



Regional utviklingsplan 2035 - høringsnotat

Innhold

1. Sammendrag	4
2. Bakgrunn	6
2.1 Innledning	6
2.2 Historikk for Helse Nord	6
2.3 Gjennomføring av planarbeidet	7
2.4 Helseforetakenes utviklingsplaner	8
3. Nåsituasjonen	14
3.1 Pasientens helsetjeneste	14
3.2 Pasientbehandling	15
3.3 Kvalitet og pasientsikkerhet	23
3.4 Tilbudet til den samiske befolkningen	24
3.5 Regional utvikling og regionalt samarbeid	25
3.6 Samhandling med primærhelsetjenesten	28
3.7 Organisering og ledelse	29
3.8 Bemanning og kompetanse	30
3.9 Forskning og innovasjon	34
3.10 Økonomi	36
3.11 Teknologi	37
3.12 Bygg og kapasitet	38
4. Overordnede strategier og føringer	40
4.1 Nasjonal helse- og sykehusplan	40
4.2 Helse Nords strategi	40
4.3 Plan for Helse Nord og andre regionale strategier	41
4.4 Oppdragsdokumentet	41
4.5 Nasjonal e-helsestrategi	41
5. Utviklingstrekk og framskrivning	42
5.1 Utviklingstrekk	42
5.2 Framskrevet aktivitet til 2035	44
5.3 Kapasitetsbehov i 2035	51
6. Helse Nord møter utfordringene – tiltak	56
6.1 Utvikling og endring må fortsette	56
6.2 Pasientens helsetjeneste	57
6.3 Pasientbehandling og kvalitet	58
6.4 Strategier for å styrke et likeverdig møte med helsetjenesten for den samiske befolkning	60
6.5 Regional utvikling og regionalt samarbeid	62
6.6 Samhandling med primærhelsetjenesten	64
6.7 Bemanning og kompetanse	67

6.8	Forskning og innovasjon	69
6.9	Økonomi	69
6.10	Teknologi	70
6.11	Bygg og kapasitet	74
7.	Veien videre og implementering av tiltak	75
7.1	Veien videre – grensesnitt mot Plan for Helse Nord (4-årige planer og 8 årige investeringsplaner)	75
7.2	Implementering – type tiltak og betydning for arbeidet i Helse Nord	75
8.	Vedlegg	79
8.1	Mandat (separat vedlegg)	79
8.2	Helse Nords strategi (separat vedlegg)	79
8.3	Beskrivelse av modeller og datagrunnlag	79
9.	Referanser	94
10.	Tilleggsdokumenter	95
10.1	Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040; 2. utg.	95
10.2	Status og trender i Helse Nord (SKDE)	95
10.3	Fastlegetjenesten i Nord-Norge	95
10.4	Status og utviklingsplaner for helse- og omsorgstjenesten i nordnorske kommuner	95

1. Sammendrag

Helse Nord RHF skal sørge for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard har tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester av god kvalitet når de trenger det.

I foretaksmøtet 10. januar 2017 ble de regionale helseforetakene bedt om å utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan. Forslag til høringsnotat følger vedlagt styresaken.

Mandat for arbeidet med Regional utviklingsplan i Helse Nord ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF den 25. oktober 2017 (styresak 107 – 2017). Mandatet ligger i sin helhet med som vedlegg til høringsnotatet.

Det viktige budskapet i styresaken om mandatet var; «Overordnet skal utviklingsplanen sikre befolkningen en likeverdig tilgjengelighet til trygge og gode tjenester med en organisering som underbygger gode pasientforløp i Helse Nord». Overordnet skal regional utviklingsplan 2035:

- Angi hvilket behov for helsetjenester som forventes bl. a. ut fra demografisk utvikling, sykkelighet i befolkningen, utvikling i tilbud m. m.
- Anvise hvordan helsetjenestebehovet skal dekkes med hensyn til behov for kapasitet, kompetanse, krav til effektivisering og omstilling og ev. endringer i arbeidsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

- Beskrive de muligheter digitalisering av oppgaveløsning gir, hvilke effekter dette vil kunne ha og hvordan dette skal prioriteres i Helse Nord.
- Avveie forholdet mellom investering og drift og gi retning for å prioritere hvilke investeringer som skal gjennomføres.

