

Oppfølging av budsjett 2019 og operasjonalisering utviklingsplan

Saksnr	Utvalsnamn	Møtedato
26/19	Styret for Helse Møre og Romsdal HF	27.03.2019

Saksbehandlar: Espen Remme og Torstein Hole

Arkivreferanse: 2019/129

Forslag til vedtak:

1. Styret i HMR tek orienteringa om pågåande arbeid av operasjonalisering av utviklingsplan HMR til vitande.
2. Styret vil på generelt grunnlag understreke at gjennomføringa av skisserte tiltak med uttak av driftsøkonomiske effektar skal prioriterast.
3. Styret vedtek å slå saman fødeavdelingane i Kristiansund og Molde til ei samla fødeavdeling for Nordmøre og Romsdal ved Molde sjukehus fram til opninga av SNR i tråd med framlagt plan. Samanslåinga har verknad frå 19.august 2019. Styret peikar spesielt på viktigheita av å prioritere kompenserande tiltak, og vil be om at ambulansetaetableringa på Rensvika/Rensvikholmen som del av SNR løysinga vert gjennomført så snart som råd.
4. Styret vedtek at HMR sitt spesialiserte rehabiliteringstilbod skal utviklast og samlast inn mot sjukehusa, og at dette skal skje parallelt med utvikling av ambulante spesialiserte rehabiliteringsteam og i samarbeid og dialog med kommunane.
 - a. Det spesialiserte tilbodet i regi av HMR ved Aure rehabilitering vert avslutta ila. august 2019
 - b. Tilsvarende prosess skal gjennomførast for det spesialiserte rehabiliteringstilbodet ved Mork rehabiliteringssenter, der ein byrjar prosessen i august 2019 – med endring seinast haust 2020.
5. Styret vedtek å omstille døgntilbodet DPS Sjøholt i tråd med framlagt plan i styresaka.
6. Styret vedtek outsourcing av reinhaldstenester for føretaket sine aktuelle institusjonar i Nordmøre og Romsdal. Anskaffelsen skal skje i tråd med regelverket for offentlege anskaffelsar. Dersom føresetnadene for outsourcing endrar seg vesentleg, vil styret be om å få seg saka førelagt på nytt.

7. For pågåande og planlagt arbeid ber styret om at endringsarbeidet skal bygge på gode prosessar, med involvering av tilsette og samarbeidspartar – sikre risikovurdering og oppfølginga av kompensierende tiltak.
8. Resterande utfordring for 2019 og skisser for omstilling dei neste åra vil bli lagt fram for styret i sak om LTB i mai 2019.

Ålesund, 18.03.2019

Espen Remme

Adm. direktør

Vedlegg:

Vedlegg 1: Prosjektrapport Rehabiliteringprosjektet

Vedlegg 2: Prosjektrapport KPHR-prosjektet

Vedlegg 3: Styresak fødesamanslåing KR og MO 27.03.2019

Vedlegg 4: Prosjektrapport fødesamanslåing KR og MO 15.03.2019

Vedlegg 5: Prosjektrapport Outsourcing-prosjektet

Vedlegg 6: ROS-analyse Outsourcing-prosjektet

1 Bakgrunn

Føremålet med ein utviklingsplan er å gi eit bilete av ei samla utviklingsretning for Helse Møre og Romsdal knytt til behovet for helsetenester i befolkninga. Saman med langtidsbudsjettet, skal utviklingsplanen seie noko om utviklingsretninga for dei innsatsfaktorane vi treng for drive pasientbehandling i framtida. Organisering og leing, kompetanse, teknologi, samhandling og bygg er dei viktigaste innsatsfaktorane. Vegval og satsingar i utviklingsplanen skal sikre berekraftig utvikling som understøttar samfunnsoppdraget vårt.

Utviklingsplanen for føretaket gjekk gjennom fleire rundar med dei ulike interessentane i arbeidet. Frå tilbakemeldingane såg ein at det er store skilnader i korleis ein ser føre seg at spesialisthelsetenestetilbodet i fylket skal utviklast. Utviklingsplanen vart også risikovurdert på bakgrunn av dette, der føremålet var å kartlegge risikoar for at helseføretaket ikkje klarer å gjennomføre samfunnsoppdraget sitt. Summen av arbeidet med utviklingsplanen førte til sju ulike hovudretningar for å stake ut kursen vidare for ei berekraftig utvikling av Helse Møre og Romsdal.

1. *Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom intern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.*
2. *Helse Møre og Romsdal HF skal sette pasienten i sentrum gjennom ekstern samhandling/ heilskap, oppgåve- og ansvarsdeling.*
3. *Helse Møre og Romsdal HF skal sikre framtidsretta pasientbehandling gjennom nok (helse)personell med rett kompetanse.*
4. *Helse Møre og Romsdal HF skal prioritere psykisk helsevern og tverrfagleg spesialisert rusbehandling (TSB).*
5. *Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å ta i bruk teknologi og elektroniske samhandlingsverktøy, herunder Helseplattformen.*
6. *Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å vedlikehalde og utvikle bygningsmessig infrastruktur og utstyr (herunder også MTU).*
7. *Helse Møre og Romsdal HF skal sikre si evne til å gjere prioriteringar for å sikre berekraft både til investeringar og drift.*

Det er vidare gjennom fleire styresaker vist til at retninga utviklingsplanen viser, åleine ikkje er nok for å sikre fagleg og økonomisk berekraft. Fleire månader med negative økonomiske resultat har resultert i at styret har bede Helse Møre og Romsdal om å kome forslag til strukturelle endringar i tenestetilbodet utover det som er vedtatt i utviklingsplanen (bakgrunn og vedtak finst i sakene 53/18, 54/18, 2/19 og 7/19). For å konkretisere dette, bad styret vidare om ein prosjektplan med konkretisering av tiltak for å snu den negative økonomiske utviklinga. I ekstraordinært styremøte i januar (sak 7/19) vart det skissert ni ulike prosjekt som skal tene som tiltak framover. Vedtaket som utløyste prosjektplanen gav utviklingsplanen ei anna takt enn først tiltenkt. Dette gjer at fleire av satsingsområda frå utviklingsplanen som skal sikre framtidig berekraft vert sette på dagsorden i form av konkrete tiltak allereie i 2019. I februar (sak 17/19), orienterte helseføretaket om framdrifta i arbeidet, og la fram tidslinje for vidare arbeid i tillegg til ROS-analysar for tre av prosjekta. Vidare bad styret om ei ytterlegare konkretisering ila. 1. tertial 2019.

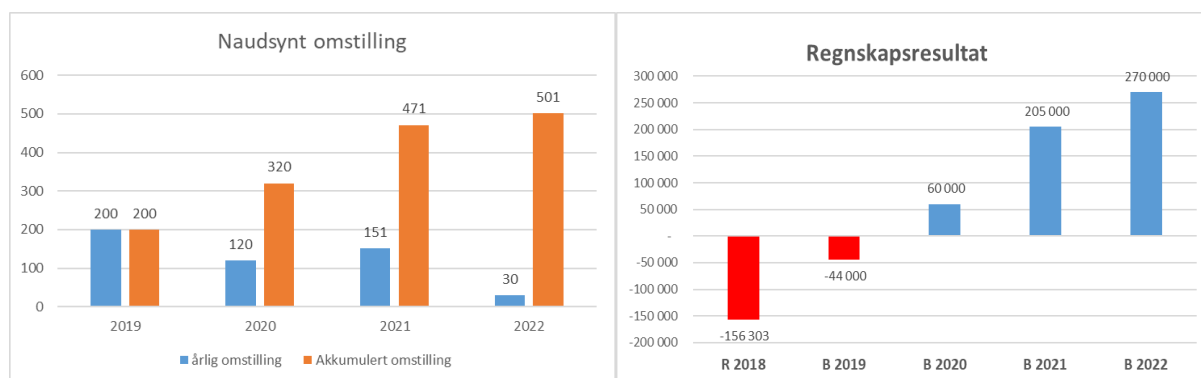
2 Langtidsbudsjettet (LTB)

Styret for Helse Midt Norge RHF behandla i styremøte 13. mars 2019 sak 25/19 «*Langtidsbudsjett 2020 - 2030 Prinsipper og forutsetninger*». I saka blei det understreka at det var avgjerande at helseføretaka gjennomfører omstilling slik som føresett og at utviklingsplana må virke saman med langtidsbudsjettet.

