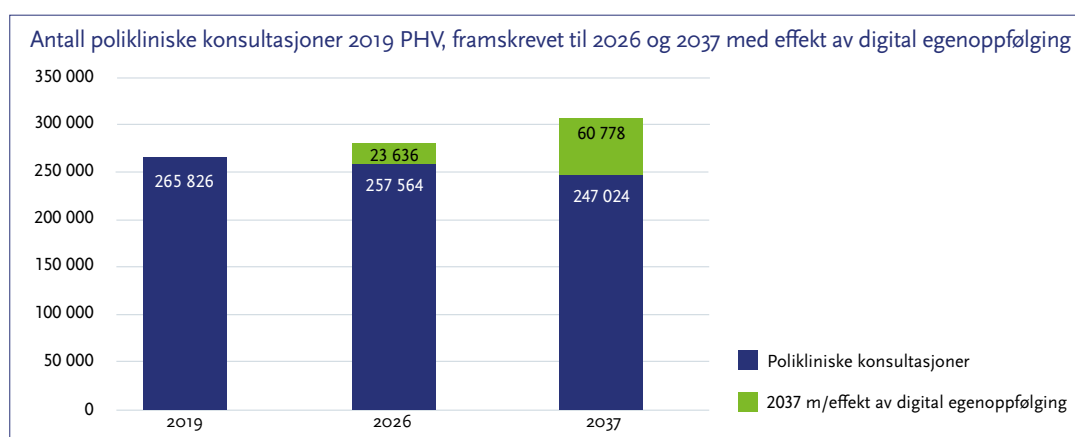
Personer med alvorlig psykisk lidelse og rusproblemer

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

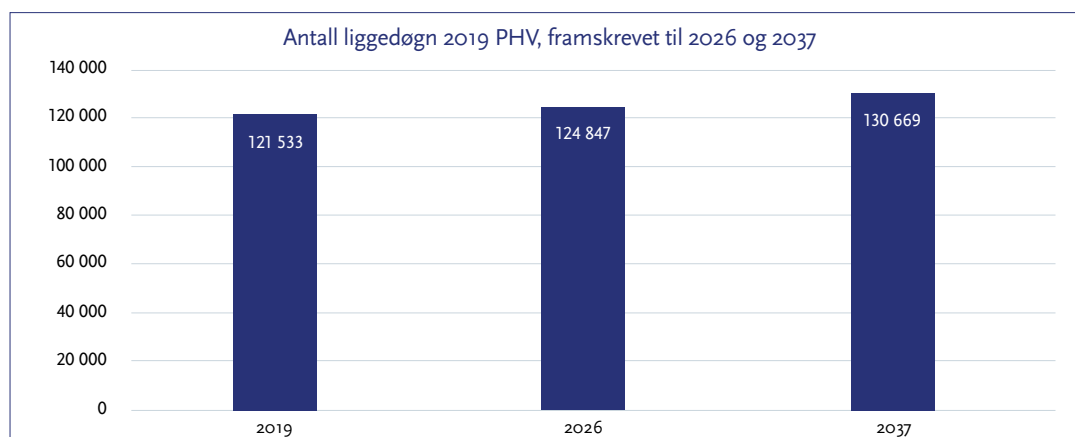
I tidlige faser eller ved akutt forverring må spesialisthelsetjenesten sikre rask, tilgjengelig og høykompetent helsehjelp. Det er behov for robuste og lett tilgjengelige akutte tjenester i kombinasjon med spesialiserte tjenester for utredning og behandling over tid. For pasienter med særlig utfordrende atferd som medfører fare for vold eller skade, må vi sørge for tilstrekkelig risikohåndtering og sikkerhet. Dette krever spesialisert kompetanse. En sterk økning i pasienter under dom til tvungent psykisk helsevern krever også samarbeid med kommuner og andre involverte sektorer i tråd med oppdaterte faglige prosedyrer.

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. Helsefelleskapene må etablere egnede modeller for å sikre likeverdige og godt sammensatte tjenester i overgangene mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner. 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.



Figur 3: Utfordringsbilde 2026 og 2037 psykisk helsevern for voksne polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge.

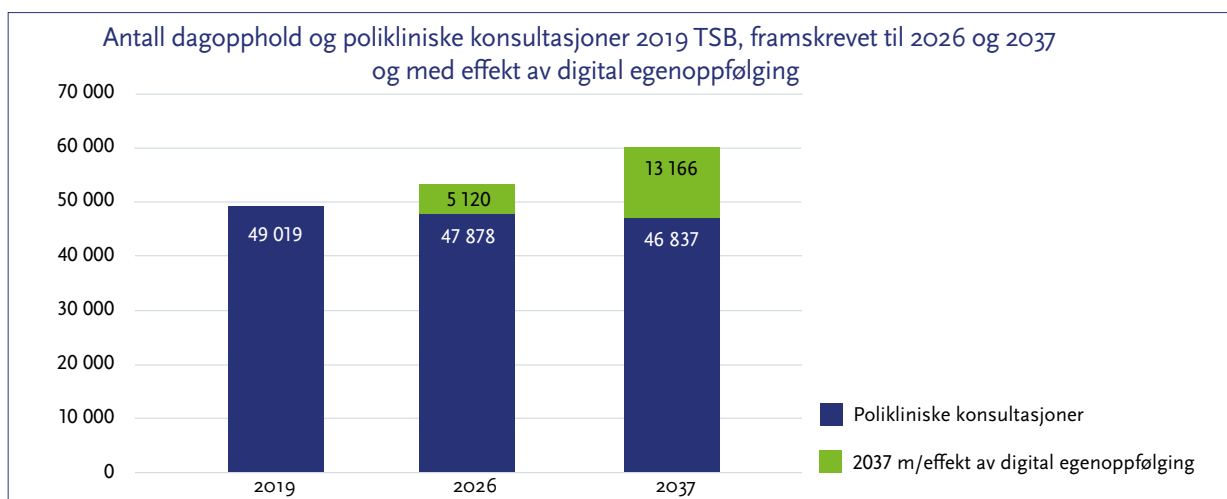


Figur 4: Utfordringsbilde 2026 og 2037 psykisk helsevern for voksne liggedøgn, Helse Midt-Norge.

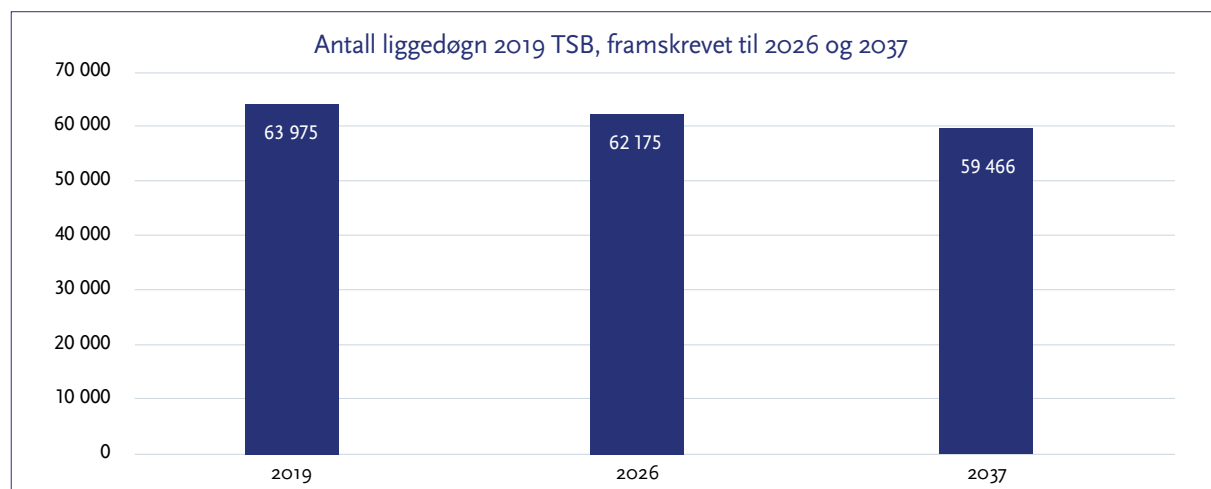
De fleste pasienter i denne gruppen vil bli syke i ung voksen alder, og være avhengige av ulike tjenester fra spesialisthelsetjenesten i perioder. De vil ellers leve ganske selvstendig i egen bolig det meste av livet, med tilpassede helse- og omsorgstjenester. Noen pasienter vil likevel bli syke allerede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

Noen pasienter oppnår i liten grad eller aldri tilstrekkelig bedring i sykdomsbilde eller funksjonsnivå til å mestre et selvstendig liv i egen bolig, eller bolig med tilknyttet bemanning. For denne gruppen er det 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, og potensielt andre tjenester.

I vedlegg 1 er utfordringsbildet innen psykisk helsevern for voksne samt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) beskrevet. Framskrivingene viser i 2026 og 2037 en betydelig økning i polikliniske konsultasjoner, både innen psykisk helsevern og TSB når vi tar hensyn til behovsendring samt demografisk og faglig utvikling. Digital egenoppfølging kan bidra til at denne veksten kan snus til en moderat reduksjon. Utfordringsbildet viser en økning i behov for liggedøgn på omtrent 9 000 i året innen psykisk helsevern for voksne med denne framskrivingen.



Figur 5: Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge.



Figur 6: Utfordringsbilde 2026 og 2037 TSB liggedøgn, Helse Midt-Norge.

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 ikke alle eldre er skrøpelige.

Skrøpelighet har sammensatte årsaker, som 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 vil få stor betydning for det samlede forbruket, på grunn av de store ressursene som denne gruppen har behov for.



