

Regional utviklingsplan 2019-2022 (2035)



*Vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 13.12.2018, sak
111/2018*

Sammendrag

Den første delen av utviklingsplanen gir en gjennomgang av nåsituasjonen for Helse Midt-Norge, og denne er i stor grad basert på de lokale helseforetakenes beskrivelser.

Den neste delen beskriver betydelige utfordringer helsetjenesten står overfor de kommende årene. En aldrende befolkning endrer sykdomsbildet og øker behovene for helsetjenester. Nye behandlingsmuligheter og teknologiske fremskritt øker forventningene til nye tilbud. Samtidig tilsier det økonomiske bildet for samfunnet som helhet at vi ikke kan regne med at bevilgningene skal øke i samme takt som behovet. Rekruttering er allerede en utfordring, og tilgangen på ny arbeidskraft vil være begrenset.

Dette tilsier at vi ikke kan løse framtidens behov med å jobbe på samme måte som vi gjør i dag. Store endringer vil være nødvendig. Vi må klare å utvikle helsetjenesten så den er bærekraftig og utnytter ressurser best mulig på tvers av forvaltningsnivå og eksisterende strukturer. I tillegg må vi klare å dempe behovene for helsetjenester gjennom å forebygge og aktivere pasientenes egne ressurser. Dette krever sterk samhandling med primærhelsetjenesten, og stiller store krav til vår evne til endring, ledelse og til å sørge for god involvering.

Helse Midt-Norges strategiske hovedmål er å skape en fremragende helsetjeneste. Strategi 2030 setter rammene for hvordan vi skal løse fremtidsutfordringene, gjennom fire strategiske mål. I den siste delen av utviklingsplanen konkretiserer vi nærmere de veivalgene vi tar for å oppnå disse målene:

Vi skaper pasientene helsetjeneste.

Vi vil satse på en populasjonsbasert tilnærming til behandling, der vi møter ulike pasientgrupper med ulike strategier. Vi vil skape helhetlige forløp for pasientene på tvers av enheter og nivåer i helsetjenesten. Vi vil styrke pasient- og pårørendeopplæringen, og legge til rette for god pasientmedvirkning og valgfrihet.

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.

Vi vil jobbe aktivt for å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten. Vi vil styrke forskning og innovasjon. Vi skal digitalisere helsetjenesten, med Helseplattformen som den største satsingen for hele regionen. Standardisering av blant annet arbeidsmåter, prosesser og utstyr er et av de viktigste virkemidlene for å få til dette.

Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell.

Vi vil styrke strategisk kompetanseplanlegging for å løse framtidens behov for bemanning og kompetanse. Vi skal bli bedre på ledelse for å utvikle og styrke evnen til endring. Vi skal utdanne, og samarbeide med andre som utdanner, det personellet som trengs for å fylle hele helsetjenestens behov i regionen.

Vi er gode lagspillere.

Vi skal videreutvikle virksomheten og forbedre arbeidsfordelingen innad i helseforetakene og mellom helseforetak i regionen. Vi skal bli bedre på samhandling med kommunene, og samarbeide om folkehelse, forebygging og



rehabilitering. Vi skal integrere private helsetjenesteleverandører sterkere i det helhetlige helsetilbudet til befolkningen og sørge for å utnytte den ressursen de utgjør effektivt.

Hovedsatsinger 2019-2022

Helse Midt-Norge har store ambisjoner for fremtidens helsetilbud, men vi kan ikke lenger basere oss på stadig økende ressurser. Å skape pasientenes helsetjeneste innebærer også at vi må prioritere ressurser slik at de gir best mulig nytte for pasientene. Dette krever stor omstilling. Følgende hovedsatsinger ligger til grunn for mange av de veivalgene vi gjør i denne planen:

Digitalisering av helsetjenesten gir oss nye muligheter til å løse store oppgaver på en effektiv måte. Dette handler ikke bare om å innføre nye digitale verktøy, men først og fremst om å endre organisasjonen og måten vi jobber på for å kunne hente gevinster i kvalitet og effektivitet av den digitale utviklingen.

Helseplattformen, et felles journal- og pasientdatasystem for hele helsetjenesten i regionen, er det største digitaliseringsprosjektet i perioden. Se særlig kapittel 5.2.3 og 5.2.4 om dette.

Standardisering er et av de viktigste virkemidlene for å sørge for å redusere uønsket variasjon og skape et likeverdig helsetilbud i regionen. Standardisering er også en viktig forutsetning for å kunne lykkes med digitaliseringen, og for å sikre at vi utnytter knappe ressurser til det beste for pasientene. Helse Midt-Norge vil satse på standardisering av blant annet pasientforløp, arbeidsprosesser, teknologi og utstyr. Se særlig kapittel 5.1.2, 5.2.1 og 5.2.3 for mer om dette.

Forbedring av arbeidsprosesser vil ikke alene være tilstrekkelig for å kunne levere fremragende helsetjeneste innenfor fremtidens rammebetingelser. Vi må også være villige til å se på om vi har effektive strukturer internt i, og mellom, helseforetakene.

De lokale styrene har ansvar for den interne organiseringen, men i den regionale utviklingsplanen legges noen prinsipper for hvordan denne skal utvikles. Helse Midt-Norge vil stille krav til at hvert helseforetak fungerer som én samlet enhet på tvers av geografi. Dette forutsetter utvikling av den gjennomgående klinikkstrukturen, og minst mulig dublering av elektive funksjoner og vaktordninger innad i helseforetakene.

På en del områder er det behov for regionale fellesløsninger. Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital utreder allerede en felles klinikk for bildediagnostikk. Det vil også bli vurdert å sette i gang utredninger om regionale løsninger for laboratorievirksomhet og patologi. Det er et arbeid i gang med felles logistikk og forsyning, og hensiktsmessig organisering av andre administrative støttefunksjoner vil vurderes. Mer om dette i kapittel 5.4.1.



Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Innholdsfortegnelse	4
1 Innledning.....	7
1.1 Om Helse Midt-Norge RHF	7
1.2 Planens formål og status	7
1.3 Arbeidet med regional utviklingsplan	7
1.4 Høring	8
2 Nåsituasjon.....	9
2.1 Pasientenes helsetjeneste – brukererfaring og pasienttilfredshet.....	9
2.2 Pasientbehandling	9
2.2.1 Faglig prioritering	9
2.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet.....	10
2.2.3 Pasient- og pårørendeopplæring	11
2.2.4 Prehospitale tjenester.....	12
2.3 Oppgavedeling og samhandling	13
2.3.1 Oppgavedeling og samhandling i regionen.....	13
2.3.2 Samhandling med kommuner og fastleger	14
2.3.3 Private helsetjenesteleverandører.....	14
2.3.4 Nasjonalt samarbeid og oppgavefordeling	16
2.4 Organisering og ledelse	18
2.5 Bemanning og kompetanse	19
2.6 Utdanning	20
2.7 Forskning	21
2.8 Innovasjon	22
2.9 Økonomi	24
2.10 Teknologi og utstyr	24
2.11 Dagens bygg – tilstand og muligheter	25
3 Utviklingstrekk.....	28
3.1 Hovedutfordringer for helsetjenesten	28
3.2 Framskrivninger	30
3.2.1 Aktivitetsframskrivning	31



3.2.2	Kapasitetsberegninger	38
3.2.3	Bemannings- og kompetansebehov 2035.....	39
4	Overordnede strategier og føringer – en fremragende helsetjeneste	41
4.1	Nasjonale føringer	41
4.2	Strategi 2030 og andre regionale planer	41
5	Veivalg og strategier.....	43
5.1	Pasientenes helsetjeneste	43
5.1.1	En populasjonsbasert tilnærming	43
5.1.2	Helhetlige pasientforløp.....	44
5.1.3	Pasient- og pårørendeopplæring	46
5.1.4	Pasientmedvirkning og valgfrihet	48
5.2	Ta i bruk kunnskap og ny teknologi	49
5.2.1	Redusere uønsket variasjon	49
5.2.2	Forskning og innovasjon.....	52
5.2.3	Digitalisering og ny teknologi	54
5.2.4	Helseplattformen	56
5.3	Rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell.....	58
5.3.1	Bemanning og kompetanse	58
5.3.2	Ledelse.....	59
5.3.3	Utdanning.....	60
5.4	Gode lagspillere	62
5.4.1	Virksomhetsutvikling og oppgavefordeling	62
5.4.2	Samarbeid om folkehelse, forebygging og rehabilitering	64
5.4.3	Private aktører i spesialisthelsetjenesten	66
5.5	Prioriteringer innenfor utvalgte fagområder	67
5.5.1	Psykisk og rusbehandling	67
5.5.2	Prehospitale tjenester	69
5.5.3	Kirurgisk akuttberedskap	70
5.5.4	Legemidler.....	71
5.6	Rammebetingelser og økonomisk bærekraft.....	72
5.6.1	Økonomisk bærekraft	72
5.6.2	Utvikling av bygningsmassen i Helse Midt-Norge.....	74
5.6.3	Finansiering av spesialisthelsetjenesten	75
	Litteraturliste.....	77



Vedlegg.....	79
Vedlegg 1: Oversikt over regionale strategier og planer i Helse Midt-Norge.....	80



1 Innledning

1.1 Om Helse Midt-Norge RHF

Helse Midt-Norge RHF skal levere spesialiserte helsetjenester til befolkningen i Trøndelag og Møre og Romsdal innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Våre hovedoppgaver er å sørge for pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning.

Helse Midt-Norge RHF ble opprettet 1. januar 2002, med hovedkontor på Stjørdal, og overtok da ansvaret for drift av sykehus fra fylkeskommunene. Vi driver i dag diagnostikk og behandling gjennom tre sykehusforetak med et helhetlig ansvar innenfor hvert sitt geografiske område: Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs hospital HF. I tillegg driver vi Sykehusapotekene i Midt-Norge HF som et eget foretak for hele regionen. Enkelte tjenester, deriblant IKT og forvaltning av logistikk- og økonomisystem er samlet i det regionale helseforetaket. Seks nasjonale fellestjenester er samlet i helseforetak som eies av de fire helseregionene i fellesskap.

1.2 Planens formål og status

I Nasjonal helse og sykehusplan (2016–2019)¹ presiserte regjeringen at helseforetakene skal utarbeide utviklingsplaner. Utviklingsplanen skal være en operasjonalisering av regionens strategi 2030, og gi et fremtidsbilde av utviklingen for foretaksgruppens virksomhet. Planen bygger på nasjonal sykehusplan (2016–2019) og de lokale helseforetakenes planer.

Regional utviklingsplan er en retningsgivende plan som skal ligge til grunn for virksomheten i Helse Midt-Norge frem mot 2035. Planen er ikke rettslig bindende for underliggende foretak, men vil være et grunnlag for de oppdrag som gis gjennom formelle styringsoppdrag i kommende år. Planen erstatter ikke tidligere styrevedtak, strategier og styringsdokumenter, men vil være grunnlag for revidering av disse.

1.3 Arbeidet med regional utviklingsplan

De regionale helseforetakene ble formelt bedt om å utarbeide utviklingsplan i foretaksmøte 10. januar 2017². For å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer, har de regionale helseforetakene i fellesskap, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utarbeidet en egen veileder for utviklingsplanene.

¹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>

² Helse- og omsorgsdepartementet. (2017b). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10.01.2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-for-foretakene/foretaksmoter/foretaksmoter-2017/foretaksmote-helse-midt-norge-10.01.2017/id2526635/>



De tre sykehusforetakene i Midt-Norge fikk i foretaksmøte 2. juni 2016 i oppdrag å utarbeide utviklingsplaner for sin virksomhet etter mandat som ble vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 16. juni 2016³. Alle tre sykehusforetak leverte sine planer i februar 2018. Disse ligger til grunn for arbeidet med regional utviklingsplan, og følger denne planen som vedlegg.

Arbeidet med regional utviklingsplan har vært organisert med en intern ressursgruppe med deltakere fra alle avdelinger i Helse Midt-Norge RHF, regionalt brukerutvalg, verneombud og ansattes tillitsvalgte. Arbeidet har vært aktivt kommunisert til omverden, blant annet gjennom egne nettsider. I tillegg har følgende organer vært involvert i diskusjoner rundt planen:

- Ledermøte RHF
- Direktørmøter
- Fagdirektørmøte
- Avdelingsmøter i RHF
- Regionalt brukerutvalg
- Arbeidsutvalget for konserntillitsvalgte
- Konsernutvalg for tillitsvalgte
- Felles møte for administrative samarbeidsutvalg (kommuner og helseforetak)
- Kontaktpersoner i helseforetakene
- Teknologivorkshop
- Felles styreseminar for HF-styrene

Styret i det regionale helseforetaket har vært med på diskusjon i tilknytning til planen gjennom fire temasaker til styret i løpet av 2018.

1.4 Høring

Planen ble lagt ut til offentlig høring 28. juni 2018, med høringsfrist 15. oktober. Høringsutkastet ble også på forespørsel presentert muntlig i en rekke fora. Det kom inn 49 høringsuttalelser fra interne enheter, ansattes organisasjoner, brukerorganisasjoner og –utvalg, kommuner, andre offentlige organer, private tilbydere av helsetjenester og deres organisasjoner, andre interesseorganisasjoner og én privatperson.

Høringsinstansene uttrykker tilnærmet unison tilslutning til utfordringsbildet som er skissert i planen. Det uttrykkes også bred støtte til veivalg og hovedsatsingsområder i planen. Innspillene inneholdt likevel et stort antall innspill til forbedringer.

Det er gjort en rekke større og mindre endringer, særlig i kapittel 5 om veivalg, som følge av høringsinnspillene. Flere høringsinstanser ønsket ytterligere konkretisering i planen. Planen er likevel hovedsakelig videreført på et overordnet

³ Helse Midt-Norge RHF. (2016d). *Styresak 54/16: Mandat for lokale utviklingsplaner*. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2054-16%20Mandat%20for%20lokale%20utviklingsplaner.pdf>



strategisk nivå. På en rekke områder finnes allerede konkrete tiltak i andre vedtak og planer. Helse Midt-Norge vil gjennom planperioden jobbe for å konkretisere veivalgene i tiltak der planen angir ny eller forsterket innsats.

2 Nåsituasjon

2.1 Pasientenes helsetjeneste – brukererfaring og pasienttilfredshet

Pasientens rolle er i endring. I pasientenes helsetjeneste er pasienten og deres pårørende en aktiv og likeverdig partner som medvirker i egen helse, behandling og utvikling av helsetjenesten. Pasientopplæring er en forutsetning for å lykkes med samvalg og brukermedvirkning.

Pasientens opplevelse avhenger av hvordan vi (alle ansatte) møter våre pasienter, pårørende og samarbeidspartnere og hvordan disse møtene oppleves. Kunnskap om dette er nødvendig for å legge til rette for positiv utvikling av den pasientopplevde kvaliteten.

Fra 2011 er det gjennomført årlige nasjonale pasienterfaringsundersøkelser⁴ i regi av Folkehelseinstituttet (og Kunnskapssenteret for helsetjenesten). Disse viser at helseforetakene i Midt-Norge har blant de mest fornøyde pasientene i landet. Informasjon fra disse undersøkelsene brukes aktivt i kontinuerlig forbedringsarbeid i helseforetakene.

Alle helseforetakene i regionene har egne brukerutvalg som er oppnevnt av de respektive styrene. I tillegg har alle sykehusforetakene etablert egne ungdomsråd. To representanter fra brukerutvalget har møte-, tale- og forslagsrett i styremøtene. Brukerrepresentanter deltar aktivt i utviklings- og planarbeid både på lokalt og regionalt nivå, eksempelvis i arbeidet med å utvikle standardiserte pasientforløp. Brukerne kan fortsatt involveres enda tidligere i prosessene.

2.2 Pasientbehandling

Trenden innen pasientbehandling de siste årene har vært en økning i bruken av spesialisthelsetjenester og en større økning i dagbehandling og polikliniske konsultasjoner enn i innleggelser. Sammenlignet med de andre regionene i landet har Helse Midt-Norge vært tidlig ute med å øke bruken av polikliniske konsultasjoner, både innen psykisk helsevern og somatisk behandling. Hvor mye tjenester befolkningen mottar, hvilken type tjenester som gis og hvordan pasientstrømmene går, varierer imidlertid noe innad i regionen.

2.2.1 Faglig prioritering

Pasienter som blir henvist til spesialisthelsetjenesten blir prioritert i henhold til fagspesifikke prioriteringsveiledere utgitt av Helsedirektoratet. Organiseringen av dette er forskjellig på de forskjellige avdelingene. I Helse Midt-Norge blir omtrent

⁴ Helsebiblioteket.no. (2018). PasOpp-undersøkelser – nasjonale brukererfaringer. I. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp>



alle vurdert innenfor fristen på 10 virkedager. Retningen går i å samle vurderingsenhetene i større og mer robuste enheter for å sikre mer enhetlig praksis. Å sentralisere henvisningsmottak for private tilbydere er også under vurdering.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er prioriterte områder i nasjonal helse og sykehusplan, og helseregionene er forpliktet til å sørge for høyere vekst innen hvert av disse områdene enn innen somatisk behandling. Helse Midt-Norge har hatt sterk vekst innen poliklinisk behandling på disse områdene, men har fortsatt utfordringer med å oppfylle alle nasjonale mål. Rekruttering av riktig fagpersonell er en særlig utfordring for å oppnå målene.

Helse Midt-Norge RHF har innført pakkeforløp for kreft for å bidra til at alle kreftpasienter i regionen får et likeverdig tilbud. Hovedansvaret for å sikre implementering av forløpene er delegert til St. Olavs hospital HF ved Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU). I løpet av 2018 skal arbeidet med implementering av pakkeforløp for psykisk helsevern starte.

Nasjonale pakkeforløp innen TSB skal innføres fra og med 01.01.2019. Det skal etableres regionalt samarbeid og regionale funksjoner. Spesialisthelsetjenestens rolle skal tydeliggjøres slik at denne, sammen med kommunale tilbud, tjenester fra frivillige organisasjoner og øvrige relevante aktører, sikrer pasienter og pårørende en helhetlig, sammenhengende, tilgjengelig og koordinert tjeneste.

Alle standardiserte pasientforløp skal bygge på nasjonale veiledere der disse finnes.

2.2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

God kvalitet og likeverdige helsetjenester oppnås gjennom systematisk forbedringsarbeid. Flere undersøkelser viser at det er store forskjeller innen helse- og omsorgstjenestene som det offentlige tilbyr. For at pasienter, pårørende og publikum skal få best mulig informasjon om kvaliteten på behandlingen som gis i helsetjeneste, er det utarbeidet en rekke kvalitetsindikatorer som er tilgjengelige på helsenorge.no. Det kan være indikatorer knyttet til behandling av sykdom og overlevelse, herunder kreftbehandling, rusbehandling og psykisk helsevern.

Nylig publiserte kvalitetsindikatorer viser at det fortsatt er variasjon i omfang av tjenester, behandlingspraksis, ventetider og ressursutnyttelse. Eksempelvis går den gjennomsnittlige ventetiden i somatisk helsetjeneste ned, mens andelen fristbrudd øker noe.

Helse Midt-Norge når mange av målene som er satt av myndighetene, men har utfordringer med å nå målene for eksempelvis sykehusinfeksjoner og forbruk av bredspektret antibiotika. Andelen sykehusinfeksjoner er redusert, men er fortsatt for høy, og det er stor variasjon mellom sykehusforetakene. Det er iverksatt ulike tiltak for å bedre situasjonen, som læringsnettverk, temamøter om smittevern og forebyggende arbeid, og forbedringsprosjekter for å forebygge infeksjoner.

Helseforetakene jobber også med å redusere forbruket av bredspektrede antibiotika, og forbruket er redusert. Det er etablert antibiotikastyringsprogram i



tråd med nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens, og kartlegging og rapportering pågår kontinuerlig. Alle helseforetakene jobber med å redusere forbruket av bredspektrede antibiotika, men innsatsen må styrkes for at målene skal kunne nås.

Pasientsikkerhet og kvalitet er et viktig satsingsområde i Helse Midt-Norge og det utlyses årlig midler til pasientsikkerhetsprosjekter for å stimulere til det kontinuerlige arbeidet med kvalitetsforbedring.

Pasientsikkerhet og arbeidsmiljøet må sees i sammenheng. HMN, sammen med øvrige regioner, har nettopp gjennomført undersøkelsen «Forbedring» som er en felles arbeidsmiljø, pasientsikkerhets- og medarbeiderundersøkelse. Funnene fra denne undersøkelsen skal følges opp med konkrete bevarings- og forbedringstiltak på alle nivåer i organisasjonen. Det er stort engasjement i hele foretaksgruppen. Undersøkelsen skal gjennomføres årlig, og vil være et viktig innspill til det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

2.2.3 Pasient- og pårørendeopplæring

Opplæring av pasienter og pårørende er en av de fire lovpålagte oppgavene i spesialisthelsetjenesten, og tjenesten tilbyr tilrettelagt opplæring til pasienter og pårørende som har behov for informasjon, undervisning og/eller veiledning. Dette krever spesialisert kompetanse.

Pasienter, brukere og pårørende har lovfestede rettigheter til medvirkning. Dette innebærer blant annet rett til innsikt i egen helsetilstand, innholdet i behandlingstilbudet og innflytelse på selve behandlingen. Pasienter og pårørende skal få relevant opplæring til rett tid og på rett sted. Målet er at pasienten skal ha mulighet til å forebygge og håndtere egen sykdom i så stor grad som mulig.

Pasientopplæring er særlig aktuelt for personer med kroniske eller langvarige helseutfordringer og deres pårørende. Dette gjelder pasienter og pårørende både innen psykisk helsevern, rusbehandling og somatikk. Involvering av pårørende i tiltakene har vist positiv effekt framfor tiltak som kun retter seg mot pasienten alene.

I Helse Midt-Norge har helseforetakenes kliniske avdelinger ansvar for pasient- og pårørendeopplæringen. Organisering av lærings- og mestringstilbudene tilpasses lokale forhold, og varierer både mellom og innen helseforetak. Spesialisthelsetjenestens lærings- og mestringssenter har en støttefunksjon opp mot avdelinger og poliklinikker. I lærings- og mestringstilbud er brukerinvolvering i planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbudet, en forutsetning.

Behovet for en tydelig strategi for området er viktig fordi en stadig større andel av befolkningen vil leve med kronisk sykdom. Pasientenes helsetjeneste er et av de sentrale elementene i Helse Midt-Norges Strategi 2030, og vi har utarbeidet en egen plan for opplæring av pasienter og pårørende. Det er formulert fire mål som korresponderer med målene i Strategi 2030:

1. Styrke opplæring av pasienter og pårørende
2. Styrke helsepedagogisk kompetanse blant helsepersonell
3. Arbeide kunnskapsbasert og bruke teknologi



4. Styrke samarbeid med brukerorganisasjonene, kommunene mfl.

Blant de konkrete tiltakene i plan for opplæring av pasienter og pårørende er implementering av pasientopplæring i pasientforløp der det er relevant.

2.2.4 Prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester omfatter ambulansetjeneste (bil og båt), luftambulansetjeneste og nødmeldetjeneste. Kommunenes legevakttjeneste er også en del av de prehospitale akuttressursene, men er ikke en del av spesialisthelsetjenesten selv om flere helseforetak driver legevaktsentraler for kommunene.

Ambulansetjeneste

Drift av ambulansetjenesten i Midt-Norge ble tatt over av Helse Midt-Norge i 2013, og overført til helseforetakene i 2015. Det er opprettet en fellesfunksjon ved St. Olavs hospital for ambulansetjenesten for å videreføre noe av arbeidet som var gjort felles i regionen. Fellesfunksjonen fungerer godt og som region har Helse Midt-Norge kommet langt i å standardisere ambulansetjenesten. Det er nylig gjennomført en beredskapsanalyse⁵ for ambulansetjenesten som kan brukes i videre planlegging og utvikling av ambulansetjenesten.

Det er en utfordring for beredskapen at det i liten grad finnes alternative transporttilbud for liggende pasienter som ikke behøver overvåkning eller behandling, slik at akuttambulanse må brukes til slike oppdrag.

Legevaktordninger med manglende mulighet for hjemmebesøk gir også økt behov for ambulanse. Grensene mellom helseforetak og AMK-sentraler gir i noen tilfeller utfordringer med god utnyttelse av kapasiteten. Enkelte stasjoner i regionen har også veldig lavt aktivitetsnivå, som kan gi utfordringer med faglig oppdatering av personell.

Luftambulansetjeneste

Luftambulansetjenesten består av helikopter, ambulansefly og redningshelikopter. Helikopter og ambulansefly drives på anbud satt ut av Luftambulansetjenesten HF på vegne av de regionale helseforetakene. Helseregionen har i tillegg ansvar for legebemanning av redningshelikoptre, som i Midt-Norge omfatter Ørland flystasjon.

Helse Midt-Norge har konkludert med at det ikke er behov for endring av basestrukturen for ambulansehelikopter i regionen, og at basen for ett ambulansefly på Vigra bør videreføres. St. Olavs hospital HF fikk fra september 2018 ansvar for koordinering og flight following-funksjonen for luftambulansehelikopter i hele Midt-Norge. Denne funksjonen har hittil vært delt mellom Ålesund og Trondheim.

Mangel på kapasitet for bakketransport fører i dag til at intensivtransporter mellom sykehus ofte går med fly eller helikopter, deriblant mellom Møre og

⁵ Helse Midt-Norge RHF. (2018a). *Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten i Midt-Norge*. Stjørdal. Hentet fra <https://helse-midt.no/nyheter/2018/analyseverktoy-for-ambulansetjenesten>



Romsdal og St. Olavs hospital. Det er stort press på luftambulansekapasiteten, og økt bruk av overføringsbil vil ha stor betydning for denne tjenesten.

Nødmeldetjenesten

Det er tre AMK-sentraler i Helse Midt-Norge; en i hvert helseforetak. Sentralene er back-up for hverandre og vil automatisk overta nødberedskapen om kapasiteten er for liten på en sentral. Videre er sentralene i Ålesund og Trondheim kopier av hverandre og vil kunne overta beredskapen i naboområdet ved behov.

Det er en utfordring at sentralene er ulikt bygd opp med hensyn til informasjonssikkerhet. De mangler også oppdaterte løsninger for oppdragshåndtering. De regionale helseforetakene arbeider, under ledelse av Helse Vest RHF, med å etablere et felles mål bilde, et ambisjonsnivå og et forslag til veikart for en ny AMK-løsning, før en anskaffelsesprosess settes i gang.