Det blei også understreka at føretaka sine årsresultat i perioden 2020-2022 måtte oppretthaldast minst på same nivå som tidlegare planlagt. Dette blei understreka i punkt 4 i vedtaket i styret.

«4. For å sikre en god likviditetsutvikling vektlegger styret at helseforetakenes årlige resultat for år 2020, 2021 og 2022 ikke skal være lavere enn det som er lagt til grunn i sak 08/19 Økonomisk bærekraft i langtidsperioden – likviditetsutvikling og finansieringsevne. Styret ber om at det regionale foretaket har en dialog om de økonomiske rammene med helseforetakene før de legger frem sitt langtidsbudsjett for eget styre.»

Vedtaket som er fatta er i tråd med dei planleggingsrammene som allereie er skisserte i samband med naudsynt omstilling til styret i HMR i sak 17/19. Dersom rammeføresetnadene rundt framtidige inntekter og kostnader endrar seg ved rullering av langtidsbudsjett for 2020-2030 kan det påverke naudsynt effektiviseringsnivå. Det vil bli lagt fram ei eiga sak om langtidsbudsjettet (LTB) for styret i mai 2019. Vi har tidlegare skissert naudsynt omstilling i perioden 2019-2021. Grafen under er no oppdatert med tal for 2022 henta frå vedtatt langtidsbudsjett 2019-2030 (sak 30/2018). Grafane under viser rekneskapsresultat for 2018 og budsjettert resultatkrav for perioden 2019-2022 samt naudsynt omstillingsnivå i perioden.



Figur 1 Rekneskapsresultat 2018 og budsjettert resultatkrav 2019-2022

Utviklingsplanen skal peike på ei ønska utviklingsretning for å møte framtidig utfordring. Både dei utfordringane vi står overfor og måla i Strategi 2030 vil krevje kontinuerleg fokus på verksemdsutvikling. Utviklingsplanen og budsjettet må difor henge saman slik at omstilling blir basert på faglege prioriteringar.

3 Arbeid etter vedtak om utviklingsplan i februar 2018 og vidare saker om operasjonalisering

Føretaket har jobba aktivt med å setje i verk styrevedtaka frå desember, januar og februar. Arbeidet får stor merksemd både internt i føretaket og hjå interessepartane våre. Vedtaka og påfølgjande arbeid med tiltak skaper stor uro og usemje på fleire plan. Omgrepet berekraft er mange-fasettert, og må for helseføretaket vurderast i både i eit sosialt/samfunnsmessig, fagleg, økonomisk og miljømessig perspektiv. Ein berekraftig organisasjon krev at ein evnar å handtere desse områda gjennom å rette inn visjon, strategi og verdiar mot felles målsetjingar og felles forståing for å skape ei betre helseteneste for pasienten. Jfr. Nasjonal helse- og sykehusplan, skal dei «nye» helsetenestene skapast gjennom fornying, forenkling og forbetring, som tyder å styre meir etter kvalitet. Samfunns målet for eitkvart helseføretak har heimel i *Lov om spesialisthelsetjenesten*. Spesialisthelsetenesta skal fremje folkehelsa gjennom kvalitativt gode og samfunnsnyttige tenester.

Å skape ei felles forståing for kva som er ei betre helseteneste for pasienten mellom alle interessentane innan og rundt føretaket, er ei vanskeleg oppgåve. Dette kjem særleg til syne når utviklinga medfører større endringar i tilbod, og då særskilt av strukturell karakter. Noko kan vi vere heilt samde om, medan vi på andre område ikkje klarer å kome til einigheit. Innsatsfaktorane formar helsetenesta for framtida, der den faglege utviklinga skal vege tyngst. Den faglege retninga for føretaket er skildra i utviklingsplanen med eit relativt kortsiktig og eit langsiktig perspektiv. For å skape berekraftige tenester, er det vidare avgjerande å kjenne til korleis dei ulike aktivitetane og arbeidsprosessane i sjukehusa heng saman/påverkar kvarandre. Fleire av omstillingsprosjekta som vart definerte i styremøtet i januar, er tufta på det faglege arbeidet gjort i utviklingsplanen. Skal ein rette inn verksemda mot framtida, må ein også ha økonomi til å gjennomføre. Dette har ikkje helseføretaket pr. i dag. Slik må vi på mange måtar forsere takta i tiltenkt retning frå utviklingsplanen, noko som for mange opplevast som at fagleg utvikling og omsyn til pasienten og dei tilsette vert skyvd til side, medan økonomisk balanse vert sett i sentrum. Styret har fleire gongar halde fram at drifta i dag ikkje kan forsvarast for framtida. Dei rammene vi har, ligg faste, og vi må innrette oss deretter. Slik stoda er no, går Helse Møre og Romsdal mot ein situasjon der ein ikkje får til å drive behandling på det nivået ein er forplikta til og ynskjer fagleg og kvalitativt, ein har på fleire område suboptimalt utstyr og suboptimale bygg.

Tidlegare styresaker har vist til arbeid med pasientverdiprosessen for å løyse samfunnsoppdraget vårt. Dette stemmer overeins med Institute of Healthcare Improvement (IHI) si tilnærming, der ein nettopp freistar å skape betre verdi, betre tenester og betre helse gjennom forbetring av arbeidsprosessar, noko som også er i tråd med samfunns målet til helseføretaka. Dette arbeidet må halde fram for å sikre at vi kan redusere overforbruket av tenester i sjukehusa og sikre at vi kan tilby rett omsorg på rett stad til rett tid. Ei vidare satsing kring dette, inneber å justere eller redusere etterspurnad av tenestene våre, sikre samsvar mellom kapasitet og etterspurnad i tillegg til å re-designe systemet/prosessane/verksemda vår og optimalisere pasientverdien. Prosjekta som no er sette i gang i føretaket må sjåast i samanheng med dette, og bere denne felles målsetjinga. Prosjekta skal naturleg nok verke positivt inn på helseføretaket sin økonomi, men omsynet til fagleg utvikling og prosessforbetring må spele ei hovudrolle. Ein har tru på at det framleis er mykje å hente kring korleis vi innrettar arbeidsprosessane våre og slik forbetrar kvaliteten. Skal ein få utteljing kring dette, er det avgjerande å få fagfolka på banen. I ein travel kvardag må det skapast rom til at dei får jobbe med eigne prosessar, og dei som treng må få kunnskap om forbetringsarbeid og leiarstøtte for å gjennomføre dette. Dersom ein evnar å innrette verksemda med fagleg forteikn, vil ein truleg generere motivasjon og forståing som står seg i eit lengre perspektiv. Nasjonale føringar krev at vi bevegar oss i ei retning, men ein treng dei gode, faglege diskusjonane kring korleis vi kan kome oss dit. Dette arbeidet starta i utviklingsplanen, og må vidareførast i tida som kjem. Og det er her vi møter på det som er vanskeleg for oss. Den økonomiske situasjonen tvingar oss til å gjere endringar raskare enn det ein i utgangspunktet hadde planlagt, og ein opplever av fagperspektivet blir borte.