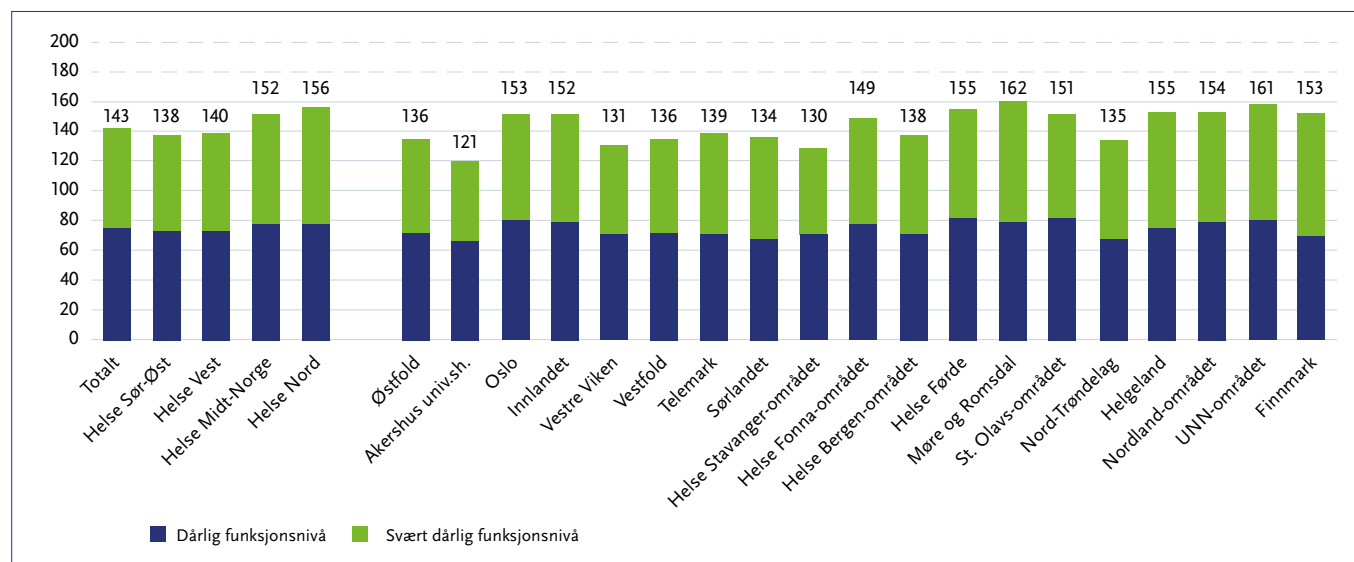
God kartlegging og forebygging er avgjørende for å redusere sykkelighet. Det bør utvikles metoder for å identifisere personer med høy risiko for funksjonssvikt tidlig nok til å sette i gang tiltak for å hindre funksjonsfall. Systematisk kartlegging av skrøpeligheit og intervensjon ved akuttinnleggelser i sykehus er anbefalt for innbyggere over 65 år. Dette kan bidra til færre innleggelser og reinnleggelser samt bedre resultat ved utskriving. Digital hjemmeoppfølging må vurderes som virkemiddel for å bidra til færre innleggelser.

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

Sykehus kan redusere reinnleggelser av skrøpelige eldre vesentlig ved et geriatriklert bredt tverrfaglig teamarbeid i utskrivingen. Dette bidrar samtidig til å øke kapasiteten i kommunene til å motta pasienter ved utskriving, 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.

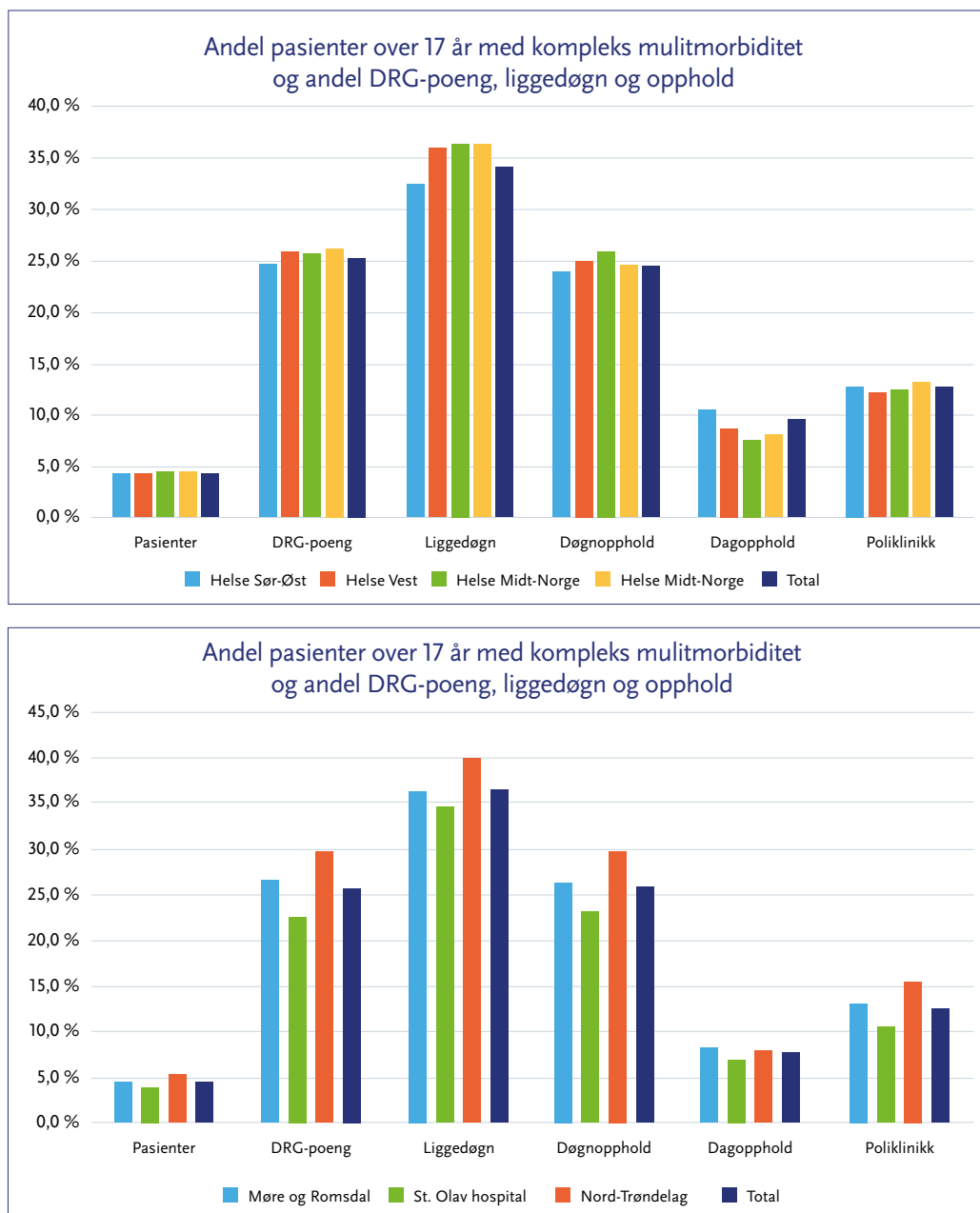
Antall personer per 1 000 innbygger 75 år og eldre med dårlig eller svært dårlig funksjonsnivå¹⁹



¹⁹ 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 omtalt som kompleks multimorbiditet, utfordrer helsesystemene i hele verden. I hovedsak er forskning, utdanning og helsesystemene i seg selv tilpasset behandling av personer med én enkelt sykdom²⁰. Dermed kan personer med flere kroniske lidelser ha særskilte behov hvor standardiserte forløp ikke passer. De blir oftere innlagt på sykehus, og har lengre opphold enn andre pasienter. I tillegg har de en høyere bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester, og flere konsultasjoner hos fastlege og ved legevakst. På landsbasis var det i Norge i 2019 totalt 72 134 personer i denne gruppen, og den største aldergruppen var 60–79 år²¹.



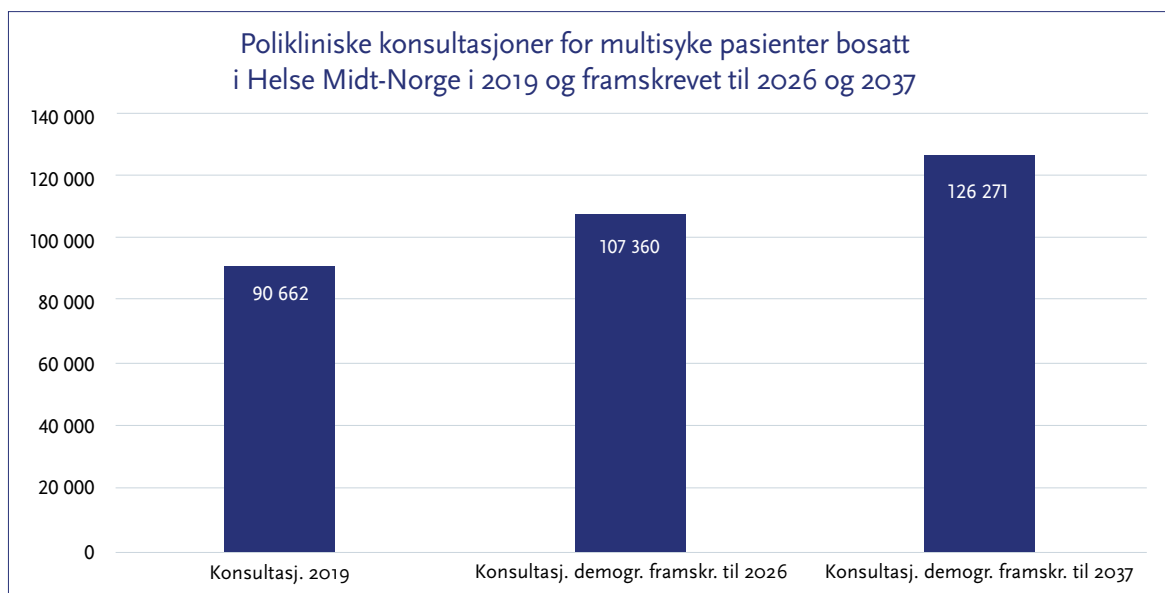
Figur: Pasienter med kompleks multimorbiditet– andel av pasienter, andel av DRG-poeng, andel av liggedøgn, andel av opphold, 2019²².

