

Oppfølging operasjonalisering av utviklingsplan for eit berekraftig HMR

Saksnr	Utvalnsnamn	Møtedato
2018-54	Styret for Helse Møre og Romsdal HF	04.12.2018

Saksbehandlar: Fagdirektør Torstein Hole

Arkivreferanse: 2018/317

Forslag til vedtak:

1. Styret sluttar seg til dei framlagde tiltaksområda, og ber om at det vert arbeidd vidare med desse i samsvar med saksgrunnlaget
2. Styret understrekar at intern og ekstern medverknad og involvering er avgjerande for å realisere tiltaka
3. Styret ber om at det til styremøtet i februar vert lagt fram konkrete tiltak der risiko og konsekvensar for drift, fag og økonomi er vurdert

Ålesund, 28. november 2018.

Espen Remme
Adm. dir.

Vedlegg: Saksutgreiing

Saksutgreiing:

1. Innleiing

I styremøte 24. oktober vart sak [2018/44](#) (lenke til sak) om operasjonisering av utviklingsplan for eit berekraftig HMR lagt fram for styret i Helse Møre og Romsdal HF.

Bakgrunn for saka var å skissere korleis Helse Møre og Romsdal HF (HMR) vil arbeide for å utvikle berekraft innan fag, kompetanse, infrastruktur, og økonomi.

I saka viste vi til at utviklingsplan for HMR 2019 – 2022 har som mål å svare ut dette gjennom valte strategiar og tiltak, som er tufta på identifiserte behov og faglege vurderingar av kva som er framtidsretta pasientbehandling. Samstundes viser situasjonsbiletet at bereevna for HMR er truga, og at dette ikkje berre omhandlar det økonomiske utfordringsbiletet, men også tilgang på kritisk kompetanse for enkelte fagområde, utfordringar knytt til kapasitet og beredskap. Alvoret i saka som vart lagt fram var tufta på ei erkjenning av at skisserte tiltak i utviklingsplanen åleine ikkje kan svare ut utfordringsbiletet som er skissert i Langtidsbudsjettet (LTB). Vi viste til at det vil krevje at HMR også må gå inn i vurderingar av strukturen i høve funksjonar og oppgåvedeling.

Utvikling av fagleg berekraft og utvikling av kompetanse, infrastruktur og økonomi, vil krevje eigarskap til mål, prosessar og resultat på alle leiarnivå i føretaket i tillegg til at dette må vere ein del av verdiane og kulturen i føretaket. Ansvar for denne utviklinga ligg til leiarskapet, og må prege alle delar av rekrutteringsprossar, leiaropplæring, og leiarutviklinga i organisasjonen.

I botn for arbeidet ligg også samfunnsoppdraget og føremålsparagrafen for helseføretaket; å yte likeverdige spesialhelsetenester til alle som treng det når de treng det innanfor dei rammer vi har fått i oppdragsdokumentet.

Styresaka konkretiserte ikkje kva for område ein vil gå inn å sjå på, då dette må gjerast i nær dialog med leiing, tillitsvalde og verneteneste. Vi må også sikre involvering av brukarane, kommunane i fylket og andre samarbeidspartnarar.

For vidare oppfølging av arbeidet gjorde styret følgjande vedtak;

Vedtak:

1. *Styret i Helse Møre og Romsdal HF sluttar seg til utfordringsbiletet og metodikken som vert framført for å gjennomføre fagleg forsvarleg utvikling av Helse Møre og Romsdal HF.*
2. *Styret i Helse Møre og Romsdal HF ber om at grunnlaget for å oppnå fagleg, kompetanse, infrastruktur og økonomisk berekraft i føretaket vert tydeleggjort.*
3. *Styret i Helse Møre og Romsdal ber om å få seg førelagt ein prosjektplan så raskt som mulig som skisserer konkrete målbar tiltaksområder for å snu den økonomiske utviklinga frå underskot til berekraftig drift. Dette for å skape grunnlag for planlagde og nødvendige investeringar. Både forbetringstiltak og strukturendringer må vurderast som grunnlag for dei kostnadsreduksjonar som er nødvendig. Arbeidet organiseres som eit prosjekt som sikrar tilstrekkeleg gjennomføringskraft. Administrerande direktør gis fullmakt til å hente inn ekstern bistand i arbeidet. Styret orienteres om gjennomføring og framdrift månadleg.*

Denne saka har som føremål å tydeleggjere kva som må ligge til grunn for å oppnå berekraft innan fag, kompetanse, infrastruktur og økonomi. Vi vil synleggjere områder for tiltak, både relatert til forbetringstiltak og strukturendringar. Saka vil ikkje konkretisere desse fullt ut, men i tråd med bestillinga frå styret skisserer saka tiltaksområde ein vil vurdere nærare. Ei endeleg avgjerd om konkrete tiltak må bygge på ei risikovurdering og analyse av gevinstpotensiale for desse.