Dette skal skje innenfor en realistisk vurdering av tilgjengelige ressurser.

Status Helse Nord og hovedinnhold høringsnotat

Helse Nord yter gode spesialisthelsetjenester og har siden 2010 hatt positive økonomiske resultater. Å fortsette denne trenden er et overordnet mål når vi skal møte de store utfordringer i tiden frem mot år 2035. Behovet for helsetjenester øker i takt med en aldrende befolkning, den arbeidsføre delen av befolkningen synker, nye behandlingsmuligheter utvikles og innbyggernes forventninger øker. Det vil være behov for økte ressurser samtidig som mye tyder på en strammere ressurstilførsel til spesialisthelsetjenesten. Teknologiske nyvinninger som også forenkler dagens behandlingsrutiner, muliggjør en tettere dialog mellom pasientene og helsevesen og skaper muligheter for å løse flere oppgaver på egenhånd. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig i møte med det store utfordringsbildet Helse Nord står overfor. Sammen med kommunene må det utvikles løsninger som gir gode tjenester uten en bemanningsvekst som ikke er bærekraftig.

I høringsnotatet til regional utviklingsplan 2035 trekkes vi fram noen av de områdene det vil være viktigst for Helse Nord å prioritere fremover. Hovedtemaer i høringsnotatet, med nåsituasjonsbeskrivelse og tiltaksdel, er i tråd med innholdet i nasjonal veileder for utviklingsplaner.

- Pasientens helsetjeneste
- Pasientbehandling og kvalitet
- Tilbudet til den samiske befolkning
- Regional utvikling og regionalt samarbeid
- Samhandling
- Bemanning og kompetanse
- Forskning og innovasjon
- Økonomi
- Teknologi
- Bygg og kapasitet

Tiltakene som er beskrevet i utviklingsplanen kan grovt karakteriseres i rammen av tre typer av tiltak: 1) Kontinuerlig forbedring og effektivisering, 2) tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur, 3) tiltak knyttet til

transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester.

Noen tiltak vil ligge i grenseland mellom ulike typer, og det er ikke vurdert som hensiktsmessig å strengt definere hvilke tiltak som er hvilken type i dette arbeidet. Det vil beskrives og presiseres at hvilke type tiltak det er snakk om, krever ulik tilnærming i planlegging, bruk av metodeverk, ressursdisponering og gjennomføring. Det er et perspektiv Helse Nord skal bruke når det defineres aktiviteter og prosesser for gjennomføring av tiltak, og hvilke krav det stiller til finansiering og kapasitet hos ledere og ansatte i organisasjonen.

2. Bakgrunn

2.1 Innledning

Helse Nord RHF skal sørge for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard har tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester av god kvalitet når de trenger det.

Helse Nord RHF eier seks helseforetak, hvorav fire yter pasientbehandling. Over 19 000 medarbeidere har et arbeidstakerforhold i foretaksgruppen.

Spesialisthelsetjenester ytes i egne helseforetak, ved kjøp fra private institusjoner og lege- og psykiologspesialister som det regionale foretaket har avtale med. Pasienter og pårørende skal kunne benytte de private aktørene med avtale på lik linje med sykehusene. Noen oppgaver, som for eksempel luftambulansetjenester, løses av nasjonale selskap som de fire helseregionene eier sammen.

Norge fikk i 2015 en ny Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019) (Meld.St. 11 (2015-2016)). Den regionale utviklingsplanen er Helse Nords oppfølging. Å utvikle pasientens helsetjeneste er den bærende ide i den nasjonale helse- og sykehusplanen. De nasjonale verdiene for helsetjenesten; respekt, trygghet og kvalitet ligger til grunn for utviklingsplanen.