²⁰ Helsedirektoratet (2021) «Styringsinformasjon til helsefelleskapene – del I», helsedirektoratet.no

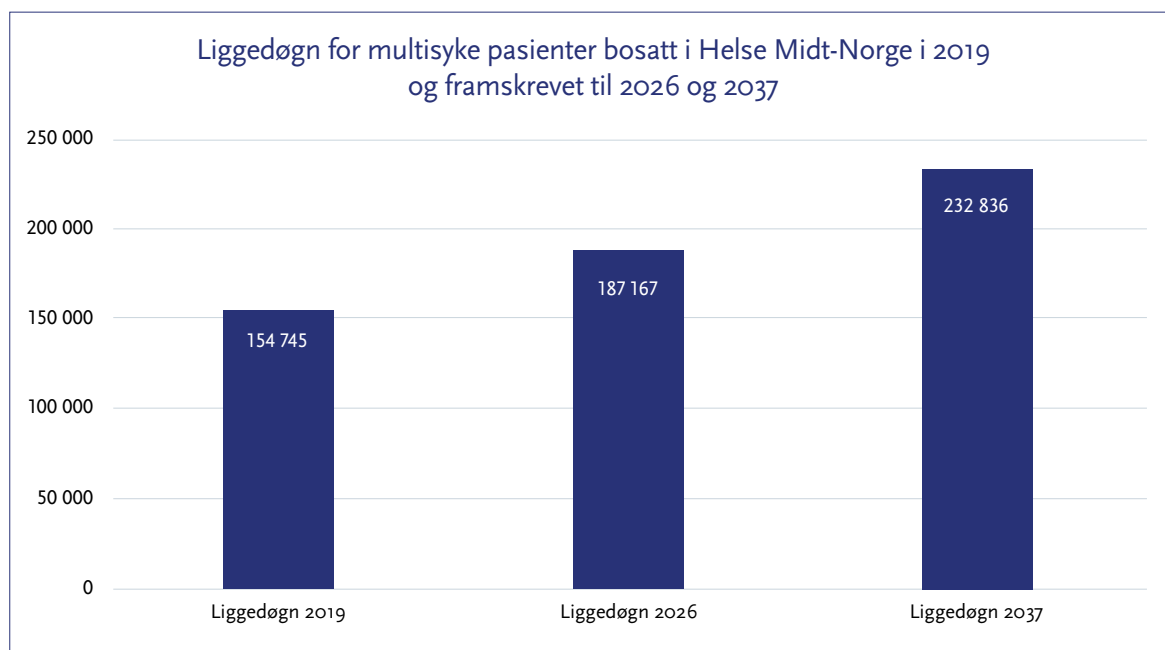
²¹ Helsedirektoratet (2021) «Styringsinformasjon til helsefelleskapene – vedlegg til del I – Personer med flere kroniske sykdommer», helsedirektoratet.no

²² Se vedlegg 1

I vedlegg 1 er utfordringsbildet for kronisk syke pasienter beskrevet. Framskrivingene viser utfordringsbildet i 2026 og 2037 basert på demografiske endringer. Mens gruppen utgjør 5 % av pasientene i Helse Midt-Norge, bruker de over en tredjedel av alle liggedøgn og DRG-poeng ved sykehusene. Dette betyr at det kan være særlig interessant å vurdere om denne pasientgruppen kan følges opp på en bedre måte enn i dag. Bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste antas å kunne bidra til mer effektiv forebygging, og slik bidra til større grad av oppfølging nær der pasienten bor. For regionen totalt er utfordringsbildet oppsummert i Figur 7 og Figur 8.

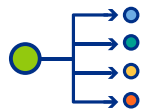


Figur 7: Utfordringsbilde kronikere somatisk polikliniske konsultasjoner, Helse Midt-Norge. Demografisk framskriving.



Figur 8: Utfordringsbilde kronikere somatisk liggedøgn, Helse Midt-Norge. Demografisk framskriving.

Helsedirektoratet anbefaler økt digital hjemmeoppfølging for denne pasientgruppen²³. Medisinsk avstandsoppfølging har økt, men dokumentasjonsgrunnlaget for effekten på kliniske utfall og bruk av helsetjenester er begrenset²⁴.



Noen av de målene Helsedirektoratet²⁵ 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 pasientgrupper²⁶, og da spesielt personer med flere kroniske lidelser.



Helse Midt-Norge vil:

- Utnytte muligheter for samhandling, forebygging og opplæring av pasienter og pårørende i Helseplattformen og HelsaMi
- Videreutvikle helhetlige pasientforløp
- Øke satsningen på pasientsentrerte helsetjenestetteam, herunder tverrfaglige samhandlingsteam / behandlingsteam og ambulante tjenester for utvalgte pasientgrupper
- Styrke kapasitet og kompetanse for helsepersonell som arbeider med disse gruppene
- Bidra til helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunenes folkehelsearbeid
- Samarbeide med kommunene om lærings- og mestringstilbud på individ- og gruppenivå

²³ Helsedirektoratet (2022). «Nasjonale faglige råd om digital hjemmeoppfølging», helsedirektoratet.no

²⁴ 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

²⁵ Helsedirektoratet (2021) Styringsinformasjon til helsefelleskapene Del I: Skrøpelige eldre og personer med flere kroniske sykdommer, Rapport IS-2997, helsedirektoratet.no s.17

²⁶ Smerte-pakkeforløp imponerte Erna Solberg – NTNU medisin og helse

4.1.5 HELSETJENESTER TIL DEN SAMISKE BEFOLKNINGEN

Samers rettigheter og muligheter til 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 som ble 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. Den samiske befolkningen er også mangfoldig, og det er viktig med individuell tilrettelegging og lokal forankring av konkrete tiltak.

Spesialisthelsetjenesten og kommunene må i fellesskap sikre kvalitet i tjenestetilbudet og pasientsikkerhet for den samiske befolkningen. Samisk helseteam, etablert gjennom helsefellesskap, kan være en god modell og prioriteres nå av både Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. Samisk helseteam gjennomføres som et prosjekt eid av Røros kommune, med St. Olavs hospital og Sørsamisk helsenettverk som samarbeidspartnere. Dette prosjektet skal etter planen avsluttes i 2022 og må deretter 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 i fellesskap sørge for å utvikle opplæringsmaterieill.



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

²⁷ ILO-konvensjon nr. 169 art. 25, ILO konvensjon nr. 169 om urfolk og stammefolk i selvstendige stater – regjeringen.no

²⁸ Helse Nord RHF (2021) Samiske helsetjenester – strategi, Samiske helsetjenester – strategi – Helse Nord RHF (helse-nord.no)



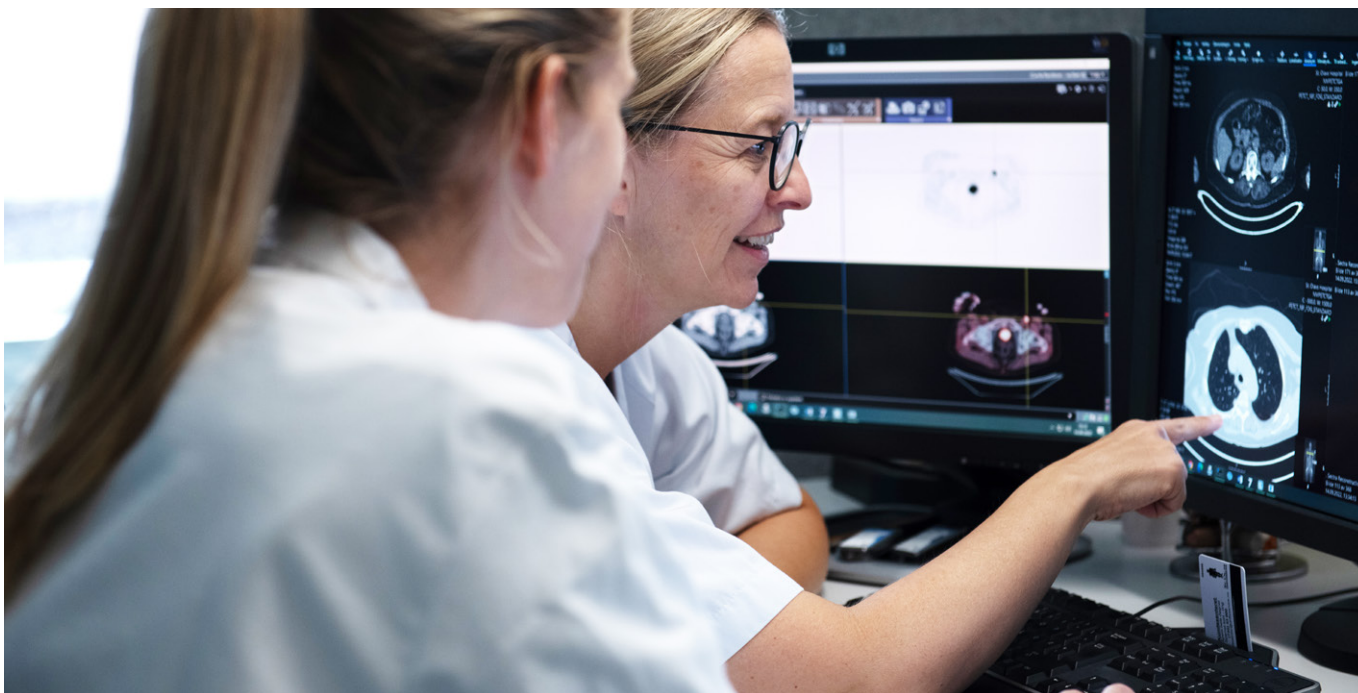


Foto: Nils Heldal, Framom

4.2 TA I BRUK KUNNSKAP OG NY TEKNOLOGI

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse

God utnyttelse av oppdatert 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 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.

4.2.1 FORSKNING

Forskning skal bidra til at vi når vår 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. Vi har sterke forskningsmiljøer i regionen, både i sykehusene og forskningsinstitusjonene vi samarbeider med, og universitetssykehuset er en sentral drivkraft.

Ansatte innen alle helseprofesjoner bør involveres i forskningsaktivitet, og brukerperspektivet og brukermedvirkning 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.

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, og 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.

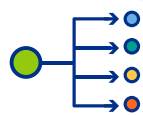
Maskinlæring og kunstig intelligens kan heve kvaliteten på tjenestene og øke effektiviteten. Digitalisering og ny teknologi gjør at flere pasienter kan behandles og følges opp på nye måter av helsetjenesten. Effekten av disse endringene må evalueres gjennom forskning.

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 klinikernes 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.

Prioriterte områder innen forskning

Det regionale helseforetaket skal bidra til at regionen som helhet satser på helseforskning og til at det samarbeides godt i regionen. Basert på krav, strategier og handlingsplaner fra myndighetene, utviklingstrekk i regionen og evaluering av forskningsstrategien for perioden 2016–2020 er det prioritert fem områder for forskning som regionen i fellesskap vil satse spesielt på:



- 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. Som en del av dette vil vi trappe opp finansieringen til forskning med en ambisjon om å sette av 3 % av samlet overføring fra basisramme og innsatsstyrt finansiering til forskning innen fem år.