2. Oppfølging

Styret sitt vedtak er fulgt opp gjennom vekentleg arbeid i leiargruppa for å identifisere aktuelle tiltaksområde innan alle klinikkar og på tvers av klinikkane. Dei tiltaksområda som blir lagt fram, er vurdert som reelle mogelege tiltaksområde for strukturelle endringar i tillegg til vidare arbeid med prosessforbetring (kontinuerleg forbetringsarbeid). Med strukturelle endringar meiner ein her alle tiltak som ikkje direkte er knytt til prosessforbetringar, men som krev andre type endringar knytt til alle strukturar som er naudsynt for å levere dei kliniske tenestene uavhengig av om knytt til geografi eller bygg.

Parallelt med arbeidet i leiargruppa er dei ulike tiltaksområda og prinsipp for prioritering og medverknad drøfta med føretakstillitsvalde og føretaksverneombod. Innspel frå desse møta er innarbeidd i saksframlegget.

Det vidare arbeidet skal bygge på PDSA metodikk i tråd med Forskrift om leing og kvalitetsforbetring i helse- og omsorgstenesta, og det skal gjennomførast risikovurdering i tråd med forskrifta og regionale føringar.

Konkretisering av tiltaka med tilhøyrande økonomiske vurderingar er neste trinn i arbeidsprosessen, og blir lagt fram for styret i februar møtet. Figuren under gjev ei visuell framstilling av planlagt tidslinje for vidare arbeid med saka. Medverknad er drøfta nærare i kapittel 6, og tiltaksområda i kapittel 5.

Tidslinje operasjonalisering utviklingsplan HMR



Figur 1: Tidslinje for arbeidet

3. Bakgrunnsinformasjon driftsutfordringar

Basert på den merksemda helseføretaket får knytt til det økonomiske utfordringsbiletet, merkar ein no stadig større intern og ekstern uro knytt til korleis utviklinga av tenestetilbodet innan HMR skal skje, og kva konsekvensane blir. Dette understrekar behovet for ein open og føreseieleg prosess, der ein søker god medverknad og involvering i analyse, plan og gjennomføring.

Utfordringsbiletet knytt til økonomiske rammevilkår er kjent frå økonomiske langtidsplanar lokalt og regionalt. HMR må auke produktiviteten innanfor alle områder med 8 – 10 % for å levere innanfor det økonomiske handlingsrommet. Ein slik produktivitetsauke må skje gjennom auka produksjon utan auka kostnader, eller ved uendra produksjon med lågare kostnader. Det er viktig å presisere at sjølv om produktivitet vert betra, og eit tilbod vert levert kostnadseffektivt, så kan omfanget vere større enn grunnfinansieringa av føretaket tillet, og det kan vere økonomisk gevinst i å ta vekk tilbodet. Det er då vesentleg å vurdere i kva grad tilbodet er prioritert for pasientane og i spesialisthelsetenesta.

Dei økonomiske utfordringane er samansett av både tidlegare og inneverande års opparbeide underskot og framtidig tildelt økonomisk ramme.

For leiinga i HMR er det viktig å trekke opp eit overordna perspektiv eller rasjonale for kva som er grunnen til dei store omstillingsbehova i føretaket, samstundes med at mange tilsette opplever av drifta i periodar er vanskeleg å få til å gå saman. Fleire av desse momenta blei tatt opp i styremøte 24.10.2018, både i styresak 2018/44 og gjennom tilhøyrande presentasjon frå fagdirektør og kliniksjefer.

Finansieringa av tenestene ut frå behov

Hovudkomponenten i finansieringsmodellen byggjer på ei fordeling av midlar ut frå storleik på befolkninga og kriterier for behov som innbyggjarane i Møre og Romsdal har for spesialisthelseteneste, relativt til andre føretaksområde. Det vil seie at ein tek utgangspunkt i alderssamansetning, sosial profil og andre behovsindikatorar og fordeler dei økonomiske rammene. I tillegg er det ein kostnadskomponent i modellen som tilseier at HMR skal drive sine helsetenester innanfor somatikk til ein kostnad som er 15,6 % lågare enn St.Olavs hospital og 2% lågare enn HNT. Innanfor psykisk helsevern tel denne kostnadskomponenten berre 50%. HMR må «betale» for behandlinga pasientar busett i M & R får, uavhengig om den vert gitt av oss eller i andre HF/private. Det er difor inntektsnivå og kostnadssparande om HMR leverer tenestene sjølve, så sant vi klarar det. Noko tenester skal vere på universitetssjukehusnivå, og då skal pasienten til det behandlingsnivået.