Merksemda kring arbeidet er som sagt stor, i befolkninga som soknar til Helse Møre og Romsdal, internt i føretaket, politisk og hjå pasientane våre. Balansegangen mellom fagleg utvikling og endring av tilbod og økonomi kan synest vanskeleg å kommunisere og einast om. Særskilt om ein opplever at endringar i tilboda er botna i økonomiske omsyn og innsparingar. Dette mobiliserer særskilt det politiske nivået, noko ein ser gjennom reaksjonane som kjem på førespegla tiltak, både lokalt og nasjonalt.

3.1 Omstillingsprosjekta

Prosjekta vedtekne i sak 07/19, er resultat av breie vurderingar av ulike scenario for å skape fagleg og økonomisk berekraft. Saka held fram at det har vore stor spennvidde i diskusjonane. Nokre av tiltaka er allereie vedtekne i utviklingsplanen, andre er etablerte forbetringsprosjekt medan andre er nye. Prosjekta er av noko ulik karakter.

Fire av prosjekta, Rehabiliteringsprosjektet, Fødeprosjektet, KPHR-prosjektet og Outsourcing-prosjektet, utmerkar seg på den måten at dei kan føre til ei strukturell endring av tilboda slik vi ser dei i dag. Desse fire prosjekta har alle gjennomført naudsynte ROS-analysar. Tre av desse analysane vart lagde fram for styret i februar (sak 17/19), medan den fjerde (knytt til Outsourcing-prosjektet) følgjer denne saka. ROS-analysen skal saman med utgreiingsarbeidet danne eit avgjerdsgrunnlag i desse prosjekta.

3.1.1 Rehabiliteringsprosjektet

Vurderingane knytte til framtidig spesialisert rehabiliteringstilbod i Helse Møre og Romsdal er gjorde gjennom å halde fast på prinsippet om at dette skal utførast i sjukehus (styresak 48/11). Ein har såleis ikkje vurdert andre alternative driftsmodellar. I tilrådinga er det m.a. lagt vekt på å sikre langsiktig, kompetansemessig berekraft, fagleg og kvalitativt gode tilbod. Vidare har ein også nytta prinsippet om at dei tenestene som trengs ofte skal vere tilgjengelege nær pasientane, medan reisevegen ikkje spelar så stor rolle i samband med dei tenestene ein treng sjeldan. Ut frå ei samla vurdering, tilrår ein at den spesialiserte rehabiliteringa i føretaket vert lagt om. I tråd med prinsippet om at det spesialiserte rehabiliteringstilbodet i føretaket vert samla i sjukehusa, vil ein ikkje gi tilbod om spesialisert rehabilitering i føretaket sin regi ved Aure rehabiliteringssenter frå 01.08.19. Frå denne datoen skal det vere etablert fire nye rehabiliteringssenger ved døgnseksjonen ved Ålesund sjukehus, utvida poliklinisk tilbod og dagbehandling. Ved Kristiansund sjukehus skal det opprettast tilbod om ambulante tenester. Utvikling av desse tenestene skal gjerast i nært samarbeid med kommunane. Andre halvår 2019 vil ein starte eit arbeid med tilsvarande driftsendringar ved Mork rehabiliteringssenter. Dette arbeidet må gjennomførast med tett medverknad frå aktuelle kommunar.

I tillegg må ein også intensivere driftsomleggingar ved døgnseksjonen i Ålesund. Klinikkk for medisin og rehabilitering ynskjer også å gå i dialog med regional vurderingseining for å drøfte rett bruk av private rehabiliteringsinstitusjonar som har avtale med dei regionale helseføretaka.

Omstillinga som er skissert knytt til Aure rehabiliteringssenter, vil medføre eit netto lavare driftsnivå på 15,6 mill. kroner i 2020 (heilårseffekt), og 5,0 millionar kroner i 2019 (føresett økonomisk effekt frå 1. september 2019). Innsparingane i 2019 vil vere påverka av kva for omstilling ein får til for til dei tilsette ved institusjonen i dag.

3.1.2 KPHR-prosjektet

Med bakgrunn i klinikken sin utviklingsplan, styresakene 53/2018 og 07/2019 vedrørende budsjett 2019, har avdelingsleiinga for DPS Sunnmøre lagt fram forslag om å legge ned døgnseksjonen ved Sjøholt DPS.

Det er køyrt ein brei prosess for sikre medverknad både når det gjeld berørte kommunar og tilsette. ROS-analyse vart gjennomført 6. februar og rapporten låg ved styresak 17/19.

Klinikk for psykisk helse og rus har hausten 2018 arbeidd vidare med områda som blei skisserte i utviklingsplanen for klinikken. Klinikken ser på tilbodet totalt sett, vurderer dimensjonering, kapasitet og overgang mellom omsorgsnivå. Styringsdokumenta har vore tydelege på retning, der ein skal utvikle polikliniske og ambulante tilbod i samarbeid med kommunane.

I planen er som er lagt, flytter ein sengene ved Sjøholt DPS til Vegsund DPS og til Utgreiing og behandling ved Ålesund sjukehus. Samtidig aukar ein beleggsprosenten ved Vegsund DPS. Dette er med på å kompensere for nedtak av senger. Vi styrkar og det ambulante tilbodet, slik at fleire pasientar kan få eit tilbod i sin eigen bustad.

Samla økonomisk effekt ved foreslått omstilling er på 6,55 mill. kroner i 2020 (heilårseffekt) og omlag 2 mill. kroner i 2019 med forventa omstilling frå 1. september.

Ut frå eit heilskapsperspektiv, vurderer klinikken at det er forsvarleg å legge ned sengeposten og flytte senger til andre seksjonar. Dette må sjåast i samanheng med dei kompenserande tiltaka som er lagt fram over.

3.1.3 Fødeprosjektet

Det samla fagmiljøet i Nordmøre og Romsdal har sidan 2005 sett på ei fødesamanslåing som den einaste berekraftige utviklinga for fagområdet, slik at det blir ei robust og meir rekrutteringsattraktiv fødeavdeling. Utviklingsplanen HMR slo fast at fødesamanslåinga skal skje i god tid før innflytting i Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) og at prosessen skulle vere i gang i 2019.

Til grunn for dette ligg ei mangeårig drift med for høg risiko innan kvalitet, uønska variasjon, pasienttryggleik, kompetanse, rekruttering, seleksjon, pasientforløp og omdømme, trass mange tiltak for å forbetre dette. ROS-analysar siste halvåret har bekrefta dette risikobildet for det samla pasienttilbodet i Avdeling for fødselshjelp og kvinnesjukdommar (AFK) «SNR». For klinikkleiinga er det derfor verre å akseptere dagens risikobilde framfor å forsere fødesamanslåinga, noko som vil etablere god og varig kontroll med den samla risikoen for fødetilbodet. Klinikksjef understrekar at det er faglege og kvalitative grunnar til fødesamanslåinga.

Foreslått ny driftsmodell er ei samling av alt døgntilbod innan fødselshjelp, barsel og gynekologi på eitt sjukehus, medan begge sjukehusa beheld sitt polikliniske og dagkirurgiske tilbod. Dette er same driftsmodell som er vedtatt for SNR, og ved å implementere denne no vil einaste endring ved opning av SNR vere at fødetilbodet skiftar adresse. Endringar i tilbod er i seg sjølv ein risikofaktor, og av denne grunn må ein klart fråråde andre driftsmodellar i interimfasen. Klinikkleiinga anser SNR-modellen som den beste løysinga, også i interimfasen.

Klinikkleiinga opplever at prosjektprosessen sidan styrevedtaket 24.01.2019 har vore open, brei og involverande. Både ROS-analysen og prosjektgruppearbeidet har gitt gode innspel og vurderingar, som ein har forsøkt å ta omsyn til i den samla vurderinga. ROS-analysen peika på viktige risikoområde, kor fleire er like aktuelle i dagens drift som i ei samanslått fødeavdeling. Det var i ROS-analysemøtet stort fokus på lang reiseveg og beredskap og føljeteneste, og dette har det kome svært mange synspunkt og bekymringar rundt også i det offentlege ordsiftet i denne saka. Prosjektgruppa sitt arbeid og oppsummering kan konkluderast med at ei fødesamanslåing er fullt mogleg og trygt, og dei har foreslått mange gode tiltak som må vurderast i det vidare arbeidet med fødesamanslåinga.