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

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

**Helse Midt-Norge vil:**

- Trappe opp finansieringen til forskning med en ambisjon om å sette av 3 % av samlet overføring fra basisramme og innsatsstyrt finansiering
- Etablere og ta i bruk Helsedatasenter i Midt-Norge
- Følge opp Nasjonal handlingsplan for kliniske studier
- Sikre aktiv brukermedvirkning 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



NorTrials er et samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og industrien som gir norske pasienter bedre tilgang til kliniske studier, og helsenæringen en vei inn i helsetjenesten for forskning og utvikling. Et av prosjektene som er lagt til rette gjennom dette samarbeidet er «Ultrasound Characterization of Nonalcoholic Fatty Liver Disease», der St. Olavs hospital, SINTEF, NTNU, TOmega (Bergen) og SURF Technologies (Trondheim) samarbeider om utprøving av en ny og patentert ultralydteknologi for måling av fettprosent i lever, som kan bidra til å oppdage tidlig utvikling av fedme.

4.2.2 INNOVASJON

Gjennom innovasjon utvikler vi og tar i bruk ny kunnskap og nye 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, og tilrettelegger for gjennomføring av innovasjonsaktivitet. Aktuelle regionale virkemidler vil være insentiv- og tilskuddsordninger, infrastrukturtiltak og bidrag til læring på tvers av helseforetak og helseregioner gjennom å formidle og dele kunnskap fra innovasjonsaktivitet.

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, som kjenner til innovasjonsøkosystemet og som kan fasilitere i innovasjonsprosesser.

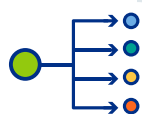
Teknologioverføringskontoret NTNU Technology Transfer AS (NTNU TTO), som Helse Midt-Norge RHF eier sammen med NTNU, er vår samarbeidspartner for innovasjons- og kommersialiseringsaktivitet basert på ideer og forskningsresultater som Helse Midt-Norge har eiendomsrett til. NTNU TTO er et tilbud for alle 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, hvor det finnes et stort potensial innen utvikling av medisinsk-teknisk utstyr, logistikk, datadrevet forskning og kunstig intelligens. Blant annet tilbyr Fremtidens Operasjonsrom³¹ 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 stor oppmerksomhet 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 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 nye 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.

31 St. Olavs hospital (2022) «Fremtidens operasjonsrom», stolav.no

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
- Forskningsdrevet 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
- Styrke samarbeid med primærhelsetjenesten, andre helseregioner, forskningsinstitusjoner og næringsliv/andre aktører
- Involvere pasienter og brukere i innovasjonsprosjekter og stille krav til brukermedvirkning i tildeling av innovasjonsmidler
- Øke satsning 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 Nasjonal helse- og sykehusplan³² fremgår det 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 på, 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 hjemme og redusere antall fysiske konsultasjoner
- Pasientene skal oppleve at hele helsetjenesten 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

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 helsetjenester³³, samhandling, mobilitet og prosess- og beslutningsstøtte. Eksempler på organisasjonsutviklingstiltak er kompetanseutvikling, koordinert styring og ledelse av digitalisering og innovasjon, produktorientering og smidig utvikling, økt bruk av tjenstedesign og virksomhetsarkitektur som metode i tjenesteutviklingen og fokus på gevinstrealisering. Vi legger opp til en aktiv regional koordinering av arbeidet med disse tiltakene.

³² Meld. St. 7 (2019-20202) «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023», regjeringen.no

³³ Herunder, muligheter for bruk av PROM/PREM, høsting av data fra MTU og andre behandlingshjelpemidler, nettbasert behandling, bruk av video og andre kommunikasjonsløsninger

Foretaksgruppen har i dag en omfattende portefølje av medisinsk-teknisk utstyr (MTU). For å kunne legge til rette for effektiv drift og sikre god pasientbehandling, er det viktig at helsepersonell har tilgang til MTU som er pasientsikkert, funksjonelt og driftssikkert. Gjennomsnittsalderen på helseregionens medisinsk-tekniske utstyr har økt. Eldre utstyr vil ha større sannsynlighet for feil og sammenbrudd samtidig som det også kan gi økt sårbarhet for dataangrep, ettersom medisinsk utstyr i all hovedsak er integrert i øvrig IKT-infrastruktur. Det er derfor viktig å prioritere investeringer av MTU for å opprettholde nødvendig kapasitet og kvalitet i pasientbehandlingen.

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 er sentralt når pasienter skal følges opp i eller nær hjemmet. 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. Regional enhet for behandlingshjelpemidler har lang erfaring med logistikk og oppfølging av medisinsk utstyr utenfor sykehuset. Denne innsikten vil være viktig å inkludere i arbeidet med oppfølging av pasienter i eller nær hjemmet. 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 tydeligere ledelse.

For å forenkle de ansattes arbeidshverdag vil Helse Midt-Norge 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.

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 helseregionene, felleseide helseforetak, Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse. Helse Midt-Norge skal delta aktivt i det interregionale samarbeidet med sikte på å utvikle brukervennlige, standardiserte og kostnadseffektive løsninger i tråd med regionens behov.

Helse Midt-Norge skal utvikle brukervennlige digitale tjenester til pasienter og pårørende som alle kan bruke, og jobbe aktivt for å hindre digitalt utenforskap. Vi vil også legge vekt på brukervennlighet og god arbeidsflyt i løsningene til våre ansatte, for å legge til rette for effektivitet og en god arbeidshverdag.



Helse Midt-Norge vil:

- Utvikle og tilby flere digitale helsetjenester som legger til rette for mer utadrettet virksomhet og 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
- Trappe opp investeringer i medisinsk-teknisk utstyr
- Følge opp Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet og personvern

4.2.4 HELSEPLATTFORMEN

Helseplattformen er Helse Midt-Norges største digitaliseringssatsing. 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 vedtatt 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
- Legemiddelrelaterte 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 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 være behov for endringer i behandlingsforløp, arbeidsprosesser og oppgavefordeling.

For å oppnå visjonen med Helseplattformen og høste gevinstene av en felles pasientjournal må hele helsetjenesten i Midt-Norge ta i bruk Helseplattformen. Helse Midt-Norge vil være en pådriver for at alle kommuner, fastleger og avtalespesialister i Midt-Norge tar i bruk Helseplattformen. Helse Midt-Norge vil følge opp at helsefellesskapene utnytter mulighetene som Helseplattformen gir for en smartere og mer effektiv oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, gjennom blant annet videreutvikling av helhetlige pasientforløp og realisering av det utadvendte sykehus.



Helse Midt-Norge vil:

- Ta i bruk og videreutvikle Helseplattformen for å oppnå vedtatte gevinstmål
- Utnytte muligheten som ligger i Helseplattformen for å levere helsetjenester i eller nær hjemmet
- Sørge for at Helseplattformen, både som løsning og selskap, bidrar til kontinuerlig innovasjon og utvikling av helsetjenesten
- Sørge for at helsefellesskapene bidrar til utvikling av digitale helsetjenester for å understøtte helhetlige pasientforløp

34 Helse Midt-Norge RHF Styresak 117/19. Gevinstmålene er gjengitt i komprimert form.

4.2.5 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 i hovedsak 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 ledernes ansvar 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, for eksempel fagledernetverkene. Det er et stort utnyttet potensial i å sammenstille og utnytte de mange datakildene vi har som utgangspunkt for forbedring, som 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 og følge opp regional handlingsplan for kvalitet og pasientsikkerhet
- 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: Nils Heldal, Framom

4.2.6 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, og for å sikre 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. Samtidig innebærer et likeverdig tilbud at vi ikke skal ha ubegrunnet variasjon, der like behov møtes med ulike tilbud. Vi skal ta i bruk nye metoder med dokumentert effekt og effektivitet raskt, og vi skal slutte å bruke metoder som ikke lenger 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 er et viktig bidrag i å gi pasienter og behandlere beslutningsstøtte som sikrer at den mest oppdaterte kunnskapen alltid er tilgjengelig, og som legger til rette for at den 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 fagledernetverk, sammensatt av ledende fagpersoner fra hele regionen innen spesifikke områder, samt noen tverrgående nettverk. Dette er viktige arenaer for læring og erfaringsdeling på tvers, og for faglig standardisering og samordning av praksis med mål om å redusere uønsket variasjon. Vi vil styrke og videreutvikle fagledernetverksstrukturen 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 gir oss muligheter til å hente gevinster både i kvalitet og effektivitet, men for å oppnå disse forbedringene må vi tilpasse og standardisere måten vi jobber på.

Standardisering av innkjøp av for eksempel IKT-løsninger, utstyr og forbruksmateriell kan sikre at vi får de beste innkjøpsbetingelsene, noe som frigjør mer ressurser til pasientbehandling. I tillegg kan det 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 fagledernetverkene 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

Å sørge for personell med nødvendig kompetanse nå og i fremtiden er avgjørende for å levere gode og nødvendige helsetjenester, både innen spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi blir flere, vi blir eldre og vi forventer mer. Det er særlig knapphet på arbeidskraft som vil sette grenser for hvordan vi kan løse oppgavene i fremtiden og sikre en bærekraftig helsetjeneste.

For å lykkes med en bærekraftig utvikling av personell og kompetanse, må vi være en attraktiv arbeidsgiver som legger til rette for livslang læring og utvikling av våre ansatte, samt bruker deres kompetanse best mulig. Vi må også ta i bruk teknologi og løse oppgavene så effektivt som mulig.

4.3.1 PERSONELL OG KOMPETANSE

Hvordan sikre en bærekraftig utvikling av personell og kompetanse

Det tar lang tid å utdanne legespesialister, spesialsykepleiere og annet viktig personell. Kombinert med knapphet på arbeidskraft og økt behov for helsehjelp i fremtiden, er det viktig å styrke arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging for å forberede oss på fremtiden.

Strategiske kompetanseplaner skal beskrive hvordan vi satser på kompetanse og hvordan vi løser bemanningsbehovet innenfor ulike fag- og tjenesteområder. Dette inkluderer hvilke og hvor mange legespesialister og spesialsykepleiere vi har behov for å utdanne, om det er behov for annen viktig kompetanse og hvilken kompetanse vi har mindre behov for fremover.