2.3 Oppgavedeling og samhandling

2.3.1 Oppgavedeling og samhandling i regionen

For å kunne skape en fremragende helsetjeneste er det nødvendig at spesialisthelsetjenesten i regionen fungerer som en helhet. Dette innebærer både en koordinering av funksjoner ved sykehusene innen hvert helseforetak og samhandling mellom helseforetakene.

Helse Midt-Norge er nå organisert med tre relativt store sykehusforetak i nasjonal sammenheng. Fokus hittil har i stor grad vært på konsolidering av det enkelte helseforetak, blant annet med gjennomføring av gjennomgående klinikkstrukturer. Det er fortsatt behov for videre arbeid for å oppnå en bærekraftig struktur i alle helseforetak.

St. Olavs hospital er regionens universitetssykehus og den naturlige faglige spydspissen i spesialisthelsetjenesten. Vi opplever at alle helseforetak i regionen slutter opp under denne funksjonen og ser et sterkt universitetssykehus som en viktig forutsetning for hele tilbudet. Universitetssykehuset har ansvar for å lede faglige nettverk og fungerer som kompetansesenter innenfor de fleste medisinske fagområder. Ålesund er regionens nest mest differensierte sykehus og et sterkt midtpunkt for tilbudet i Møre og Romsdal.

Hovedregelen til nå har vært at det enkelte helseforetak i all hovedsak har vært selvforsynt med administrative og andre støttetjenester, med unntak av IT-området som er regionalisert i Helse Midt-Norge IT (Hemit).

Det har innenfor regionen vært pågående diskusjoner om en sterkere samordning på flere områder. Så langt har disse diskusjonene i liten grad medført strukturendringer. Blant de områder der diskusjonene er mest modne er bildediagnostikk, laboratorievirksomhet, patologi og logistikk/forsyning. Det har også vært gjennomført en utredning av regional samordning av administrative støttefunksjoner, som har vært stilt i bero i påvente av innføring av nye regionale IT-systemer.

For å løse nåværende og kommende faglige utfordringer, sikre bærekraftige fagmiljø og økonomisk bærekraft i helseforetakene er det behov for et større trykk



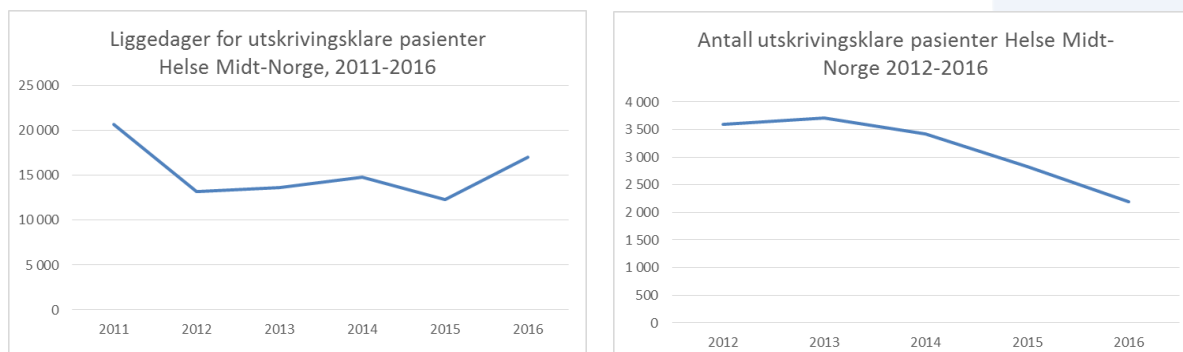
på funksjonsfordeling i regionen. Store regionale IT-investeringer i Helseplattformen, laboratoriesystem og logistikk og økonomisystem skaper også en sterk regional plattform for å kunne hente gevinster av slik samordning.

2.3.2 Samhandling med kommuner og fastleger

Helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene for å bidra til at pasienter mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester. Det er opprettet administrative samarbeidsutvalg (ASU) for alle tre helseforetak i regionen, i tillegg til politiske samarbeidsutvalg for Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital. I tillegg finnes en rekke kliniske og lokale samarbeidsutvalg som underutvalg av ASU. Samarbeidsavtalene er et viktig rammeverk for samhandling, og samarbeidsutvalgene er blitt en viktig arena for dialog og felles problemforståelse.

Det er blitt betydelig bedre kvalitet på samhandlingen mellom sykehus og kommuner ved innleggelse og utskrivning, selv om det fortsatt er mer å gå på. Reduksjonen i utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus har stoppet opp. Særlig gjelder det i store kommuner og vertskommuner. Som det fremgår av Figur 1 har vi sett en reduksjon i antallet utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehus, mens antall liggedøgn har gått opp.

Figur 1: Utvikling i utskrivningsklare pasienter



Utnyttelsesgraden av de kommunale akuttsengene er fortsatt for lav, og for mange kommuner er tilgangen på medisinsk kompetanse en utfordring for å kunne dekke de nye oppgavene.

Etter at den kommunale medfinansieringen ble avviklet er det ingen økonomiske insentiver for kommuner eller helseforetak for å dempe veksten i befolkningens behov for spesialisthelsetjenester. Dette er en betydelig utfordring for en av hovedintensjonene med samhandlingsreformen.

2.3.3 Private helsetjenesteleverandører

Private aktører utgjør en viktig del av helsetjenesten. Private sykehus, ideelle organisasjoner, privatpraktiserende spesialister og andre private helseaktører bidrar vesentlig til at Helse Midt-Norge løser sitt sørge-for-ansvar.

Private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Midt-Norge RHF kjøper i dag somatiske sykehustjenester etter avtale med tre private leverandører. Ytterligere en aktør er godkjent for sykehusdrift i Ålesund



uten å ha avtale med Helse Midt-Norge. Virksomheten er regulert gjennom en egen «Strategi for anskaffelser av spesialisthelsetjenester fra private leverandører 2015 – 2018». Strategien innebærer at private leverandører skal være et supplement til helseforetakenes kapasitet, og særskilt skal denne kapasiteten utnyttes for å unngå fristbrudd eller unødvendige ventetider for pasientene.

Helse Midt-Norge har anskaffet slike tjenester gjennom en årlig regulert aktivitetsramme, definert gjennom DRG-poeng⁶ innenfor de ulike fagområder. På dette området skiller Helse Midt-Norge seg fra de andre helseregionene som i all hovedsak kjøper spesifiserte antall prosedyrer og inngrep innen hvert fagområde. En modell med kjøp innenfor en DRG-ramme gir betydelig frihet og fleksibilitet for leverandørene og mindre mulighet for helseregionen til å styre aktivitetsutviklingen innen fagområdene. Kjøp av definerte antall inngrep/prosedyrer stiller større krav til å anslå riktig behov i forkant, men gir til gjengjeld forenklet kontraktsoppfølging. Helse Midt-Norge evaluerer anskaffelsesmodellen og vurderer å endre denne.

Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i helseregion Midt-Norge består av rehabiliteringsavdelingene og andre kliniske avdelinger i de tre helseforetakene, samt avtale med 12 private leverandører. Som følge av økt befolkningsvekst og endring i alderssammensetning er det et økt behov for rehabilitering i regionen. Nye avtaler med private leverandører bidrar til å dekke dette behovet. De nye avtalene har også gitt en kompetanseheving og økning av kvalitet, samt bidratt til å innfri målet om å øke antallet dagplasser. Avtalene med private dekker 14 diagnosegrupper og ordningen «arbeid og helse». Dette utgjør 101 dagplasser og 232 døgnplasser i regionen til en kostnad på ca. 325 mill.kr. årlig.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det avtale om regionale funksjoner med 3 private ideelle rusbehandlingsinstitusjoner med 108 døgnplasser og 9000 polikliniske/ambulante konsultasjoner pr år.

Avtalespesialister

Avtalespesialistene utgjør nasjonalt ca. 25 % av total poliklinisk aktivitet. Dette vil i praksis variere mellom de ulike fagfeltene. Helse Midt-Norge RHF har avtale med 143 aktive avtalespesialister, fordelt på 44 psykologer, 11 psykiatere og 88 innen ulike somatiske fagområder. Vi har også avtaler med private helseforetak om bildediagnostiske tjenester. Helse Midt-Norge ligger under landsgjennomsnittet i hjemler per innbygger. De siste årene har det vært en økning i antall årsverk, med stadig færre deltidshjemler. I samråd med de enkelte helseforetak gjøres det avklaring om eventuell videreføring av hjemler og utlysning av nye hjemler. Disse utlyses på bakgrunn av de behov de enkelte helseforetak har. I vurderingen er det en utfordring å finne skjæringspunktet mellom å få tilført en avtalespesialist som en ekstra ressurs til tjenesten, og hvordan dette kan føre til at helseforetaket mister ansatte. Det siste blir i helseforetakenes utviklingsplaner trukket fram som en utfordring.

⁶ Diagnoserelaterte grupper – et pasientklassifiseringssystem som ligger til grunn for innsatsstyrt finansiering i spesialisthelsetjenesten. Se:

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet#om-drg-systemet>



Ordningen følges opp via regionale samarbeidsutvalgsmøter med Legeforeningen (PSL) og Psykologforeningen, individuell oppfølging via praksisbesøk, gjennomgang og kontroll av innrapportert aktivitet. I tillegg er det et interregionalt samarbeid mellom de regionale helseforetakene med å utveksle erfaringer og læring på tvers.

Det er rom for å styrke samarbeidet mellom helseforetak og avtalespesialister og integrere dem enda bedre som en del av helhetlige pasientforløp. Det arbeides med mer formelle samarbeidsavtaler mellom alle helseforetak og avtalespesialister i sitt område. Foretakene har frist til utgangen av 2018 for å få dette på plass.

Nasjonalt arbeides det med en ordning for utdanning av legespesialister i avtalepraksis. Dette arbeidet forventes ferdigstilt i 2019. Det arbeides også med endringer i regelverk som vil gi avtalespesialister rett til å tildele pasientrettigheter. I den forbindelse foregår det blant annet prosesser med å vurdere felles henvisningsmottak. Prosessene for disse innsatsområdene følges tett av de regionale helseforetakene.

2.3.4 Nasjonalt samarbeid og oppgavefordeling

Videreutvikling av nasjonalt samarbeid og samordning på tvers av helseregionene er i gjeldende nasjonal helse- og sykehusplan trukket frem som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken. Formålet med dette er å styrke og forbedre tilbudet til pasientene gjennom å sikre samordning, likhet og likeverdighet og bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Samarbeidet mellom de fire regionale helseforetakene er tett, og nasjonale problemstillinger diskuteres i fellesskap i jevnlige møter mellom de fire administrerende direktørene i de regionale helseforetakene (AD-møtet).

Nasjonale tjenester

Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten omfatter nasjonale og flerregionale behandlingstjenester, og nasjonale kompetansetjenester. Nasjonale tjenester godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet, som også har utarbeidet en veileder for de nasjonale tjenestene⁷.

De nasjonale og flerregionale behandlingstjenestene sentraliserer behandlingen til ett eller to steder i landet. Når en behandlingstjeneste er sentralisert, er de andre sykehusene og helseforetakene forpliktet til å henvise pasienter til det aktuelle behandlingstilbudet. Behandlingstjenesten har derfor ansvar for å utarbeide henvisningskriterier som skal gjøres kjent for de som skal henvise pasienter. Helse Midt-Norge har en nasjonal og to flerregionale behandlingstjenester ved St. Olavs hospital HF.

De nasjonale kompetansetjenestene skal bidra til å utvikle og heve kvaliteten på de tjenestene som leveres. Dette betyr bl.a. å levere helsetjenester så trygt og kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av kompetanse nasjonalt, i egen helseregion og til andre helseregioner innenfor en rimelig

⁷ Helse- og omsorgsdepartementet. (2017a). *Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nasjonale-tjenester/id614574/>



tidshorisont. Helse Midt-Norge har åtte nasjonale kompetansetjenester, alle ved St. Olavs hospital HF.

Regjeringen har besluttet en satsing på Partikkelterapi (protonterapi) til behandling av kreftsvulster som en ny flerregional behandlingstjeneste. Denne vil utgjøre en betydelig satsing for helseregionene i planperioden. Det anslås at om lag 6-8 % av all strålebehandling i Norge vil skje som protonbehandling gjennom en tjeneste lokalisert i Oslo og Bergen. Regjeringen legger opp til at dette skal finansieres gjennom en gjestepasientordning, der Helse Midt-Norges andel er grovt anslått til en økning på 50 millioner kr per år ut over ressursinnsatsen for disse pasientene i dag.

Felleseide helseforetak

Det er etablert seks felleseide helseforetak som eies av de fire helseregionene: Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF, Luftambulansetjenesten HF, Nasjonal IKT HF, Pasientreiser HF, Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF.

Sykehusbygg HF har to hovedoppgaver: Utvikling, og forvaltning av kunnskap, metoder og verktøy; og prosjektledelse og rådgivning til byggeprosjekter for de regionale og underliggende helseforetakene. Sykehusbygg er et svært viktig kompetansemiljø for helseregionene, og er med på å gi betydelige gevinster.

Sykehusinnkjøp HF ble stiftet i desember 2015 og er fortsatt i en konsolideringsfase. Helseforetaket skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og sammen med helseforetakene realisere kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle innkjøpskategorier. Det er etablert en plan for omstilling og utvikling av kategoribasert innkjøp, en omstilling som er avgjørende for at de regionale helseforetakene skal oppnå gevinster på økonomi, kvalitet og samfunnsmessig merverdi.

Pasientreiser HF har som formål å oppfylle de regionale helseforetakenes «sørge for»- ansvar innen området pasientreiser. Helseforetaket har effektivisert og automatisert tjenesten gjennom implementering av «Mine pasientreiser» (reiser uten rekvisisjon), oppgjørskontroll og samkjøring. Foretaket jobber nå aktivt med å innføre nye systemer for reiser med rekvisisjon, som bør gi gevinster for de regionale helseforetakene.

Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) skal bidra til å realisere helsetjenestens samlede målsettinger for den nasjonale medisinske nødmeldetjenesten, herunder nødvendig og lovpålagt samarbeid mellom regionale helseforetak og kommuner. HDO er driftssenter for helsetjenestens bruk av tjenesten, og har ansvar for eierskap, finansiering og forvaltning av nødnettutstyr både for kommune- og spesialisthelsetjenesten

Luftambulansetjenesten HF's primære og prioriterte oppgave er å tilby befolkningen luftambulansetjenester og medisinske tjenester hele døgnet. Foretaket har ansvar for den flyoperative delen av luftambulansetjenesten. Gjennomføring av gode anbudsprosesser er avgjørende for at tjenesten skal lykkes med en samfunnskritisk oppgave.



De ansattes organisasjoner på regionalt nivå uttrykker en generell bekymring for ansattmedvirkning i prosesser knyttet til virksomhet i de felleseide helseforetakene.

Nye metoder

Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten skal sikre at pasienter så raskt som mulig får likeverdig tilgang til trygge og virkningsfulle metoder i spesialisthelsetjenesten. Nye metoder er basert på et tett samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten ved de regionale helseforetakene, helseforetakene (sykehusene), Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet, Statens Strålevern og Helsedirektoratet. Ansvar for å bestemme hvilke behandlinger (metoder og legemidler) som skal tilbys befolkningen i spesialisthelsetjenesten er i dag en integrert del av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar.

Beslutninger om eventuell innføring av nye metoder, fattes ved konsensus i møte mellom de fire administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene (Beslutningsforum for nye metoder). De regionale helseforetakene må fatte sine beslutninger innenfor rammene av forsvarlighetskravet, de økonomiske og juridiske rammene som Stortinget fastsetter og styringsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Beslutningene som skal være i tråd med gjeldende prioriteringskriterier fastsatt av Stortinget; nytte, ressursbruk og alvorlighet. Videre skal beslutningene være basert på transparente metodevurderinger og dokumentasjon, og sikre kunnskapsbasert praksis gjennom bruk av anerkjent metodikk for metodevurdering. Helseforetakene er ansvarlige for at beslutningene som tas gjennom Nasjonalt system for innføring av nye metoder, implementeres og følges opp i tjenesten.

2.4 Organisering og ledelse

Ledelse av sykehus er en omfattende og komplisert oppgave med stor betydning for måloppnåelse, arbeidsmiljø og kvaliteten i pasientbehandlingen. Lederrollen har vært i betydelig utvikling med nye arbeidsområder knyttet til økonomi, forbedringsprosesser og standardisering. Store prosjekter med innføring av ny teknologi stiller ytterligere nye krav til ledelse i årene som kommer.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge er nå alle organisert med tverrgående klinikker for å sikre en helhetlig ledelse, lik behandling på tvers av geografiske områder og samstemt utvikling av klinikker og helseforetak. Det er ca. 940 ledere i Helse Midt-Norge, for det meste organisert med fire ledelsesnivåer: Administrerende direktør (nivå 1), Klinikksjef (nivå 2), Avdelingssjef (nivå 3) og Seksjonsleder (nivå 4). Der det er store seksjoner og mange sengeposter, er det noen steder innført et seksjonssjefsnivå mellom avdelingssjef og seksjonslederne. Totalt sett har vi en overvekt av kvinnelige ledere og spesielt fremtredende er dette på de laveste nivåene.

Stedlig ledelse er et viktig prinsipp som ivaretas i alle helseforetak, men på litt ulike måter. Alle foretakene har stedlig ledelse på nivå 4, på St. Olavs hospital og i Helse Nord-Trøndelag har dette som prinsipp også på nivå 3. Helse Møre og



Romsdal har også opprettet nye stillinger som sykehuskoordinatorer for hvert sykehus.

Lederutvikling er et prioritert område i foretaksgruppen. Gjennom blant annet nettverk for ledelsesutvikling i Helse Midt-Norge utvikles det felles modeller, konsepter og utviklingsarenaer for ledere. Samtlige helseforetak har egne lederutviklingsprogram, eller er i ferd med å utvikle slike, utarbeider lederavtaler på de øverste nivåene og funksjonsbeskrivelser for ledere på lavere nivå. Det er utarbeidet en egen regional prosess for standardisering og forbedring av alle trinn i lederens virke i foretakene. Helse Midt-Norge har et eget regionalt ledermobiliseringsprosjekt og sender i tillegg seks toppleder kandidater hvert år til det nasjonale topplederprogrammet.

En utfordring er det store kontrollspennet som spesielt ledere på nivå 4 har. Dette er de lederstillingene som er nærmest pasienter og pårørende. I tillegg til ansvar for fag, kvalitet, økonomi og logistikk, har de personalansvar for flere titalls (opp mot hundre) medarbeidere som i hovedsak jobber skift. Spesielt for nye ledere er dette krevende, og det tar lang tid å komme inn i stillingen før man opplever mestring og blir trygg i jobben.

En annen ledelsesutfordring er organisering og styring av lederlinjene (fra administrerende direktører til seksjonsledere). En del felles informasjon, bevisstgjøring og læring kan stoppe opp eller bruke lang tid på å komme helt ut til alle medarbeidere.

2.5 Bemanning og kompetanse

Ansatte er den viktigste innsatsfaktor i spesialisthelsetjenesten. Ca. 75 prosent av våre kostnader er knyttet til personell, kompetanseutvikling og utdanning.

Vi har hatt en relativt stor økning i brutto månedsverk, med 19 % siden 2010. Veksten varierer mye mellom yrkesgrupper. Veksten har vært stor innenfor klinisk personell med for eksempel en økning av legestillinger med 25 %. Antall helsefagarbeidere har gått ned med 38 % i samme periode. Dette er til dels knyttet til den store omleggingen fra døgn til dag og poliklinikk. For fremtiden vil det være viktig at vi vurderer kompetansesammensetningen i gode arbeidsteam og gjennom hele pasientforløp, slik at ulike former for kompetanse og kapasitet samsvarer med behovene og oppgavene og gir best mulig utnyttelse av ressursene.

Helsetjenesten har i lang tid vært preget av høyt fravær og frafall. Vi har en stor arbeidskraftsreserve i form av kapasiteten til helsepersonell som av ulike grunner ikke er i 100 % jobb. Vi jobber med å redusere uønsket fravær og frafall som deltid, for tidlig pensjon og sykefravær gjennom å styrke nærværsfaktorene og planlegge livsløpet for våre medarbeidere. I tillegg må planleggingen av ønsket og lov- og tariffestet fravær bedres. I sum utgjør dette et betydelig potensiale for å bedre kompetansetilgangen for tjenesten.

Uønsket ekstern turnover, det vil si at ansatte slutter i virksomheten, har store organisatoriske kostnader og påvirker tilgjengelig bemanning i stor grad. Gjennomsnittlig turnover er ikke faretruende høy (5,2 % i 2017), men den er stor



for enkelte grupper av ansatte, noe som utgjør et betydelig problem for enkelte deler av virksomheten.

Det kan oppstå et kompetansegap dersom mange går av med pensjon de neste årene uten at det rekrutteres eller utdannes nye. Dette gjelder særlig for nøkkelpersonell som leger og anesthesi-, operasjons- og intensivsykepleiere (ABIOK sykepleiere⁸) som det tar tid å utdanne. ABIOK sykepleiere har en gjennomsnittsalder på 49-50 år og en andel over 60 år på 21-22 prosent. Med en antatt pensjonsalder på ca. 65 år vil derfor mange gå av med pensjon om fem år.

Kombinasjonen av små fagmiljø med høyt fravær, høy gjennomsnittsalder med mange over 60 år, høy turnover og rekrutteringsutfordringer kan gjøre et fagområde eller en yrkesgruppe sårbart. Særlig i kombinasjon med høy forventet aktivitetsvekst.

Innen spesialisert helsepersonell er det dokumentert at helseregionen har sårbare fagmiljøer både innenfor sykepleiergruppen (ABIOK-sykepleiere) og legegruppen (særlig patologi, gastrokirurgi, infeksjonsmedisin, pediatri, radiologi og psykisk helsevern for barn og unge).

Det er over lang tid rapportert om at rekruttering av spesialister, både psykiatere og psykologspesialister, har vært utfordrende. Dette er med på å lage flaskehalser i systemet. Utfordringen er spesielt stor i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF, og er en av de viktigste årsakene til at foretakene sliter med å oppfylle den gylne regel både når det gjelder aktivitet og ventetider.

2.6 Utdanning

Utdanning er en av helseforetakenes lovpålagte oppgaver. Komplekse helsetjenester har behov for både spesialisert kompetanse og breddekompetanse, og kapasitet og kvalitet på utdanningene har stor betydning for kvaliteten på pasientbehandlingen.

Samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommunene om utdanningstilbudet er avgjørende for å sikre gode tjenester frem i tid. Spesialisthelsetjenesten er selv en sentral arena for utdanning og videre kompetanseutvikling, og utdanningsoppgaven omfatter grunn-, videre- og masterutdanning og spesialistutdanning. Rundt 3000 personer i våre helseforetak er i et utdanningsløp som leder frem mot en formell kvalifikasjon, noe som utgjør ca. 13 % av personellet som hver dag møter på jobb. Helse Midt-Norge RHF har en egen strategi for utdanning og kompetanseutvikling med tilhørende handlingsplan⁹.

Det er etablert et tverrregionalt prosjekt etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet for å utarbeide og implementere ny ordning for spesialistutdanning av leger¹⁰, og det er etablert et regionalt utdanningscenter ved

⁸ ABIOK er et samlebegrep for videreutdanninger innen anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- eller kreftsykepleie.

⁹ Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Strategi for utdanning og kompetanseutvikling 2015-2019*. Hentet fra <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/utdanning>

¹⁰ Arntzen, E. (2018). Ny ordning for spesialistutdanning for leger - tverrregionalt prosjekt. Hentet fra <http://lis-utdanning.info/>



St. Olavs hospital HF for å ivareta læringsaktiviteter og andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning. Å utnytte potensialet i den nye LIS-ordningen er en viktig komponent for bedre å kunne styre kompetanseutviklingen i regionen.

Det er behov for styrking av arbeidet med systematisk kompetanseplanlegging som en del av arbeidsgiverrollen, der utdanning er en viktig komponent. Det mangler også felles regional metodikk for kompetanseutvikling og beslutningsprosesser som sikrer riktige prioriteringer. Delvis på grunn av dette har vi så langt vært for dårlige på å beskrive framtidige kompetansebehov overfor utdanningssektoren.

Regionen har også en utfordring med å sikre tilstrekkelig kapasitet av praksisplasser, lærlingeplasser og turnusplasser for å dekke vårt fremtidige kompetansebehov. Helseforetakene melder om utfordringer med å klare å tilby det påkrevde antall praksisplasser i tråd med opptakene av studenter, samtidig som spesialisthelsetjenesten er i stadig omorganisering med bl.a. kortere liggetid og færre senger. Slike omstendigheter gir utfordringer med å sikre god nok kvalitet og relevans på praksisplasser i tjenesten, og det jobbes kontinuerlig med dette i Helse Midt-Norge RHF.

2.7 Forskning

Helse Midt-Norges regionale forskningsstrategi ble vedtatt i 2015¹¹. Strategien tar utgangspunkt i styrker og svakheter i regionen. Helseregionen har mange sterke fagområder både i og utenfor helseforetakene, og på mange områder er det behov for samarbeid med eksterne miljøer for å kunne styrke helsetjenesten på best mulig måte. Det overordnede målet for forskning i regionen er:

Forskningen i Helse Midt-Norge skal være internasjonalt konkurransedyktig, og styrke klinisk praksis og pasientbehandling.

For å nå dette målet må forskningsaktiviteten styrkes, gjennom rekruttering av nye forskere og økt forskningsproduksjon. Nasjonalt og internasjonalt samarbeid er nødvendig og det er et mål å få til større kliniske studier.

Følgende satsingsområder er prioritert:

- klinisk relevant og pasientnær forskning
- forskning på kvalitet og pasientsikkerhet
- helsetjenesteforskning
- translasjonsforskning
- medisinsk teknologi
- global helseforskning

For å nå målene om økt forskningsaktivitet er det behov for ulike tiltak. Tiltakene er basert på krav og strategier fra myndighetene samt en gjennomgang gjort av

¹¹ Forskningsstrategi 2016-2020 <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/forskning#forskningsstrategi>



forskningsmiljøene i regionen. Tiltakene skal bidra til å styrke forskningen i hele regionen. Følgende tiltak er definert:

- aktiv brukerinvolvering
- ressursbruk til forskning skal øke
- infrastruktur i tråd med prioriteringene
- forskningskultur gjennom forskning i klinikkene
- samarbeid med UH-sektor, kommuner og andre
- økt ekstern finansiering og økt internasjonalisering

Status for forskning i helseforetakene

For å nå det strategiske målet om å forbedre klinisk praksis gjennom økt forskningsaktivitet, er det behov for god organisering, ressursbruk og kultur for forskning. Forskningsaktiviteten i regionen måles gjennom en nasjonal registrering av bl.a. vitenskapelige publikasjoner og doktorgrader. Ressursbruk til forskning måles også, og målt ressursbruk til forskning i HF-ene var 261 millioner i 2016, eksklusive forskningsmidler på vel 200 millioner som forvaltes gjennom det regionale samarbeidsorganet.