Gjennom prosjektprosessen har det blitt tydeleg for klinikkleiinga at Molde sjukehus vil vere den føretrekte lokalisasjon for ei samla fødeavdeling. Dette støtter seg på ei samla medisinskfagleg vurdering, interne kvalitetstal, avhengigheit til andre fagområde og rekruttering og stabilitet i fagmiljøet dei siste par åra. Klinikkleiinga vurderer legemiljøet ved Molde sjukehus til å ha best føresetnader for å sikre robust og pasientsikker drift av ei felles fødeavdeling.

Den faglege avhengigheita mellom fødselshjelpa og andre fagområde talar også til fordel for Molde, fordi ein har eit breiare og meir stabilt fagmiljø innan anestesi. Det same er tilfellet for blautdelkirurgi, som har ein kompetanse fødselslegen/gynekologen av og til har behov for støtte av under alvorlege og kompliserte operasjonar i bukhol. Pediatri har liten rolle i den akutte fødselshjelpa og det er liten fagleg avhengigheit, utover rutinemessig nyfødundersøking som må tilpassast ny driftsmodell.

For LIS-utdanninga er nærleiken mellom fødselshjelp og anestesi også viktig, og det vil gi ein enklare kvardag for LIS-legar i fødselshjelp og kvinnesjukdommar å ha blautdelkirurgi (obligatorisk sideutdanning) på same sjukehus. Anestesifaget i SNR må truleg i stor grad basere seg på anestesimiljøet i Molde, og det er derfor fornuftig å halde det største anestesimiljøet og fødetilbodet samla, slik at anestesilegane får både god utdanning og vedlikehald av kompetansen i fødselshjelpenestesi og nyføddegjenoppliving. For LIS-legar i pediatri vil det bli ei ulempe at fødetilbodet

ikkje er på same sjukehus som barneavdelinga, men dette kan løysast til dømes gjennom rotasjon og/eller ambulering og bør innarbeidast i den nye ordninga for LIS-utdanning.

Lang reiseveg og behovet for beredskap og følgjeteneste har blitt problematisert i prosessen. Tal viser at berre 10 % av dei fødande i Nordmøre og Romsdal nyttar prehospitale tenester og at det blir fleire fødande som får lang reiseveg, dersom ein legg fødetilbodet til Kristiansund sjukehus. Beredskap og følgjeteneste skal etablerast når det er > 90 minutt frå kommunesenter til næraste sjukehus, og det er i dag fire kommunar (Smøla, Aure, Halså og Surnadal) som utløyser dette. Dersom ein legg fødetilbodet til Molde sjukehus er det desse fire kommunane som utløyser kravet. Dersom ein legg fødetilbodet til Kristiansund sjukehus er det seks kommunar som utløyser kravet (Aukra og Sunndal i tillegg). Det har over tid vist seg vanskeleg både å etablere eit fullverdig tilbod for beredskap og følgjeteneste og å innfri måla for denne tenesta. Dette betyr at det må vere eit mål å avgrense omfanget av beredskap og følgjeteneste, og da er det altså mest gunstig samla sett å plassere fødeavdelinga i Molde. Bakdelen med å legge fødetilbodet til Molde i denne samanheng, er at fødande frå Smøla, Aure og Halså får vesentleg lenger reiseveg. Dette vil ein avbøte med å tilby hotellopphald i Molde for dei fødande frå ei veke før termin og fram til dei har født.

For prehospitale tenester har ein i dette saksframlegget lagt til grunn at dagens tilbod blir vidareført. Dette fordi vi i dag har ein godt utbygd prehospital teneste, som støttar behovet innan fødselshjelpa. Eventuelle endringar og ROS-analyse bør først gjerast når ein kjenner den samla endringa i pasienttilboda i HMR. I prosessen har det kome opp forslag om at ein bør framskande bygging av ambulansekai på Rensvikholmen for å korte ned reisetida mot Molde, og klinikkleinga ser dette som eit godt tiltak for å styrke den prehospitale akuttkjeda og ta ned reisetida for dei med lengst reiseveg.

Klinikkleinga ser det ikkje som nødvendig med andre avbøtande tiltak, som til dømes døgntilbod med jordmor ved Kristiansund sjukehus, da dette vil skape ulike tenester. Derimot må ein styrke beredskap og følgjeteneste, men dette må skje ute i dei aktuelle kommunane og ikkje ved Kristiansund sjukehus.

Klinikksef vil anbefale at ein gjer ei fødesamanslåing i tråd med SNR-modellen, kor døgntilbodet er lokalisert på Molde sjukehus og at startdato blir 19. august 2019. Utviklingsretninga mot SNR er eit eige argument for å legge fødetilbodet til Molde sjukehus. Økonomisk heilårseffekt av tiltaket er berekna til 17,012 mill., men da er ikkje kostnader til omstillingstiltak tatt med fordi desse ikkje er klare enno.

Ein kan altså konkludere for føde-/barseltilbodet og gjennomføre dette i tråd med det forslaget som styret slutta seg til 24.01.2019. Men for gynekologi, overgrepsmottak og beredskap og følgjeteneste må ein jobbe vidare for å sikre gode løysingar. Gynekologi er nært knytt til andre omstillingsprosjekt i HMR, og det vil vere fornuftig å sjå dette i samanheng og sørge for ein samla prosess og løysing ved både Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus.

Denne prosessen, vedtaket og vidare omstillingsarbeid er ei stor belastning for mange av våre tilsette. Likevel har dei klart å delta konstruktivt i prosessen med både kritikk og gode innspel. Klinikksef vil uttrykke beundring og ros for måten dei tilsette har opptreidd og deltatt på.

I det vidare arbeidet vil det fortsatt vere viktig med tett dialog med tillitsvalde og verneombod, og saman halde fokus på arbeidsmiljø og dei tilsette. Gode løysingar for både HMR og tilsette kan oppnåast gjennom god prosess i gjennomføringa av kartleggingsamtalane og det samla omstillingsarbeidet.

Dei økonomiske berekningane viser ein netto kostnadsreduksjon på 17 mill. kroner i heilårseffekt, og 5,9 mill. kroner i 2019.

3.1.4 Outsourcing-prosjektet

Prosjektgruppa har den 15. mars lagt fram sin «*Sluttrapport - vurdering av outsourcing av reinhaldstenestene i Kristiansund og Molde*». Ut frå ei samla vurdering, basert på føretaket sine krav om standardisering for å redusere variasjon av tenestene, samt krav til kvalitet, fleksibilitet og kompetanse, tilrår prosjektgruppa at reinhaldet i Nordmøre og Romsdal blir outsourca.

Klinikkjefen støttar prosjektgruppa si tilråding om at reinhaldet i Nordmøre og Romsdal blir outsourca. Utrekninga viser ein potensiell netto kostnadsreduksjon ved outsourcing av reinhaldstenestene i Kristiansund og Molde på om lag 6,0 mill. kroner. Anskaffelsen skal skje i tråd med regelverket for offentlege anskaffelsar. Dersom føresetnadene for outsourcing endrar seg vesentleg, vil styret be om å få seg saka førelagt på nytt.