Planene skal også inneholde tiltak som beskriver hvordan vi kan redusere behovet for arbeidskraft ved å utvikle nye måter å jobbe på, ta i bruk ny teknologi, planlegge helhetlig og øke samhandlingen med primærhelsetjenesten. I tillegg kommer tiltak som vil styrke tilgjengelig kapasitet og kompetanse. Disse inkluderer tiltak innen kompetanseutvikling, utdanning og rekruttering, samt reduksjon av turnover, fravær og tidlig frafall. Dette skal sees i sammenheng.

Kartlegging av dagens situasjon, utfordringsbilde, viktige endringsdrivere, aktivitetsframskriving og scenarioanalyse skal være grunnlaget for planene.

Det er viktig at foretakene har eierskap til planene og at de utarbeides av fagmiljøene og andre relevante aktører som skal sikre implementering av tiltak. Fagledernetverkene vil være sentrale ressurser i dette arbeidet. Det vil også være behov for opplæring i metodikk, analyser og bruk av framskrivingsverktøy.

Tilrettelegging for bruk av kompetanse

Å sikre at kompetansen vi allerede har blir best mulig brukt er viktig for å beholde de ansatte, samtidig som det gir en mer effektiv ressursbruk. Dette kan bidra til å dempe behovet for å utdanne, rekruttere og inngå samarbeid med eksterne. Analyser viser at det er en betydelig reserve av arbeidskraft og kompetanse i våre organisasjoner som ikke utnyttes godt nok.

Å bruke våre ansattes kompetanse mer effektivt krever en mer helhetlig planleggingskultur i sykehusene. Økt kompetanse innen helselogistikk og videreutvikling av verktøy for aktivitets- og bemanningsplanlegging er viktige forutsetninger for å lykkes i dette arbeidet.

Vi må styrke heltidskulturen og som hovedregel tilby hele faste stillinger. Vi må identifisere og legge innsatsen i de enheter der deltidsandelen er særlig høy. Dette inkluderer å se nærmere på alternative arbeidstidsordninger og styrke arbeidet med bærekraftige arbeidsplaner.

Vi må satse på bedre oppgavedeling mellom personellgrupper for å sikre at ansatte med spesialisert kompetanse får anledning til å utnytte denne. Kartlegging av arbeidsoppgaver og krav til kompetanse må legges til grunn.

Kompetanseutvikling, kompetansedreining og karriere

Å prioritere tid til kontinuerlig faglig utvikling, etterutdanning og forskning er nødvendig for å sikre at organisasjonen og den enkelte medarbeider kan møte behovene i fremtiden. Med økt endringstakt i arbeidslivet og teknologisk utvikling er det avgjørende å utvikle ny kompetanse for nye oppgaver og nye måter å jobbe på. Vi skal prioritere ny teknologi som bidrar til at læring kan organiseres smartere på arbeidsplassen, gjøres mer tilgjengelig for deling og være mer motiverende for ansatte. Individuelle utviklingsplaner skal beskrive målrettede tiltak og være grunnlag for karriereplan og talentutvikling. Dette sikres gjennom medarbeidersamtalen med påfølgende utviklingstiltak, en gjensidig forpliktelse mellom leder og ansatt.

Rekruttere og tiltrekke medarbeidere

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

Arbeidsmiljø

Et godt og trygt arbeidsmiljø gir motiverte og fornøyde medarbeidere og vil være et viktig bidrag for å beholde de ansatte lengst mulig samt redusere fravær og frafall. Kartlegging av ansattes arbeidsmiljø skjer både gjennom den interregionale medarbeiderundersøkelsen ForBedring, systemet for melding av avvik, vernerunder og medarbeidersamtaler. Dette gir et godt grunnlag for å utarbeide målrettede arbeidsmiljøtiltak. En viktig forutsetning for å lykkes med dette arbeidet er å videreutvikle og forsterke partsamarbeidet. Dette er et kontinuerlig arbeid og skal prioriteres. Kunnskap om hvorfor ansatte slutter og for tidlig avgang er også viktig som grunnlag for målrettede tiltak for å beholde ansatte lengst mulig. Sluttsamtaler vil være et effektivt tiltak.

HR-systemene og ny HR-teknologi

HR-systemene gir støtte til viktige prosesser og områder som utdanning, kompetanseutvikling, rekruttering, rapportering og analyser. HR-systemene skal videreutvikles for å effektivisere standardiserte arbeidsprosesser og frigjøre ressurser. Økt satsing på ny HR-teknologi som vil føre til gevinster for organisasjonen skal prioriteres.



Helse Midt-Norge vil:

- Styrke arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging
- Satse mer på tilrettelegging for bruk av kompetanse, ved styrking av heltidskultur og bedre oppgavedeling
- Styrke arbeidet med mer helhetlig ressursplanlegging
- Prioritere kompetanseutvikling, kompetansedreining og karriereutvikling
- Videreutvikle digitale læringsmetoder samt ta i bruk nye, innovative læringsformer
- Rekruttere og tiltrekke motiverte medarbeidere basert på behovsvurdering.
- Legge til rette for systematisk kartlegging og risikovurdering av arbeidsmiljø
- Øke satsing på ny HR-teknologi og videreutvikle HR-systemene



Foto: Nils Heldal, Framom

4.3.2 UTDANNING

Utdanning er en av spesialisthelsetjenestens fire lovpålagte oppgaver. Til enhver tid er omtrent tre tusen personer i praksisstudier 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.

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

Helse Midt-Norge har mange dyktige fagfolk med ansvar for særskilte satsninger innenfor utdanning, men de jobber ofte spredt og med få faglige støtteressurser rundt seg. Vi vil videreutvikle samarbeid gjennom nettverk som bidrar til at disse i større grad kan støtte seg på hverandre.

Kapasitet og kvalitet i utdanningene har stor betydning for pasientbehandlingen. Retningslinjene etablert gjennom Rethos-prosjektet³⁵ har forskriftsfestet at praksisveiledere bør ha formell veilederutdanning. 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 praksisstudiene. Vi vil styrke LIS-utdanningen, kartlegge utdanningskapasiteten for alle spesialiteter, jobbe målrettet med å forbedre logistikk og flyt i utdanningsløpene, og drive systematisk forbedringsarbeid. Det er viktig for spesialisthelsetjenesten at det utdannes spesialister i kommunehelsetjenesten, og vi må derfor samarbeide med kommunene for å tilby læringsmål for leger i spesialisering innen allmennmedisin.

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 blitt vesentlig redusert i spesialisthelsetjenesten over tid. Det er en nasjonal prioritet å satse på helsefagarbeidere³⁶, som en viktig brikke til riktig kompetansesammensetning i sykehusene. Både for helsefagarbeidere og andre relevante profesjoner må 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. Gjennom at mer helsepersonell får akademisk kompetanse og at det opprettes flere kombinerte stillinger med utdanningsinstitusjonene, bidrar vi til at universitets- og høyskolesektoren har muligheten til å rekruttere personell som kan ivareta undervisningsroller.

Tildeling av utdanningsmidler fra det regionale Samarbeidsorganet³⁷ har bidratt til økt oppmerksomhet til og mye god utvikling av den praksisnære undervisningen. Det er imidlertid et stort potensial for å styrke utdanningsfeltet innenfor de helsefaglige utdanningene ytterligere, og for kvalitetsheving og kunnskapsbasert styrking av praksisdelen av de helsefaglige studiene. For å støtte opp under dette vil vi legge til rette for mer utdanningsforskning.

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

35 Kunnskapsdepartementet: Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS), regjeringen.no

36 Meld. St. 7 (2019–2020) «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023», regjeringen.no, kap 9–5

37 Helse Midt-Norge (2022) «Samarbeidsorganet», helse-midt.no

**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
- Legge til rette for økt utdanningskapasitet innen psykiatri og psykisk helsevern, samt for spesialsykepleiere
- Sette i gang et prosjekt for å styrke legespesialistutdanningen
- Legge til rette for desentralisert utdanning av helsepersonell
- Øke andelen fagarbeidere gjennom en økning i lærlingeplasser i helseforetakene
- 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

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 nødvendig endringsevne 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 helseforetakene³⁸ til at over halvparten av ledere for sykepleiere/intensivsykepleiere har personalansvar for mer enn 50 ansatte, og at to av tre ledere oppgir at de ikke har tid til å arbeide strategisk eller 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. Spesielt må det kartlegges og vurderes om det er behov for å redusere lederspenn og øke muligheten til å påvirke beslutninger for sykepleierledere og sengepostledere, for eksempel gjennom regelmessig deltakelse i ledergrupper på avdelingsnivå. 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, blant annet gjennom 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 leder og medarbeider for å sikre at løsningene tilpasses og utvikles til lokale forhold.

Det er 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.



Helse Midt-Norge vil:

- Utarbeide standardiserte forventninger og krav til ledelse
- Sikre ledere bedre styringsinformasjon gjennom tilgang til standardiserte rapporter
- 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 ledes evne til å lede endringsprosesser og utnytte digitale muligheter

³⁸ Riksrevisjonen (2019) «Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene», [riksrevisjonen.no](https://www.riksrevisjonen.no)



Foto: Nils Heldal, Framom

4.4 CODE LAGSPILLERE

Vi er gode lagspillere

Pasientene forventer og har krav på en sammenhengende helsetjeneste. Vi skal derfor tenke helhet og samhandling på tvers av alle aktører som bidrar i helsetjenesten, både helseforetak, kommuner, private helseaktører og samfunnet for øvrig. 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 ulikheter i organisering, finansiering, styringslinjer, teknologi 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 nettsider³⁹. 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 slike analyser.

Helsefellesskap

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

Helsefellesskapet er en arena for strategiske drøftinger og prioriteringer, en struktur for etablering av samarbeidsavtaler samt et forum 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 samhandlingssider⁴⁰.

Helsefellesskapene må i kommende periode arbeide med følgende områder 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. Enkelte grupper av pasienter er særlig avhengige av godt koordinerte og sammenhengende pasientforløp over tid, med god samhandling mellom tjenestenivåer. Helsefellesskapene er spesielt viktige for å sikre bedre tjenester til disse, slik omtalt i kapittel 4.1.4.