St. Olavs hospital er regionens universitetssykehus med over 500 vitenskapelig artikler og om lag 40 doktorgrader årlig. Helse Nord-Trøndelag produserer over 50 artikler og tre doktorgrader årlig, noe som er høyt i forhold til foretakets størrelse. Helse Møre og Romsdal har en økende forskningsproduksjon med over 50 artikler og fire doktorgrader i 2016. Sykehusapotekene har sjelden egne doktorgrader, men normalt publiseres det en håndfull vitenskapelige artikler hvert år.

For mer informasjon om forskning i HF-ene vises det til de respektive utviklingsplanene.

2.8 Innovasjon

I følge Innovasjonsstrategi 2016-2020¹², skal innovasjonsarbeidet i Helse Midt-Norge styrke klinisk praksis og helsetjenesten, og gi konsekvenser for pasientbehandling, gjennom økt regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid. I dette ligger en ambisjon om å øke innovasjonsaktiviteten i og rundt alle helseforetakene. Hvordan vi jobber for å nå målene, er oppsummert i Figur 2. Holdningen til innovasjonsarbeid i Helse Midt-Norge er jevnt over positiv, og aktørene i nettverket vårt merker en stadig økende entusiasme for innovasjonsprosjekter og nye idéer.

¹²Helse Midt-Norge innovasjonsstrategi 2016-2020: <https://helse-midt.no/innovasjon#innovasjonsstrategi-2016-2020>



Figur 2: Tiltak for å styrke innovasjonsområdet i Helse Midt-Norge.

Brukerinvolvering	• Brukerperspektivet skal ivaretas i planlegging av innovasjonsprosjekter og brukere skal ha en tydelig og aktiv rolle
Ressursbruk	• Dedikert personell ved helseforetakene skal ha innovasjon som hovedoppgave • Det øremerkes 15 millioner kroner til innovasjonsprosjekter for bedre helsetjeneste i 2016, med 20 prosent årlig vekst i strategiperioden • Det må etableres et system for utlysning av innovasjonsmidler
Infrastruktur og støtte	• Anskaffe verktøy for administrasjon og oppfølging av innovasjonsprosjekter (læring og bredding) • For å sikre spredning av god praksis bør kunnskapen formidles på en god måte, være lett tilgjengelig og overførbar. • Innovasjonspotensial i pågående forskningsprosjekter skal identifiseres og følges opp • Samarbeid med NTNU TTO AS og InnoMed skal videreføres og utvikles
Innovasjonskultur	• Innovasjon skal bli en integrert del av hverdagen i alle klinikker • RHF skal bidra til å styrke innovasjonskulturen i foretaksgruppen • Implementering av innovasjon er et lederansvar • Innovasjonsaktiviteter bør meritteres på alle ledernivå i foretaksgruppen
Samarbeid	• Det bør etableres en fast struktur av innovasjonsnettverk og møteplasser mellom helseforetakene, RHF og med eksterne samarbeidspartnere, som UH-sektor, institutter og industri. Skape nye og styrke eksisterende arenaer for samarbeid, regionalt og nasjonalt.
Ekstern finansiering	• Finansiering av innovasjonsprosjekter fra Norges Forskningsråd, Innovasjon Norge og EU skal øke fra dagens nivå

Det er ansatt egne innovasjonsrådgivere i det regionale helseforetaket og alle underliggende helseforetak, som sammen med innovasjonsrådgiver ved Hemit og ved Fakultet for medisin og helsevitenskap (NTNU) utgjør det regionale innovasjonsnettverket. Nettverket bidrar til å styrke samarbeid på tvers av foretak, øke innovasjonskultur og bidra til spredning av innovasjonsprosjekter.

Helse Midt-Norge fokuserer også på innovasjon gjennom eierskap i teknologioverføringskontoret NTNU Technology Transfer AS, gjennom samarbeid med kompetansenettverket InnoMed, gjennom deltakelse i klyngen Cluster for Co-creative Design and Innovation (CCSDI) og i RHF-enes arbeidsgruppe for innovasjon.

Helse Midt-Norge RHF har øremerket finansiering av innovasjonsprosjekter i regionen for strategiperioden 2016-2020. I 2017 ble det etter en søknadsrunde delt ut totalt 13,4 millioner kroner til 18 prosjekter. 31 unike prosjekter har til nå fått midler, dette utgjør imidlertid kun en brøkdel av den samlede innovasjonsaktiviteten i foretaksgruppen.

I samarbeid med de andre regionale helseforetakene er det innført et IKT-støttet system for måling av innovasjon i helseforetakene, der innovasjon skal måles både på aktivitet og nytteverdi. Den aktivitetsbaserte innovasjonsindikatoren vil det rapporteres på for første gang i 2018, for nytteverdi er det ikke startet rapportering enda. I tillegg til at IKT-systemet gir oversikt over innovasjonsporteføljen, fungerer det også som et idémottak der idéhavere sender inn sine idéer som deretter kan løftes opp av innovasjonsrådgivere.

Innovasjon innebærer usikkerhet og risiko. Det kan være krevende å ha fokus på innovasjonsarbeid der nye løsninger og produkter skal testes ut samtidig som sikker pasientbehandling skal ivaretas. Det kan også virke hemmende på viljen til innovasjon at det er knyttet økonomisk risiko, gjennom innsatsstyrt finansiering, til utprøving av nye løsninger.



2.9 Økonomi

Helse Midt-Norge har en årlig driftsinntekt på om lag 21 mrd. kr. Hvordan vi forvalter samlet økonomisk ramme er viktig for hvordan utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje og hvordan utfordringer skal løses. Helse Midt-Norge RHF har som oppgave å forvalte regionens økonomiske rammer på en best mulig måte over tid. Med dette forstås blant annet å tilrettelegge for en forutsigbar og langsiktig finansiering av helseforetakenes drift og investeringer. Samtidig er det flere prosesser på gang som legger føringer av stor betydning for både innhold, struktur og organisering av spesialisthelsetjenesten i regionen.

Foretaksgruppen er inne i en periode med flere store investeringsprosjekter i parallell, med Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og Helseplattformen som Helse Midt-Norges prioriterte investeringer. I tillegg til regionens prioriteringer har helseforetakene et ansvar for å ta vare på eksisterende bygningsmasse og ha en effektiv og løpende forvaltning av disse, i tillegg til å sørge for tilstrekkelige reinvesteringer i medisinsk-teknisk utstyr. For å ha et godt grunnlag for vurdering av risiko og nødvendig likviditetsstyring må utvikling i drift og gjennomføring av krevende investeringsprosjekter sees i sammenheng.

Langtidsplan og -budsjett (LTB) for Helse Midt-Norge skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utviklingsprosjekter i foretaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Siste års rullering av langtidsbudsjettet har vist at Helse Midt-Norge står overfor en krevende likviditetsutvikling i de nærmeste årene. For å kunne realisere foretaksgruppens planer er det behov for en omfattende effektivisering og forbedring av driften slik at virksomhetene klarer å generere tilstrekkelig likviditet til dagens driftsnivå og planlagte investeringer.

Helseforetakene viser til at de allerede i dag er i en krevende driftssituasjon, hvor to av tre sykehusforetak hadde svakere resultat i 2016 og 2017 enn budsjettet. Dette utfordringsbildet er snarere blitt forsterket, og vil kreve økt evne til omstilling og forbedring for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste. Standardisering er et av virkemidlene som er nødvendig for å realisere den nødvendige tjenesteutviklingen.

2.10 Teknologi og utstyr

Helse Midt-Norge har en moderne IKT-infrastruktur, som forvaltes gjennom en velfungerende regional IKT-enhet, Helse Midt-Norge IT (Hemit). Infrastrukturen vedlikeholdes gjennom årlige investeringsbudsjetter som gjør at den fornyes i tråd med levetid på utstyret. IKT-infrastruktur er i stor grad standardisert, og PC-er og annet periferiutstyr er i tilfredsstillende stand. Helse Midt-Norge har en stor programvareportefølje og deler av denne er moden for utskiftning, dette gjelder spesielt systemer for pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ) og laboratoriesystemer, som det er satt i gang prosjekter for å skifte ut.

Gjennom felles IKT-systemer i regionen har vi i de store systemene felles programvare og delvis lagring av data i felles databaser. Felles journalsystem i Doculive (EPJ) er et eksempel på dette. Det er en utfordring at kliniske data i stor grad er ustrukturerte og derfor uegnet eller vanskelig tilgjengelig for



styringsinformasjon, diagnostisering, behandling og forskning. Data deles med den kommunale tjenesten gjennom overføring og meldinger. Stordatateknologi benyttes foreløpig i liten grad, men dette er et voksende felt.

Dagens IKT-løsninger understøtter i varierende grad pasientforløp og arbeidsprosesser. De er i hovedsak dokumentasjonssystemer og samler informasjon. Det vil si at de i liten grad fungerer som aktiv beslutningsstøtte og til dels gir ufullstendige beslutningsgrunnlag. Mellom nivå er det fortsatt utstrakt bruk av telefon og muntlig kommunikasjon. Det ligger et uutnyttet potensial i å synliggjøre i standardiserte pasientforløp hvordan teknologi kan involvere pasienten i større grad, og ta i bruk pasientens ressurser.

Kompetanse på teknologi og digitalisering er svært varierende i foretaksgruppen både blant ansatte og ledere. Ansatte har varierende kunnskap om hvilke muligheter som ligger i dagens løsninger, og hvordan de skal benyttes. Dette fører til variasjon i bruk, data og prosesser. Manglende kompetanse om teknologi og digitalisering gjør det også utfordrende for ledere å utnytte potensialet til forbedring som ligger i løsningene.

I foretaksgruppen er det stor variasjon i teknologibruk. Det finnes miljøer som er verdensledende på ny teknologi, mens det i andre sammenhenger er et stykke fram. Innovasjonssatsningen gjennom tildeling av innovasjonsmidler har ført til at mange nye teknologier blir prøvd ut og tatt i bruk. Innføring av ny teknologi som ikke er IKT foregår imidlertid i stor grad basert på enkeltpersoner eller avdelinger sine initiativ, og i mindre grad gjennom styrte prosesser. Vi har noen få eksempler på store, målrettede satsinger, slik som utvikling av PET-MR og PET-CT med etablering av syklotron.

Foretaksgruppen har en omfattende portefølje av medisinsk-teknisk utstyr. Anskaffelse og bruk av dette er i liten grad standardisert, og det er stor grad av variasjon på type utstyr, bruk, integrasjon og kostnader. For å opprettholde en moderne standard på utstyr med en levetid på ca. 10 år burde investeringsnivået være på et slikt nivå at gjennomsnittsalderen var ca. 5 år. Gjennomsnittsalderen på det medisinsk-tekniske utstyret er økende og har nå passert 8 år.

2.11 Dagens bygg – tilstand og muligheter

Helse Midt-Norge har følgende bygningsmasse:

Tabell 1: Oversikt over bygningsmasse

Foretak	Antall bygg	Samlet areal	Alder (vektet)	Teknisk tilstandsgrad
Helse Møre og Romsdal HF	117	254 836	47	1,91
Helse Nord-Trøndelag HF	52	104 526	43	1,31
St Olavs Hospital	123	350 357	31	1,16
Helse Midt-Norge RHF totalt	292	709 769	38	1,35



Sykehusapotekene Midt-Norge HF og Helse Midt-Norge RHF (inkludert Hemit) leier arealer. Enkelte arealer leies eksternt og inngår ikke i oversikten, hovedsakelig en del kontorlokaler og ambulansestasjoner

Bygningsmassen har en samlet vektet teknisk tilstand (VTTG) på 1,35. Dette er høyere (dårligere) enn normalt ambisjonsnivå som er samlet vektet teknisk tilstandsgrad på 1,2 - og noe dårligere enn andre offentlige aktører som Forsvarsbygg og Statsbygg. Nasjonale oversikter viser likevel at bygningsmassen i Helse Midt-Norge RHF har marginalt bedre tilstand enn i de øvrige helseregionene.

Helse Midt-Norge RHF har tidligere vedtatt en opptrappingsplan for vedlikehold hvor det var lagt opp til at en økning på 210 mill.kr per år ville være nødvendig for å ta igjen vedlikeholdsetterslepet. Opptrappingen har bare i begrenset grad blitt gjennomført etter at ansvaret for prioritering og gjennomføring ble overført til helseforetakene.

Som det fremgår er det store forskjeller mellom byggenes alder og tilstandsgrad mellom foretakene, blant annet knyttet til at St Olavs Hospital har mye ny bygningsmasse ved universitetssykehuset i Trondheim, hvor siste senter ble ferdigstilt i 2013 - med unntak av senter for psykisk helse som gjenstår. Helse Møre og Romsdal står på sin side foran omfattende nybygg knyttet til nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal og påfølgende salg/sanering av om lag 90 000 kvm bygningsmasse med gjennomgående dårlig tilstand. I Helse Nord-Trøndelag HF er bygningsmassen av om lag samme alder som i Møre og Romsdal, men denne bygningsmassen er vurdert til å være i bedre forfatning.

Enkelte bygg som fremgår av oversikten er planlagt solgt eller revet, hovedsakelig i Molde og ved Brøset, i tillegg til enkelte boligområder og bygg hvor virksomheten har opphørt. Videreutvikling av resterende bygningsmassen baseres på at den vil bli benyttet til de samme spesialiserte funksjonene som nå. Foretakene anbefaler at byggene gis nødvendig teknisk oppgradering slik at de kan benyttes videre. Det er bare i mindre grad rom for slike oppgraderinger og økt vedlikehold i planperioden.

En mulighet for å dempe behovet for videre utbygging er å bruke lokaler og utstyr større deler av døgnet, som ved utvidet åpningstid for poliklinikker og operasjonsstuer. I noen grad vil økt kjøp av heletjenester og bruk av avtalespesialister mv. bidra til å dempe behovet for nybygg. Effekten av e-helse-løsninger kan bidra til redusert behov for bygg, men dette vil ikke gi vesentlig effekt i den første 4-årsperioden.

De største vedtatte utbygginger i Helse Midt-Norge RHF er

- Nytt sikkerhetsbygg på Østmarka, planlagt som en nødvendig bygningsmessig fornyelse for sikkerhetsfunksjonen i Psykisk helsevern. Konseptfase vedtatt.
- Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal skal erstatte dagens sykehus i Molde og Kristiansund og består av Akuttsykehus på Hjelset ved Molde og distriktsmedisinsk senter med poliklinikk og dagkirurgi i Kristiansund. Utbygging vedtatt og ferdigstilling planlagt i 2023.



- Psykiatriløftet Levanger som innebærer en utvidelse og oppgradering av dagens bygningsmasse. Utbygging pågår med ferdigstilling i 2019
- Oppgraderinger av Ålesund sykehus, utskifting av fasade og oppgradering av det elektriske anlegget (400 V). Første av tre faser vedtatt – det gjenstår finansiering av de to siste fasene

Videre jobbes det med planer for

- Nytt senter for Psykisk helse planlegges som et felleseid senter med NTNU som en del av NTNUs campusutbygging. Det er gitt aksept til prinsippene for finansiering og gjennomføring av senteret, men tidligfaseplanlegging ikke påbegynt enda. Tidligste ferdigstilling er anslått til 2024/2025
- Ombygging og oppgradering av avdeling Orkdal sjukehus som følge av funksjonsendringer og oppgradering av sengeavdelingen
- Kombinasjonsbygg Namsos – ny og samlet operasjonsavdeling, kommunale funksjoner mv
- Alle foretak melder behov for endringer/utvidelser knyttet til at poliklinisk aktivitet har økt mye og vil fortsette å øke. Selv med effektiv bruk av eksisterende arealer kreves noen arealutvidelser og bygningsmessige endringer.



3 Utviklingstrekk

3.1 Hovedutfordringer for helsetjenesten

En aldrende befolkning legger press på tjenester

Befolkningssammensetningen er i endring. Antallet i arbeidsfør alder sammenlignet med antall eldre vil gå vesentlig ned. I regjeringens perspektivmelding forutsettes det at dette vil føre til at en aldrende befolkning gjør at vi får flere kroniske langtidspasienter, men at medisinske fremskritt vil gjøre det lettere å leve med sykdom, så færre trenger døgnsorg. Sykdomsutviklingen anses imidlertid for å være usikker, og kan antagelig i stor grad påvirkes¹³. Å lykkes med å dempe behovsveksten vil være avgjørende for helsetjenesten.

Rekrutterings- og kompetanseutfordringer

Gitt en utvikling der det blir færre potensielle arbeidstakere per pensjonist vil vi regne med å måtte utføre mer behandling uten tilsvarende økning i personell. I dag rekrutterer helsetjenesten (primær- og spesialist) samlet ca. 15 % av hvert årskull fra videregående skole. Behov for arbeidskraft også i andre sektorer i samfunnet setter begrensninger på hvor mye denne andelen kan øke.

Vi ser allerede i dag at det er vanskelig å dekke behovet for helsepersonell på flere fagområder, særlig i distriktene. Dette gir allerede en utfordring for likeverdige helsetilbud og evnen til å øke kapasiteten på de områdene vi ønsker.

Til nå har vi delvis kunnet løse utfordringer gjennom å importere helsepersonell fra andre land eller andre regioner. Utviklingen i befolkningssammensetning er imidlertid en internasjonal trend, så vi kan ikke forvente at dette er mulig over tid. En bærekraftig utvikling forutsetter at vi kan løse våre kompetanse- og kapasitetsbehov innenfor vår egen befolkning.

Utfordringsbildet er også det samme for primærhelsetjenesten som for spesialisthelsetjenesten. Etter som vi tjener den samme befolkningen, og rekrutterer fra det samme grunnlaget vil det bli et økende behov for samarbeid om kompetanse og kapasitet.

Økende forventninger – den nye pasienten

Økt privat velstand, økt tilgang på informasjon, økt utdanningsnivå, personlig medisinsk teknologi og en rivende utvikling innenfor andre samfunnsområder øker befolkningens forventninger til kvalitet, tilgang på tjenester, ventetid, medvirkning og individuell tilpasning.

Mange pasienter har i dag økende evne til å kunne stille sin egen diagnose og god kunnskap om behandlingsalternativer allerede før de tar kontakt med helsetjenesten. Dette driver en forventning om hva helsetjenesten skal levere, men utgjør også en potensiell ressurs dersom vi evner å spille på lag med pasienten og utnytte hverandres kompetanse.

¹³ Finansdepartementet. (2017). *Meld. St. 29 (2016-2017) Perspektivmeldingen 2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/> s. 218



Nye tilbud

Utviklingen i teknologi og ny kunnskap beskrives som en utviklingsdriver som både gir muligheter og utfordringer. Forskning og innovasjon gir oss stadig nye muligheter til behandling, en utvikling som neppe vil bli svakere i de kommende årene.

Nye behandlingsmuligheter gir oss nye muligheter til å gi flere pasienter et bedre liv. Mange behandlingsmetoder vil forhåpentligvis også erstatte gamle og mindre effektive metoder og redusere presset på tjenestene. Dette fordrer at vi i større grad evner å slutte med metoder som ikke lenger har dokumentert effekt. Det er imidlertid all grunn til å tro at nye muligheter til å behandle vil overgå vår evne til å tilby behandling. Dette fremtvinger et større behov for prioritering basert på en vurdering av nytte og kostnad ved behandlingen slik at vi sørger for at knappe ressurser brukes på en slik måte at de gir mest helse til flest mulig.

Spesialisering, sentralisering og koordineringsbehov

Utvidet kunnskap leder til enhver tid til større muligheter og behov for spesialisering. Spesialisering gir nye utfordringer med koordinering for å gi pasienten et helhetlig tilbud, særlig overfor pasienter med sammensatte behov og flere lidelser på en gang. Spesialisering er gjerne også en driver for sentralisering som igjen kan gi utfordringer med å sørge for et likeverdig helsetilbud uavhengig av bosted.

For å kunne gi pasientene et best mulig, og likeverdig, tilbud vil det derfor være nødvendig å finne den riktige balansen mellom spesialister som kan løse komplekse utfordringer og generalister som kan se helheten.

Deler av den teknologiske utviklingen krever spesialisert kompetanse og kostbare investeringer som utfordrer større grad av sentralisering. Telemedisin og velferdsteknologi gir på den andre siden muligheter til å desentralisere og tilby tjenester nærmere pasienten.

Press på økonomisk bærekraft

Endret befolkningssammensetning gir samfunnet økte utgifter til velferd i tillegg til at antallet skattebetalere per nettomottaker går ned. Regjeringens perspektivmelding peker også på at både oljeinntektene og den forventede avkastningen av oljefondet går ned. Helsetjenesten kan derfor ikke forvente en like stor økning i bevilgninger som den antatte utviklingen av behovet skulle tilsi. Med dagens løsninger vil vi derfor ikke være i stand til å tilfredsstille fremtidens forventninger.

Dette utløser et behov for å finne bedre og mer effektive måter å jobbe på, og evne til å prioritere hva vi skal bruke ressurser på. Det krever også at vi klarer å styre økonomien godt nok til at vi får frigjort ressurser til investeringer som gir gevinster i kvalitet og effektivitet.

Økende krav til endringsevne

Mulighetene som ny kunnskap og ny teknologi gir oss øker behovet for å kunne endre organisasjon, arbeidsmåter og samhandling for å hente gevinster i form av bedre helsetjenester eller sparte ressurser. Ofte fører slike prosesser til at den



reelle makten over noen beslutninger flyttes fra den enkelte behandler til overordnede faglige beslutningsprosesser. I en slik utvikling blir det gjerne en konflikt mellom behovet for å bygge sterk konsensus og evnen til å fatte tilstrekkelig raske beslutninger. For å lykkes med dette må vi bygge kultur for endring, involvering og en organisasjon der det råder tillit til de som fatter beslutninger på vegne av fellesskapet.

Nye sårbarheter

Mer bruk av avansert teknologi gjør oss mer effektive og gir oss større muligheter, men det gjør også helsetjenesten mer avhengig av at teknologien fungerer. Dette gjør oss sårbare både for feil, uhensiktsmessige løsninger og bevisste angrep.

Digitalisering fører til at mer data blir lagret, sentralisert, standardisert og tilgjengeliggjort. Dette krever et sterkere fokus på informasjonssikkerhet. Vi må sikre *konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet* av data. For å kunne bruke de muligheter som ligger i teknologi og data er vi avhengige av tillit til at vi behandler dem forsvarlig og ivaretar personvernet. I tillegg må vi være sikre på kvaliteten på de dataene vi benytter oss av, både at de er registrert riktig og at de ikke er manipulert, og at de som til enhver tid trenger dem har tilgang til dem.

3.2 Framskrivinger

Samfunnet står overfor store endringer i årene som kommer. Bosettingsmønsteret er i sterk endring og er preget av sterk sentralisering, med befolkningsvekst i byene og markant nedgang i utkantkommunene. Det er særlig de unge og innvandrere som flytter til byene. Denne utviklingen, kombinert med at vi blir stadig flere eldre, som sjelden flytter, vil endre pasientsammensetningen i regionen. Alle vil få flere eldre, og i 2030 vil en tredjedel av innbyggerne være eldre enn 67 år i mange kommuner.

Spesialisthelsetjenesten vil i årene fremover stå overfor betydelige endringer. Stadig flere vil ha behov for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Samtidig forventes det at en økende andel av befolkningen vil trenge, og etterspørre, oppfølging for psykiske helseplager. Prognosene for årene fremover er at det vil bli en markant vekst i andelen av behandlinger som gis i form av polikliniske konsultasjoner eller dagbehandlinger, til forskjell fra innleggelser.

På tross av at aktivitetsframskrivingene i dette kapitlet tar høyde for kjente trender blant annet knyttet til samhandling med kommunehelsetjenesten, overgang til mindre døgnbehandling, gir framskrivingene likevel et nivå på tjenester som neppe vil være bærekraftig med dagens måte å gjøre ting på. Framskrivningene understreker derfor utfordringsbildet fra forrige kapittel. I tillegg til å høste gevinster av de trendene det er tatt høyde for i modellen, må helsetjenesten lykkes med å dempe behovet for helsetjenester, og klare å omstille oss til å levere helsetjenester på en betydelig mer effektiv måte enn i dag.



3.2.1 Aktivitetsframskriving

Sykehusbygg HF har gjennomført en framskriving av aktiviteten i regionen med utgangspunkt i 2015 frem til 2022 og 2035¹⁴, med bakgrunn i et krav om en felles nasjonal framskrivingsmodell. I modellen er demografi framskrevet med bakgrunn i SSBs anslag for middels vekst. Pasientdata er framskrevet basert på disse anslåtte befolkningsendringene.

Videre er det i modellen lagt inn enkelte vurderinger om endring i sykkelighet og tilbudsendringer, omstilling knyttet til omsorgsnivåer (vridning mot poliklinikk og dagbehandling), overføring av oppgaver til kommunehelsetjenesten, og enkelte generelle observerte trender. Modellen tar altså høyde for økninger i behov og effektivisering. Framskrivingene som Sykehusbygg HF har utført for Helse Midt-Norge er i all hovedsak basert på

standardforutsetningene i modellen. Figur 4 viser hvordan de ulike trinnene i framskrivingen gir endringer i framskrevet behov for liggedøgn og polikliniske konsultasjoner og dagbehandling for somatikk i 2035.

Metoden for gjennomføring av framskrivingene er nærmere beskrevet i en egen rapport fra Sykehusbygg, som ligger som vedlegg til denne planen¹⁵.

Framskriving av aktivitet langt frem i tid vil alltid innebære stor usikkerhet. Framskrivingen viser at økningen i andelen eldre vil prege den somatiske spesialisthelsetjenesten i framskrivingsperiodene. Økning i antall eldre kan fastslås med stor sikkerhet. Likevel er det stor usikkerhet om hvor stor økning i behov for spesialisthelsetjenester dette medfører. For eksempel er det usikkert hvordan den forventede veksten i antall personer med kognitiv svikt (demensproblematikk) kan komme til å påvirke det framtidige behovet for tjenester i det psykiske helsevernet. Det er en kjent problemstilling at mange eldre med demens utvikler depresjoner, angsttilstander og andre sykdommer som kan kreve oppfølging. Vi er også kjent med faglige diskusjoner knyttet til mulig underbehandling av pasienter med demenssykdom i dag. De øvrige trendene, med bl.a. økt bruk av dagbehandling og polikliniske konsultasjoner, forventes å prege hele spesialisthelsetjenesten.