Utfordrande geografi og demografi

Møre og Romsdal er eit fylke som på grunn av geografi og demografi er krevjande å levere spesialisthelsetenester i, og dagens av prehospitale strukturar, sjukehus og sjølvstendige institusjonar har utvikla seg over lang tid. Både sjukehusa og dei prehospitale tenestene er lokaliserte for å dekke eit behov i befolkninga. I tillegg til den prehospitale beredskapen som skal handtere haste og akuttoppdrag, skjer det mykje planlagt transport av pasientar på såkalla grøne og kvite transportoppdrag.

Omfattande beredskap og vaktordningar

For å drive akuttsjukehus 24 timar/ 365 dagar i året er ein avhengig av mange vaktlinjer for medisinske spesialitetar og ulike sengepostar/ funksjonar. For fleire mindre fagmiljø som ein får med 4 sjukehus, vert den relative vaktbelastninga større enn dersom ein har færre og større fagmiljø. Behovet for vikarar aukar også, og det er som regel fordyrande ordningar som kan gje auka risiko for pasienttryggleiken og auka belastning på fast tilsette. Det er også viktig å ta med seg at når ein har mange vaktstilt, så tek det relativt sett vekk meir arbeidstid frå dagtid. Utviklinga i spesialisthelsetenesta har gått frå at der generalistane kunne ta seg av fleire pasientgrupper er det no

spesialister og gjerne greinspesialistar som behandlar pasientane innanfor sitt område. Dette gjer at det krev langt fleire spesialister for å gi pasientane eit spesialisert tilbod. Det er usikkert i kva grad denne utviklinga internasjonalt og nasjonalt vil halde fram eller snu, og i kva grad ein lokalt kan påverke utviklinga.

Pasientstraumar reduserer inntekter til føretaket

Som nemnt over så betalar (gjennom gjestepasientoppgjær) HMR for alle pasientar som bur i M & R. Difor vil ein pasient som får si behandling ved eit anna helseføretak der HMR kunne gitt denne behandlinga, medføre redusert inntekt og auka kostnad for HMR. HMR har eit potensiale i å gje fleire av våre innbyggjarar behandling i eige føretak, og slik redusere kostnadane.

Utdanning av LIS

Ein svært viktig del av HMR sitt oppdrag er å sikre utdanning av legar og anna helsepersonell. HMR tek aktiv del i dette arbeidet, og har omlag halvparten av alle LIS 1 i Helse Midt-Norge. Endringa i LIS utdanning er krevjande for alle føretak. LIS utdanning er svært viktig for rekruttering av framtidige spesialistar, men det er også ressurskrevjande å bygge opp og drive det løpande undervisings- og vegleiingsopplegget. Det er dei same avgrensa legeressursane som går i vakt, føl opp poliklinikk og sengepostar, og som også skal levere på LIS utdanningane.

Samdata

Samdata viser at HMR ligg om lag på landsgjennomsnittet i kostnadsindeks. For 2017 ligg HMR på 1,01 kostnad pr. DRG (1,00 er landsgjennomsnittet). Utfordringsbildet slik det teiknar seg stiller krav om at HMR må ned på eit langt lågare nivå. Dette må i hovudsak skje gjennom kostnadsreduksjonar, men ein vil også sjå på inntektssida gjennom t.d. kodekvalitet. Med dagens bygingsmasse og avgrensa midlar til å gjere eksisterande byggningsmessige tilpassingar for å sikre ei effektiv og tidsriktig drift, er dette krevjande. SNR vil ver ein del av løysinga for HMR.

Strukturutfordring

Samla sett så byrjar det å etablere seg ei oppfatning av at HMR har ei strukturutfordring. Det geografiske og demografiske mønsteret har gjeve historiske og noverande beredskaps- og vaktstrukturarar som befolkninga ikkje gjev inntektsgrunnlag til å drive. Små fagmiljø, som leverer god kvalitet, vert ekstra belasta pga. mange ulike oppgåver og beredskapsansvar. I tillegg er HMR som kunnskapsorganisasjon ein krevjande organisasjon å leie, då det er både faglege, geografiske og organisatoriske omsyn som skal takast i vare.