Kompetanse

Kompetanseutvikling strekker seg ut over 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.

Det er behov for å se på hvordan vi kan legge bedre til rette for digitale løsninger som muliggjør bedre kompetanseutveksling mellom helseforetakene og kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg er det andre arenaer for samarbeid om utdanning og kompetanse hos helsepersonell som vil kunne få større betydning fremover, herunder lokale kompetanseforum i regi av Trøndelag fylkeskommune.

³⁹ Styringsinformasjon – Helsedirektoratet

⁴⁰ Samhandling – Helse Møre og Romsdal (helse-mr.no),
Samhandling – St. Olavs hospital (stolav.no),
Samhandling – Helse Nord-Trøndelag (hnt.no)



Foto: Nils Heldal, Framom

Desentralisering av helsetjenestene

Som omtalt i kapittel 4.1.2 vil vi satse på å utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter som gjør det mulig å tilby flere spesialisthelsetjenester nærmere der pasienten bor, enten ved distriktsmedisinske senter (DMS), sykehjem eller i hjemmet⁴¹.

I tillegg til ulike former for desentraliserte spesialisthelsetjenester har kommunene i betydelig grad inngått interkommunalt samarbeid med omliggende kommuner. Dette har gitt større robusthet i tjenestetilbudet i kommunene, og vi ønsker å være en bidragsyter og tilrettelegger ved etablering og videreutvikling av slike samarbeidsløsninger.

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 bidrar i varierende grad til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom. Det er gode eksempler på at spesialisthelsetjenesten har bidratt med forebyggende arbeid for pasienter med etablert sykdom, f.eks. diabetes. Spesialisthelsetjenesten bør ha en aktiv holdning til sin rolle 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 Værnesregionen DMS,
Inn-Trøndelag DMS
og DMS Fosen – Sengepost og DMS Fosen– Spesialistpoliklinikken

Det er derfor et mål for kommende planperiode at spesialisthelsetjenesten skal avklare sitt bidrag i forebyggende helsearbeid. Det vil også være et mål å intensivere samarbeidet med kommunehelsetjenesten om forebygging. For å få til dette skal spesialisthelsetjenesten bedre definere sitt 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 at oppgavefordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene kan gjøres mer hensiktsmessig også på dette området. Både nasjonalt og lokalt er det funnet uønskede variasjoner i opplæring av pasienter og pårørende.

Helse og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle nasjonale føringer for området. Hensikten med arbeidet er å redusere uønsket variasjon i lærings og mestringstilbudet. Prosjektet skal også tydeliggjøre hva som skal forstås med lærings- og mestringstilbud, herunder formål og målgruppe. Det forventes at nasjonale føringer vil bidra til at oppgavene får høyere prioritert i pasientbehandlingen. Helse Midt-Norge vil bidra i dette arbeidet, og bidra til at de føringer som blir lagt for opplæring av pasienter og pårørende blir en integrert del av pasientbehandlingen.



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
- Bidra i arbeidet med videreutvikling av lærings- og mestringstilbudet på nasjonalt nivå og sørge for at nasjonale standarder legges til grunn for arbeidet i helseforetakene
- Avklare spesialisthelsetjenestens bidrag i forebyggende helsearbeid, og intensivere samarbeidet med kommunehelsetjenesten om forebygging
- Bidra til at helseforetak og kommuner gjennom helsefellesskapene etablerer helhetlige og koordinerte tilbud til de prioriterte pasientgruppene
- Etablere felles analyser og et godt tallgrunnlag for samhandlingsarbeidet

4.4.2 STYRING, ORGANISERING OG OPPGAVEFORDELING

Eierstyring og samhandling i foretaksgruppen

Det regionale helseforetaket har ansvar for at den nasjonale helsepolitikken blir iverksatt, og å sørge for at befolkningen i regionen får likeverdige og nødvendige spesialisthelsetjenester. Helseforetakene har det operative ansvaret for å levere helsetjenestene.

For å lykkes med å oppfylle ambisjonen om en fremragende helsetjeneste er det avgjørende at alle i Helse Midt-Norge er gode lagspillere, slik at vi klarer å utnytte regionens samlede ressurser og kompetanse effektivt. For å legge best mulig til rette for dette vektlegger vi en samarbeids- og tillitsbasert styreform, der hele regionen tar felles ansvar for de oppgavene vi er satt til å løse.

Et virkemiddel for å oppnå dette er en etablert struktur av nettverk, der helseforetakene og det regionale helseforetaket samarbeider gjennom konsensus, basert på delegert myndighet i tråd med helseforetaksmodellen. Med tilstrekkelig tillit og felles forpliktelse mener vi dette vil gi bedre beslutninger enn ensidig instruksjon gjennom eierstyring fra det regionale helseforetaket. Dersom det er nødvendig for å ivareta ansvaret, vil det regionale helseforetaket likevel benytte sin rett og plikt til å styre ved direkte instruks.

Oppgavefordeling

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

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

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. Det er 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 arbeide for å overføre oppgaver fra store til små sykehus, og regjeringen har bedt de regionale helseforetakene fortsette dette arbeidet⁴². 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. Ved vurdering av fordeling av funksjoner er det viktig at vi alltid sikrer kvalitet i behandlingen, noe som blant annet krever et tilstrekkelig volum av aktivitet.

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

I helseforetakenes utviklingsplaner legges det blant annet vekt på å i større grad overføre kontroller etter mer spesialisert behandling til lokalsykehusene, eventuelt med bistand fra spesialister via elektronisk kommunikasjon. Innen sikkerhetspsykiatri satser vi på oppbygging av 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, noe som legger grunnlag for bedre oppgavedeling.

Styrking av fagledernetverkene gir bedre muligheter til å standardisere regionale pasientforløp, og på faglig grunnlag finne den beste oppgavefordelingen mellom sykehus og helseforetak. Det regionale helseforetaket vil i planperioden ta en tydelig rolle som premissleverandør for å bidra til god ressursutnyttelse på tvers av helseforetak, og for gjennomføring av nasjonale prioriteringer.

Regionale støttetjenester

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 ved å jobbe sammen i virtuelle nettverk. Vi tror fortsatt det er et potensial i å hente ytterligere gevinster, som bedre kvalitet, reduserte kostnader og økt 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.

Innen administrative tjenester ligger det et uutnyttet potensial i å modernisere tjenesten gjennom standardisering og automatisering av rutinemessige prosesser, og bedre støtte til ledere og ansatte i organisasjonen. Utredninger har vist at det antagelig er et potensial til å få bedre støttetjenester med lavere ressursbruk enn i dag, slik at mer ressurser kan benyttes til investeringer eller styrket pasientbehandling⁴³.

Et felles logistiksenter 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 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, de akuttmedisinske kommunikasjonssentralene (AMK-sentralene) og behandlingshjelpemidler er aktuelle områder å vurdere i den kommende planperioden.

43 Helse Midt-Norge (2020) *Forprosjekt fellestjenester*, rapport



Helse Midt-Norge vil:

- Videreutvikle styring i regionen gjennom felles ansvar i nettverk
- Videreføre vedtatt akuttstuskehusstruktur
- 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 logistikkcenter
- Etablere regionalt beredskapslager av kritiske varer og bidra i oppbyggingen av nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr



Foto: Nils Heldal, Framom, Helse Møre og Romsdal



Foto: Helse Møre og Romsdal

4.4.3 AVTALESPESIALISTER OG PRIVATE LEVERANDØRER

De regionale helseforetakene skal sørge for spesialisthelsetjenester til befolkningen i sin region, 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, reduksjon av 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 avtalespesialistene 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 innen 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: 2023–2025

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

Boksen over viser oversikt over gjeldende avtaler Helse Midt-Norge har med private tjenesteleverandører⁴⁴. 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 avtaleområdene.

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 for 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, private leverandører 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.

⁴⁴ Mer informasjon om både avtalespesialister og private leverandører finnes her: Behandlingssteder - Helse Midt-Norge RHF (helse-midt.no)

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 bedre kvalitet og pasientbehandling, og mer kostnadseffektive løsninger.

Vi vil utarbeide en egen delstrategi for kjøp av spesialisthelsetjenester hos private leverandører. Her vil vurderingen av hvilke tjenester som kan utføres av private leverandører beskrives ut fra en strategisk og langsiktig tilnærming. Her vil vi også se nærmere på hvordan vi kan legge til rette for bruk av private ideelle aktører.

De regionale helseforetakene har sammen med hovedorganisasjonene for de private leverandørene utarbeidet felles nasjonale og veiledende retningslinjer for involvering av private aktører⁴⁵, herunder ideelle aktører, i plan- og utviklingsarbeid. Vi vil ta i bruk disse retningslinjene.

Kommunal- og distriktsdepartementet har nedsatt et offentlig utvalg som skal foreslå en definisjon av ideell virksomhet og vurdere alternative løsninger for avtaler med private leverandører av velferdstjenester. Utvalget skal levere sluttrapport innen juni 2024.



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 SAMHANDLING MED ANDRE OFFENTLIGE AKTØRER

Spesialisthelsetjenestens virksomhet har betydelig påvirkning på samfunnet vi opererer i, både som trygghets-skapende element i samfunnet, og gjennom helseforetakenes størrelse som blant annet arbeidsgiver, oppdragsgiver og innkjøper. Det er derfor viktig at vi spiller på lag med andre regionale aktører for å bygge et godt samfunn og bidra til å løse det offentliges overordnede samfunnsoppdrag.

Regionen og helseforetakene har mange sammenfallende mål med fylkeskommunenes planverk innen blant annet kompetanse, bærekraft, innovasjon og folkehelse. Fylkeskommunene vil derfor være viktige strategiske samarbeidspartnere både regionalt og for det enkelte helseforetak, og det er viktig at fylkeskommunene involveres i strategisk planarbeid og eventuelle større endringer i tilbudet som har betydning ut over helsetjenesten. Det er særlig behov for et forsterket samarbeid med begge fylkeskommuner om passasjertransport.

Det er en rekke sentrale berøringspunkter mellom arbeidsliv og helse, og Nav er en viktig samarbeidspartner for helsetjenesten. Helse i arbeid og Individuell jobbstøtte (IPS) er eksempler på sentrale samarbeidsprosjekter. Der det er relevant bør Nav involveres i pasientforløpsarbeidet i helseforetakene.