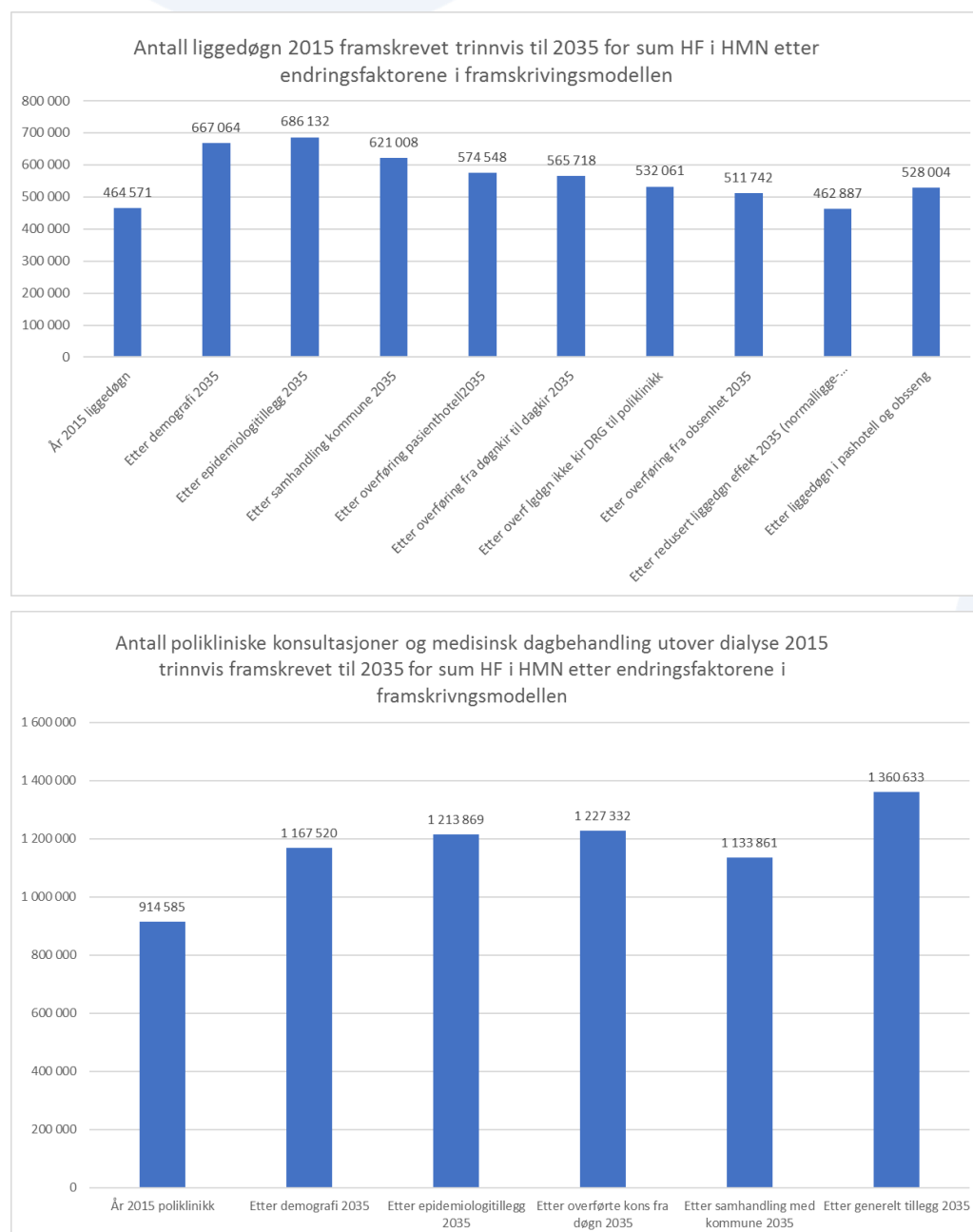
Figur 3: Prinsipper for framskrivingsmodell



¹⁴ Sykehusbygg HF. (2017). *Framskriving og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 - Helse Midt-Norge RHF*. Hentet fra <https://helse-midt.no/helsefaglig/utviklingsplaner>

¹⁵ Sykehusbygg HF. (2017). *Framskriving og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 - Helse Midt-Norge RHF*. Hentet fra <https://helse-midt.no/helsefaglig/utviklingsplaner>

Figur 4: Trinnvis utvikling fra 2015 til 2035 innen somatikk. Fremskrevet antall liggedøgn og polikliniske konsultasjoner/medisinsk dagbehandling ekskl. dialyse. Sum for HF i Helse Midt-Norge (Kilde: Sykehusbygg HF)¹⁶



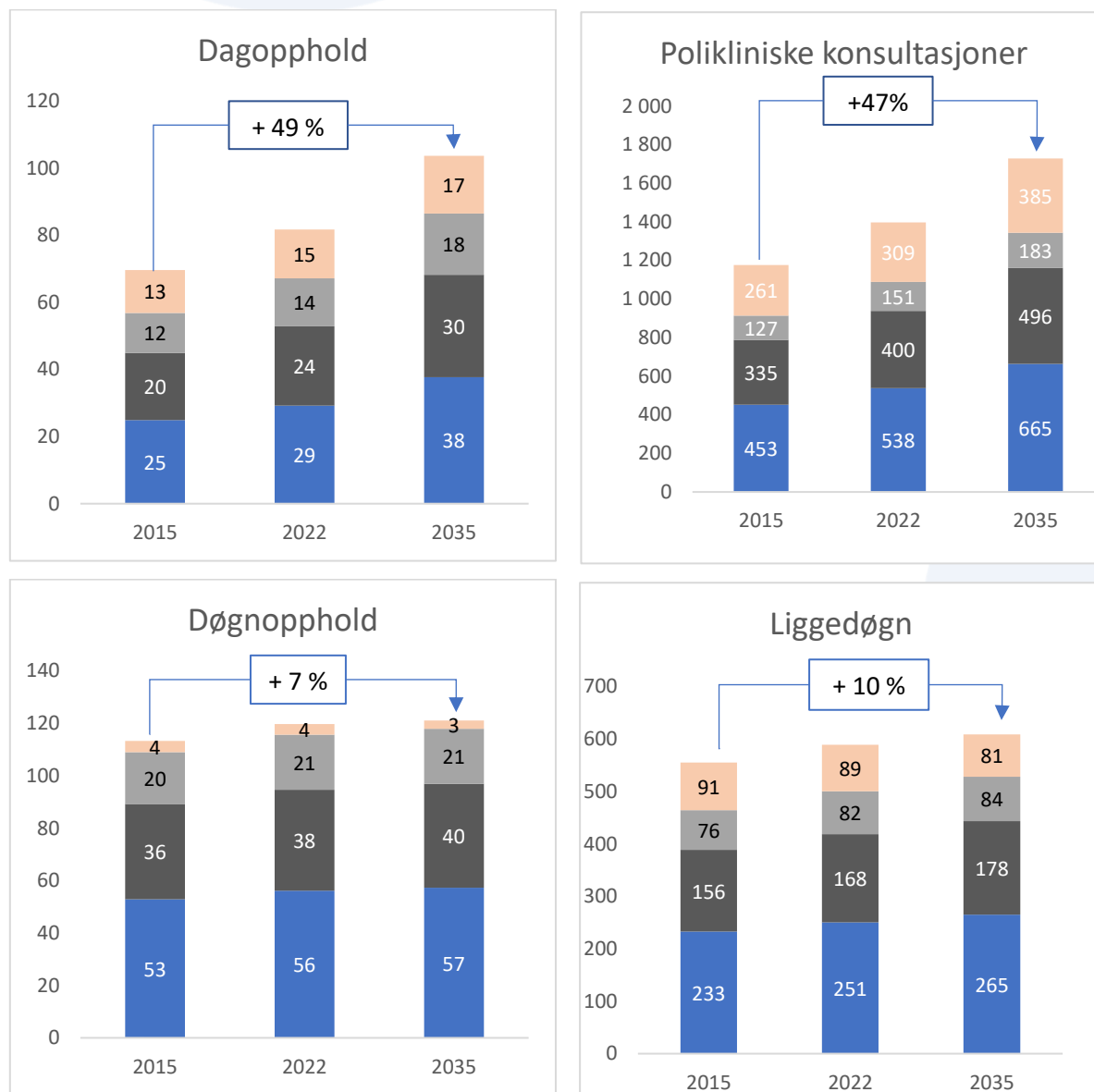
Det er i etterkant av disse framskrivingene satt i gang et nasjonalt arbeid med revidering av framskrivingsmodellen til Sykehusbygg, som Helse Midt-Norge også deltar i. Ved revidering av denne modellen vil vi vurdere å publisere nye framskrivinger som grunnlag for videre utviklingsarbeid i regionen.

¹⁶ Tallene i figurene avviker marginalt fra tall gjengitt i Figur 5 ettersom kun aktiviteten ved Helse Midt-Norges HF inkludert i fremstillingen av den trinnvise framskrivingen, mens aktivitet utført av private aktører er inkludert i Figur 5.



Somatikk

Figur 5: Somatikk - fremskrevet aktivitet i 1 000 enheter



Innen somatikk forventer vi en moderat økning i døgnopphold, på 7 % fram til 2035. For dagopphold er trenden en helt annen, med en forventet økning på 49 %, noe som tilsvarer en økning på om lag 34 000 dagbehandlinger i Midt-Norge. Trenden er tilsvarende for polikliniske konsultasjoner, som forventes å øke med 47 %, noe som utgjør omtrent 550 000 flere konsultasjoner i 2035 enn i 2015.

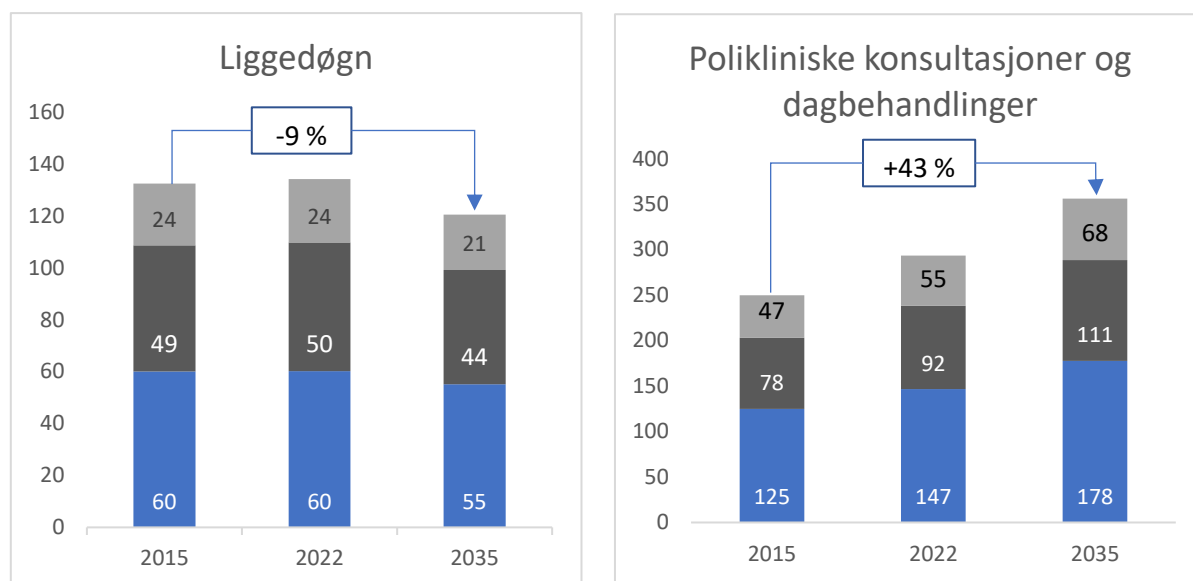
Disse estimatene er til en stor grad et resultat av de demografiske endringene som er forventet i perioden fremover mot 2035. Innen somatikk vil flere eldre i samfunnet føre til at man forventer relativt store økninger i behovet for spesialisthelsetjenester i årene som kommer. I tillegg til de demografiske endringene, er det i framskrivingsmodellen anslått at endringer i epidemiologisk og medisinsk utvikling for enkelte pasientgrupper vil gi en ytterligere økning. På den andre siden antas samhandling med kommunene og



overføring til pasienthotell og/eller observasjonsenhet å kunne dempe behovet for spesialisthelsetjenester noe. I hele perioden antas videre en fortsatt overføring av aktivitet fra døgnbehandling til dagbehandling/poliklinisk oppfølging.



Figur 6: Psykisk helsevern for voksne - fremskrevet aktivitet i 1 000 enheter



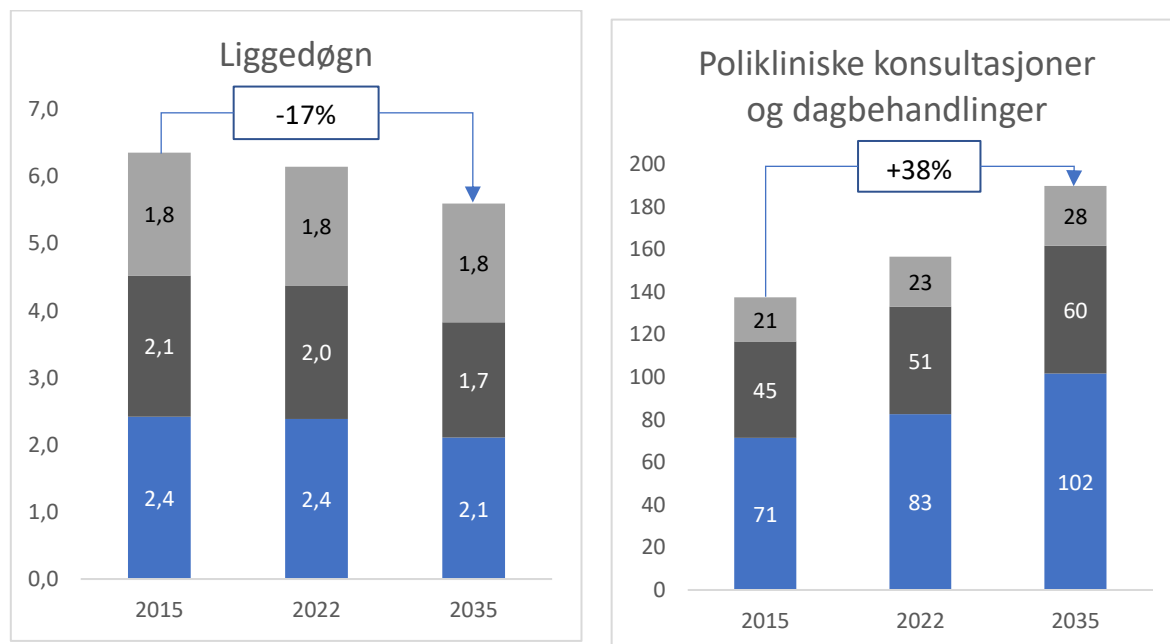
Innen det psykiske helsevernet for voksne forventes det en reduksjon i liggedøgn på nær 10 %. Dagbehandling og poliklinisk behandling forventes imidlertid å øke betraktelig, med over 100 000 konsultasjoner frem til 2035, noe som utgjør omlag 43 % økning fra 2015. Den fremskrevne økningen innen dagbehandling og polikliniske konsultasjoner er sterkt drevet av faktoren «etterspørselsvekst» i framskrivingsmodellen. Størrelsesordenen på effekten av de ulike endringsfaktorene i modellen er gjengitt i figurene under. Figurene er differensiert mellom oppholdsdøgn og dagopphold/polikliniske konsultasjoner for HF-ene i Helse Midt-Norge.



Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)

Innen psykiske helsevern for barn og unge utgjør den inneliggende aktiviteten en relativt liten del av totaltilbudet. Antallet døgnopphold anslås å øke med 20 % frem til 2035, mens det er ventet 17 % nedgang i liggedøgn i tilsvarende periode. Det antas dermed at liggetiden for oppholdene reduseres nokså markant, fra et gjennomsnitt på 12 døgn per opphold i 2015 til 8 døgn i 2035.

Figur 7: Psykisk helsevern for barn og unge - fremskrevet aktivitet i 1000 enheter



I tilbudet til barn og unge utgjør de polikliniske tjenestene den mest sentrale delen, ettersom de fleste pasientene mottar et poliklinisk tilbud. Det er også de polikliniske konsultasjonene som er forventet å øke mest. Det antas at det vil bli utført omtrent 50 000 flere konsultasjoner i 2035 enn i 2015, noe som tilsvarer en vekst tett opptil 40 %.

Størrelsesordenen på effekten av de ulike endringsfaktorene i modellen er gjengitt i figurene under. Figurene er differensiert mellom oppholdsdøgn og dagopphold/polikliniske konsultasjoner for HF-ene i Helse Midt-Norge.

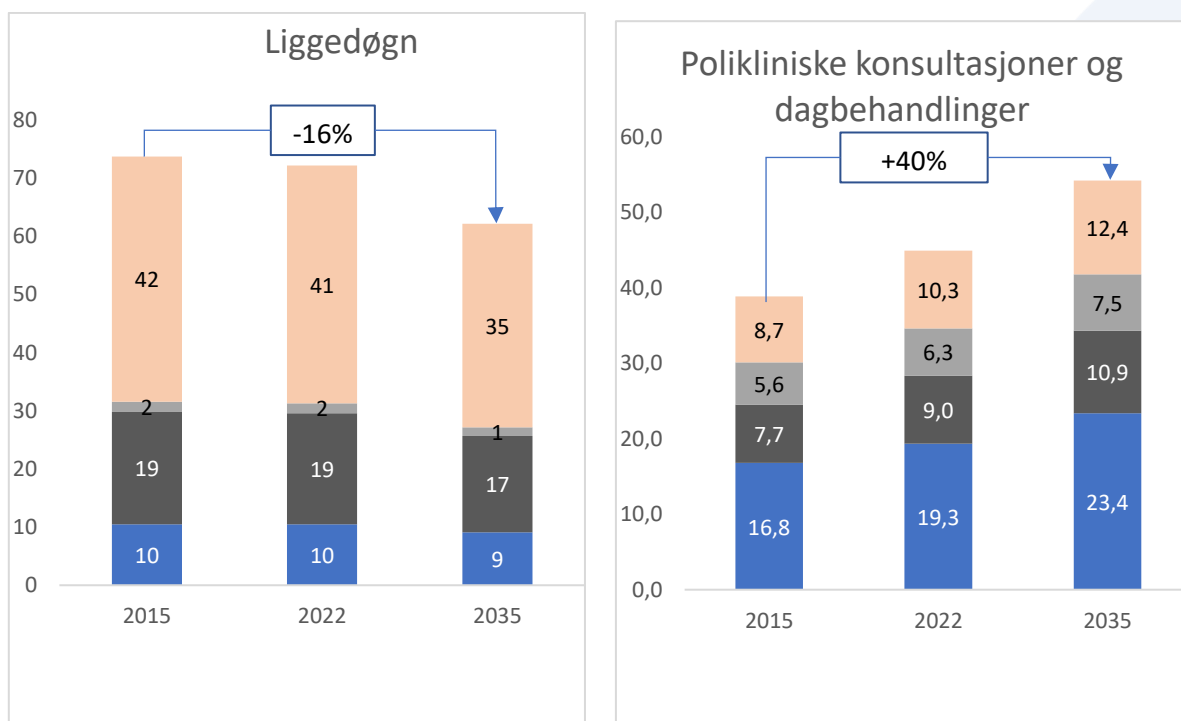
■ Helse Nord-Trøndelag HF
■ Helse Møre og Romsdal HF
■ St. Olavs hospital HF



Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) forventes å følge tilsvarende trend som for psykisk helsevern for barn og unge, med at antall døgnopphold øker samtidig som liggetiden går ned. Det er predikert en nedgang i liggedøgn på 16 %. Innen TSB er det en mye større andel døgnopphold ved private institusjoner enn innen somatikk og psykisk helsevern. I 2015 var over halvparten (57 %) av de midtnorske pasientenes liggedøgn ved private sykehus, over 42 000 liggedøgn samlet. Basert på framskrivingene utført av Sykehusbygg, kan vi forvente en nedgang i liggedøgn ved private sykehus med omtrent 1 300 døgn frem til 2022 og deretter ytterligere 5 800 døgn frem mot 2035. Som andel av det totale antallet liggedøgn antas imidlertid den private andelen å forbli konstant, i overkant av 50 %. Det understrekes imidlertid at prognoser med et så langt tidsperspektiv er beheftet med betydelig usikkerhet.

Figur 8: Tverrfaglig spesialisert rusbehandling - fremskrevet aktivitet i 1 000 enheter



I 2015 ble det gjennomført ca. 30 000 polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger ved de offentlige helseforetakene i Midt-Norge, og 8 700 konsultasjoner og dagbehandlinger ved private sykehus. Det private innslaget utgjorde dermed i underkant av en fjerdedel av det polikliniske-/dagbehandlingstilbudet. Det totale antallet konsultasjoner/dagbehandlinger er, ifølge framskrivningene til Sykehusbygg, forventet å stige til om lag 42 000 konsultasjoner tilbudt i regi av HF-ene og 12 400 konsultasjoner utført av private i 2035. Dette utgjør tett opptil 40 % vekst. Den private andelen av det polikliniske tjenestetilbudet forventes å holde seg stabil.

Størrelsesordenen på effekten av de ulike endringsfaktorene i modellen er gjengitt i figurene under. Figurene er differensiert mellom oppholdsdøgn og



dagopphold/polikliniske konsultasjoner og viser utviklingen for pasienter med bosted i Helse Midt-Norge.

3.2.2 Kapasitetsberegninger

Endringene i aktivitet som er beskrevet over, særlig endringene i fordelingen mellom innleggelser og dagbehandling eller poliklinisk behandling, gir også endringer i det anslåtte behovet for kapasitet på senger og rom. I beregningene som er gjort, er forutsetningene som er oppsummert i tabell 4 om åpningstider, beleggsprosent og antall dager i året med full drift, lagt til grunn. For mer detaljert oversikt, se Sykehusbyggs rapport¹⁷.

Tabell 2: Forutsetninger lag til grunn for Helse Midt-Norge i kapasitetsberegningene

Tjenesteområde	Beleggsprosent	Dager/år full åpningstid	Åpningstimer/dag
Somatikk (normalsenger)	85 %	230	8
Somatikk (obs.senger/pasienthotell)	75 %	230	8
Psykisk helsevern voksne	85 %	230	6
Psykisk helsevern barn og unge	75 %	230	6
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	80 %	230	6

Innen somatikk er behovet for normalsenger anslått å bli relativt uforandret i 2035 sammenlignet med 2015. Behovet for pasienthotellsenger er derimot forventet å øke med om lag 200 i samme periode, og behovet for observasjonssenger med 40. Hovedtrenden er det økende behovet for poliklinikkrom. Dette på grunn av den forventede overføringen av aktivitet fra innleggelser til dagbehandling/poliklinisk behandling. Sykehusbygg har anslått ca. 37 % økning, fra 260 rom i 2015 til ca. 350 rom i 2035.

Når det gjelder kapasitetsbehovet innen psykisk helsevern, så er prognosene sterkt preget av forventet etterspørselsvekst, overføring av liggedøgn til kommunehelsetjenesten og forventet effektivisering, som vil redusere liggetiden ved innleggelser. Etterspørselsveksten til poliklinisk behandling er forventet å bli særlig høy. Det antas at det trengs ca. 40 færre senger i 2035 sammenlignet med 2015 – noe som betyr en nedgang fra ca. 450 senger i 2015 til ca. 410 i 2035. For det psykiske helsevernet for voksne og barn og unge sett under ett, er det totale behovet for polikliniske plasser forventet å øke med 173 plasser ved Helse Midt-Norges HF i 20 års-perioden fra 2015 til 2035. Dette vil utgjøre en økning i polikliniske plasser tilsvarende ca. 40 %.

¹⁷ Sykehusbygg HF. (2017). *Framskrivning og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 - Helse Midt-Norge RHF*. Hentet fra <https://helse-midt.no/helsefaglig/utviklingsplaner> (Vedlegg5)



For TSB er også sengebehovet antatt å reduseres noe, fra 113 senger i 2015 til 95 i 2035. Behovet for polikliniske plasser er forventet å øke fra 33 plasser til 45.

3.2.3 Bemannings- og kompetansebehov 2035

Flere eldre og økende behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten vil også få store konsekvenser for bemanning og kompetansebehov i fremtiden. Resultatet av framskrivning i nasjonal bemanningsmodell indikerer en økning i bemanningsbehov på omtrent 23 prosent for alle yrkesgrupper i 2035 med dagens organisering¹⁸. Det forventes særlig stor vekst for pleiepersonellgruppen der spesialsykepleiere (anestesi-, intensiv- og operasjonssykepleiere) skiller seg ut. Radiografi, ambulansepersonell og bioingeniører er også yrkesgrupper med høy forventet behovsvekst.

Tabell 3: Forventet behovsvekst 2035 med dagens organisering fordelt på yrkesgrupper

Yrkesgrupper	Forventet behovsvekst 2035
Leger	21 %
Leger ikke aktivitetsdrivere: (anestesi, radiologi, patologi)	27 %
Psykologer	21 %
ABIOK sykepleier	29 %
Andre spesialsykepleier	19 %
Sykepleiere	28 %
Jordmor	19 %
Ambulansepersonell	33 %
Vernepleier	13 %
Fysioterapeut	29 %
Ergoterapeut	28 %
Bioingeniør	32 %
Radiograf	33 %
Helsefagarbeider/hjelpepleier	29 %
Helsesekretær	25 %

Langsiktig planlegging og dimensjonering av LIS-leger er viktig for å sikre rekruttering og vekst innenfor fagområder der behovet er størst. Dette må vurderes opp mot dagens tilgjengelig kapasitet. Resultatet av framskrivning i nasjonal bemanningsmodell knyttet til legespesialiteter viser høyest forventet behovsvekst innen fagområdene hjertesykdommer, onkologi, thoraxkirurgi og lungesykdommer gitt dagens organisering. Som et eksempel viser Tabell 3 en forventet vekst på 38 prosent innen fagområdet onkologi i 2035. Med dagens beholdning på 67 onkologer vil behovet øke til 92 onkologer i 2035. I tillegg er det

¹⁸ Det framskrevne bemanningsbehovet baserer seg på forskjellen mellom dagens ansatte og behovet i en ren framskrivning av demografisk aktivitetsvekst uten at vi endrer måten vi jobber på, fravær, pensjonsalder, andel verdiskapende tid, turnover og tilsvarende faktorer.