4. Overordna vurderingar

Med bakgrunn i skildra utfordringsbilete og sett opp mot styresak 2018/44, er det behov for å sjå den faglege utviklingsretninga i lys av tilgang på kompetanse, infrastruktur og økonomi. Dette betyr at HMR må sjå på heile omfanget av tenester i pasientverdiprosessen. Dette omhandlar alt frå dei prehospital-, intrahospitale-, polikliniske-, og ambulante tenestene, til samhandling med eksterne interessentar, og inkluderer både strukturar, funksjonar og omfang av tenestene. Utviklingsplanen må såleis vidare konkretiserast på ein slik måte at det er samsvar mellom handlingsrom og tilrådde strategiar og tiltak. Som skissert i sak 2018/44, vil ein både måtte gå gjennom og prioritere tiltaka i vedtatt utviklingsplan, og revidere denne med nye tiltak.

Det er av styret tidlegare vedtatt at «kontinuerleg forbetring» er føretaket sin hovudstrategi for både fagleg og økonomisk berekraft. Føretaket har behov for å arbeide meir med både kvalitetsstrategi, metodikk, og systematikk for å nå dei måle føretaket har sett seg. Dette blir prioritert i det vidare arbeidet med berekraft for føretaket.

I det følgende vil ein gje oversyn over dei ulike faktorane som er vurdert som vesentlege i arbeidet framover.

1. Prioriteringskriterier i utviklingsplanen

I utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal la ein til grunn følgande prioriteringskriterier for val av ulike løysingar:

- Heilskapleg pasientfokus
- Fagleg kvalitet i tilbodet
- Økonomisk bæreevne

I operasjonaliseringa av ulike tiltak for berekraft , vil vi følgje desse prioriteringskriteria. I tillegg vil ein også vurdere kva konsekvensar tiltaka kan ha med tanke på effekt i høve:

- Er effektane pasientnære eller påverkar dei i liten grad pasientane direkte
- Gjev tiltaka betre kvalitet eller uendra kvalitet
- Er det identifisert klare økonomiske gevinstar

2. Overordna strategiske føringar

Som gjort greie for i innleiinga og peika på av styret, er kontinuerleg forbetningsarbeid framleis hovudstrategien for å oppnå varig berekraft i føretaket. Dette har til no ikkje har hatt tilstrekkeleg effekt, vil vi intensivere innsatsen for å bygge kompetanse og kapasitet i forbetningsarbeidet, sjå på strategisk forankring, og ny prioritering av innsatsområde saman med tydelegare val av metodisk tilnærming.

Analyser internasjonalt og i Sverige tyder på at ca. 13-15% av budsjetta i spesialisthelsetenesta går til kvalitetskostnader/kvalitetstap. Kor stor del av dette ein kan førebygge er usikkert, men inntil 50% reduksjon har vore estimert som mogeleg å oppnå. Dette tyder på at potensialet for økonomisk effekt er vesentleg i forbetningsarbeid i spesialisthelsetenesta.

Det er klare overordna føringar for at ressurstilgangen i helsetenesta nasjonalt ikkje vil auke, og at helsetenesta må frigjere ressursar til framtidig vekst innanfor ulike områder. Figur 1 oppsummerer HOD sin vurdering av dette.

Hva må til for å skape bærekraft?