På beredskapsområdet har vi betydelig kontaktflate med en rekke offentlige regionale aktører, blant annet organisert gjennom fylkesberedskapsrådene i regi av statsforvalterne. Samarbeid med de andre nødetatene er også avgjørende på det prehospitale området.



Helse Midt-Norge vil:

- Utvikle samarbeidet med fylkeskommunene som strategiske samarbeidspartnere
- Styrke samarbeidet med fylkeskommunene rundt pasientreiseområdet
- Bidra til at Nav involveres i arbeidet i helsefelleskapene

4.4.5 BEREDSKAP

De siste årenes utvikling har vist at vi lever i en verden med økende grad av usikkerhet. Pandemien og krig i Europa har tydeliggjort 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 massetilstrømming av skadde, pandemier, høyrisikosmitte og krigslignende situasjoner. Vi må også sikre tilstrekkelig beredskap for håndtering av situasjoner med svikt i kritisk infrastruktur som IKT, strøm og vann, som kan sette 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 er representert. Krav og forventninger til beredskapsarbeidet er stadfestet gjennom Regional helseberedskapsplan. Det er i tillegg 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, som blant annet er bygd på en ny helhetlig og overordnet risiko- og beredskapsanalyse for Helse Midt-Norge. Denne analysen skal bidra til å gi et felles omforent risikobilde i foretaksgruppen, som også kan danne grunnlag for oppdatering av lokale beredskapsplanverk i helseforetakene. Foruten dimensjonerende helsefaglige kriser vil risiko- og beredskapsanalysen 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. Målet er at helseforetakene skal være tilstrekkelig robuste til å håndtere langvarige 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.



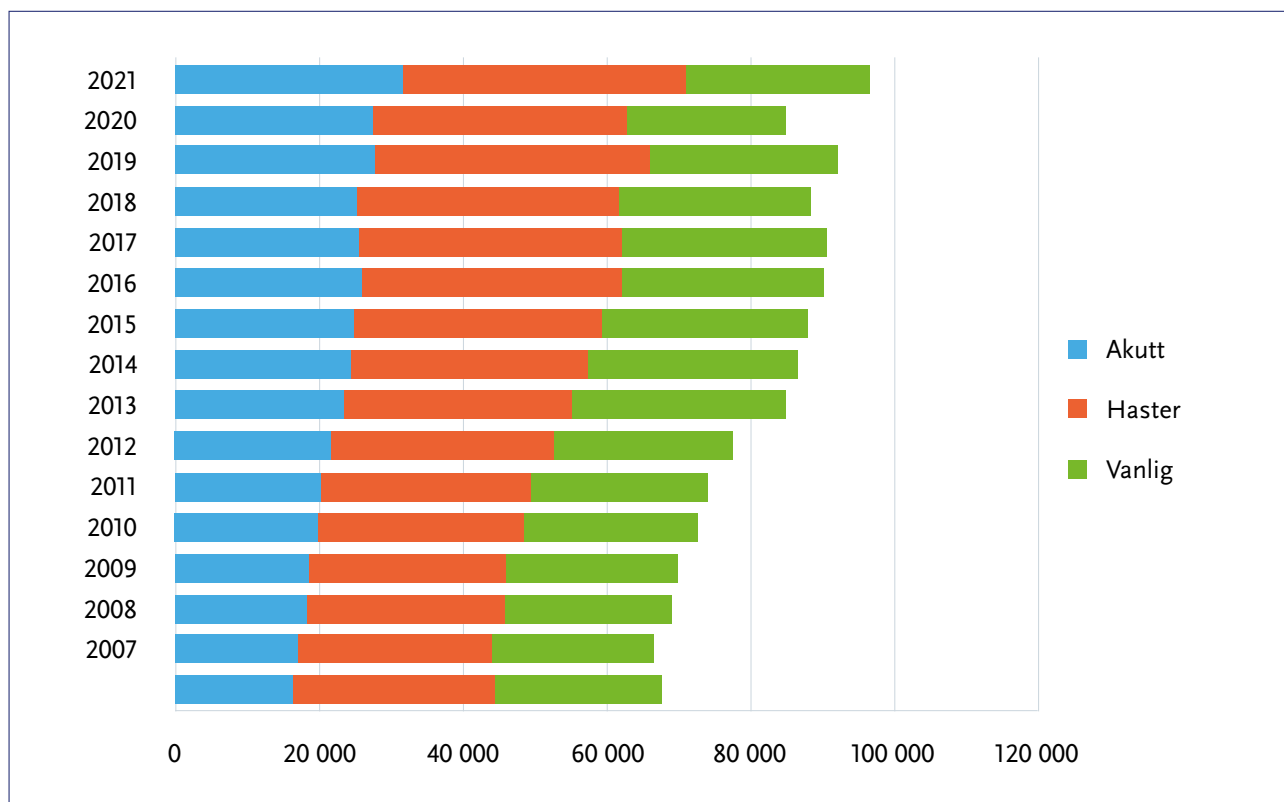
Helse Midt-Norge vil:

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

4.4.6 UTVIKLING AV AKUTTMOTTAK OG DEN AKUTTMEDISINSKE KJEDEN

Akuttmottak

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



Figur 10: 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 og 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, fremfor 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 prosjekt for utbygging av akuttmottak, intensiv og operasjon (AIO-prosjektet⁴⁸) ved sjukehuset i Ålesund.

Helse Midt-Norge følger disse utviklingsarbeidene tett. Vi vil bidra til samling og deling av erfaringene 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. Ett eksempel er *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 «samhandlingstelefon»⁵⁰ der fastleger kan ringe vakthavende akutt- og mottaksmedisinere direkte for drøfting og avklaring av krevende pasientproblemstillinger er et annet 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 tjenestene de siste årene, både innen personell, kompetanse og utstyr. Mye av utviklingen innen området skjer som følge av nasjonalt arbeid, og vil i tiden som kommer føre til større standardisering og mer likhet mellom tjenestene i ulike deler av landet. Dette er en ønsket utvikling også framover.

Det pågår flere nasjonale initiativ på området, og det vil i nær framtid bli lagt fram en stortingsmelding om de prehospitale tjenestene. Stortinget har allerede vedtatt å be regjeringen forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten⁵¹.

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 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 Tor Magne Johnsen, m.fl. (2021) Vinn-vinn-løsning: Samhandlingsgruppa for fastlegene og akuttlegene ved St. Olavs hospital, *Utposten – blad for allmenn- og samfunnsmedisin*

51 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 Hurdalsplattformen⁵² 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-løsninger⁵³ innenfor det prehospitale 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 prehospitale tjenestene 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 fagledernettsverk 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 akuttsykehusene har landingsplass for ambulanse- og redningshelikopter nærmest mulig
- Ta i bruk nye IKT-løsninger for prehospitale tjenester sammen med øvrige helseregioner
- Sammen med kommunene finne årsakene til økt tilstrømming til akuttmottak og riktige tiltak for å snu denne utviklingen

⁵² Regjeringen Støre (2021) Hurdalsplattformen – regjeringsplattform 2021–2025, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>

⁵³ 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 kvadratmeter bygningsmasse 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 tilstandsgrad⁵⁴ 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 tilstanden 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 har større vedlikeholdsetterslep enn de andre foretakene og samtidig utfordringer knyttet til teknisk oppgradering, men har også flere pågående nybygg og rehabiliteringer.

⁵⁴ Teknisk tilstandsgrad er en vurdering av en bygnings tekniske tilstand, der TG0 er tilstand tilsvarende nybygg, mens TG3 innebærer alvorlige symptomer på svikt.

De tre største byggeprosjektene i regionen under planlegging eller gjennomføring har en samlet ramme på 9 mrd. kroner. Disse er Sykehuset i Nordmøre og Romsdal, Senter for psykisk helse i Trondheim og AIO Ålesund. Prosjektene vil resultere i 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.

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/bygningsmessig 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, 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 sykdomsutvikling, befolknings-sammensetning 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 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, noe som har blitt gjort særlig tydelig gjennom statsbudsjettet for 2023. 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 en 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, og at 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

Samfunnsansvaret handler om hvordan vi løser vårt samfunnsoppdrag i samspill med andre og hvordan vår virksomhet påvirker mennesker, miljø og samfunn.

I Eierskapsmeldingen⁵⁵ stiller staten krav og forventninger til at selskapene de eier skal være ledende i sitt arbeid 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 om 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 retningslinjer⁵⁶ 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.

Helse Midt-Norges samfunnsoppdrag er å sikre innbyggernes rett til likeverdige helsetjenester. Som samfunnsaktør påvirker spesialisthelsetjenesten lokalsamfunnene i regionen ut over vårt samfunnsoppdrag. Samfunnsansvaret handler om være en aktør som er bevisst vår rolle i samfunnet, og ivareta dette ansvaret i vårt arbeid. Helse Midt-Norge skal ivareta vårt ansvar gjennom 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.

⁵⁵ Meld. St. 6 (2022–2023) Et grønnere og mer aktivt statlig eierskap – Statens direkte eierskap i selskaper, regjeringen.no

⁵⁶ Helse Midt-Norge (2020) Etiske retningslinjer, helse-midt.no

Helse Midt-Norge har gjennom flere år jobbet systematisk med å ivareta vårt samfunnsansvar. Vi har utarbeidet retningslinjer på flere av kjerneområdene. Regionalt rammeverk for samfunnsansvar er under utarbeidelse, Helse Midt-Norges antikorruptjonsprogram ble vedtatt i 2018 og Felles klima- og miljømål i spesialisthelsetjenesten i 2021. Styret i Helse Midt-Norge stadfester også Etske retningslinjer for Helse Midt-Norge hvert år. Disse styrende dokumentene er alle gjeldende for hele foretaksgruppen og utgjør rammer som skal bidra til å sikre at vi etterlever vårt ansvar som en ansvarlig samfunnsaktør.

Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar utarbeides årlig av de fire regionale helseforetakene i fellesskap. 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 viktig for å være en attraktiv arbeidsgiver. Gjennom Felles klima- og miljømål i spesialisthelsetjenesten har vi forpliktet oss til å redusere klimagassutslipp med 40 % innen 2030. Det overordnede målet er knyttet til FNs bærekraftsmål, og helseforetakene i Helse Midt-Norge utarbeider 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

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



Helse Midt-Norge vil:

- Sørge for en bærekraftig helsetjeneste der bærekraftshensyn er en integrert del av drift og utvikling
- Utarbeide konkrete tiltak som sikrer at vi ivaretar vårt samfunnsansvar
- Implementere rammeverk for samfunnsansvar i hele regionen
- Styrke regionalt og nasjonalt samarbeid om utvikling og forvaltning av samfunnsansvarsområdet
- Være bevisst vår rolle som aktør i lokalsamfunn i regionen og ivareta samfunnsansvaret i vårt arbeid.