Figur 9: Forventet fremskrevet kompetansebehov 2035 fordelt per legespesialitet



Helse Midt-Norge og de andre regionene leverer hvert år en samlet vurdering til Helsedirektoratet hvilke legespesialiteter som bør ha strategisk oppmerksomhet basert på en helhetlig vurdering av behov for kompetanse og tilgjengelig kompetanse. De viktigste kriterier som legges til grunn for vurderingen er alderssammensetning, lite volum/små fagmiljø, høyt press på eksisterende kapasitet/ventelister, lave søkertall til spesialistutdanningen, utdanning av for få spesialister i forhold til behov for overleger og utdanningskapasitet, turnover og behovsvekst på grunn av økt andel eldre. Resultatet for 2017 ble som følgende: Gastrokirurgi, hjertesykdommer, karkirurgi, plastikkirurg, kjevekirurgi, urologi, medisinsk mikrobiologi, infeksjonssykdommer, fordøyelsessykdommer, nukleærmedisin og anesthesiologi.

4 Overordnede strategier og føringer – en fremragende helsetjeneste

4.1 Nasjonale føringer

*Nasjonal helse- og sykehusplan (NHSP) 2016-2019*¹⁹ er det viktigste overordnede nasjonale styringsdokumentet for spesialisthelsetjenesten. Følgende hovedmål trekkes fram i gjeldende plan:

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

De nasjonale prioriteringene som gjøres i Nasjonal helse- og sykehusplan er en del av hovedfundamentet for den regionale utviklingsplanen. Samtidig skal utviklingsplanen tjene som innspill til regjeringen som eier om fremtidsutviklingen for helseregionen og sektoren.

4.2 Strategi 2030 og andre regionale planer

Regionens planer og arbeid bygger på visjonen «På lag med deg for din helse», og de tre verdiene *trygghet, respekt og kvalitet*.

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i 2016 strategi 2030²⁰. Planen baserer seg på en analyse av drivkrefter i samfunns-, pasient-, arbeidskraft-, kunnskaps- og teknologiperspektiv. «En fremragende helsetjeneste» er det overordnede målet i strategien. Dette innebærer at tjenestene våre er likeverdige, helhetlige og ansvarlige. For å oppnå dette er det utpekt 4 strategiske mål:

- *Vi skaper pasientenes helsetjeneste*
Befolkningens behov er styrende for hvordan vi utvikler oss. Pasienter og pårørende deltar aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten.
- *Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse*
Ansatte og organisasjon utvikler og tar i bruk ny kunnskap og teknologi,. Kort vei fra kunnskap til forbedret praksis.
- *Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell*
Ansattes kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett

¹⁹ Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>

²⁰ Helse Midt-Norge RHF. (2016c). Strategi 2030. Hentet fra <http://helse-midt.no/strategi-2030>



kompetanse møter pasientene i hele forløpet. Vi tar vår del av ansvaret for utdanning.

- *Vi er gode lagspillere*

Vi tenker helhet og samhandling. Laget består av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi spiller hverandre gode og utnytter hverandres fortrinn.

Helse Midt-Norge har også en rekke andre regionale strategier og planer. En samlet oversikt over disse ligger i vedlegg 1.

Bildet av nåsituasjonen og utviklingen som er skissert i kapittel 2 og 3 i denne planen støtter i all hovedsak opp under det utviklings- og målbildet som ble skissert i strategi 2030. Strategien ligger fortsatt fast som et grunnlag for utviklingsplanen og hele vår virksomhet fram mot 2035, og utviklingsplanen fungerer i stor grad som en konkretisering av denne. Formålet med utviklingsplanen er også å sørge for at alle planer støtter opp om et felles overordnet mål. Utviklingsplanen tar derfor opp i seg øvrige strategier og planer som er allerede er lagt, og vil samtidig tjene som grunnlag for revidering av disse i tiden framover.



5 Veivalg og strategier

5.1 Pasientenes helsetjeneste

Vi skaper pasientenes helsetjeneste

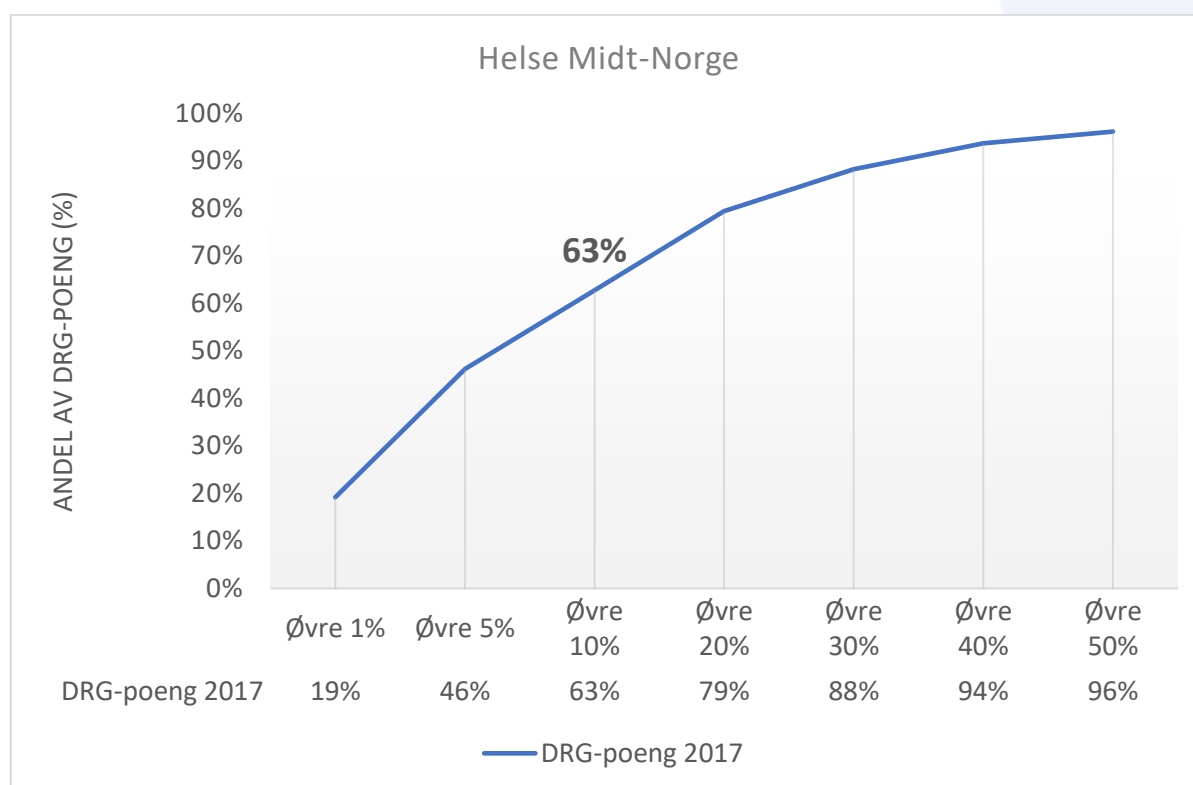
Befolkningens behov er styrende for hvordan vi utvikler oss. Pasienter og pårørende deltar aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten.

5.1.1 En populasjonsbasert tilnærming

Helse Midt Norge kan ikke møte bærekraftsutfordringen gjennom kun å tilby mer spesialisthelsetjenester på samme måte som i dag. Det må i samarbeid med kommuner og andre relevante partnere (private, frivillige og ideelle organisasjoner) utvikles helhetlige tjenester som er likeverdige, tilgjengelige og trygge uavhengig av geografisk lokalisasjon.

Det er store forskjeller i hvor stort behov for helsetjenester befolkningen har. Høymottakerne (den ene prosenten som mottar mest spesialisthelsetjenester) bosatt i Midt-Norge mottok i 2017 19 % av tjenestene målt i DRG-poeng. De øvre 10 % mottok 63 %, og den øverste halvparten mottok 96 % av tjenestene. Denne trenden er tilsvarende i andre regioner, andre land og over tid.

Figur 10: Ressursbruk fordelt på mottakergrupper



Helsetjenesten i Midt-Norge må evne å tilby riktig helsehjelp til alle uavhengig av behov. Å ha en populasjonsbasert tilnærming betyr at vi må ha ulik strategisk tilnærming til grupper i befolkningen som har store forskjeller i behov. Riktig



prioritering, riktig oppgavefordeling, helhet og sammenheng i tilbudet blir avgjørende for å lykkes.

Å skape best mulig livskvalitet for den enkelte pasient, og bærekraft i helsetjenesten, fordrer innsats for å forhindre at pasientenes behov øker. Vi må rette folkehelseiltak mot den friske befolkningen, forebyggende tiltak mot grupper med risiko for å utvikle akutt eller kronisk sykdom, gode løsninger for sykdomskontroll for kronikere og hindre forverring, og godt koordinerte tjenester til grupper med komplekse og sammensatte behov.

For å gjennomføre en populasjonsbasert tilnærming må vi skaffe oss bedre kunnskap om pasientgruppene og deres behov. Digitalisering av helsetjenesten kan gi oss større og bedre tilgang til data om pasienter og behandling. Vi må utvikle modeller for å analysere informasjonen som grunnlag for å utvikle differensierte tilbud, prosesser og forløp.

Samhandlingen innad i spesialisthelsetjenesten, med primærhelsetjenesten og med pasienten selv er avgjørende. Vi må videreutvikle gode arenaer for samhandling, og tilbud i skjæringspunktet mellom tjenestenivåene. Dette danner grunnlag for å kunne tilby helhetlige pasientforløp tilpasset den enkelte pasient. I tillegg er det viktig å kunne aktivere pasientens egne ressurser gjennom opplæring og bistand, selvhjelpsløsninger og brukerstyrte tjenester.

Helsetjenesten må evne å ta i bruk mulighetene teknologi har å by på. Teknologiske plattformer muliggjør avstandsoppfølging av kronikergrupper og bedre pasientportalfunksjoner vil legge til rette for aktiv deltakelse i beslutninger om pleie og helsehjelp samt bedre forutsetningene for opprettholdelsen av egen helse.

Helse Midt-Norge vil:

- Skape pasientenes helsetjeneste gjennom å utvikle et differensiert helsetjenestetilbud for akutte og kroniske tilstander.
- Fremme samarbeid mellom helseforetak, kommuner og andre relevante partnere gjennom videreutvikling av regionale og lokale arenaer for samhandling.
- Utvikle målrettede strategier for å håndtere pasienter med fare for forverring av sin sykdom.
- Bidra til utvikling av effektive tiltak for å forebygge utvikling av sykdom og for å fremme god helse.
- Etablere tettere samarbeid omkring enkeltpasienter og grupper gjennom arbeid med helhetlige pasientforløp.

5.1.2 Helhetlige pasientforløp

Fremragende helsetjenester får vi først om vi evner å planlegge godt, definere hva som er riktig praksis og ta de ansattes behov med i planleggingen. Pasientene forventer at de møter en helhetlig helsetjeneste som kjenner til hva som er



gjennomført av behandling tidligere og hva som har vært gitt og samlet inn av informasjon før.

For å sikre at helsetjenesten henger sammen, fjerne uønsket variasjon og bruke ressurser effektivt på tvers av enheter og nivåer må vi bygge helhetlige pasientforløp rundt pasientens behov. Helse Midt-Norge vil bygge videre på forbedringskulturen og forløpsarbeidet som er ledet av klinikerne i regionen for bedre å kunne planlegge slik at helsearbeidere kan få økt tid til pasientbehandling. Pasientsikkerhetsrisikoene oppstår ofte i overgangene fra barn til voksen, mellom avdelinger/klinikker, fra somatikk til psykiatri og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Gjennom digitalisering skaffer vi oss nye verktøy for å strukturere og sikre helheten i pasientforløpene. Det satses stort på IKT-løsninger i Norge, med opprettelse av et eget direktorat for e-helse, en visjon om «én innbygger – én journal» og samling av tjenester i Helsenorge.no. Det offentlige utviser en vilje til å endre nasjonal lovgivning, og investere i slike løsninger. Helseplattformen og et felles laboratoriesystem er store satsinger i Helse Midt-Norge som understøtter muligheten til å bygge helhetlige pasientforløp.

Vi må i større grad enn før beskrive og standardisere det vi kan slik at det legges til rette for å utnytte data til forbedring, forskning og innovasjon. Forløpsarbeidet som er gjennomført til nå må utvikles i tråd med digitaliseringen for å kunne ta i bruk mulighetene som ligger i maskinlæring og kunstig intelligens. Dette vil bidra til et bedre kunnskapsgrunnlag for kvalitets- og pasientsikkerhet, innsatsen for å redusere uønsket variasjon og planlegging av virksomheten. Helhetlige og standardiserte pasientforløp vil gjøre det mulig for tjenesten i større grad å kunne måle og vurdere hvilke faktorer som har størst betydning for pasientsikkerheten og hva som bidrar til mest verdi for pasientene og de ansatte.

Helhetlige forløp fra hjem til hjem krever også en bedre sammenheng mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Vi må utvikle felles språk gjennom felles standardisering, satse på felles systemer og skape gode arenaer for å løse spørsmål om forvaltning og virksomhetsutvikling. Det er viktig at vi i samarbeid finner fram til en fordeling av oppgaver som sikrer at ressursene utnyttes mest mulig effektivt i alle ledd, til det beste for pasientene. Overføring av oppgaver må skje i et samarbeid som tar hensyn til styrker og rammebetingelser hos hver enkelt aktør. For å skape nødvendig helhet er det viktig at vi klarer å samle helsetjenesten i regionen i et felles journalsystem gjennom Helseplattformen.

Vi trenger å ta regionale initiativ og skape felles løsninger for å unngå dobbeltarbeid i størst mulig grad. Mulighetene for å lære av hverandre og reflektere over gjeldene praksis vil være en viktig endringskraft. Vi må bli bedre på å jobbe med virksomheten gjennom tverrgående prosesser, heller enn separate oppgaver i siloer. Å oppnå den nødvendige graden av standardisering utfordrer ansatte, ledere og administratorer fordi vi må jobbe mer prosessorientert på tvers av de tradisjonelle hierarkiene. Beslutninger vil bli fattet gjennom andre prosesser, og med andre involverte enn i gårsdagens struktur.

Samlet vil den strategiske satsningen på helhetlige pasientforløp være et viktig bidrag til å møte behovet for bedre samhandling med kommunene, skape kultur-



og organisasjonsendring i forbindelse med digitalisering og redusere uønsket variasjon. Gjennom å tenke helhet i pasientforløpene kan vi også i større grad sikre et likeverdig tilbud til pasientene og deres pårørende uavhengig av hvor i regionen de er bosatt, gjennom å samle de tjenestene vi må og flytte de tjenestene vi kan nærmest mulig pasienten.

Helse Midt-Norge vil:

- Styrke kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og sette pasienten i sentrum gjennom å orientere organisasjonen mot helhetlige forløp understøttet av digitalisering.
 - Etablere regionale arenaer for faglig konsensus omkring helhetlige pasientforløp.
 - Skape, utvikle og engasjere oss i arenaer for å utvikle helhetlige pasientforløp sammen med kommunene.
 - Sikre at hele helsetjenesten i regionen tar Helseplattformen i bruk.
 - Skape helhet i helsetjenesten på tvers av geografi, profesjoner og forvaltningsnivå gjennom å utnytte Helseplattformen og øvrig digitalisering som verktøy samt sikre helhet i teknologivalg og informasjon gjennom standardisering.
-

5.1.3 Pasient- og pårørendeopplæring

For å skape pasientenes helsetjeneste skal helsepersonell legge til rette for *samvalg*, at pasienter og pårørende tar aktivt del i beslutninger om behandling og pleie og mestrer sin situasjon på en god måte. For at pasienter og pårørende skal være aktive samarbeidspartnere, må de ha relevant kompetanse; for eksempel gjennom tilbud om diagnosespesifikk opplæring. Helse Midt-Norge har en handlingsplan for pasient- og pårørendeoppøring²¹ som ligger til grunn for arbeidet på området.

Opplæring av pasienter og pårørende er et område i utvikling både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene. For å nå målet om pasientens helsetjeneste er det nødvendig at helsepersonell har kompetanse i helsepedagogikk. Dette krever en satsing på videre- og etterutdanning.

For at pasienter og pårørende skal være informerte og aktive i forbindelse med sin behandlingssituasjon, kreves det at helsetjenesten har kultur for åpenhet, kontinuerlig læring og deling av erfaringer. Gjennom innovasjon må ny kunnskap bli omsatt til god praksis og en må ha et kontinuerlig forbedringsarbeid gjennom anvendelse av brukererfaringer, systematisk evaluering, forskning og utvikling.

²¹ Helse Midt-Norge RHF. (2012). *Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende 2012-2016*. Hentet fra <https://helse-midt.no/Documents/Strategi/Handlingsplan%20for%20opplæring%20av%20pasienter%20og%20pårørende%202012-2016.pdf>



Standardisering er et viktig satsingsområde på mange områder. Det er viktig at dette også utnyttes for å styrke og redusere uønsket variasjon innenfor pasient- og pårørendeopplæring. Opplæringstiltak og sikring av informasjon til pasienten må inn som en del av alle pasientforløp. Informasjon om tilbudet som gis av pasientorganisasjoner er en viktig del av dette.

Ny teknologi gir nye muligheter til å drive pasient- og pårørendeopplæring. Helsetjenesten må være offensiv i å ta i bruk denne for å gi alle pasienter og pårørende gode og tilgjengelige opplæringstilbud, selv om den direkte, mellommenneskelige kontakten ikke kan eller skal erstattes.

Spesialisthelsetjenesten, kommunene og brukerorganisasjonene må samarbeide om å utvikle lærings- og mestringstiltak. Dette ble tydeliggjort i Samhandlingsreformen og er fulgt opp i bl.a. Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019²² og stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste²³. Samarbeidet bør også omfatte utvikling av helsepedagogisk kompetanse i samarbeid med universitet og høyskoler.

Vi har et eget lovpålagt ansvar for å ta vare på barn og unge som pårørende. Alle sykehus skal ha barneansvarlig personell som skal fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende. Det er behov for at helseforetakene styrker kompetansen og opplæringen på området. Mange kommuner prioriterer pasient- og pårørendeopplæring og jobber systematisk og målrettet, og kunnskap og erfaringsutveksling kan være et godt utgangspunkt for styrket samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Helse Midt-Norge vil:

- Sørge for at pasient- og pårørendeopplæring er en del av alle pasientforløp.
- Bidra til å styrke den helsepedagogiske kompetansen blant helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunene.
- Samarbeide med utdanningssektoren om å styrke helsepedagogikk i utdanning av fremtidens helsepersonell og bidra til at pasienter og brukere involveres i utvikling av utdanningene.
- Styrke samarbeidet med brukerorganisasjonene, frivillige, kommunene og andre relevante aktører om opplæringstilbud for pasienter og pårørende.
- Bruke teknologi og data aktivt til å understøtte pasient- og pårørendeopplæring og utvikle nye metoder for dette.
- Påse at kompetansen rundt barn som pårørende styrkes i helseforetakene, og fremme samarbeid med kommunene rundt dette.

²² Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>

²³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>



5.1.4 Pasientmedvirkning og valgfrihet

Pasientenes helsetjeneste medfører at pasientene skal få sterkere innflytelse. I Nasjonal helse- og sykehusplan understrekes det tydelig at pasientenes stemme skal veie tydeligere i fremtidens helsetjeneste.

Helse Midt-Norge har en sterk tradisjon for brukermedvirkning gjennom pasientorganisasjoner og brukerutvalg, og dette samarbeidet må utvikles videre. Vi er stolte over det samarbeidet vi har, men er ikke fornøyde. Det skal være fungerende brukerutvalg på alle nivå, og det må jobbes med å involvere disse som utviklingspartnere tidlig i prosesser, ikke bare som formelle høringsinstanser i slutfasen. Det er også viktig at foretakenes ledelse er representert i brukerutvalgene for å lytte til innspill direkte. Brukerne er viktige endringsagenter og en ressurs i utviklingsarbeid, og det ligger et uutnyttet potensial i å åpne opp prosessene for kvalitetsutvikling for mer aktiv brukermedvirkning. Nasjonal veileder for brukermedvirkning i forskning ble lansert i 2018²⁴ og legger rammer for hvordan brukerrepresentantene påvirker kunnskapsutviklingen.

Pasienten må få en mer aktiv rolle i beslutninger om egen behandling. «Ingen beslutninger om meg, uten meg» er et grunnleggende prinsipp. Pasienten skal oppleve likeverdighet i møtet med helsetjenesten, og *samvalg* skal være et sentralt prinsipp. Tilstrekkelig og forståelig informasjon, god kommunikasjon og nok tid er viktig for at samvalg skal bli reelt. Nye verktøy gjennom Helseplattformen og helhetlige og standardiserte pasientforløp er også viktige elementer for å tydeliggjøre pasientens rolle i beslutningene.

Større frihet i valg av behandlingssted er en sentral nasjonal prioritering. Helse Midt-Norge vil legge til rette for fritt behandlingsvalg og reelle alternativer blant annet gjennom å øke dekningen av avtaler med private tjenesteleverandører. Pasientene skal oppleve et helhetlig tilbud fra helsetjenesten uavhengig av behandlingsvalg. Det må derfor tilstrebes at de private aktørene blir en del av de helhetlige pasientforløpene.

Helse Midt-Norge vil:

- Påse at det er god og reell brukermedvirkning på alle nivå i foretaksgruppen.
- Styrke rollen til brukerutvalgene og sørge for at de involveres som utviklingspartnere på tidlig stadium i prosesser.
- Legge til rette for samvalg, tydeliggjøre dette i standardiserte pasientforløp og ta i bruk nye muligheter i Helseplattformen.
- Legge til rette for fritt behandlingsvalg og sørge for å integrere private aktører i pasientforløpene.

²⁴ Helse Midt-Norge RHF, m. f. (2018). *Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/forskning/forskningsmidler/for-deg-som-skal-soke-midler#om-brukermedvirkning>



- Ta i bruk de mulighetene for større involvering fra pasientene som utløses av Helseplattformen.

5.2 Ta i bruk kunnskap og ny teknologi

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse

Ansatte og organisasjon utvikler og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Kort vei fra kunnskap til forbedret praksis.

5.2.1 Redusere uønsket variasjon

Å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten er et effektivt virkemiddel som oppfyller flere hensikter: sikre likeverdige og likt tilgjengelige helsetjenester, kvalitetsforbedring og god ressursutnyttelse. Uønsket variasjon kan være uttrykk for underbehandling, overbehandling eller feilbehandling.

Variasjonsanalysene viser at det er mulig å frigjøre kapasitet gjennom å gjøre mindre av det som ikke er til gagn for pasientene. Det må arbeides aktivt med å avdekke «Beste praksis» som både er til det beste for pasientene og som ikke legger beslag på kapasitet som kunne vært benyttet til andre oppgaver. Arbeidet med uønsket variasjon danner et viktig grunnlag for å kunne prioritere ressursene i årene som kommer og bør styrkes.

Utfordringene ligger i å ta i bruk funn fra analyser av variasjon til lokalt forbedringsarbeid og komme til bunns i *hvorfor* det foreligger variasjon.

Den mest effektive tilnærmingen til variasjon har vært å gjennomgå tallene med helseforetakene for å stimulere til dialog og refleksjon over om variasjonen er tilsiktet eller om det bør iverksettes tiltak. Siden 2015 er det arbeidet nasjonalt gjennom Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), med reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet utføres på oppdrag fra HOD og inkluderer utvikling av nasjonale indikatorer for styringsdialog.

En rekke rapporter og oversikter viser at det for noen pasientgrupper er relativt store geografiske forskjeller i bruken av spesialisthelsetjenester. Blant publikasjonene som viser dette er SKDEs helseatlas, SAMDATAs rapporter, nasjonale kvalitetsregistre samt SKDEs rapport «Indikatorer for måling av uberettiget variasjon»²⁵. For eksempel viser helseatlas-tallene gjengitt i Figur 11 at antallet utførte meniskoperasjoner pr 100 000 innbyggere i Midt-Norge er høyere enn i resten av landet. Slike operasjoner utføres fire ganger hyppigere i Midt-Norge enn i Stavangerområdet.

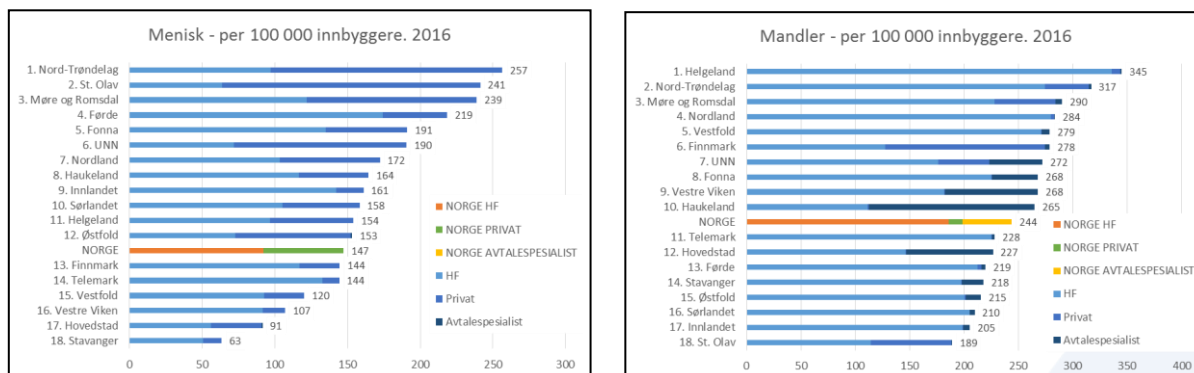
Et annet interessant eksempel, som gjenspeiler påfallende forskjeller innad i Helse Midt-Norge, er oversiktene for mandeloperasjoner. Som Figur 11 viser, utføres det

²⁵ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2016). *Indikatorer for måling av uberettiget variasjon*. Hentet fra [https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Indikatorer%20for%20m%C3%A5ling%20av%20uberettiget%20variasjon%20\(SKDE%202016\).pdf](https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Indikatorer%20for%20m%C3%A5ling%20av%20uberettiget%20variasjon%20(SKDE%202016).pdf)



betydelig færre operasjoner for innbyggere i St. Olavs hospitalområdet enn i Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal. Dette kan være et utgangspunkt for å vurdere bl.a. indikasjonsstilling på tvers av helseforetakene for denne pasientgruppen eller for å utforme standardiserte pasientforløp. For flere oversikter og eksempler, se www.helseatlas.no.