3.1.5 Lønnsprosjektet (tidlegare meirtidsprosjektet)

Omgrepet meirtid nyttast for arbeid ut over avtalt arbeidstid, men innanfor lova sine grenser for vanleg arbeidstid, medan overtid nyttast for arbeid utover dette. Prosjektet har som mål å redusere alle lønnskostnader, men særskilt kostnader for bruk av overtid. Leiargruppa har oppretthalde avgjerda frå tidlegare om at alle stillingar som lysast ut må vurderast opp mot framtidig omstillingsbehov, og må ha særskild godkjenning. I samarbeid med HR-avdelinga vert det utvikla verktøy for leiarar som skal hjelpe desse å redusere lønnskostnader. Med desse verktøya skal arbeidsplanlegginga forbetrast (gjennomgåande bruk av bemanningsplanar som tar omsyn til aktivitetssvingingar), bruken av overtid reduserast (bruk av flytskjema før innleige av personell), og sjukefråver reduserast (systematisk oppfølging av sjukefråver). Det er no sett konkrete økonomiske mål på klinikknivå for reduksjon av variable lønnskostnader som følgast opp månadleg.

Helse Møre og Romsdal ligg 45 brutto månadsverk over plan i februar 2019 og 4 månadsverk over nivået i februar 2018. Reelt sett er det ein nedgang i brutto månadsverk knytt til drifta på 18 månadsverk, då det mellom anna er ein vekst knytt til vidareutdanning og forskning. Det er brukt 5047 færre overtidstimar i februar i år målt mot februar 2018. Dette tyder på ei positiv utvikling og fokuset på reduksjon av lønnskostnader ser ut til å ha ein viss verknad. Det er likevel for tidleg å trekke ei slutning knytta til dette området. Sjukefråveret i februar 2019 er 0,6 prosentpoeng under same periode i 2018, men framleis for høgt i høve til mål om nærværspersent.

3.1.6 Program for effektive pasientforløp (tidl. «sengepostprosjektet»)

Eit overordna mål er å optimalisere arbeidsflyten frå innskriving til utskriving gjennom forbetring av arbeidsprosessar. Målet er at intern variasjon skal reduserast, og at gjennomsnittleg liggetid skal vere på linje med dei helseføretaka i Noreg som har kortast liggetid. Saman med overgang frå døgn til dag og endra prosessar i akuttmottaka, skal dette gi redusert behov for døgnseger i føretaket.

Dette er eit sær sars omfattande og komplekst prosjekt som involverer mange seksjonar og klinikkar, akuttmottaka, og intensiveiningane. Storleiken på dette prosjektet er så omfattande at ein har valt å dele det opp i ulike fasar og delprosjekt. Overordna mandat for prosjektet samt mandat for det første arbeidet er utforma. Det er oppretta styringsgruppe for arbeidet og vert sett ned 2 arbeidsgrupper og ulike forbetringsteam er aktuelt. Målet for arbeidet i første fase er at ein kan ta ned ein sengepost ved kvart av sjukehusa i Molde og Ålesund. Frå januar har ein arbeidd med organisering, avhengigheiter, framdrift og korleis prosjektet skal leiast. Det er vurdert slik at risiko ved prosjektet er høg både knytt til framdrift og realisering av ulike delprosjekt. Potensialet i programmet er likevel vurdert som stort, sjølv om det økonomiske potensialet for 2019 ser ut til å vere lågare enn tidlegare skissert.

Det er utvikla ein nasjonal framskrivingsmodell for vurdering av kapasitet som vert forvalta av Sjukehusbygg. Denne modellen skisserer ein auke i tal liggedøgn (seger) nasjonalt frå 2017 fram til 2035 på 44% når ein tar omsyn til demografiske og epidemiologiske endringar. Modellen føreset vesentlege endringar relaterte til samhandling med kommunane, omlegging frå døgn til dag, intern effektivisering (ma. kortare liggetid) mm., og då er auken 14%. Denne modellen legg til grunn ca. 9%

reduksjon i liggetid nasjonalt frå 2017 til 2035. Liknande modell er lagt til grunn for framskrivingar i HMN og HMR, og dannar ma. grunnlag for arealdimensjonering av SNR. Arbeidet med sengetalsreduksjonar i HMR må også ha eit slikt meir langsiktig perspektiv med tanke på auka behov i åra som kjem.

3.1.7 Akuttprosjektet

Akuttprosjektet delast i eit prehospital-prosjekt og eit intensivprosjekt. Budsjettramme for prehospitale tenester i helseføretaket er ikkje tilstrekelege om ein opprettholder dagens struktur for ambulansetenesta. Prehospital-prosjektet skal vurdere om ambulansetastasjonar med liten aktivitet kan slåast saman, ev. med ei alternativ lokalisering. Prosjektet tar utgangspunkt i ein beredskapsanalyse som vart utført i Helse Midt-Norge i 2017. Det er naudsynt å inngå samarbeidsavtalar med kommunane, og eit av måla er å samfinansiere deler av ambulansetenesta. Etablering av stillingar som «community paramedics» vil innebære ei jobbrolle som kombinerer tradisjonell ambulansearbeidar/paramedisinar-rolle med arbeidsoppgåver knytte til andre delar av lokal helseteneste. Ein slik modell nyttast allereie på Røros. Prosjektet er i oppstartsfasen.

Intensivprosjektet skal utarbeide og prioritere forbetnings- og endringstiltak som skal gi god kvalitet på behandlinga, kortare liggetid og hindre re-innleggingar på dei fire intensivavdelingane i helseføretaket. Aktiviteten i alle desse einingane skal registrerast og analyserast, og fagnettverk med felles prosedyrar skal etablerast. Vidare skal prosjektet utarbeide kriterium og retningslinjer for når pasienten bør overflyttast til ei intensivavdeling, og når pasienten bør flyttast tilbake til ein sengepost. Målet er å behandle rett pasient på rett nivå med rett ressurs. Arbeidet innrettar seg no mot SNR på nordsida og eit betre fagleg og ressursamarbeid på sørsida. Arbeidsgrupper ved dei fire sjukehusa vart allereie etablerte i 2018, og arbeidet må sjåast i samanheng med sengepostprosjekt og operasjonsprosjekt.

3.1.8 Operasjonsprosjektet

Analysar tyder på at HMR har eit vesentleg forbetningspotensiale i effektiv drift av operasjonsstovene, ei forbetring vil gi gode resultat for ventelistene og for økonomien. Operasjonsprosjektet er leia av Klinikk for akuttbehandling, men i samarbeid med kirurgiske fag. Operasjonsprosjektet ble starta opp i 2018. Det vart etablert to underprosjekt Molde/Kristiansund og Ålesund/Volda. Målet var å auke utnyttinga av operasjonskapasiteten på alle fire sjukehusa. Prosjektet er i 2019 re-designa til meir å vere ein del av ordinær drift tilpassa kvart enkelt sjukehus, med oppstart av forbetningsprosjekt som døme på større bruk av flyt-metodikk. God operasjonsplanlegging er nøkkelen til å auke utnyttinga av operasjonsteam og operasjonsstover, i tillegg til moderne og effektiv bruk av ulike personellkategoriar og utstyr. Prosjektet skal fokusere på god førebuing av pasientar som skal opererast, effektivt oppsett av operasjonsprogrammet, og optimal koordinering og utnytting av dei samla ressursane innanfor operasjonsarenaen. Det er utvikla eit eige «dashboard» som vil hjelpe å følge måloppnåinga i prosjektet.

Seksjonsleiarar operasjon er ansvarlege for gjennomføring saman med avdelingssjef som er prosjektleiar.

3.1.9 Digitaliseringsprosjektet

Målet er å bruke digitalisering for å bygge varige strukturar for pasienttryggleiken, sørge for at helsevesenet møter rett pasient på rett stad, og skape nye måtar å ta mot helsetenester på i Møre og Romsdal.