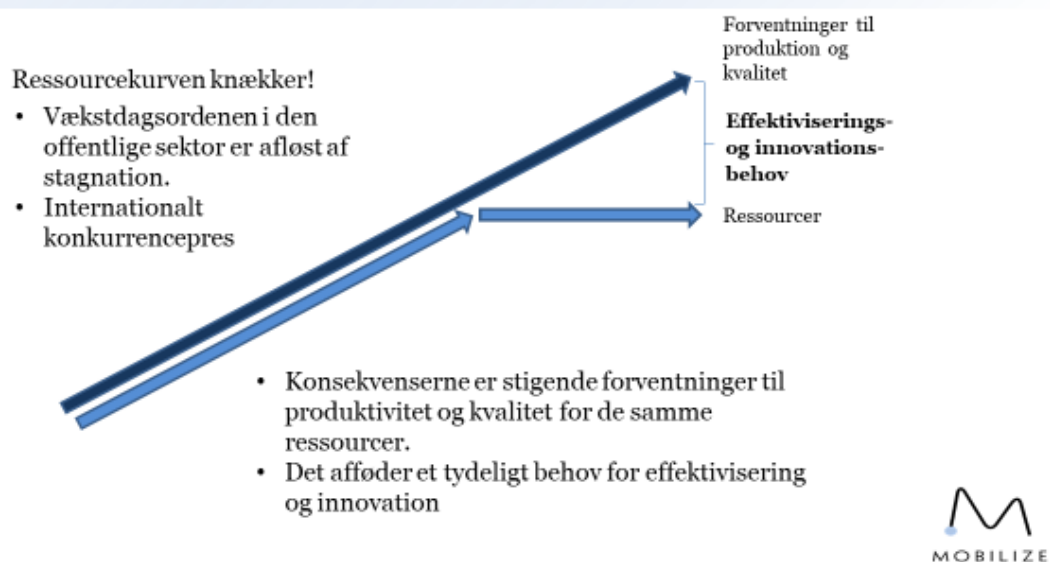


 Helse- og omsorgsdepartementet

Figur 1: Illustrasjon HOD november 2018 Erlandsen

Søren Barlebo Rasmussen har lansert følgende analyser av stoda internasjonalt (Figur 2 og 3):

Velfærdstatens utvikling



Figur 2: velferdsstatens utvikling

Fremtiden – mere innovation

Fase 1: Fusion

- Strukturreform
- Centralisering
- Stordriftsfordele
- «Professionalisering» af ledelse
- Udbygning af stabsfunktioner

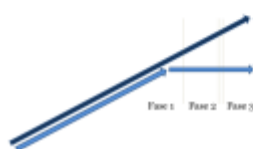
Fase 2: Effektivisering

- Produktion
- LEAN
- Løbe hurtigere
- New Public Management
- Fokus på omkostninger
- Kontrol og top down målstyring
- Fjernt besluttede forandringer og mål

Fase 3: Innovation

- Radikal innovation
- Få et større organisatorisk potentiale udløst
- Arbejde anderledes sammen på tværs
- Viden om værdiskabelse
- Udvide vidensrammen/forskning
- Ny viden og omsættelse i praksis
- Digitalisering

Velfærdstatens udvikling



Figur 3: Behov for innovasjon

Helse Møre og Romsdal står no i ein situasjon der det er særleg viktig med felles oppfatning av resurssituasjon og styringssignal frå overordna politisk mynde når det gjeld vidare utvikling nasjonalt og lokalt. Styret har no bedt om tiltak relatert til innsatsfaktorar i fase 1 og 2, men i tillegg må føretaket evne raskare omstilling relatert til fase 3 (figur 3).

5. Tiltaksområder

I tråd med styrevedtaket skisserer ein her ulike tiltaksområde det vert arbeidd vidare med for å få fram avgjerdsgrunnlag som kan konkretisere tiltak og vise konsekvensar fagleg og økonomisk. I arbeidet med tiltaksområda har ein vurdert det slik at det er viktig å skjerme kjerneaktiviteten så langt som råd. Dette betyr ekstra nøye vurdering av alle andre område og struktur. I tillegg ligg det føringar i «den gylne regel» om prioritering av psykisk helse for barn og unge, psykisk helse for vaksne og tverrfagleg rusbehandling. Ei slik prioritering er ikkje til hinder for konkret vurdering av mellom anna produktivitet, organisering og institusjonsstruktur slik som i somatikken.

5.1 Kontinuerleg forbetring og nokre prioriterte innsatsområde

Arbeidet med kontinuerleg forbetring vil verte intensivert, og ein vil målrette arbeidet i større grad mot større prioriterte område. Nokon av dei prosessane som vil ha særleg fokus framover vil vere

HMS-Sjukefråvær

Sjukefråværet påverkar både kvalitet, stabilitet, robustheit, arbeidsmiljø, trivsel, omdømme og økonomi. Forsking peiker på at det er svært mange faktorar som påverkar sjukefråværet. Tiltak og verkemiddel må tilpassast arbeidsstad og arbeidstakar. Det ein veit er at arbeidsmiljø og trivsel er svært viktig for å auke nærværet og redusere fråværet. Hovudpoenget er at å jobbe med å førebygge og redusere høgt sjukefråvær for det første er ei leiaroppgåve, og for det andre at det er mogeleg å få resultat gjennom målretta, langsiktig og systematisk arbeid. I dette ligg det at forankring av

arbeid/oppfølging av sjufråvær må være godt forankra i alle leiarnivå. Føretaket, klinikkane, avdelingane og seksjonane må ha dette som transparente mål og jobbe målretta for å oppnå resultat.

Arbeidsplanlegging

Korleis ein nyttar personell og kompetanse vil vere viktig kostnadsdrivar. Optimalisering av arbeidsplanlegginga og prosessar knytt til dette må vurderast med tanke på sentralisering og/eller kompetansebehov knytt til utøving av dette ansvaret.