Figur 11 Meniskoperasjoner og mandeloperasjoner per 100 000 innbyggere, 2016²⁶

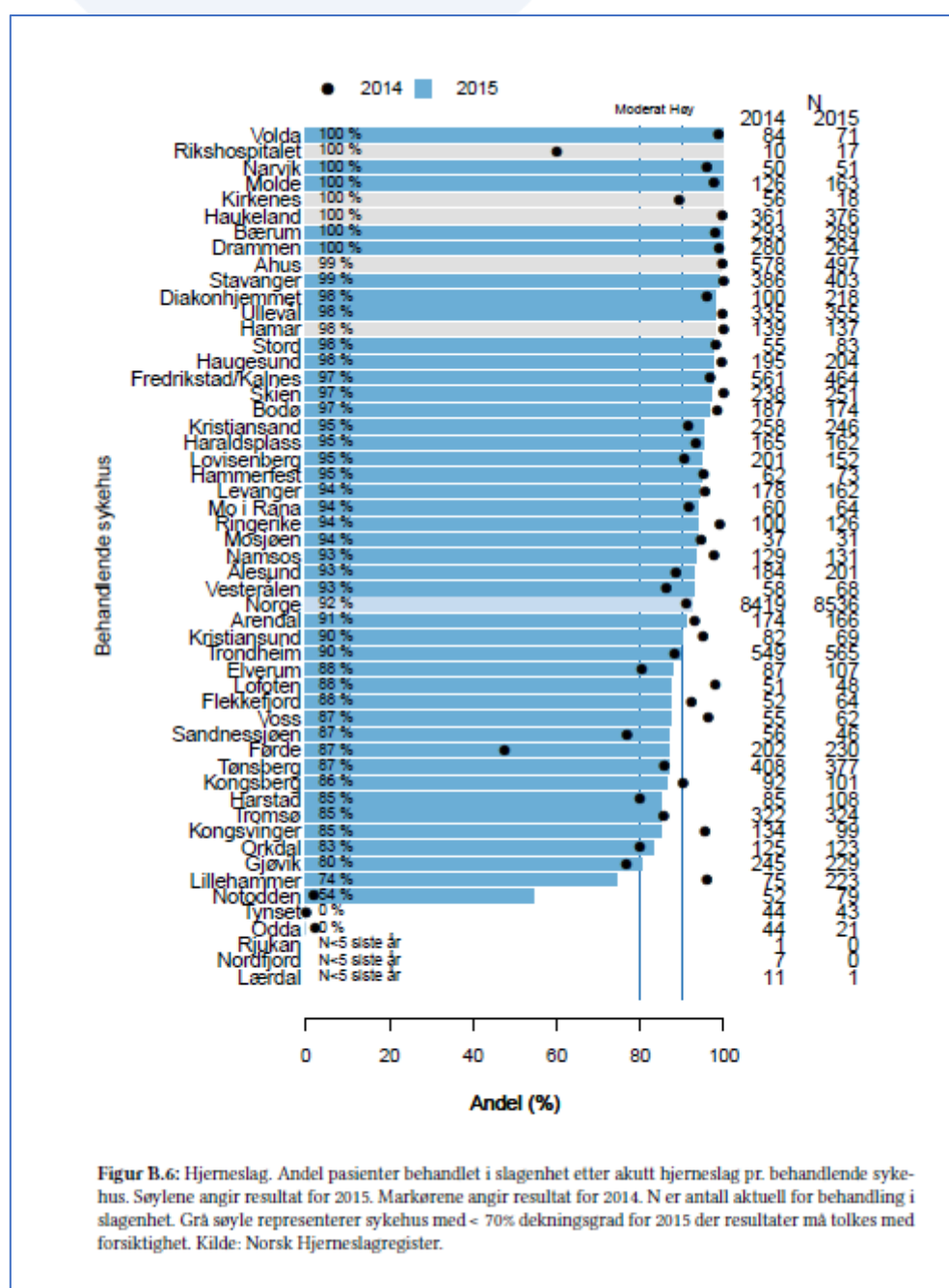


Også når det gjelder kvaliteten på, og innholdet i, tjenestene som gis til pasient, forekommer det variasjoner. Hvorvidt vedtatte faglige standarder etterleves kan være forskjellig fra sykehus til sykehus. De nasjonale kvalitetsindikatorene, som publiseres på www.helsenorge.no viser slike variasjoner, her eksemplifisert ved en oversikt over andel pasienter med akutt hjerneslag som behandles i slagenhet.

²⁶ Figur fra helseatlas, oppdatert av HMN med data fra Norsk pasientregister. Original figur: Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2015). *Helseatlas: Dagkirurgi i Norge 2011-2013*. Hentet fra [https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Helseatlas%20-%20Dagkirurgi%20i%20Norge%202011-2013%20\(SKDE%202015\).pdf](https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Helseatlas%20-%20Dagkirurgi%20i%20Norge%202011-2013%20(SKDE%202015).pdf), s. 13-15



Figur 12: Andel pasienter med hjerneslag behandlet i slagenhet (SKDE, 2016)



Figur B.6: Hjerneslag. Andel pasienter behandlet i slagenhet etter akutt hjerneslag pr. behandlende sykehus. Søylen angir resultat for 2015. Markøren angir resultat for 2014. N er antall aktuell for behandling i slagenhet. Grå søyle representerer sykehus med < 70% dekningsgrad for 2015 der resultater må tolkes med forsiktighet. Kilde: Norsk Hjerneslagregister.

Resultatene fra variasjonsanalysene må på sikt visualiseres og gjøres tilgjengelige for de rette personene i regionen, som et ledd i arbeidet med bedre bruk av data. I dag presenteres tallene for ledelseslinjen og gjøres tilgjengelig gjennom løpende rapporter og databaseløsninger. Helse Midt-Norge har god analysekompetanse både i RHF og helseforetakene. Det er god kompetanse på regionale og nasjonale datakilder.

Standardiserte pasientforløp er Helse Midt-Norges hovedstrategi for å motvirke uønsket medisinsk variasjon. Gjennom slike forløp forankres beste praksis med hensyn til lokale forhold. Helse Midt-Norge vil bygge videre på denne satsingen.



Helse Midt-Norge vil:

- Bidra med faktagrunnlag til fagmiljø og nettverk som grunnlag for endring av praksis.
- Utvikle fagledernetverkene til å understøtte arbeidet med å redusere uønsket variasjon, standardisering og helhetlige pasientforløp.
- Benytte medisinske kvalitetsregistre til å følge opp om reduksjon av variasjon har ønsket effekt på kvalitet og pasientsikkerhet.

5.2.2 Forskning og innovasjon

Forskning

Helse Midt-Norges strategiske mål for forskning er at økt forskningsaktivitet skal forbedre klinisk praksis, og den regionale forskningsstrategien²⁷ utgjør grunnlaget for hvordan det skal gjennomføres. I tillegg må både nasjonale behov og strategier samt lokale og regionale forutsetninger legges til grunn for arbeidet.

Helseforetakene har i sine utviklingsplaner pekt på lokale og regionale behov og muligheter. For at forskning skal være en naturlig del av virksomheten i klinikken, vises det til behov for bl.a. tilrettelegging, forskningsstøtte, veiledning og infrastruktur for forskning. Det er lettere å ta i bruk ny kunnskap i virksomheter der medarbeiderne deltar i forskning, og vi har regionale fortrinn i form av et integrert universitetssykehus, helseundersøkelser (HUNT) og ledende teknologimiljøer som bidrar til utviklingen. Helseplattformen vil på sikt bidra til digitalisering og bedre informasjonsgrunnlag for forskning og kvalitetssikring.

Forskningsinfrastruktur finnes både lokalt og regionalt, og er avgjørende for at forskningen skal kunne gjennomføres. Det gjelder både personressurser, enheter og utstyr, som bibliotek, biobanker, forskningspost, IKT-støtte og kjernefasiliteter, hvor mye er plassert ved St. Olavs hospital og NTNU.

Det integrerte universitetssykehuset har et særlig ansvar for å fasilitere forskning og inkludere de andre helseforetakene i sin forskningsaktivitet. Dette vil også styrke regionalt forskningssamarbeid. En mulig måte å organisere sektorsamarbeidet på kan være gjennom såkalte Academic Health Science Centers, som er en modell for strukturert partnerskap for å sikre samhandling mellom sykehus og universitet. Innføring av ny teknologi og digitalisering vil øke potensialet også for forskning, bl.a. gjennom økt tilgang på forskningsdata og strukturert informasjon fra helsetjenesten. Helseplattformen er et slikt prosjekt som på sikt vil kunne være en viktig del av forskningsinfrastrukturen.

Klinisk forskning har et stadig økende fokus både nasjonalt og regionalt, bl.a. med bakgrunn i at pasienter skal få mulighet til å motta ny og utprøvende behandling. På nasjonalt plan er det etablert et forskningsprogram for klinisk behandlingsforskning, samtidig som utviklingen går i retning av mer persontilpasset medisin eller presisjonsmedisin, som potensielt kan bedre

²⁷ Helse Midt-Norge RHF. (2016a). *Forskningsstrategi 2016-2020*. Hentet fra <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/forskning#forskningsstrategi>



forebygging, diagnostikk og behandling av pasienter gjennom økt treffsikkerhet og færre bivirkninger. Det skal gjennomføres kliniske studier i regionen, og det er derfor behov for infrastruktur som f.eks. NorCRIN og NorMIT ved St. Olavs hospital for å understøtte økt satsing på klinisk forskning fremover. Det er fortsatt ønskelig å kombinere kliniske data med befolkningsdata f.eks. fra Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag til forskningsformål.

Helse Midt-Norge vil:

- Videreføre økning i den regionale forskningsinnsatsen i tråd med vedtatt forskningsstrategi.
- Styrke regionalt og nasjonalt samarbeid både med helseforetak, universiteter, primærhelsetjenesten og andre aktører, og delta i internasjonalt forskningssamarbeid på utvalgte områder.
- Arbeide for at ny kunnskap raskt vurderes og eventuelt tas i bruk.
- Styrke eksisterende forskningsinfrastruktur og bidra til videreutvikling, bedre organisering og bedre utnyttelse av infrastruktur.

Innovasjon

Helse Midt-Norge er godt posisjonert for å kunne lykkes med å bruke innovasjon for å skape en fremragende helsetjeneste for framtida.

St. Olavs hospital, som et integrert universitetssykehus, skal være en drivkraft for innovasjon i hele regionen. Dedikerte koordinatorene for innovasjon i alle våre helseforetak, nettverk og møteplasser må legge til rette for dette.

Regionen vår har et stort fortrinn i ledende kunnskapsmiljøer innen teknologi og helse. Et tett samarbeid med NTNU og SINTEF, og de sterke klyngene rundt disse vil også i fremtiden være et avgjørende fortrinn for å kunne skape forskningsbasert og brukerdrevet innovasjon i våre helseforetak. Næringslivet er en annen viktig drivkraft og samarbeidspartner for innovasjon. Ved å gjøre kunnskap og data tilgjengelige på en sikker måte, tilby klinikknære testfasiliteter og gjennomføre innovative anskaffelser kan vi bidra til økt samfunnsnytte, og samtidig øke vår egen innovasjonskompetanse. Det må etableres miljøer hvor en kan prøve ut nye teknologier og bruk av helsedata på en sikker og kontrollert måte.

HUNT og våre helseregistre utgjør en unik ressurs for å kunne utvikle ny kunnskap. Helseplattformen og andre store infrastrukturinvesteringer er også med på å bygge en styrket plattform for innovasjon. Det er viktig for oss å utnytte disse for å kunne skape banebrytende behandling som kommer våre pasienter til gode.

Innovasjon innebærer også at vi tar i bruk dagens beste løsninger og tar dem i bruk på nye måter og i nye sammenhenger for å skape merverdi. For å få til dette vil det være et økende behov for teknologer i helsevesenet. Reell tverrfaglighet, i skjæringspunktet mellom teknologifag og helsefagene er avgjørende for å skape fremragende innovative løsninger for framtiden.



Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge 2016-2020²⁸ ligger fortsatt til grunn for vår satsing på innovasjon.

Helse Midt-Norge vil:

- Arbeide videre med å styrke innovasjonskulturen i hele foretaksgruppen, med innovasjon som en integrert del av hverdagen.
 - Videreføre opptrapping av innovasjon i tråd med vedtatt strategi.
 - Utnytte innovasjonspotensialet i Helseplattformen og andre eksisterende og nye teknologier.
 - Videreføre og utvikle samarbeid med NTNU, Sintef, andre forskningsmiljøer og næringslivet.
 - Arbeide for mer ekstern finansiering av innovasjonsprosjekter gjennom Norges forskningsråd, Innovasjon Norge og EU.
-

5.2.3 Digitalisering og ny teknologi

Helse Midt-Norge vil være i front med å ta i bruk ny teknologi for bedre helse. Å utnytte mulighetene i ny teknologi og digitalisering av virksomheten er blant de viktigste virkemidlene for å kunne gjennomføre mer behandling med bedre kvalitet i en fremtid med større knapphet i personell og ressurser. I tillegg til å ta i bruk ny teknologi handler digitalisering om utvikling av organisasjon, kultur, arbeidsprosesser. Digitalisering handler også om å orientere oss mot pasientene og deres behov, og er viktig for å kunne ta i bruk pasientens ressurser.

Digitale løsninger er avgjørende for å kunne opprettholde et likeverdig tilbud til alle innbyggere i regionen. Økt spesialisering krever i større grad samling av ressurser i sterke kompetansemiljø. Bruk av teknologi skal sørge for at ansatte skal kunne utvikle og dele kompetanse på tvers av foretaksgruppen og gjøre det mulig å levere likeverdig tjenester i hele regionen. Ny teknologi gir helt nye muligheter for å utføre diagnostisering og behandling uten at pasient og helsepersonell er på samme sted. Dette skaper muligheter for å samle kompetanse i sterke fagmiljøer samtidig som man kan desentralisere både tjenester og personell.

Ny teknologi gir muligheter for forbedringer og nye måter å levere helsetjenester på. For å kunne ta ut forbedret kvalitet og økt effektivitet er det derfor nødvendig med tjenesteutvikling. Tjenesteutviklingen handler ofte om bedre og mer effektive prosesser og evnen til å styre og utvikle prosesser blir derfor sentral. Det må utvikles felles metoder for å jobbe med slik utvikling. Prosesser går ofte på tvers av organisatoriske linjer og vi må derfor bli bedre på styring av prosesser på tvers av organisatoriske enheter. Det må jobbes mer i tverrfaglige team, nettverk og dynamiske grupper.

²⁸ Helse Midt-Norge RHF. (2016b). *Innovasjonsstrategi 2016-2020*. Hentet fra <https://helse-midt.no/innovasjon#innovasjonsstrategi-2016-2020>



Ledere på alle nivå i organisasjonen trenger kunnskap om teknologi og forståelse av de mulighetene den gir til å forbedre tjenester og prosesser, og vi må utvikle våre ledes evner til å lede i kontinuerlig endring. Vi må bygge opp under en kultur som søker innovasjon og forbedring. Det er avgjørende å kunne stimulere og utnytte de ansattes engasjement, evne og lyst til å se mulighetene, være med i prosessene og forme løsningene. Vi må også jobbe aktivt for å bygge ned barrierer mot endring i form av organisering, finansiering og lovverk.

Helseplattformen er en hovedsatsing innen teknologi og digitalisering og må ha tydelig fokus de første fire årene. Samtidig vil den teknologiske utviklingen på andre områder også være større enn i dag og må vies oppmerksomhet. For å håndtere dette må HMN ha en helhetlig prioritering og styring av innføring av ny teknologi og integrere dette som en del av øvrig styring. Den regionale styringsstrukturen for e-helse må styrkes og videreutvikles for å håndtere flere teknologiområder, standardisering og digitalisering. Det er behov for å utarbeide en ny regional strategi for teknologi og digitalisering.

Standardisering av pasientforløp og arbeidsprosesser er en hovedstrategi for å redusere uønsket variasjon og sikre et likeverdig tilbud. Standardisering er også viktig for å kunne ta i bruk ny teknologi på en effektiv måte. Dette gjelder også medisinsk-teknisk utstyr. Mer og mer av det tekniske utstyret integreres med IKT-systemer, og noe som gjør det nødvendig med standardisering og felles forvaltning. Helse Midt-Norge vil prioritere arbeidet med standardisering av pasientforløp, arbeidsprosesser, data og utstyr. Standardisering må bli en del av vår ordinære virksomhet, men det er også nødvendig med egne prosjekter for å gjennomføre standardisering på nye områder.

Digitalisering av virksomheten vil generere store mengder data. Vi må sørge for å utnytte mulighetene som ligger i å bruke data til støtte både for utvikling av virksomheten og for å gi helsepersonell og pasienter beslutningsstøtte i pasientforløp og behandlingssituasjoner. Vi må derfor jobbe med kvalitet og struktur på data slik at disse kan benyttes til analyse, forskning, forbedring og styring. Vi må også samarbeide nasjonalt for å utvikle gode (internasjonale) standarder for data.

All ny teknologi og spesielt medisinsk-teknisk utstyr krever regional planlegging og standardisering for å sikre effektiv bruk og lavest mulige kostnader. Variasjon i teknologi vil gi variasjon i behandling og det vil øke kostnader knyttet til drift og integrasjon med annen teknologi. Samtidig er det viktig med lokalt eierskap. Det må derfor utvikles forvaltningssystemer som sikrer hensiktsmessig standardisering og nødvendig lokal tilpasning.

Nye teknologiske løsninger med store mengder data gir nye forvaltningsoppgaver der regional organisering kan gi betydelige fordeler. Regional organisering er også nødvendig for å sikre standardisering. Der hvor det etableres regional organisering av slike oppgaver enten gjennom nettverk eller faste organisasjoner må det sikres at helseforetakene involveres i styringen. Alle slike enheter må ha tilstrekkelig nærhet til den virksomheten de skal understøtte.

Med den økende tilgjengeligheten på data, krav til regulering og eierskap og stadig endringer i trusselbildene rundt datakriminalitet er det viktig med et sterkt



regionalt fokus på informasjonssikkerhet og personvern. Det er viktig å opprettholde tillit i befolkningen til at vi behandler data på en trygg og sikker måte. Hvert foretak er juridisk ansvarlig for personvern og informasjonssikkerhet i egen virksomhet, men hele regionen er tett vevd sammen gjennom felles informasjonssystemer og informasjonssikkerheten blir ikke bedre enn det svakeste leddet. Det er derfor behov for felles rutiner i regionen, men alle foretak i regionen må bygge opp tilstrekkelig kompetanse og praksis på området. Hemit skal være et spisskompetansemiljø for regionen.

Den digitale helsetjenesten er under utforming, og som i andre sektorer forventes det at evnen til å ta i bruk digitale tjenester fra andre aktører eller i kombinasjon med disse vil øke framover. Helse Midt Norge må derfor bli god på etablering av partnerskap med andre aktører for digital samhandling.

Helse Midt-Norge vil:

- Satse på teknologi og digitalisering for å styrke kvalitet, effektivitet og et likeverdig tilbud i hele regionen.
- Styrke arbeidet med teknologi og digitalisering gjennom en egen strategi.
- Utvikle ledernes kunnskap og forståelse av teknologi og evne til å lede i kontinuerlig endring.
- Arbeide med standardisering av arbeidsprosesser og pasientforløp tilpasset digitale løsninger.
- Legge til rette for standardisering og optimalisering av medisinsk-teknisk utstyr.
- Legge til rette for bruk av data til styring, kvalitetsforbedring, beslutningsstøtte og avansert logistikk.
- Ta i bruk teknologi for bedre pasientmedvirkning og bruke pasientens egne ressurser.
- Videreutvikle styringssystemer for informasjonssikkerhet, styrke det regionale samarbeidet

5.2.4 Helseplattformen

Helseplattformen er regionens største satsing på digitalisering, og et felles prosjekt for helsetjenesten i Midt Norge. Den vil gi helt nye muligheter for å sette pasienten i sentrum og skape effektiv samhandling mellom alle aktørene i helsetjenesten. Helseplattformen legger til rette for store fremskritt innen pasientsikkerhet, kvalitet og effektivitet, noe det er helt avgjørende at vi lykkes med for å kunne møte tjenestens fremtidsutfordringer. Helseplattformen med strukturert journal, prosesstøtte og klinisk beslutningsstøtte vil være et kraftig redskap for å drive forbedringsarbeid og gjennomføre strukturelle tiltak.

Helseplattformen vil kreve at vi har standardisert og samordnet klinisk praksis på et helt annet nivå enn i dag. Dette tvinger frem et høyere trykk på standardisering



som i seg selv vil være en viktig driver for forbedring av helsetjenesten. Å lykkes med dette vil kreve et system for mange og raske beslutninger om praksis basert på faglig konsensus. Beslutninger må tas så nære klinisk praksis som praktisk mulig, med et system for eskalering til nødvendig nivå ved behov. I løpet av våren 2019 er det viktig å få på plass en effektiv struktur for å kunne fatte felles kliniske beslutninger.

Ansatte og ledelse på alle nivåer i helsetjenesten er nøkkelen til en vellykket innføring av Helseplattformen. De ansatte må ikke bare ha den tekniske kompetansen til å bruke plattformen, men også kunne se gevinster og potensiale for å bruke plattformen til forbedring i sin arbeidshverdag. Dette krever individuell kompetanse, men også ledere som ser muligheter og evner å motivere. Det må settes av nok tid og ressurser til opplæring, involvering og støtte underveis.

Muligheten til å få hele helsetjenesten inn på én felles plattform, med deling av informasjon i sanntid, er blant det som gir størst potensiale for en bedre helsetjeneste for pasientene. Dette innebærer at vi må ta ansvar for at Helseplattformen blir et så godt verktøy for kommunehelsetjenesten og fastlegene at disse vil velge å ta den i bruk. Dersom bare enkelte kommuner kobler seg til plattformen risikerer vi store utfordringer med å kunne gi et likeverdig tilbud i hele regionen.

For å lykkes med å hente gevinster av helseplattformen vil det også være viktig med støtte fra nasjonale myndigheter. Det er avgjørende at direktoratet for e-helse er tydelig på standardisering og nasjonale komponenter og at sentrale myndigheter jobber aktivt med å fjerne eventuelle hindre i finansieringssystem og regelverk mot å hente gevinster av slike fellesløsninger.

Helseplattformen vil inneholde tekniske muligheter for effektive måter å involvere pasientene i mye større grad enn i dag. Pasientene kan myndiggjøres og bli i stand til å delta mer aktivt i valg knyttet til egen helse, dersom vi tar disse løsningene i bruk.

Helseplattformen vil gi store muligheter for samhandling i helsetjenesten i Midt Norge. I tillegg må Helseplattformen samhandle med helsetjenesten utenfor Midt Norge, og det er derfor viktig å jobbe tett med de nasjonale prosjektene innenfor e-helse.

For å realisere de ønskede gevinstene av Helseplattformen er det viktig å ha en samlet innsats mot tydelige gevinstmål. En regionalt gevinstrealiseringsstrategi vil ligge til grunn for et aktivt arbeid fra konfigurering til ordinær drift.

Helse Midt-Norge vil:

- Prioritere arbeidet med standardisering som er nødvendig for Helseplattformen, og få på plass en organisering som gjør det mulig å fatte tilstrekkelig raske beslutninger for konfigurering av plattformen.
- Støtte opp under ansatte og ledelse på en slik måte at alle har kompetanse til å ta plattformen i bruk og ser mulighetene til forbedring i egen hverdag.



- Sikre god samhandling med kommunene og gjøre Helseplattformen til et så godt verktøy at kommuner og fastleger velger å ta den i bruk.
- Ta i bruk de mulighetene for større involvering fra pasientene som utløses av Helseplattformen.
- Arbeide målrettet med realisering av gevinster gjennom hele prosessen.

5.3 Rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell

Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell

Ansattes kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse møter pasientene i hele forløpet. Vi tar vår del av ansvaret for utdanning.

5.3.1 Bemanning og kompetanse

Helse Midt-Norge står foran en betydelig aktivitetsøkning og økning i kompleksitet, derav endret bemanningsbehov i årene fremover. Det samme gjør primærhelsetjenesten som rekrutterer fra samme befolkningsgrunnlag som spesialisthelsetjenesten. Både økonomi og tilgangen på potensielle arbeidstakere setter begrensninger på hvor mange ansatte vi kan ha. Det er derfor nødvendig å bygge kompetanse og bruke ressurser på strategisk kompetanseplanlegging og forvaltning for å kunne møte de fremtidige utfordringer knyttet til tilgang til og utvikling av medarbeiderne. Dette vil danne grunnlaget for utvikling av utdanningenes omfang og innhold, videreutvikling av rekrutteringsstrategier og utvikling av de medarbeiderne vi har i dag. Et særlig fokus må rettes mot manglende virksomhetskritisk personell.

Helsetjenesten har vært gjennom en rivende utvikling, og ansatte og organisasjonen har utvist stor vilje og evne til å endre seg for å møte stadig nye utfordringer. Denne endringstakten må påregnes å øke videre fremover og spesialisthelsetjenesten står overfor en rask teknologisk utvikling som i stadig større grad åpner nye muligheter. Denne omstillingen vil også kreve en betydelig satsing på opplæring og tilleggsutdanning for dagens medarbeidere.

Helse Midt-Norge må også sikre tilgang på medarbeidernes kompetanse gjennom å redusere deltid, redusere sykefraværet og øke gjennomsnittlig pensjonsalder.

Strategien for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge i perioden 2015-2020 ble vedtatt i mars 2015. Det pekes der særlig på at befolkningens og tjenestens behov skal være styrende hensyn på dette feltet, og strategien forankrer tydelig kompetanseutvikling og utdanning som et lederansvar. Som ledd i de langsiktige målene om at ledere skal ha oversikt over kompetanse og kapasitet, og at kompetansebehov skal dokumenteres, er det nødvendig å arbeide konkret med å integrere utdanning og kompetanseutvikling i klinisk aktivitet, og i all virksomhetsplanlegging.



Helse Midt-Norge vil:

- Analysere og identifisere behov for kompetanse og kapasitet frem i tid
- Tiltrekke og rekruttere de riktige medarbeiderne
- Sikre godt mottak og opplæring av studenter, vikarer og ansatte
- Utvikle, anvende og beholde medarbeiderne slik at pasientene får best mulig tjenestetilbud
- Sikre god oppfølging av medarbeiderne gjennom hele sin yrkeskarriere i HMN, inklusive når de slutter.

5.3.2 Ledelse

Ut fra de utfordringer vi har identifisert, trenger vi generelt å øke ledelseskapasiteten og ledelseskompetansen i Helse Midt-Norge. Ledelse som fag må styrkes og kompetansekrav struktureres, formalisere og brukes til å øke lederes og ledergruppes kompetanse. Vi må også vurdere kontrollspennet i den pasientnære delen av virksomheten vår (dvs. øke antall seksjonsledere).