Virtuelle poliklinikkar er det første prosjektet i denne satsinga. Målet for 2019 er å setje opp 15 poliklinikkar med virtuelle konsultasjonsrom, der sju regelmessig skal utføre virtuelle polikliniske konsultasjonar. Det settast no opp tverrfaglige team som vil støtte klinikarane som ynskjer å starte med dette tilbodet for å gjere overgangen så enkel som mogeleg. I tillegg jobbar HMR med eit regionalt innovasjonsprosjekt i samarbeid med St.Olavs hospital. Målet med prosjektet er å etablere virtuelle

poliklinikkar der pasientane skal utføre forundersøkingar og stadleg besøk ved sjukehus i Helse Møre og Romsdal, men sjølve konsultasjonen vert utført av spesialist som stadleg er ved St. Olavs hospital.

Kommunikasjon mellom ulike nivå i helsetenesta skal på lang sikt forbeholdt med innføringa av Helseplattformen. Ein viktig premiss for at Helseplattformen skal lukkast, er å trene på denne samhandlinga allereie no. Dette skal byggast på eksisterande teknologi (såkalla «forespørselsmeldinger») for å mogeleggjere ein betre dialog mellom behandlarar i ulike nivå av helsetenesta. Funksjonaliteten skal vere på plass i mai, men det vil ta tid å breidde bruken blant legar og fastlegar.

I HMR blir i dag all pasientbehandling i anesthesi-, operasjon- og intensivavdelingane dokumentert med penn og papir. Også på dette området vel HMR no å løfte arbeidet opp på ei digital arbeidsflate (PICIS) i førekant av Helseplattformen, og vil standardisere på same system som St.Olavs hospital. Dette blir eit stort løft for både tilsette og pasienttryggleiken. Prosjektet håper å kunne tilby løysinga i Volda og Kristiansund før sommaren, og i Ålesund og Molde utover hausten.

Pasientane skal takast meir med i planlegging og utforming av tenestene våre. Dette satsingsområdet vil vere samansett av fleire prosjekt med ulik kompleksitet og risikoprofil. Prosjekta vil søke å realisere forbetringar så tidleg som mogeleg, og som eit resultat av dette, vil dei første pasientane og tilsette sjå effekten av det første prosjektet allereie i april. Hovudtyngda vil truleg kome seinare på året og i åra som kjem. Digitaliseringsprosjektet er organisert i Fagavdelinga, og vert leia av IKT-sjefen i føretaket.

4 Investeringar

Styret handsama bygningsmessig utviklingsplan i februar 2018 som ein del av utviklingsplanen for HMR. Bygningsmessig utviklingsplan ligg til grunn for dei interne prioriteringane i føretaket. Eitt av tiltaka i regional og lokal utviklingsplan er reduksjon i samla areal, og meir optimal utnytting av det arealet ein disponerer. Ein vil sjå på konkrete tiltak for reduksjon av talet bygg, og korleis ein kan redusere framtidige forvaltnings-, drifts-, utviklings- og investeringsutgifter knytt til arealbruk. Så snart nødvendige verksemdsmessige avgjerder er tatt, vil føretaket følge opp desse mindre institusjonane gjennom å utarbeide eigne bygningsmessige utviklingsplanar. Desse planane vil vise moglege utviklingsretningar og danne grunnlag for vidare prioriteringar.

I denne saka er det er det lagt fram forslag til endring i tenestetilbodet ved tre av dei mindre institusjonane i helseføretaket. I etterkant av styrehandsaminga 27. mars vil det bli sett nærare på korleis ein vil handtere den bygningsmessige delen. Alle bygga står overfor investeringsbehov dei neste åra som må vurderast i endeleg løysing. Kostnader til dagleg drift av bygga er tatt inn i berekningane rundt reduserte driftskostnader.

Aure rehabiliteringssenter

Aure rehabiliteringssenter har i dag ein bokført verdi på 18,8 mill. kroner i rekneskapet og det er knytt 1,8 mill. kroner i årlege avskrivningar til bygget. Det er meldt eit framtidig behov for bygningsmessige investeringar på om lag 7 mill. kroner. Dette gjeld sanering av fuktskadar, oppgradering av fasadar og pålegg om brannsikring. Ei eventuell utbetring av bassenget utover det som allereie er gjennomført, vil også være kostnadskrevjande.

Mork rehabiliteringssenter

Mork rehabiliteringssenter har i dag ein bokført verdi på 33,7 mill. kroner i rekneskapet og det er knytt 2,5 mill. kroner i årlege avskrivningar til bygget. Det er for denne institusjonen meldt eit framtidig investeringsbehov på om lag 31 mill. kroner. Dette gjeld brannsikring og inneklimatiltak (ventilasjon), varmepumpe basseng og lukking av avvik knytt til heiser.

DPS Sjøholt

DPS Sjøholt står i dag bokført med en verdi på 4 mill. kroner i rekneskapen, og det er knytt 1,3 mill. kroner i årlege avskrivningar til bygget. Framtidig kjent investeringsbehov er berekna til 4-5 mill. kroner. Investeringsane er knytt til brannalarmanlegg, varmegjenvinnar til ventilasjonsanlegg, det er havari på heis og det vil vere behov for rehabilitering av fasadar.

Føde

Prosjektgruppa har utarbeidd ein arealplan for ei felles fødeavdeling, og prosjektgruppa har vurdert denne som realiserbar ved begge sjukehusa. Aktuelle tiltak i arealplanen vil vere mindre oppgradering av pasientrom (maling, etc.) og/eller omdefinering av bruksareal (tidlegare pasientrom omgjert til vaktrom/kontor). Alarmsystema må koplast saman, men dette er så langt ein har informasjon om uproblematisk i begge sjukehusa da det er velprøvd under sommarstengingane. Anslag for kostnader knytt til tilpassa arealplan ligg truleg på omlag kr. 500.000.

5 Økonomi og vidare omstilling

I styresak 07/19, 24.januar, blei det til styret skissert tiltak tilsvarande 202 mill. kroner, men med ein effekt i 2019 på 138 mill. kroner. Som det går fram av saka er det no gjort oppdaterte berekningar knytt til dei fire omstillingsprosjekta som styret blir invitert til å fatte vedtak om. Berekningar viser at ein kan forvente ein heilårseffekt knytt til desse prosjekta som er noko høgare enn tidlegare skissert. Dei andre omstillingsprosjekta er det ikkje gjort nye berekningar rundt. Dette vil bli gjort når arbeidet er kome langt nok i dei ulike prosjekta til å definere konkrete kostnadsuttak. Samtidig ser ein også at noko av effektane allereie er inkluderte i eksisterande tiltak gjennom generelle innsparingar knytt til lønn og innleige. Dette gjeld spesielt lønnstiltak knytt til føde med 2,8 mill. kroner.

Tabellen under viser ei oppsummering av økonomisk effekt knytt til dei ulike omstillingsprosjekta.

<i>Prosjekt/ tall i MNOK</i>	Totalt	effekt 19
Tiltak frå 4. desember	68,6	68,6
Lønnsprosjektet	42,5	31,9
Program for effektive pasientforløp	30,0	10,0
Rehabiliteringsprosjekt	15,6	5,0
KPHR-prosjekt	6,5	2,0
Fødeprosjekt	17,0	5,9
Outsourcing	6,0	2,0
Akuttprosjektet	12,0	4,0
Operasjonsprosjekt	12,0	9,6
Digitaliseringsprosjektet	3,7	1,2
Korrigerer for "dobbel effekt"	- 2,8	- 0,9
Totalt	211,1	139,3

Som tabellen over viser ligg det no inne tiltak for 211,1 mill. kroner med heilårseffekt og 139,3 mill. kroner med effekt 2019. Ut frå tidlegare erfaringar, vil det også vere knytt risiko til å oppnå 100%

økonomisk effekt for alle tiltaka. Det er også knytt usikkerheit knytt til effekten i 2019 i høve til omstillingsprosessar. Vi ser at det er komplekst å køyre mange prosjekt parallelt noko som gjer det spesielt viktig å ha ei samla oppfølging av omstillingsprosjekta for å sikre framdrift som planlagt.