Ein er og samde om at ein må vurdere kritisk alle typer vakt- og beredskapsordningar opp mot kvalitet, forsvarlege tenester, og økonomi.

Fjernkonsultasjonar

Ein har i 2018 starta opp eit arbeid med å sjå på teknologiske og praktiske løysingar for å innføre «fjernkonsultasjonar» som nytt tilbod. Det vert utført ca 10 000 kontrollar av pasientar frå M&R poliklinisk ved St. Olavs hospital kvart år, og ein ser at dette belastar pasientar (og pårørande) unødig, og gjev store utgifter for føretaket. Arbeidet må intensiverast med tanke på uttesting av konseptet i småskalaprojekt for identifisering av viktige føresetnader teknisk og prosessuelt for vellukka innføring i større skala. Dette arbeidet har som mål å redusere reiser for pasientane både utanfor og innanfor føretaket, og prosjektet må realiserast i samarbeid med St. Olavs hospital. Dert må vere eit mål at prosjektet skal kunne realiserast første halvår i 2019.

Operasjonsstoveeffektivitet

Det pågår eit arbeid som ser på korleis kan nytte operasjonsstovekapasiteten betre. Det er ulik utnytting av denne kapasiteten på tvers i føretaket, og dette er ein nøkkelfunksjon med tanke på produktiviteten operativt. Ein har hatt store vanskar med rekruttering av nøkkelpersonell, og både jobbgliding, organisering og drift er naudsynt å vurdere.

5.2 Støttefunksjonar (ikkje-medisinske funksjonar)

Drift

I tråd med målet om å skjerme kjernefunksjonar, vil desse områda verte vurdert med tanke på korleis vi kan endre prosessar og strukturar. Med endra momsrefusjonsreglar, vil det kunne vere endra føresetnader for ekstern drift av ulike tenester, og alle tilbod bør no vurderast.

Arealoptimalisering

Byggningsmessig 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.

5.3 Funksjonar ved sjukehusa

I vedtatt utviklingsplan er det lagt til grunn at vi skal ha 4 akuttsjukehus til SNR vert tatt i bruk. Ein ser ikkje grunn til revurdering av dette no. Det er like vel ikkje til hinder for at ein må vurdere om ulike tilbod kan eller bør bli gitt ved færre eller fleire lokalisasjonar enn det som i dag er planlagt. Førebels er det ikkje avklart kva andre delar av tilboda ved dei fire sjukehusa som må vurderast i den komande prosessen, men ein kan ikkje utelukke at fleire funksjonar må samlast eller avviklast i HMR. Dette gjeld både somatikk og psykiatri.

Mange av dei endringane som er vedtatt i utviklingsplanen, er allereie under implementering i dei ulike klinikkane. Det er behov for prioritering av dei ulike tiltaka opp mot økonomiske konsekvensar.

5.4 Kliniske tenester

Det samla tilbodet av tenester i HMR er godt. På nokon område er det like vel ulike manglar i tilboda, og på andre område er omfanget av tenester høgt sett i nasjonal samanheng. Ein må i den pågåande prosessen ha ein gjennomgang av omfang og organisering av ulike tilbod både i somatikk og psykiatri. I dette arbeidet er det særskilt viktig med god medverknad frå dei ulike fagmiljøa. Ein vil kome attende til nærare vurderingar av ulike fagområde til styremøtet i februar 2019. Nokre tiltaksområde er allereie no identifisert, og desse er kort omtalt i dette kapitlet.

Prehospital tenester

Det er gjennomført ei beredskapsanalyse som gjev godt grunnlag for vurdering av måloppnåing i høve nasjonale kvalitetsindikatorar. Geografi og demografi i fylket utfordrar finansieringsmodellen for tenestene, og ein må vurdere både omfang og organisering av desse tenestene. Nye modellar for samhandling med kommunane kan verte naudsynt for å oppretthalde dagens tilbod innan ambulansetenesta. Utvikling av differensierte tilbod som supplerer tradisjonell ambulansetransport kan også vere aktuelt («kvite ambulansar»).

Andre typer pasientreiser er også finansierte av føretaket, og tiltak for reduksjon av slike kostnader må også vurderast. Eitt tiltak vil vere utvikling av «fjernkonsultasjonar», omtalt under punkt 5.1.