Vi er en kunnskapsbasert virksomhet som kjennetegnes av medarbeidere med høy kompetanse. Kunnskapsmedarbeidere har ofte stor indre motivasjon, og drives av et engasjement for faget sitt. Helsepersonell har gjerne også høy bevissthet om vårt viktige samfunnsoppdrag. Samtidig opplever ansatte i helsetjenesten kontinuerlig et sterkt press på effektivitet, knappe ressurser og mer komplekse oppgaver. Dette vil med all sannsynlighet være en del av hverdagen også fremover. Vi må derfor ha motiverte, trygge, tydelige og utviklingsorienterte ledere som liker og evner å motivere og utvikle sine medarbeidere og få det beste ut av hver enkelt i en svært krevende hverdag.

Utfordringene vi står overfor krever store endringer av virksomheten, og ledernes rolle fremover vil i stor grad handle om å motivere og lede medarbeidere i målrettet endringsarbeid. Samtidig som ledere skal motivere må ledere sikre god kontroll på bemanning, kostnader og kvalitet, følge opp og sikre at mål oppnås og gevinster tas ut.

Ny teknologi og digitalisering vil i stor grad prege utviklingen i helsetjenesten fremover. Ledere på alle nivåer i organisasjonen trenger derfor kunnskap om teknologi og de mulighetene denne gir til å skape utvikling og forbedring.

Våre ledere må i større grad bidra til utvikling, styring og realisering av gevinster på tvers av formelle og organisatoriske grenser. Dette krever en større grad av orientering rundt prosesser, og utfordrer de tradisjonelle organisatoriske hierarkiene. Dette kan skape friksjon og usikkerhet, både hos ledere og de man skal lede.

Lederrollen vil fortsatt være svært krevende, noe som krever at vi må bli bedre til å identifisere, tiltrekke oss og motivere de riktige lederne. Vi må også ha gode utdannings- og utviklingsprogram som gir dem faglig påfyll og støtte og bidrar til styrket kompetanse, felles forståelse og kultur. Vi må bli gode til å motivere, utvikle og støtte de gode lederne så de blir værende og gjerne går videre til nye



lederoppgaver. Vi må også sørge for støttesystemer som forenkler arbeidsdagen og frigjør lederes tid til å drive personalledelse. Administrative oppgaver må digitaliseres og automatiseres der dette er mulig.

Strategisk ledelse, endringsledelse, kontinuerlig forbedring, prosess- og prosjektledelse og teknologiforståelse er viktige kompetanseområder for utvikling av ledernes kompetanse fremover.

Helse Midt-Norge vil:

- Ha fokus på evnen til å lede og motivere medarbeidere i endring.
- Styrke prosessene for rekruttering, utvikling, utdanning og støtte av ledere.
- Styrke kompetanseutvikling for ledere på de områdene organisasjonen har behov for.
- Sørge for effektive administrative støttesystemer og god stabsstøtte som forenkler lederes hverdag og frigjør tid til personalledelse.
- Ta mer hensyn til et hensiktsmessig kontrollspenn for ledere ved organisering av virksomheten.
- Sørge for effektive ledergrupper som evner å skape merverdi for organisasjonen, enheten og den enkelte.

5.3.3 Utdanning

Som tidligere drøftet krever kompetanse og bemanningsutviklingen i fremtiden at vi tenker og planlegger bedre som utdanningsinstitusjoner. Vi må sikre kunnskapsbasert praksis, bedre veiledning og større relevans i utdanningsaktiviteten som foregår i helseforetakene. Dette vil også kreve bedre styring, studieadministrativ planlegging og en mer strategisk tilnærming til hvordan utdanningsaktiviteten henger sammen med bemanningsplanlegging og arbeidsgiverpolitikk. Helse Midt-Norge RHF må derfor prioritere at det etableres bedre prosesser i helseforetakene for å rekruttere og utdanne rett personell.

Fremtidige endringer som følge av en større økning i poliklinisk aktivitet og dagkirurgi enn i liggedøgn, utfordrer også utdanningsaktiviteten. Pasientene vil befinne seg i primærhelsetjenesten i større deler av det helhetlige behandlingsforløpet, noe som medfører at denne også vil måtte bli en større praksisarena. Dette utfordrer oss til å tenke nytt når det gjelder samarbeid med kommunene for å sørge for at både innhold og dimensjonering av utdanningene dekker hele helsetjenestens behov. Vårt sørge-for-ansvar må derfor også omfatte en helhetlig koordinering med primærhelsetjenesten og utdanningssektoren som tar denne utviklingen på alvor.

Når studentene er ute i praksis er det avgjørende at de får god, kunnskapsbasert veiledning og at de møter relevante læringssituasjoner, uansett profesjon. Kombinerte stillinger for ansatte på sykehus og i universitets- og høgskolesektoren har bidratt positivt til å harmonisere sammenhengen mellom teoretisk



grunnutdanning og praksis i tjenesten, og dette er et område hvor det er rom for videreutvikling også for profesjoner som ikke har praktisert denne ordningen i særlig omfang hittil.

Fremtidens helsepersonell vil som følge av digitalisering også ha behov for mer teknologisk kompetanse i fremtiden. Vi må derfor legge til rette for tettere samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre at studentene har en grunnforståelse for teknologien de møter i helsetjenesten, og at de har kompetansen de trenger for å kunne ta i bruk ny teknologi ettersom den endrer seg. Det betyr også at både formell videreutdanning og tilrettelagt kompetanseheving og livslang læring i helseforetakene er nødvendig for at helsepersonellet kan ta i bruk ny teknologi i fremtiden.

For å bidra til bedre helse i befolkningen og aktivere pasientenes egne ressurser, og gjennom dette dempe behovet for helsetjenester, er god pasient- og pårørendeopplæring viktig. Dette forutsetter at de helsefaglige utdanningene også legger vekt på å utvikle helsepedagogisk kompetanse hos fremtidens helsepersonell.

Den nye ordningen for leger i spesialisering (LIS) er en læringsutbyttebasert reform som setter helsetjenesten bedre i stand til å definere hva vi trenger av fremtidens spesialister. Dette vil stille større krav til veiledning og supervisjon, og evnen til å vurdere kompetanse. Vi må drive systematisk kompetanseutvikling for å klare å ivareta dette, og sikre at det blir prioritert. Vi har allerede svært dyktige spesialister i dag, og det er avgjørende at vi prioriterer utviklingen av den nye ordningen sammen med disse for å sikre et godt grunnlag for utdanning av spesialister også i fremtiden. Den nye LIS-ordningen gir oss flere muligheter til å planlegge langsiktig når det utlyses nye utdanningsstillinger, og dette vil være av stor betydning for å møte fremtidige kompetansebehov.

Bedre samhandling med primærhelsetjenesten, helhetlig tilfang av kompetanse fra alle yrkesgrupper, endringsvilje og gevinster fra teknologisk utvikling er alle faktorer vi er avhengige av hvis vi skal klare å møte utfordringene i fremtiden. Utdanning av helsepersonell må inngå i denne helheten, slik at vi utnytter deres kompetanse best mulig i pasientbehandlingen.

Helse Midt-Norge vil:

- Ta strategisk og operativt ansvar for etter- og videreutdanning.
- Styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og kommunene for å få innhold og kapasitet i helse- og sosialfaglige utdanninger i tråd med hele helsetjenestens behov.
- Arbeide for styrking av teknologi og helsepedagogikk i helseutdanningene.
- Legge til rette for livslang læring og videreutdanning for helsepersonell
- Utnytte potensialet i alle yrkesgrupper, inkludert lærlinger og fagutdannet personell fra videregående skole og fagskole.
- Sikre at utdanningen av nye LIS-leger skjer i tråd med pasientenes og tjenestens behov.



- Jobbe målrettet for å sikre at den nye LIS-ordningen i våre helseforetak kontinuerlig forbedres, slik at det fremstår attraktivt å bli spesialist i Helse Midt-Norge.

5.4 Gode lagspillere

Vi er gode lagspillere

Vi tenker helhet og samhandling. Laget består av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi spiller hverandre gode og utnytter hverandres fortrinn.

5.4.1 Virksomhetsutvikling og oppgavefordeling

Fremtidsbildet, med de utfordringer og målsettinger som er vist tidligere i denne planen, viser at det ikke er bærekraftig å fortsette å levere helsetjenester på samme måte som i dag. Vi vil ha utfordringer med å sikre tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å dekke befolkningens framtidige behov for helsetjenester. Vi kan ikke øke bemanning eller utvide bygningsmasse i tråd med økningen i behov, og vi må derfor løse utfordringene gjennom å tilby fremtidens helsetjenester på andre måter enn i dag.

Helseforetakene peker i sine utviklingsplaner på at nært samarbeid og oppgavedeling mellom sykehusene i Midt-Norge er en forutsetning for å kunne gi befolkningen i hele regionen et fremragende og likeverdig helsetilbud. Ressurser og kompetanse må utnyttes på tvers, både innad i det enkelte helseforetak og på tvers av helseforetakene.

Digitalisering og ny teknologi gir nye muligheter for samarbeid og oppgavedeling. Helseplattformen, nytt laboratoriesystem, digital patologi og økonomi- og logistikksystem er digitaliseringsprosjekter som gjør det mulig å levere tjenester fra ett sted til hele foretaksgruppen og jobbe i nettverk på tvers av geografi.

Det er avgjørende at hvert av sykehusforetakene fremstår som én enhet, uavhengig av hvor tjenesten ytes. Tverrgående klinikkstruktur i alle sykehusforetakene er et viktig virkemiddel for å oppnå dette. Å opprettholde tilbud nærmest mulig pasienten er viktig, men verken økonomisk bærekraft eller tilgang på kompetanse gjør det mulig å ha parallelle tilbud ved alle enheter. Desentraliserte tilbud forutsetter at fagmiljø må organiseres i forpliktende faglige nettverk med et sterkt fagmiljø som tydelig tyngdepunkt i hvert foretak. Disse nettverkene må sørge for en hensiktsmessig oppgavefordeling. For å utnytte kompetanse og ressurser effektivt må det være et mål å ha minst mulig duplisering av vaktberedskap og oppgaver. Nettverkene må også sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger

Vi må også tenke helhetlig om tilbudet i regionen. Nasjonal sykehusplan legger til grunn at alle sykehus må samarbeide tettere enn i dag. Økt spesialisering medfører behov for å sentralisere noen oppgaver, og sentralisering av funksjoner og arbeidsplasser har generelt vært en sterk trend. For å frigjøre kapasitet i de



større sykehusene, utnytte kapasiteten ved alle sykehus og sørge for et likeverdig tilbud i hele regionen, må vi derfor samtidig ha en aktiv politikk også for desentralisering. Dette innebærer at vi i alle prosesser må vurdere hvordan det er mulig å bygge sterkere fagmiljø og samtidig beholde høyspesialisert kompetanse i alle sykehus. Et ledd i dette vil også være en vurdering av hvilke elektive funksjoner som kan overføres til de mindre sykehusene i regionen. I tillegg vil det være sentralt å utnytte teknologiske muligheter.

Det ligger også muligheter for effektivisering i å se på hvordan funksjoner kan fordeles mellom helseforetakene i regionen. Vi må i større grad se på om helseforetakene kan yte tjenester for hverandre i stedet for at alle helseforetak skal være selvhjulpne med alle typer tjenester, blant annet gjennom flere regionale pasientforløp og aktive fagledernetverk. St. Olavs hospital har som regions- og universitetssykehus et særlig ansvar for utvikling av spesialisthelsetjenesten i hele Helse Midt-Norge, som en faglig spydspiss. Denne rollen skal fortsatt utøves gjennom aktivt lederskap i fagnettverkene og god og tillitsfull dialog med de andre helseforetakene.

Områder som særlig peker seg ut for regional samling av ressurser er områder der vi kan samordne tilbudet uten at vi må flytte på pasientene. Helseforetakene peker i sine utviklingsplaner blant annet på områdene billeddiagnostikk, laboratoriemedisin og patologi som aktuelle områder for oppgavedeling mellom helseforetakene. St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF skal i løpet av 2018 vurdere en felles klinikk for billediagnostikk med én klinikkssjef som rapporterer til direktørene i begge helseforetakene. Digital utveksling av bilder og samordning av vaktfunksjoner kan gjøre det mulig å sikre en bedre og mer likeverdig tjeneste samtidig som vi utnytter ressursene mer effektivt.

Helse Midt-Norge RHF vil i løpet av den første fireårsperioden ta sikte på å avklare hensiktsmessig organisering av funksjoner på tvers av helseforetakene. Dette omfatter både hvordan oppgavene skal fordeles og hva som er hensiktsmessig organisering. Områdene som i første omgang skal vurderes er billediagnostikk, laboratoriemedisin og patologi, hvor ny teknologi gir nye muligheter for samhandling. Erfaringene fra arbeidet innen billediagnostikk i Helse Nord Trøndelag og St. Olavs Hospital skal nyttiggjøres inn i dette arbeidet.

Standardisering innenfor kjerneprosessene til virksomheten utløser et betydelig potensial for gevinster gjennom standardisering og samordning av innkjøp i foretaksgruppen. Store nye innkjøp i nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal bør også utnyttes som en pådriver for standardisering av utstyr. Det er mye å hente i nasjonalt samarbeid, og det er viktig å ha trykk på konsolidering og utvikling av Sykehusinnkjøp HF ut fra vedtatt strategi om kategoribaserte innkjøp. Realisering av gevinster krever både gode avtaler og en god implementering og oppfølging av avtalene.

Også på logistikkområdet er det behov for større grad av regional samordning og standardisering. Helse Midt-Norge har gjennom innføring av felles logistikk- og økonomisystem tatt et viktig første steg. Et prosjekt for utvikling av fremtidig forsyningsstruktur er satt i gang i 2018. Andre administrative støttefunksjoner bør



også gjennomgå for å vurdere hvor det kan hentes gevinster i kvalitet eller effektivitet gjennom regional samordning.

Flere kommuner har de siste to årene henvendt seg med ønske om å tilhøre et annet helseforetak, med noe ulike begrunnelser. For flere kommuner var konsekvensene av inngått legevaktsamarbeid begrunnelsen. Da vi hittil ikke har kjent til de samlede konsekvenser av kommunereformen har Helse Midt-Norge ønsket å avvente evt. justeringer av opptaksområder. Helse Midt-Norge vil i 2019 se på behovet for endringer i helseforetakenes opptaksområder som følge av kommune- og regionreformen som trer i kraft fra 2020. Dette vil skje i nært samarbeid med helseforetakene og kommunene. I tillegg vil vi også vurdere behov for endringer i gjeldende foretaksstruktur.

Helse Midt- Norge vil:

- Bidra til oppgavefordeling innad i helseforetakene som sikrer at hvert foretak fremstår som én samlet enhet organisert i forpliktende faglige nettverk. Dublering av funksjoner i hvert helseforetak bør i størst mulig grad unngås.
- Styrke oppgavefordeling mellom helseforetakene, blant annet gjennom regionale pasientforløp og sterke fagledernetverk. Kapasitet ved de største sykehusene må frigjøres gjennom overføring av oppgaver til de mindre.
- Avklare hensiktsmessig organisering av funksjoner på tvers av helseforetakene. I den første fireårsperioden skal bildediagnostikk, laboratoriemedisin og patologi vurderes.
- Sikre kvalitet og hente gevinster i logistikk- og innkjøpsfunksjonene gjennom standardisering av innkjøp og ny forsyningsstruktur.
- Vurdere hensiktsmessig organisering av administrative støttefunksjoner i foretaksgruppen.

5.4.2 Samarbeid om folkehelse, forebygging og rehabilitering

Å forebygge sykdom fremmer livskvalitet for befolkningen. Utfordringene helsetjenesten står overfor krever også at vi demper veksten i behov for helsetjenester.

Bedre forebygging krever økt innsats og bevissthet. Det er nødvendig med klare faglige retningslinjer, etisk bevisstgjøring og evne til prioritering. Bedre behandlingsmetoder og legemidler vil føre til at flere blir friske, men det vil også føre til at flere vil leve med kronisk sykdom over lang tid. Dette utfordrer helsetjenesten på hvordan kontroll, rehabilitering og oppfølging av pasientene gjennomføres etter behandling.

Kommunene og fylkeskommunene har det primære ansvaret for folkehelse og forebyggende arbeid, men spesialisthelsetjenesten har også et ansvar etter



spesialisthelsetjenesteloven²⁹. Vi vil jobbe aktivt for at spesialisthelsetjenesten tar en mer aktiv rolle som samarbeidspartner med kommuner og fylkeskommuner om forebygging. Å bidra til forskning og overføring av kompetanse som kan bidra til en mer kunnskapsbasert forebyggende innsats er viktig i dette.

Manglende økonomiske insentiver for å drive forebygging er en utfordring. Dette er en medvirkende årsak til at spesialisthelsetjenesten i liten grad har prioritert forebyggende arbeid til nå. Finansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bidrar til å sementere og forsterke fokuset på diagnose og behandling framfor forebygging og mestring, og legger i for liten grad til rette for å stimulere til alternative løsninger både innad og mellom forvaltningsnivåene. Det finnes få økonomiske insentiver for tverrfaglig diagnostikk, behandling og oppfølging. Nye finansieringsformer må underbygge denne arbeidsformen.

Utviklingen tilsier at behovet for rehabiliteringstilbud øker i planperioden. Regjeringens opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering³⁰ vektlegger rehabilitering i helsetjenesten og god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det er en klar målsetting at mer av rehabiliteringsvirksomheten bør foregå i kommunene. Dette er blant annet avhengig av kommunenes evne til å bygge opp kapasitet, og har så langt skjedd i begrenset grad. Det må arbeides med et faglig fundament som i større grad avklarer hensiktsmessig oppgavefordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Rehabilitering krever et tydelig fokus på samhandling mellom nivåene fordi mange har behov for tjenester fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Spørsmålet om hvem som har ansvaret kan derfor ikke avgrenses til et spørsmål om «enten eller». For å oppnå gode helsetjenester vil godt samarbeid mellom nivåene være en forutsetning.

Gode arenaer for samhandling med kommunene er avgjørende for å kunne gjennomføre disse oppgavene og skape helhet i helsetjenesten. Dette innebærer blant annet å videreutvikle fysiske felles arenaer som helsehus, distriktsmedisinske sentra og nye samarbeidsmodeller for akutttilbud; en felles teknologisk plattform gjennom Helseplattformen; og samarbeidsutvalg, andre møtearenaer og eventuelle felles planer.

Med en aldrende befolkning, vil samarbeid både om forebygging, behandling og rehabilitering rettet mot eldre være et viktig samhandlingsområde som vil kreve styrket innsats.

Helse Midt-Norge vil:

- Bidra til at folkehelseperspektivet og forebyggende tiltak får større plass i helsetjenesten og dermed bidra til å dempe veksten i behov.

²⁹ Lov om spesialisthelsetjenester §§ 1-1, 1-2, 2-1a

³⁰ Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)* (Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>



- Arbeide målrettet for et tett og forpliktende samarbeid med kommunene om behandling og personell.
 - Utarbeide et faglig fundament som i større grad avklarer oppgavefordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjenesten på området rehabilitering.
 - Bidra til å utvikle økonomiske insentiver som stimulerer forebygging, tverrfaglig diagnostikk, behandling og oppfølging.
 - Videreutvikle gode samhandlingsarenaer med kommunene og fastlegene.
-

5.4.3 Private aktører i spesialisthelsetjenesten

Helse Midt-Norge RHF har et helhetlig ansvar (sørge-for-ansvar) for all diagnostikk og behandling som faller inn under spesialisthelsetjenestens virkeområde i regionen. Kjøp av tjenester fra private leverandører er et viktig supplement til denne virksomheten for å gi et større mangfold av tjenester, styrke pasientenes valgfrihet og utnytte kapasiteten i markedet. Det er en nasjonal prioritet å legge godt til rette for private innslag som en del av helsetjenesten, og er stilt særskilt krav om prioritering av ideelle aktører.

Der helseforetakene har ventetidsutfordringer og det finnes tilgjengelig kapasitet og kompetanse hos private leverandører i markedet, skal slik kapasitet benyttes. Målet er at pasientene ikke skal oppleve fristbrudd eller urimelig lange ventetider i påvente av behandling.

Helse Midt-Norge RHF med underliggende helseforetak skal være en påregnelig, forutsigbar og langsiktig avtalepart for de avtalespesialister og private leverandører av spesialisthelsetjenester det inngås kontrakter med. Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med underliggende helseforetak og private samarbeidspartnere styrke oppfølgingen av kontraktene.

For å sikre et helhetlig tilbud til pasientene og unngå uønsket variasjon er det viktig at helsehjelpen som ytes hos de private tjenestetilbydere følger samme prinsipper for rettighetsvurderinger og utøvelse etter beste faglig standard og skjønn som den offentlige helsetjenesten. I fremtidige avtaler vil det være viktig å sørge for at private leverandører forpliktes til å delta i forskning, fagutvikling, innovasjon og utdanning, samt i helhetlige og standardiserte pasientforløp.

Som omtalt i kapittel 2.3.3 har Helse Midt-Norge hatt en annen innretning enn andre helseregioner på kjøp av private sykehustjenester. For å sikre et enhetlig tilbud og motvirke uønsket variasjon i tjenestetilbudet vil Helse Midt-Norge vurdere å endre anskaffelsesmodellen. Innen rehabilitering er det i dag et regionalt henvisningsmottak som vurderer henvisninger. For fremtiden vil vi vurdere å samle dette også for andre private tjenester.

Omfang og dimensjonering av avtaler med private må ses i sammenheng med det offentlige tilbudet. Aktuelle fagmiljø, helseforetak og kommuner må være med i prosessen når det opprettes avtalehjemler eller anskaffes tjenester. Potensiell



konkurranse om kompetanse i utsatte fagmiljø må være en del av denne vurderingen.

Innen rehabilitering, psykisk helsevern og rus er det en intensjon i Samhandlingsreformen og opptrappingsplaner at kommunene skal overta betydelige oppgaver. Det er behov for å avklare innfasing av kommunalt ansvar på området og hvilke konsekvenser dette vil få for helseregionens fremtidige kjøp av tjenester. Dette må skje i takt med at kommunenes kompetanse og kapasitet til å overta ansvar bygges opp.

Helse Midt-Norge vil:

- Utnytte kapasiteten hos private tilbydere for å minimere ventetider.
- Sørge for at private leverandører inngår i et helhetlig tilbud til pasientene gjennom å:
 - Styrke inkluderingen av helseforetak, fagmiljø og kommuner i prosesser rundt nye avtaler.
 - Kontraktfeste forpliktelse til helhetlige og standardiserte pasientforløp.
 - Vurdere å samle henvisningsvurdering.
 - Vurdere hvorvidt kontrakter med private sykehus bør innrettes på en annen måte.
 - Sørge for at det inngås gode samarbeidsavtaler og sikre bedre kontrakts- og avtaleoppfølging.
- Styrke samhandling og avklare fremtidig kommunalt ansvar for tjenester innen rehabilitering, rus og psykisk helsevern.

5.5 Prioriteringer innenfor utvalgte fagområder

5.5.1 Psykiatri og rusbehandling

Psykisk helsevern og Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB) er prioriterte områder for Helse Midt-Norge. Det er et viktig nasjonalt mål at vi skal ha høyere vekst på disse fagområdene enn i somatikken. Det har vært utfordrende å øke aktiviteten tilstrekkelig mye, og det regionale helseforetaket vil bidra til sterkere regionalt samarbeid for å styrke området.

For å skape pasientens helsetjeneste utvikles, tydeliggjøres og implementeres pasientforløp etter nasjonale standarder. Nasjonale pakkeforløp innen psykisk helse og rus skal implementeres og legges til rette for gode individuelle behandlingsforløp gjennom bedre samhandling mellom sektorene, klare ansvarsforhold og gode overganger. Regionale retningslinjer innføres for krav til kvalitet i akuttfunksjonen og sørger for sammenheng i behandlingsløpet også etter akuttbehandling.



Pasientene skal ha tilgang til samordnede tjenester med god kvalitet, der ressursene blir utnyttet på en best mulig måte mellom offentlige og private leverandører, spesialisthelsetjenesten, kommunene, brukerorganisasjoner og andre. Innen TSB er det private tilbudet et særlig viktig supplement til det offentlige, og mangfold i tjenestetilbudet trekkes fram som viktig av brukerorganisasjoner og brukergrupper i regionen.

Helse Midt-Norge vil videreføre og videreutvikle regionale funksjoner innen PH som ivaretar et høyspesialisert tilbud for sikkerhetspsykiatri, spiseforstyrrelser og døve/døvblinde. Regionale prosjekt for andre spesielle pasientgrupper evalueres før eventuell etablering av regionale tilbud.

Den forebyggende innsatsen innen rus og psykiske helse er viktig både for å bedre innbyggernes livskvalitet og dempe behovet for helsetjenester. Innen primærforebygging har kommunene hovedansvaret. Kommunene har en nøkkelrolle og styrket ansvar for oppfølgingstjenester i rus og psykiatri. Det er behov for oppbygging av kompetanse og kapasitet i kommunene, der spesialisthelsetjenesten kan være en viktig bidragsyter. Regionale kompetansesentre har her en svært viktig rolle.

Spesialisthelsetjenesten er avhengig av å rekruttere og beholde kompetanse, særlig psykologspesialister og psykiatere. Styrket strategisk kompetanseplanlegging er et viktig virkemiddel for å få til dette. Det er også nødvendig med et sterkere samarbeid med avtalespesialistene. Innføring av ny legespesialitet på rus og avhengighetsmedisin gir nye muligheter for styrking av kompetanse og rekruttering på dette området.

Det er behov for klinisk og pasientnær forskning og fagutvikling ved alle klinikker og samarbeidet mellom helseforetakene og universitet/høgskole styrkes og struktureres. TSB er et særlig forskningssvakt område der forskning og innovasjon må styrkes.

Innovasjon og implementering av nye behandlingsmåter skal styrkes gjennom helhetlig arbeid som sikrer faglig oppdatering av alle ansatte. Det ligger et potensial i aktiv utprøving av e-helseløsninger.

Helse Midt-Norge vil:

- Prioritere Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
 - Styrke det regionale samarbeidet for å øke aktiviteten i tråd med nasjonale mål.
 - Implementere nasjonale pakkeforløp og utvikle standardiserte pasientforløp.
 - Stimulere til forskning, innovasjon og fagutvikling, med særlig vekt på forskning innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.
 - Bidra til mer utprøving av e-helseløsninger.
 - Legge til rette for bedret samhandling med kommunene.
-



5.5.2 Prehospitale tjenester

Gjennomført beredskapsanalyse for ambulansetjenesten³¹ er et godt verktøy som vil bli brukt for videre planlegging og utvikling av ambulansetjenesten.