Som skissert i kapitlet om LTB er det understreka frå HMN at føretaka sine årsresultat i perioden 2020-2022 måtte oppretthaldast minst på same nivå som tidlegare planlagt. Dette betyr ei omstilling i treårsperioden som tidlegare skissert på 471 mill. kroner. Tabellen under viser resterande behov for omstilling. Det er ikkje berre utfordringa på 60 mill. kroner i 2019 ein må omstille i forhold til, men også tiltak for dei neste åra. Resterterande utfordring for 2019 og skisser for omstilling dei neste åra vil bli lagt fram for styret i sak om LTB i mai 2019.

	2019	2020	2021
Tiltak skissert 4. des	68 600	65 750	65 550
Nye tiltak 2019	70 700	142 500	142 500
Sum Tiltak	139 300	208 250	208 050
Omstillingsbehov	200 000	320 000	471 000
Restutfordring *	- 60 700	- 111 750	- 262 950

*For alle år er restutfordringa målt ut frå skissert omstillingsnivå for 2019.

Arbeidet med vidare økonomiske omstillingar vil både ha eit kortsiktig og meir langsiktig strategisk perspektiv.

Ein arbeider på kort sikt med ulike tiltak som ikkje er ein del av punkt 3 over då omfang og økonomisk effekt ikkje er kjent eller vurdert enno. Dette gjeld mellom anna ulike prosessar knytt til innkjøp av forbruksmateriell og medikament under H-reseptordninga eller føretaksfinansierte medikament, og evaluering i 2019 av den regionale avtalen om drift av neonatalavdelinga i Ålesund. Resultata frå samanlikningar med helseføretaka Vestre Viken, Sykehuset Innlandet og Sykehuset Telemark (arbeid med KPP) er grunnlag for ein del av dei omstillingane som no vert gjennomført, men vil i tillegg kunne gje indikasjonar på kvar det er mogeleg med ytterlegare tiltak for meir kostnadseffektiv drift.

Meir langsiktig arbeid tar utgangspunkt i tiltaka skissert i utviklingsplanen i HMR og i gjeldande nasjonale helse- og sykehusplan (2016-2019) som vektlegg behov for samarbeid mellom sjukehusa og mellom sjukehus og kommunehelsetenesta. Det er venta større fokus på teamarbeid i helseføretaka der kvar enkelt sjukehus må vere ein del av eit nettverk som samarbeider om pasientforløp, utdanning av helsepersonell, bemanning og hospiterings- og ambuleringsordningar. Auka oppgåvedeling mellom sjukehus er naudsynt for å auke kvaliteten på behandling. I ein situasjon der tilgang på personell og kompetanse er avgrensa, kan oppgåvedeling bidra til at den samla kapasiteten vert nytta betre. Vidare peiker planen på at nokre akutte og spesialiserte funksjonar krev eit større befolkningsgrunnlag enn enkelte sjukehus har i dag. Samstundes seier den noko om at fleire oppgåver bør desentraliserast til mindre sjukehus når tenesta kan leverast med god kvalitet. HMR må følgje opp desse måla meir konkret frametter, og ein må sjå på ytterlegare oppgåvedeling også i HMR. Det er i Nasjonal helse- og sykehusplan t.d. peika på eit potensiale innan elektiv kirurgi, men det er ikkje avgrensa til dette. Arbeidet må både ha føretaksperspektivet og sjå særleg på samarbeid mellom enkelte sjukehus i føretaket.

6 Omstillingsprosess tilsette

Administrerande direktør har det overordna ansvaret for gjennomføring av omstillingsprosessar i sitt føretak. Prosessane skal gjennomførast i samråd med dei tilsette og deira tillitsvalde, og vere prega av ryddigheit, føreseielegheit og høg kvalitet. Ein viser elles til Hovudavtalen og Arbeidsmiljølova sine reglar for endring/omstilling, og informasjon i førre styresak (sak 07/19).

I omstillingsarbeidet så langt har arbeidsgivar lagt til rette for medverknad frå tillitsvalte og vernetenesta i arbeidsgrupper, og i arbeid med risikoanalysar for dei enkelte tiltaka. I tillegg har HMR kvar veke gjennomført møter med tillitsvalte og vernetenesta på føretaksnivå, for å orientere om status i omstillingsarbeidet. Det er gjennomført drøfting og AMU-behandling av styresaka som omhandlar budsjett og operasjonalisering av utviklingsplanen før kvart styremøte. Frekvensen på statusmøter med tillitsvalte og vernetenesta vil vere hyppigare også i det vidare arbeidet.

Det er innført selektiv tilsettingsstopp frå 1.mars 2019 for kvart omstillingsprosjekt som behandlast i styremøte 27.mars 2019, og all utlysing og tilsetting skal vurderast mot overtalligheit som mogleg konsekvens av omstillinga. Utvalskrinsane for kvart omstillingsprosjekt og utvalskriteria er drøfta med tillitsvalte. Det overordna prinsippet er å sikre god ivaretaking av våre tilsette og ved eventuell overtalligheit pga omstilling, sikre våre tilsette innplassering i tilsvarande eller passande stillingar, eventuelt fortrinnsrett på ledige stillingar i HMR og i HMN. Utvalskrinsane er avgrensa til dei seksjonane som er omfatta av omstillinga, men for å skape rom for innplassering i tilsvarande/passande stillingar for eventuelle overtallige, har den selektive tilsettingsstoppen eit omfang langt utover dei seksjonane som er omfatta av omstillinga. Naturleg avgang vil vere til hjelp i prosessen, men ein kan ikkje rekne med at dette vil løyse heile utfordringsbiletet i omstillinga. Dei tillitsvalte har difor i drøftingsprotokollen tilkjennegitt eit ønske om å drøfte utvalskrins på nytt, om resultatet av omstillinga vil gi oppseiingar av tilsette. Ein vil også sjå på verkemiddel (tiltak) i omstillingsavtalen for å gjere individuelle tilretteleggingar.

Dei tilsette er vår viktigaste ressurs, og vi er avhengige av dei i arbeidet med å levere tenester til pasientane våre. Samstundes veit vi at det knytt risiko til omstillingar med tanke på kompetanseflukt. Helseføretaket er avhengig av at dei tilsette opplever at føretaket framleis er ein attraktiv arbeidsstad. Derfor er det avgjerande at omstillingsprosessen blir gjennomført på ein trygg og god måte saman med tillitsvalte og verneteneste.

7 Samarbeid med kommunane

For å sikre ein gjensidig og heilskapleg planprosess, vert det stilt klare forventningar til at medverknad i utviklingsplanarbeidet skal gjerast i nær dialog med kommunane. Dette er i tråd med vedtatt Samhandlingsavtale, punkt 5 (Helse Møre og Romsdal HF, 2015). Partane skal:

«...informere og involvere den andre parten i planprosesser og annet arbeid som har betydning for utforminga av helsetenester for den annen part, blant annet organisering og endring av rutiner».

I arbeidet med utviklingsplanen la ein difor opp til ein prosess med mål om å vere open og involverande, der ein nytta samhandlingsstrukturen som arena for informasjon og dialog, herunder ekstraordinære dialogmøter, orientering i Overordna samhandlingsutval, lokale samhandlingsutval og arbeid i arbeidsgrupper samansett av representantar frå både HMR, kommunar, brukar og tillitsvalde. Å utvikle eit spesialisthelsetenestetilbod som er framtidsretta og med god ressursbruk, er ikkje noko føretaket kan greie åleine og ein la difor også til rette for eit samhandlingsperspektiv i utviklingsplanen, med prioriterte satsingsområde. Det var også kommunal deltaking i den overordna risikovurderinga av utviklingsplanen og i styringsgruppa for planarbeidet i siste del av arbeidet, før oversending til HMN 1. mars 2018.