Sjå på sengetal samla i føretaket og vurdere korleis kan organisere og optimalisere drift av sengpostane ved dei ulike sjukehusa

Både riksrevisjonen sin rapport, Samdata, og egne vurderingar tilseier at bør vurdere samla sengetal i føretaket og korleis desse er organisert og fordelt. Følgande overordna mål er døme på kva nivå ein må ha som mål for å nå naudsynt kostnadseffektivitet for framtidig berekraft:

- Liggetid 10% under nasjonalt snitt eller lik snitte 5 beste føretak
- Medisinsk dagbehandling/dagkirurgi på line med dei beste føretaka nasjonalt
- Operasjonsstoveeffektivitet på nasjonalt toppnivå i 2019, internasjonalt nivå i 2022
- KPP mål på linje med 5 beste føretak/10% under nasjonalt snitt

Målet for dette arbeidet er både å sjå på potensialet for reduksjon av talet senger, og korleis ein kan få meir optimal storleik på sengepostane, eventuelt reduksjon i talet sengepostar.

Dette arbeidet må ein sjå i samanheng med pågåande prosjekt for vurdering av intensivkapasitet, organisering av tung overvaking, vurdering av etablering av observasjonssenger i akuttmottaka, og eventuell etablering av korttidspost ved Ålesund sjukehus. Nye modellar for organisering og drift må også vurderast i dette arbeidet. I dette arbeidet kan ein også måtte sjå på fordeling av fagområde, grenser for bustadområde, og andre faktorar som kan påverke optimalisering av sengepoststrukturen og drifta i føretaket.

Rehabilitering

I tråd med vedtatt utviklingsplan vil ein starte opp arbeidet med å sjå på organisering og omfang av det spesialiserte rehabiliteringstilbodet i føretaket, herunder også institusjonsstruktur.

Fødetilbodet

I vedtatt utviklingsplan er det skissert at ein i 2019 skal starte prosessen med samanslåing av fødetilbodet i Molde og Kristiansund med tanke på samling i SNR. Dette vil verte fulgt opp i tråd med vedtaket.

5.5 Samhandling

Samarbeidet mellom helseføretaket og kommunehelsetenesta er forankra og konkretisert i vedteken Samhandlingsavtale. Føremålet er å sikre god oppgåve- og ansvarsfordeling, som er heilskaplege og koordinerte til pasienten og brukaren sitt beste og som understøttar god bruk av ressursar. For å sikre at avtalen til ein kvar tid er i samsvar med overordna føringar og gjeldande rettspraksis, skal avtalen reviderast. Dette gjeld også ved endring i behandlingstilbod som får konsekvensar for oppgåve- og ansvarshøve mellom nivåa. Avtalen er no i startfasen av ny revisjon.

På nokre av tiltaksområda vil samhandling og felles forståing av stoda mellom kommunane og føretaket vere heilt naudsynt for gode tenester for pasientane og rett oppgåvedeling. Dette er også eit område der det er trong om tenesteinnovasjon og nye måtar å levere spesialisthelsetenester på. Auka bruk av ambulante tenester, «hospital at home», nye modellar for samhandling og sambruk av personell etc, er nokre få døme på dette.

Utskrivingsklare pasientar

Som eit av fleire verkemiddel for å sikre rett pasient på rett behandlingsnivå, vart det i 2012 innført betalingsplikt for somatiske pasientar som blir liggande på sjukehus i påvente av kommunalt tilbod. Frå 2019 skal det også innførast betalingsplikt innan psykisk helse og rus. Ordninga innan somatikk har så langt hatt varierende effekt.

Til trass for at fleire av dei mindre og mellomstore kommunane tek i mot pasientane når dei er utskrivingsklare, er det i periodar kritiske utfordringar knytt til drift og pasienttryggleik. I hovudsak er dette ei utfordring for bykommunane Kristiansund, Molde og i mindre grad, Ålesund kommune. Som eit av tiltaksområda blir det difor særst viktig at kommunane planlegg og dimensjonerer sine tilbod slik at ein er i stand til å ta i mot pasientar som ikkje treng tenester frå spesialisthelsetenesta.

6. Vidare arbeid

6.1 Kommunikasjon og medverknad

Helseføretaket har faste interne og eksterne interessentar i arbeidet med utviklingsplanen, og medverknad og forankring er viktig for å finne gode løysingar. Den vidare prosessen internt er avhengig av god medverknad i leiarlina, med fagmiljøa, og med dei tillitsvalde og vernetenesta. Det er avtalt med organisasjonane at slik medverknad primært skal skje gjennom leiarlina og dei etablerte strukturane for medverknad. Det betyr at ein vil gjere dette gjennom samarbeidsråd på klinikk- og avdelingsnivå, gjennom strukturert samarbeid på seksjonsnivå, og gjennom etablerte samarbeidsfora på føretaksnivå som Brukarutval, Arbeidsmiljøutval, Lokale samhandlingsutval, Overordna samhandlingsutval, og etablerte samarbeidsråd med UH sektoren.