Helse Midt-Norge vil arbeide videre med utprøving av «hvite biler», dvs. ambulanser som er enklere utrustet enn akuttambulanser, som kan benyttes til transport av liggende pasienter. Dette tilbudet kan avlaste akuttambulansene og bidra til bedre beredskap.

Ambulansetjeneste krever betydelig kompetanse, og vi må sikre en stasjonsstruktur som gjør det mulig med tilstrekkelig faglig oppdatert personell. Dette krever et visst aktivitetsnivå på stasjonene. Stasjonsstrukturen må gjennomgå med tanke på dette. For å øke aktiviteten for ansatte på stasjoner med lav aktivitet, bør rullerende bemanning mellom flere stasjoner vurderes. Det ligger et potensial i å samarbeide med kommunene om muligheten av annen beredskap enn fullverdig akuttambulans for å kunne opprettholde god beredskap der omfanget av oppdrag er for lavt til å kunne opprettholde en ordinær ambulansestasjon med god nok kompetanse.

Kommunene er også ansvarlige for viktige ledd i akuttkjeden, og en god beredskap med riktig ressursutnyttelse forutsetter godt samarbeid og koordinering. Riktig kapasitet og god utnyttelse av ressurser i legevakt og kommunale akuttsenger spiller sammen med kapasitet og ressursutnyttelse i akuttsykehus og ambulansetjeneste. Et styrket samarbeid om riktig dimensjonering og nye samarbeidsmodeller mellom kommunenes og spesialisthelsetjenestens prehospitale tjenester er avgjørende.

Grenser mellom helseforetak og AMK-områder kan være en utfordring for riktig ressursutnyttelse. Det kan bli behov for å vurdere nødvendige tilpasninger i AMK-sentralenes ansvarsområder. Helse Midt-Norge vil prioritere oppgradering av datasikkerheten ved sentralene, og vil bidra til at arbeid som ledes av Helse Vest med anskaffelse av nytt system kan gjennomføres så snart som mulig.

Det er behov for oppmerksomhet om kapasiteten i luftambulansetjenesten. Det foregår et nasjonalt strategiarbeid som Helse Midt-Norge vil følge opp videre. St. Olavs hospital vil overta all koordinering av ambulanshelikopter i regionen, og det er behov for tettere koordinering også med andre helseregioner. Der det er hensiktsmessig er det viktig å utnytte alternativ transport mellom sykehus.

Helse Midt-Norge vil:

- Sikre tilstrekkelig kompetanse i hele ambulansetjenesten.
- Arbeide videre med utprøving av alternative transportløsninger.
- Styrke samhandlingen med kommunene om kapasitet og samarbeidsformer i de prehospitale tjenestene.
- Vurdere inndelingen av AMK-områdene ved behov.

³¹ Helse Midt-Norge RHF. (2018a). *Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten i Midt-Norge*. Stjørdal. Hentet fra <https://helse-midt.no/nyheter/2018/analyseverktoy-for-ambulansetjenesten>



5.5.3 Kirurgisk akuttberedskap

Som en del av oppdraget om regional utviklingsplan, ble de regionale helseforetakene i foretaksmøte i mai 2016, gitt i oppdrag å foreta nødvendige avklaringer av kirurgisk akuttberedskap innen 1. april 2017. Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF, leverte styrebehandlete avklaringer av kirurgisk akuttberedskap til Helse Midt-Norge innen gitt frist og i tråd med gitte mandater.

De tre helseforetaksstyrenes vedtak er retningsvedtak, og beskriver hvordan samhandling mellom det minste akuttpsykehuset/-enheten og det nærmeste større sykehus bør utvikles for å sikre bærekraftig kirurgisk tilbud og beredskap i fremtida, bl.a. gjennom utveksling av personell og felles fagutvikling. En fellesnevner er også hvordan man ser for seg å sikre rekruttering av kritisk personell. Det er generell mangel på gastrokirurger og spesialsykepleiere som særlig utfordrer vaktssystemene på de minste sykehusene.

Det legges ikke opp til strukturelle endringer i kirurgisk akuttberedskap i første fireårsperiode.

Helse Midt Norge RHF behandlet i styresak 22/17 Utviklingsplaner – avklaringer kirurgisk akuttberedskap³², med følgende vedtak:

- 1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til helseforetakenes foreslåtte utviklingsretning av kirurgisk akuttberedskap.*
- 2. Styret ber administrerende direktør sørge for samarbeid mellom de tre sykehusforetakene slik at tilstrekkelig kapasitet og kompetanse er tilstede for forsvarlig akuttkirurgisk beredskap i hele helseregionen.*
- 3. Styret presiserer at det skal gjennomføres en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse, i tråd med veileder for utviklingsplaner, ved eventuelle endringer ved kirurgisk akuttberedskap*

Foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF, avholdt 24. april 2017³³, tok styrets vedtak til orientering.

Helse Midt-Norge vil:

- Bygge på konklusjonene som ligger i helseforetakenes planer

³² Helse Midt-Norge RHF. (2017). Styresak 22/17: Utviklingsplaner - avklaringer kirurgisk akuttberedskap. I. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2022-17%20Utviklingsplaner%20-%20avklaring%20akuttkirurgisk%20beredskap.pdf>

³³ Helse- og omsorgsdepartementet. (2017c). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 24.04.2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-for-foretakene/foretaksmoter/foretaksmoter-2017/foretaksmote-i-helse-midt-norge-rhf-24.04.2017/id2550397/>



- Styrke samhandlingen mellom det minste akuttpsykehuset og det nærmeste største sykehuset.
- Styrke samhandlingen mellom små akuttpsykehus og kommunehelsetjenesten, jf. Orkdalsmodellen.
- Styrke strategisk kompetanseplanlegging for å sikre tilstrekkelig rekruttering.
- Differensiere tilbudet ved de ulike enhetene for å sikre tilstrekkelig kapasitet og kvalitet.
- Se på mulighetene for minst mulig dublering av vakt for å sikre en bærekraftig beredskap.

5.5.4 Legemidler

Legemidler er en viktig innsatsfaktor i pasientbehandlingen i sykehus. Feil i legemiddelhåndtering og i legemiddelbruk står for en betydelig andel pasientskader.

Legemiddelkostnader utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. Demografisk utvikling med flere eldre, mulighet for behandling av flere sykdommer, og utvikling av nye persontilpassende legemidler medfører at legemiddelkostnadene vil øke fremover. Det er nødvendig å ha systemer for tett oppfølging av legemidler, både av hensyn til pasientsikkerhet og for å sikre kostnadseffektiv innføring og bruk av nye legemidler.

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten jobber i dag hver for seg for å sikre riktig legemiddelbruk hos sine pasienter. Likevel er feil eller mangelfull informasjon om pasientens legemiddelliste ved skifte av omsorgsnivå, en betydelig kvalitetsutfordring i dag. Legemiddelbehandling skal være en integrert del av de helhetlige pasientforløpene.

Helseplattformen med en felles journal for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, vil sikre oppdatert og felles informasjon om pasientens legemiddelliste. I tillegg vil beslutningsstøtte som innføres gi mulighet for optimal legemiddelbehandling.

I Helse Midt-Norge er bruk av kliniske farmasøyter en integrert del av pasientbehandlingen, og inngår i tverrfaglige team rundt pasienten for å kvalitetssikre pasientens legemiddelbruk.

Optimalisering av pasientenes legemiddelbruk gjennom å ta i bruk pasientens egne ressurser og ved å tilpasse dosering og administrering ut fra pasientspesifikke data vil også virke positivt på riktig bruk av legemidler og redusere kostnader per pasient.

Helse Midt Norge vil:

- Utarbeide en strategi for riktig og kostnadseffektiv legemiddelbruk, inklusive bruk av farmasøytisk kompetanse i pasientforløpene.



- Legge til rette for automatisering og digitalisering av tjenester som omfatter legemidler
- Legge til rette for produksjon, distribusjon og riktig bruk av persontilpasset medisin
- Styrke samhandling med kommunene for å sikre riktig legemiddelbruk

5.6 Rammebetingelser og økonomisk bærekraft

5.6.1 Økonomisk bærekraft

Langtidsplan og -budsjett³⁴ gir et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utviklingsprosjekter i regionen. Her framkommer økonomiske konsekvenser av etablerte strategier og planer.

Helse Midt-Norge har siden 2008 levert positivt resultat i forhold til resultatkravet fra HOD. Det er viktig at foretaksgruppen klarer å skape resultater som muliggjør investeringer og utvikling av virksomheten. Økonomisk bæreevne betyr å håndtere ansvar og forpliktelser innenfor tilgjengelige økonomiske rammer over tid. Det er ikke bare den samlede bæreevnen som er interessant, men også bæreevne for det enkelte foretak og innenfor det enkelte år.

Helseforetakene har i utgangspunktet ansvar for alle lokale investeringer. Det forutsetter at det i langsiktige planer legges større vekt på likviditet og det handlingsrommet helseforetaket selv klarer å generere til investeringer. Foretakene er selv ansvarlig for å finne en balanse mellom drift, prioritering av investeringer og en sunn likviditetsutvikling.

En sunn likviditetsutvikling forutsetter at det ikke brukes mer midler enn det som er tilgjengelig. Driftskreditt skal benyttes til å håndtere kortsiktige svingninger i likviditetsbehovet og det er sentralt at foretakene ikke over flere år har en negativ kontantstrøm knyttet til drift og løpende investeringer.

Helseforetakene viser til at de allerede i dag er i en krevende driftssituasjon. Dette utfordringsbildet er snarere blitt forsterket, og vil kreve økt evne til omstilling og forbedring for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste. I henhold til vedtak i styresak 96/17 *Økonomisk bæreevne Helse Midt-Norge* er det gjort tiltak for å sikre en bærekraftig utvikling i regionen samlet dersom effektivisering og tiltak ikke realiseres som planlagt.

Investeringer

Helse Midt-Norge planlegger store investeringer i både bygg og IKT i parallell i langtidsperioden. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) og Helseplattformen er de prioriterte investeringene i langtidsperioden. Det høye investeringsnivået vil gi økte driftskostnader i helseforetakene. Det blir viktig å hente ut gevinstene som ligger som forutsetning for investeringene. De store IKT-investeringene krever at

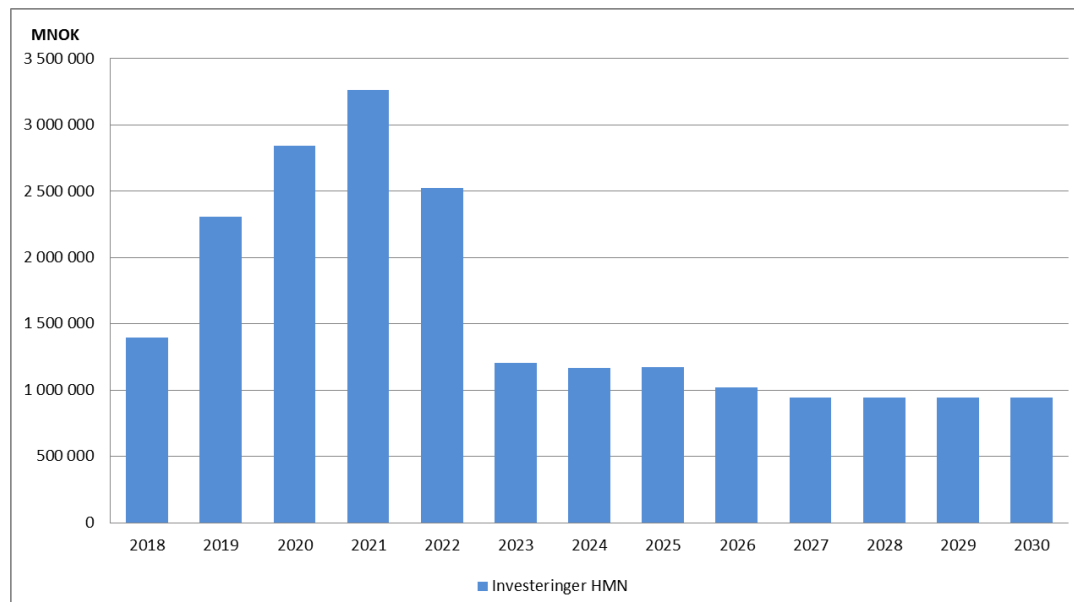
³⁴ Helse Midt-Norge RHF. (2018b). Styresak 60/18 - Langtidsplan og -budsjett 2019-2030. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/Sak%2060-18%20Langtidsplan%20og%20budsjett%202019-2030.pdf>



en samtidig gjennomfører en omstilling av organisasjonen og det er sentralt at foretakene er tett på endringsarbeidet for å kunne realisere gevinster.

Investeringsnivået er størst i første del av langtidsperioden. Se Figur 13 under.

Figur 13: Investeringer i Helse Midt-Norge



Risiko

Det er betydelig usikkerhet knyttet til den kommende langtidsperioden. Rammene vi skal styre innenfor er for så vidt forutsigbare, mens prioriteringene innenfor vårt handlingsrom er det som er krevende. Den store graden av sammenfall i planer som skal gjennomføres og usikkerhet rundt omfang og effekter av disse bidrar til økt risiko. Samtidig gir utviklingen i likviditet lite rom for avvik fra plan.

Utfordringene er størst i første del av langtidsperioden, mens handlingsrommet øker i årene utover i takt med effektiviseringen som er fortsatt i driften.

Realisering av planlagte tiltak og effektivisering i alle år er avgjørende for at investeringsplanene skal kunne gjennomføres. Det er i langtidsbudsjettet lagt inn forutsetninger knyttet til investeringen i og innføringen av Helseplattformen, og som det også er knyttet usikkerhet til.

Helse Midt-Norge vil:

- Følge opp at foretakene tidlig i perioden etablerer nødvendig økonomisk handlingsrom gjennom styrking av resultat og egen finansieringsevne.
- Følge opp at helseforetakene styrer og prioriterer investeringene innenfor tilgjengelig likviditet i langtidsbudsjettet. Dersom resultatet endrer seg negativt må det gjøres nødvendige tilpasninger i drift eller investeringsplanen.



- Følge opp at helseforetakenes aktivitetsbudsjetter for 2019 og senere år skal oppfylle kravet om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innen somatikk.
-

5.6.2 Utvikling av bygningsmassen i Helse Midt-Norge

Nåsituasjonsbeskrivelsen viser at bygningsmassen til Helse Midt-Norge har en dårligere tilstand enn mange andre statlige virksomheter, men på linje med helsesektoren forøvrig. For å ha en langsiktig økonomisk bærekraftig forvaltning må vi på kort sikt unngå at tilstanden forverres, og på lang sikt sørge for at den bedres. En vektet teknisk tilstandsgrad på 1,2 vil være i tråd med målsetningene for andre aktører i staten. Dette vil i så fall medføre økte vedlikeholdskostnader.

For å bedre tilstandsgraden på byggene vil det bli nødvendig å prioritere mer midler til vedlikehold. På oppdrag fra Helse- og Omsorgsdepartementet utredes nå kostnadsdekkende husleieordning for alle helseregioner, og det tas sikte på å legge frem en sak om dette i oktober 2018.

Effekten av e-helseløsninger og andre endringer i behandlingsmetoder kan bidra til redusert behov for bygg, men dette vil ikke gi vesentlig effekt i første del av planperioden. Alle foretak melder behov for endringer/utvidelser knyttet til at poliklinisk aktivitet har økt mye og vil fortsette å øke. Selv med effektiv bruk av eksisterende arealer kreves noen arealutvidelser og bygningsmessige endringer. På sikt er det likevel et mål å redusere den samlede bygningsmassen. Dette skal i hovedsak oppnås gjennom avhending av bygningsmasse som erstattes av mer effektive nybygg.

Helseforetakene i regionen har en stor utfordring med å sørge for økonomisk bærekraft. Regionalt er det vedtatt å gjennomføre psykiatriløftet i Levanger (ferdig i 2019), nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal, og sikkerhetsavdeling ved St. Olavs hospital. Regionen har i liten grad regionale investeringsmidler til ytterligere byggeprosjekter. Dette innebærer at alle bygningsmessige investeringer i helseforetakene må finansieres innenfor foretakenes egne langtidsbudsjetter. Det vil ikke være mulig å gjennomføre alle investeringer som er skissert i helseforetakenes utviklingsplaner uten en vesentlig styrking av helseforetakenes driftsresultat.

Helse Midt-Norge vil:

- Sørge for at bygningsmassen blir godt tilpasset helsetjenestens behov, og slik at lite hensiktsmessig bygningsmasse enten oppgraderes eller avhendes
- Redusere bygningsmassen ned mot 650 000 kvm på lengre sikt.
- Styrke vedlikeholdet til et nivå hvor vektet teknisk tilstandsgrad opprettholdes, og på lang sikt bedres.
- Påse at alle byggeprosjekt gjennomføres innenfor en bærekraftig investeringsramme i langtidsbudsjettene til det enkelte helseforetak.



5.6.3 Finansiering av spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er i dag finansiert gjennom en kombinasjon av basisbevilgning, aktivitetsbasert og kvalitetsbasert finansiering. Dette skal bidra til likeverdige helsetjenester, stimulere til kostnadseffektivitet og til økt kvalitet. Fremtidsbildet krever at helsetjenesten i større grad fungerer som et trepartssamarbeid mellom pasient, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er bred enighet om at det er nødvendig å legge mer vekt på primær og sekundær forebygging og forskyvning av oppgaver og ressursinnsats fra spesialisthelsetjenesten til kommunale helse- og omsorgstjenester. Å skape pasientenes helsetjeneste utfordrer det statlige finansieringssystemets evne til å understøtte fleksible samarbeidsformer og ressursinnsats.

Teknologisk utvikling gjør også at avansert diagnostikk og behandling i stadig økende grad kan gjennomføres uten at pasienten må flyttes til et sykehus. Dersom vi endrer måten vi jobber på kan tradisjonell sykehusbehandling i mange tilfeller erstattes med fjernoppfølging av pasienter og behandling som administreres av pasienten selv. Én innbygger, én journal, i Midt-Norge implementert gjennom Helseplattformen, gir også nye muligheter.

En slik utvikling innebærer endringer i hvordan pasientforløpene blir seende ut, hvilke pasienter som i det hele tatt vurderes på sykehus, eller i hvilken grad det er nødvendig med vurdering på lokalsykehus forut for overføring til spesialisert behandling på annet sykehus. Etablering av ambulante akutt-team som rykker ut til pasienten for å gjøre nødvendig vurdering av pasienten og aktuelle behandlingstiltak, kan erstatte mange innleggelser. Dette er allerede en del av tenkingen bak den innsatsstyrte finansieringen av psykisk helsevern og kan utvikles videre.

Det er viktig at finansieringsordningen ikke er til hinder for å gjøre ting på nye måter men i stedet kan stimulere til å utvikle tjenesten. Teknisk rammeverk innenfor dagens innsatsstyrte finansiering er f.o.m. 2017 utvidet med løsninger for gruppering og aktivitetsberegning for aktuelle typer tjenester slik at nye tjenesteformer basert på pasientadministrasjon eller andre kontinuerlige tiltak enklere kan understøttes (STG-systemet; særtjenestegrupper). STG-systemet er forløpsorientert i stedet for å relatere seg til de enkelte hendelsene innad i forløpet.

På kort sikt er det nødvendig med økt innslag av forløpsorientering heller enn ytterligere finansiering rettet mot enkelthendelser i forløpet. Norge har en svært god infrastruktur for helsedata, og står foran en betydelig utvikling på området. Allerede i dag ligger det et uutnyttet potensial i dette for å kunne skape en mer datadrevet finansieringsmodell, og dette vil bli betydelig større i årene framover. Måling og rapportering av kostnader per pasient i spesialisthelsetjenesten gir også slike muligheter.

På lengre sikt er det særlig samhandling mellom forvaltningsnivåene og utfordringer knyttet til den samlede bærekraften i helsetjenesten som må



ivaretas. Fremtidig tilgang til helsedata på tvers av tjenestenivåene muliggjør nye helhetlige finansieringsmodeller fra statens side for helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåene. En slik utvikling forutsetter samtidig en revisjon av måten kommunale helse- og omsorgstjenester finansieres på.

Helse Midt-Norge vil arbeide for at:

- Forløpsorientering i den aktivitetsbaserte finansieringen styrkes.
 - Aktiviteter i det prehospitale leddet som erstatter sykehustjenester blir en del av den aktivitetsbaserte finansieringen.
 - Det tilrettelegges for nasjonale piloter med utprøving av finansiering av helsetjenester på tvers av forvaltningsnivåene.
-



Litteraturliste

- Arntzen, E. (2018). Ny ordning for spesialistutdanning for leger - tverregionalt prosjekt. Hentet fra <http://lis-utdanning.info/>
- Finansdepartementet. (2017). *Meld. St. 29 (2016-2017) Perspektivmeldingen 2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016a). *Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016b). *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)* (Særtrykk til Prop. 1 S (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptappingsplanrehabilitering.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017a). *Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nasjonale-tjenester/id614574/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017b). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10.01.2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-for-foretakene/foretaksmoter/foretaksmoter-2017/foretaksmote-helse-midt-norge-10.01.2017/id2526635/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017c). *Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 24.04.2017*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/protokoller-for-foretakene/foretaksmoter/foretaksmoter-2017/foretaksmote-i-helse-midt-norge-rhf-24.04.2017/id2550397/>
- Helse Midt-Norge RHF. (2012). *Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende 2012-2016*. Hentet fra <https://helse-midt.no/Documents/Strategi/Handlingsplan%20for%20opplæring%20av%20pasienter%20og%20pårørende%202012-2016.pdf>
- Helse Midt-Norge RHF. (2015). *Strategi for utdanning og kompetanseutvikling 2015-2019*. Hentet fra <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/utdanning>
- Helse Midt-Norge RHF. (2016a). *Forskningsstrategi 2016-2020*. Hentet fra <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/forskning#forskningsstrategi>
- Helse Midt-Norge RHF. (2016b). *Innovasjonsstrategi 2016-2020*. Hentet fra <https://helse-midt.no/innovasjon#innovasjonsstrategi-2016-2020>
- Helse Midt-Norge RHF. (2016c). *Strategi 2030*. Hentet fra <http://helse-midt.no/strategi-2030>
- Helse Midt-Norge RHF. (2016d). *Styresak 54/16: Mandat for lokale utviklingsplaner*. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2054-16%20Mandat%20for%20lokale%20utviklingsplaner.pdf>
- Helse Midt-Norge RHF. (2017). *Styresak 22/17: Utviklingsplaner - avklaringer kirurgisk akuttberedskap. I*. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2022-17%20Utviklingsplaner%20-%20avklaring%20akuttkirurgisk%20beredskap.pdf>



- Helse Midt-Norge RHF. (2018a). *Beredskapsanalyse for ambulansetjenesten i Midt-Norge*. Stjørdal. Hentet fra <https://helse-midt.no/nyheter/2018/analyseverktoy-for-ambulansetjenesten>
- Helse Midt-Norge RHF. (2018b). Styresak 60/18 - Langtidsplan og -budsjett 2019-2030. Hentet fra <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/Sak%2060-18%20Langtidsplan%20og%20budsjett%202019-2030.pdf>
- Helse Midt-Norge RHF, m. f. (2018). *Veileder for brukermedvirkning i helseforskning i spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/vare-hovedoppgaver/forskning/forskningsmidler/for-deg-som-skal-soke-midler#om-brukermedvirkning>
- Helsebiblioteket.no. (2018). PasOpp-undersøkelser – nasjonale brukererfaringer. I. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp>
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2015). *Helseatlas: Dagkirurgi i Norge 2011-2013*. Hentet fra [https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Helseatlas%20-%20Dagkirurgi%20i%20Norge%202011-2013%20\(SKDE%202015\).pdf](https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Helseatlas%20-%20Dagkirurgi%20i%20Norge%202011-2013%20(SKDE%202015).pdf)
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering. (2016). *Indikatorer for måling av uberettiget variasjon*. Hentet fra [https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Indikatorer%20for%20m%C3%A5ling%20av%20uberettiget%20variasjon%20\(SKDE%202016\).pdf](https://helse-nord.no/Documents/SKDE/SKDE%20Publikasjoner/Indikatorer%20for%20m%C3%A5ling%20av%20uberettiget%20variasjon%20(SKDE%202016).pdf)
- Sykehusbygg HF. (2017). *Framskrivning og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 - Helse Midt-Norge RHF*. Hentet fra <https://helse-midt.no/helsefaglig/utviklingsplaner>



Vedlegg

1. Oversikt over regionale strategier og planer i Helse Midt-Norge
2. Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF, kan lastes ned fra: <https://hnt.no/om-oss/utviklingsplan>
3. Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF, kan lastes ned fra: <https://helse-mr.no/om-oss/utviklingsplan>
4. Utviklingsplan for St. Olavs hospital HF, kan lastes ned fra: <https://stolav.no/om-oss/utviklingsplan>
5. Rapport fra Sykehusbygg HF: *Framskrivning og kapasitetsberegning 2015 til 2022 og 2035 - Helse Midt-Norge RHF*, kan lastes ned fra: <https://helse-midt.no/helsefaglig/utviklingsplaner>



Vedlegg 1: Oversikt over regionale strategier og planer i Helse Midt-Norge

Strategi 2030

Langtidsplan - og budsjett Helse Midt-Norge 2019-2030 (rulleres årlig)

Finansstrategi

Handlingsplan - Opplæring av pasienter og pårørende i Helse Midt-Norge 2012 - 2016

Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge 2010 - 2015

IKT Strategi og IKT handlingsplan (2013 - 2018)

Kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge (revidert i 2014)

Leverandørstrategi for IKT

Prehospital plan for Helse Midt-Norge 2013 - 2018

Regional handlingsplan for avtalespesialister i Helse Midt-Norge 2014 - 2016

Regional handlingsplan for diabetes i Helse Midt-Norge 2012 - 2016

Regional helseberedskapsplan for Helse Midt-Norge

Regional HR handlingsplan 2015 - 2016

Regional plan for bildediagnostikk

Regional plan for kreftomsorgen i Helse Midt-Norge 2012 - 2020

Regional plan for psykisk helsevern 2016 - 2020, inkludert sikkerhetspsykiatri i Helse Midt-Norge 2016-2020

Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i HMN 2015 - 2020

Regional plan for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet 2016 - 2020

Regional plan for utvikling av habiliteringstjenestene i Helse Midt-Norge 2014 - 2020

Regional smittevernplan Helse Midt-Norge 2016 - 2020

Regionalt traumesystem

Strategi for anskaffelser av spesialisthelsetjenester fra private leverandører (2015 - 2018)

Strategi for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge

Strategi for forskning i Helse Midt-Norge (2016 - 2020)

Strategi for fremtidig universitetssykehusfunksjon

Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge 2016 - 2020

Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i HMN 2015 - 2020