Som skildra i innleiinga, såg ein at i det vidare arbeidet med å konkretisere utviklingsplanen var det naudsynt å gjere prioriteringar kring tiltak vår og haust 2018. Utfordringsbiletet knytt til økonomi, kompetanse og rekruttering, investeringsevne i høve MTU og bygg, viste ein trugsel mot bereevna. Ein såg at utviklingsplanen åleine ikkje var tilstrekkeleg for å møte dette, som vart skildra i styresak 44/18. Ein orienterte også kommunane om dette gjennom overordna samhandlingsutval i møte i november i fjor. Det vart også utsendt informasjon om utfordringa til dei lokale samhandlingsutvala. Arbeidet i det

vidare bar i stor grad preg av å skissere tiltak og sikre involvering av dei interne miljøa, samstundes som ein nytta kanalar mellom anna gjennom internettsida om utviklingsplan, til å informere interessentane våre om situasjonen og krav om omstilling.

Med mål om å involvere, få dialog og innspel på dei skisserte prosjekta, vart det invitert til eit ekstraordinært dialogmøte 1. februar i år. Ein har også hatt møter med regionråda i fylket kring omstillingsprosessen og gitt orientering i Overordna samhandlingsutval. I tillegg har det også vore dialog med enkeltkommuner knytt til dei ulike prosjekta.

I dialog med kommunane ser ein ei tydeleg uro kring tidsaspektet for omstillinga, det vert stilt spørsmål om involveringa er tilstrekkeleg og kva for konsekvensar omstillinga vil få for kommunane i fylket. Det vert også stilt spørsmål om helseføretaket handlar i tråd med prosesskrava skildra i samhandlingsavtalen over.

Jamfør rettleiar for utviklingsplanar og samhandlingsavtalen, skal det gjennomførast konsekvensutgreiing for tiltak av vesentleg art, dvs. konsekvensar som grip inn i anna parts organisering av tenestene. For å sikre ei slik konsekvensutgreiing, har ein gjennomført risiko- og sårbarheitsanalyser der kommunale representantar også har delteke for prosjekta, herunder rehabilitering, føde og i høve DPS Sjøholt. I det vidare arbeidet etter innstilling frå styret, blir det særskild viktig å legge til rette for god og rett involvering av dei som blir berørte. Korleis og på kva måte ein vil involvere kring dei konkrete prosjekta, vil ein gå i dialog med relevante kommunar og respektive regionråd, i det vidare arbeidet.

For Helse Møre og Romsdal er det avgjerande å sikre eit tett og godt samarbeid mellom kommunane og føretaket for at innbyggjarane skal få eit best mogleg helsetenestetilbod. Helseføretaket tilstreber difor å sikre involvering og medverknad gjennom fleire aksar i omstillingsprosessen, der den meir generelle involveringa av kommunane må skje gjennom den etablerte samhandlingsstrukturen og konkret for dei ulike prosjekta; tilpassa ut frå ei interessentavklaring og i nær dialog med kommunane.

8 Administrerende direktør si vurdering

Tenestetilbodet som HMR leverer har på det jamne god kvalitet og pasientar er for det meste godt nøgd – det vert utført mykje godt fagleg arbeid og tilrettelegging for dette. Helse Møre og Romsdal sine verdiar er tryggleik, kvalitet og respekt. Føretaket er i ein krevjande situasjon og det vert stilt spørsmål om ein etterlever verdiane frå brukarar, befolkninga, kommunar og i eigen organisasjon.

Sidan helseføretaket vart etablert i 2011, har ein ikkje levert i tråd med økonomiske målkrav. Dei første åra fekk ein tilpassingstilskot til endring i finansieringsmodellen og fusjonsstøtte til omstillingsarbeidet. Dei seinare åra har driftsøkonomien utvikla seg ytterlegare i negativ retning, og for inneverande år har føretaket ei kassakredittgrense på 800 MNOK. Dette skal betalast tilbake av framtidige driftsrammer som er meint til tenesteleveransar. Gjennom alle desse åra har føretaket skyvd på naudsynte investeringar i utstyr, bygg og tilpassingar til fordel for meirforbruk på lønn og varekostnader. Arbeidet med reduksjon av kostnader og kontinuerleg forbetring som arbeidsmetodikk har ikkje i tilstrekkeleg grad gitt naudsynte økonomisk effekt. Styret i HMR har i fleire styresaker gjort det klart at det er avgjerande at helseføretaket leverer spesialisthelsetenester innanfor den økonomiske ramma. Dette gjer at ein må sjå på tilbodet og tenestestrukturen i HMR.

Mange av tiltaka som vert vurderte i denne styresaka har også vore tema tidlegare. Dette understrekar at helseføretaket ikkje i tilstrekkeleg grad har klart å omstille fagleg tilbod og ressursbruk til dei økonomiske rammebetingelsane. Det som også understrekar behovet for handling, er at det framleis står igjen store uløyste utfordringar i 2019, 2020 og 2021.

Helseføretaket har slått fast at SNR er ein del av løysinga, og at utviklinga av Ålesund og Volda sjukehus er viktig for å lukkast med samfunnsoppdraget. Det er derfor viktig at HMR no får gå vidare i utviklinga mot SNR og legge til grunn tenesteutvikling i heile Møre og Romsdal i tett samarbeid med kommunane for å sikre fagleg og økonomisk berekraft. Det blir frå fleire hald peika på at arbeidet går for raskt, at ein må gi seg betre tid. Men for HMR er tid kritisk så lenge ein har driftskostnader som systematisk ligg over tilgjengeleg rammer. For kvar gong HMR må auke driftskreditten som følgje av overforbruk reduserer ein føretaket si langsiktige evne til å utvikle og levere tenester til befolkninga.

Tilbakemeldingane både internt og eksternt gir også tydelege signal om at helseføretaket ikkje klarer å skape stor nok forståing for dei behova for omstilling som føretaket må gjennom. Reaksjonar frå brukarorganisasjonar, kommunar, samarbeidspartar og eigne fagmiljø uttrykker i ulik grad uro og misnøye omkring dei prosessane og tiltaka føretaket planlegg.

Det har over tid vore mange diskusjonar om korleis ein skulle løyse utfordringane med den faglege, kompetansemessige, infrastrukturelle og økonomiske berekrafta til HMR utan at ein har lukkast. Adm. dir. ser ikkje at dette er mogleg utan at ein held fram arbeidet med kostnadskontroll og kontinuerleg forbetring. I tillegg må ein redusere omfanget av tenester, strukturar og beredskapslinjer i føretaket.

Vi merkar at tilrådingane som gjerast gjennom denne styresaka utfordrar den opplevde tryggleiken både internt i føretaket og for befolkninga generelt. Balansegangen mellom fagleg utvikling og økonomiske innstrammingar kan synest vanskeleg å kommunisere, der endring i tilbod ofte vert einseitig forklart som eit resultat av dårleg økonomi. Dette er ikkje tilfelle, men økonomien, slik han er i dag, gjer det krevjande å utvikle føretaket vidare. Då må vi gjere tiltak, og omstillingsprosjekta som er valde ut har sitt opphav i fagleg utviklingsretning og føringar for utvikling av helsetenestene. Den strukturelle delen av dette kjem kanskje tidlegare enn ein hadde førespegla og ønska seg. Enkeltprosjekta i denne saka er ein del av ein heilskap vi heile tida må ha med oss. Heilskapen er kompleks og krevjande, men gir også store mogelegheiter for utvikling av helsetenestene i fylket om vi forvaltar innsatsfaktorane våre på ein god måte. Utviklingsplanen seier noko om dette, og saman med kontinuerleg forbetring av arbeidsprosessane våre vil det vere grunnlaget for ei vidare utvikling av ei helseteneste for pasienten i fylket.