I tillegg vil vi nytte stadlege leiarsamlingar, og auke talet på faste møter mellom AD og FTV/FVO.

For å sikre medverknad frå fagmiljøa, vil vi i desember 2018 invitere representantar frå fagmiljøa inn i dei stadlege leiarsamlingar, også for å drøfta korleis vi kan sikre nødvendig medverknad frå fagmiljøa. Målet er å gi god informasjon til leiarar og tillitsvalde/verneombod, slik at dei er kjende med prosessane og kan forklare til eigne tilsette og medlemmar kva som skjer. Det gjer arbeidet meir føreseieleg og vil bidra til mindre spekulasjonar. Målet er også å gi informasjon internt før det blir kjent eksternt, men i ein så stor organisasjon er det utfordrande å få dette til. Hovudkanal for informasjon og kommunikasjon er lagt til faste interne og eksterne møtearenaer, og i tillegg til leiarlina blir kanalar som nett, intranett, sosiale medier, nyheitsbrev og media nytta. Det er også satt opp ei landingsside på nett for utviklingsplan på helse-mr.no/utviklingsplan

Nokre av dei skisserte tiltaksområda vil eventuelt også krevje anna meir omfattande medverknad frå kommunal side, og dette må i så fall organiserast separat for det einsskilte prosjekt.

Ei aktivitetsplan for kommunikasjon som m.a. omfattar møtearenaer med interne og eksterne interessentar er utarbeidd og blir fortløpande oppdatert.

6.2 Organisering av arbeidet

Arbeidet med å konkretisere mogelege økonomiske gevinstar innanfor dei ulike tiltaksområda er starta, og vil halde fram etter som dei ulike tiltaka blir konkretisert.

Det må på denne bakgrunn og på bakgrunn av ei overordna risikovurdering, gjerast ei prioritering mellom tiltak med tanke på tid for gjennomføring og ressurssetting.

Større tiltak må prosjektorganiserast, og omfanget av tiltak samla sett er slik at HMR ikkje har kapasitet og kompetanse til gjennomføring utan noko ekstern bistand frå HMN, andre føretak eller eksterne profesjonelle aktørar.

Til styremøtet i februar 2019 er planen at det skal ligge føre konkrete tiltak med gjennomføringsplan, risikovurdering og estimert økonomisk gevinst.

6.3 Tidsplan

Førebels tidsplan for arbeidet inneverande år er skissert i tabellen under.

For arbeidet i 2019 og vidare, vil meir detaljert tidfesting av tiltak og gjennomføringsplan kome som ein følgje av den pågåande prosessen. Justert tidslinje vert lagt fram for styret i møte 20. februar.

Tid	Målgruppe	Innhald
24.oktober 2018	Styret HMR	Styresak 2018/44
1.november 2018	Dialogmøte mellom HMR, kommunar og brukarar	Orientering
5.november 2018	Føretakstillitsvalde	Orientering, innspel
6.november 2018	Leiargruppa	Vidare arbeid
12.november 2018	Føretakstillitsvalde	Orientering, innspel
13.november 2018	Leiargruppa	Vidare arbeid
21.november 2018	Tillitsvalde og verneteneste	Orientering/innspel
23.november 2018	Lokalt samhandlingsutval Molde	Orientering/innspel
23.november 2018	Lokalt samhandlingsutval Kristiansund	Orientering/innspel
26.november 2018	Føretakstillitsvalde	Orientering/innspel
27.november 2018	Leiargruppa	Vidare arbeid
27.november 2018	Overordna samhandlingsutval	Orientering/innspel
3.desember 2018	Brukarutvalet i HMR	Orientering/innspel
4.desember 2018	Styret HMR	Oppfølging styresak
6.desember 2018	Stadleg leiarsamling Ålesund sjukehus	Orientering/innspel
10.desember 2018	Stadleg leiarsamling Kristiansund sjukehus	Orientering/innspel
11.desember 2018	Leiargruppa	Vidare arbeid
12.desember 2018	Leiargruppa	Vidare arbeid
13.desember 2018	Stadleg leiarsamling Molde sjukehus	Orientering/innspel
17.desember 2018	Stadleg leiarsamling Volda sjukehus	Orientering/innspel
18.desember 2018	Leiargruppa	Vidare arbeid

Sjå kapittel 2 for grafisk framstilling av tidsplanen for arbeidet.