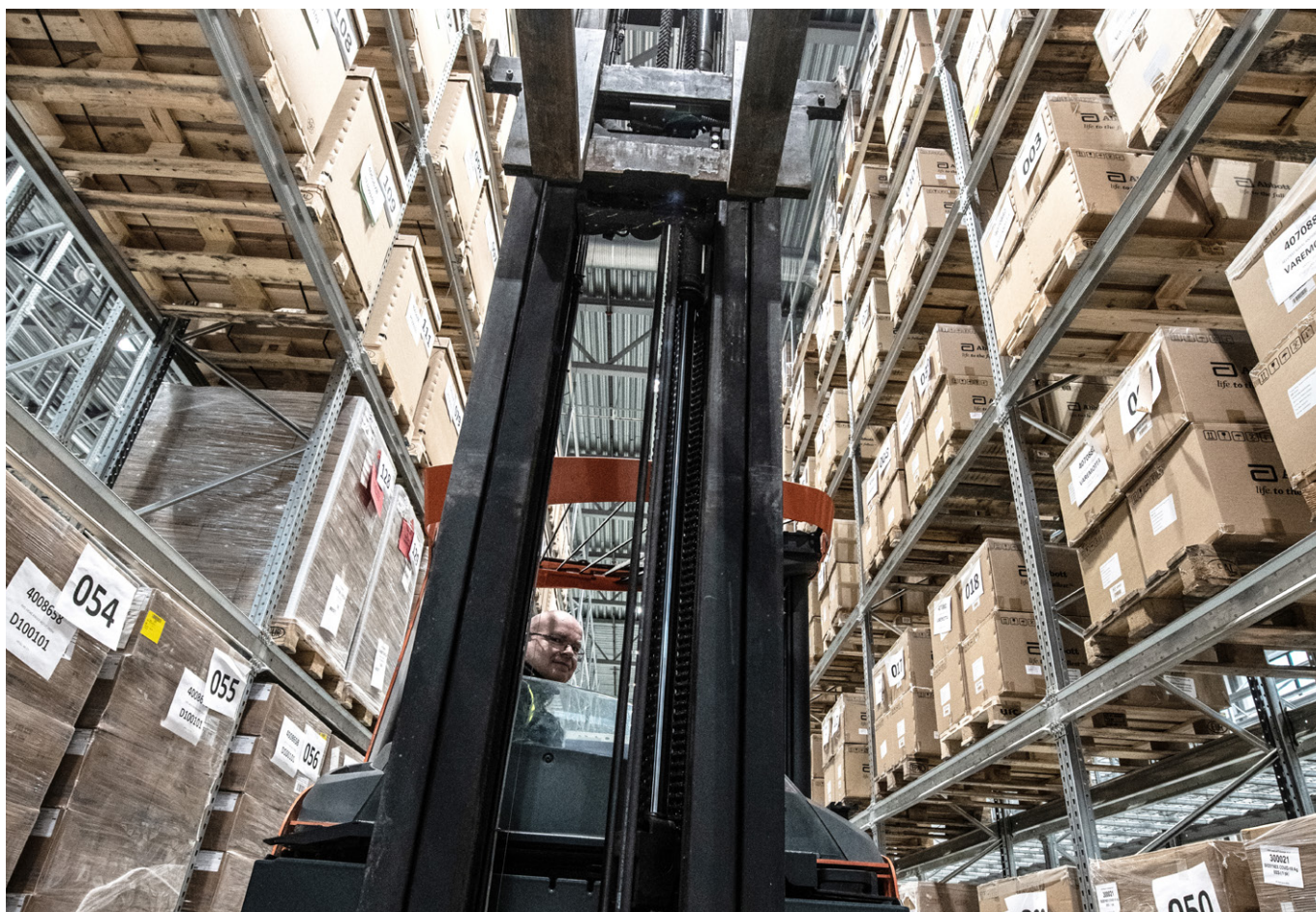


Foto: Nils Heldal, Framom

4.8 ANDRE HELSEFORETAK HELSE MIDT-NORGE ER EIER AV

Helse Midt-Norge organiserer i tråd med helseforetaksloven⁵⁷ 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, og som leverer tjenester på tvers av regionen: Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og Hemit HF.

Fem helseforetak er også eid av de fire regionale helseforetakene i fellesskap 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 sin rolle er å bidra til utvikling av legemiddelområdet, legemiddelberedskap og tjenesteinnovasjon for å opprettholde sikre legemiddelleveranser, riktig legemiddelbruk og redusere sykehusenes legemiddelkostnader.

⁵⁷ Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven), LOV-2001-06-15-93, lovdata.no

For å sikre riktig legemiddelbruk har Sykehusapotekene i Midt-Norge ansvar for tjenesten klinisk farmasi⁵⁸ 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 legge til rette for lukket legemiddelsløyfe gjennom blant annet økt kapasitet på leveranser av elektronisk identifiserbare endoser.

Sykehusapotekene i Midt-Norge 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. Foretaket 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 har ansvar for legemiddelberedskapen i Helse Midt-Norge. Behovet for tiltak for å sikre legemiddelforsyningen er forsterket, og arbeid med både nasjonale og regionale beredskapslagre er intensivert. Foretaket skal delta i oppbygning og forvaltning av både nasjonale og regionale beredskapslagre.

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

Sykehusapotekene i Midt-Norge bør utnytte alle muligheter til å effektivisere apotektjenestene 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



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 apotektjenester i samsvar med pasientenes og sykehusenes behov

⁵⁸ Se Sykehusapotekene i Midt-Norge (2017) «Pasientsikkerheten øker med klinisk farmasi», sykehusapoteket.no

4.8.2 HEMIT HF

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

Hemit 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. Foretaket har et særskilt strategisk ansvar for all infrastruktur innen IKT.

Hemit er Helse Midt-Norge sin tjenesteintegrator og leverandør av IKT-tjenester. Den primære oppgaven til foretaket er å levere konkurransedyktige drifts- og utviklingstjenester til helseforetakene i Helse Midt-Norge, i henhold til Helse Midt-Norges styringsstruktur for IKT og inngåtte tjenesteavtaler. Foretaket 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. Foretaket forventes å være en aktiv samarbeidspartner på dette området.

Hemit kan levere IKT-tjenester og prosjekter til helseforetak utenfor Helse Midt-Norge, i tråd med avtaler og strategiske føringer fra Helse Midt-Norge RHF.

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

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

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



Foto: Nils Heldal, Framom



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
- 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 aktører 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
- Sørge 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 luftambulanse 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 deltagende 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
- Pasienter opplever respekt og omsorg fra tjenesteleverandør

4.8.5 SYKEHUSBYGG HF

Code 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 blant annet i 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 arbeide med fem satsingsområder:

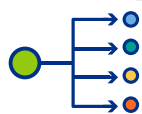
- Kunnskap og kompetanse
- Felles og standardiserte prosesser
- Kategoribaserte anskaffelser
- Digitalisering
- Kvalitets- og risikostyring

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 akademia.



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 sensorteknologi gir for rask og riktig respons ved akutte varslinger
- Innsikt, kunnskapsgenerering og forskning innen medisinsk nødmeldetjeneste



Foto: Nils Heldal, Framom

► KAP 5 HOVEDSATSINGER I PERIODEN 2023–2026

Med bakgrunn i veivalgene i kapittel 4 har vi valgt ut fem hovedsatsinger som vil være særlig viktige å løfte regionalt i den kommende fireårsperioden for å nå målene våre. 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, og vil i den kommende perioden måtte jobbe aktivt med å utnytte 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, noe som blant annet innebærer satsing på kompetanse, styring og ledelse, data og analyse, automatisering og gevinstrealisering.

***Helse Midt-Norge vil i fireårsperioden:***

- Ta i bruk og videreutvikle Helseplattformen for å oppnå vedtatte gevinstmål (kap. 4.2.4)
- Utvikle og tilby flere digitale helsetjenester som legger til rette for mer utadrettet virksomhet og aktiv pasientmedvirkning (kap. 4.2.3)
- Utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å tilby helsetjenester i eller nær hjemmet i samarbeid med kommunehelsetjenesten (kap. 4.1.2)
- 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. Dette krever satsing på oppdatert kunnskap gjennom forskning og virksomhetsdata, og aktiv bruk av kunnskap og data 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 fellesløsninger

Utfordringsbildet tilsier at vi må se etter alle muligheter til å kunne forbedre tilbudet uten økt ressursinnsats, og 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 ved å tilpasse organiseringen også i andre medisinske støttetjenester. 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. 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 også 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.

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 å rekruttere godt. En mer strategisk og planmessig tilnærming til hva vi trenger av kompetanse og hvordan vi utvikler eller skaffer den er nødvendig for å realisere dette.

***Helse Midt-Norge vil i fireårsperioden:***

- Styrke arbeidet med strategisk kompetanseplanlegging (kap. 4.3.1)
- Satse mer på tilrettelegging for bruk av kompetanse, ved styrking av heltidskultur og bedre oppgavedeling (kap. 4.3.1)
- Følge opp utvikling og implementering av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialutdanningene (Rethos) i samarbeid med utdanningsinstitusjonene i regionen (kap. 4.3.2)
- Utvikle samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene, spesialisthelsetjenesten og kommunene om kompetansebehov, utdanningskapasitet og tilgang på praksisplasser (kap. 4.4.1)

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:***

- Bidra til at helseforetak og kommuner gjennom helsefellesskapene etablerer helhetlige og koordinerte tilbud til de prioriterte pasientgruppene (kap. 4.4.1)
- 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 fagledernetter og regionale pasientforløp, med fokus på å overføre oppgaver fra større til mindre sykehus. (kap. 4.4.2)



KAP 6 : VEDLEGG

VEDLEGG 1: Framskrivinger

VEDLEGG 2: Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF

VEDLEGG 3: Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG 4: Utviklingsplan for St. Olavs hospital HF