Helse Nord yter gode spesialisthelsetjenester og har siden 2010 hatt positive økonomiske resultater. Å fortsette denne trenden er et overordnet mål når vi skal møte de store utfordringene i tiden frem mot år 2035. Behovet for helsetjenester øker i takt med en aldrende befolkning, den arbeidsføre delen av befolkningen synker, nye behandlingsmuligheter utvikles og innbyggernes forventninger øker. Det vil være behov for økte ressurser samtidig som mye tyder på en strammere ressurstilførsel til spesialisthelsetjenesten. Teknologiske nyvinninger som også forenkler dagens behandlingsrutiner, muliggjør en tettere dialog mellom pasientene og helsevesen og skaper muligheter for å løse flere oppgaver på egenhånd. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig i møte med det store utfordringsbildet Helse Nord står overfor. Sammen med kommunene må det utvikles løsninger som gir gode tjenester uten en bemanningsvekst som ikke er bærekraftig. I forslaget til regional utviklingsplan er det valgt å fokusere på noen av de områdene som det vil være viktigst for Helse Nord å prioritere fremover og der Helse Nord vil ha mulighet til å iverksette tiltak.

Med Helse Nord menes i denne planen hele foretaksgruppen Helse Nord. Der det regionale helseforetaket omtales, er dette omtalt som Helse Nord RHF.

2.2 Historikk for Helse Nord

Helse Nord RHF ble etablert 1. januar 2002 og bestod opprinnelig av seks helseforetak hvorav fem utførte diagnostikk og behandling. Universitetssykehuset Nord-Norge HF skulle være et fullverdig universitets- og regionsykehus. Nordlandssykehuset HF skulle ha et bredt tilbud og Helgelandssykehuset HF, Hålogalandssykehuset HF og Helse Finnmark HF (senere Finnmarkssykehuset) skulle være helseforetak med lokalsykehustjenester. Det sjette helseforetaket var Sykehusapotek Nord HF. Hålogalandssykehuset ble avviklet fra 1. januar

2007 og foretakets virksomhet i Narvik og Harstad ble organisert som en del av UNN og tilsvarende i Vesterålen som en del av Nordlandssykehuset.

I 2002 ble strategien for foretaksgruppen, «Forbedring gjennom samarbeid», vedtatt. 2002 og 2003 var preget av arbeid med oppgave- og funksjonsfordeling, særlig innenfor kirurgisk akuttberedskap og fødetilbud. I 2005 ble arbeidsfordelingen innen kreftkirurgi avklart i en regional beslutning. I arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan i 2016/2017 ble spørsmålet om kirurgisk akuttberedskap igjen vurdert. IKT strategien ble besluttet og definert som et regionalt ansvar i 2003. I 2005 ble IKT-drift organisert som en egen avdeling under Helse Nord RHF. Fra 2017 ble avdelingen organisert som eget helseforetak.

En modell for fordeling av inntektene mellom helseforetakene ble tatt i bruk fra 2008. Det ble utarbeidet og vedtatt et eget investeringsregime allerede i 2002. Investeringsregimet fastlegger eiendomsforholdene og ansvar for investeringer og setter krav til hvordan investeringsbeslutninger skal framkomme og hvilke prosesser som skal ligge til grunn før større investeringer kommer opp til beslutning i Helse Nord RHF's styre.

Ledelsesmessig er det lagt stor vekt på forankring av strategier og større beslutninger for å sikre regional oppslutning. Dette innebærer også et omfattende samarbeid med arbeidstakernes representanter, brukerrepresentanter, kommunene, fylkeskommunene og representanter fra primærhelsetjenesten. I 2018 ble det også inngått en samarbeidsavtale med Sametinget.

2.3 Gjennomføring av planarbeidet

I foretaksmøtet 10. januar 2017 ble de regionale helseforetakene bedt om å utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan.

Mandat for arbeidet med Regional utviklingsplan i Helse Nord ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF den 25. oktober 2017 (styresak 107 – 2017). Mandatet ligger i sin helhet som vedlegg.

Det viktige budskapet i styresaken er følgende; «Overordnet skal utviklingsplanen sikre befolkningen en likeverdig tilgjengelighet til trygge og gode tjenester med en organisering som underbygger gode pasientforløp i Helse Nord».

Overordnet skal regional utviklingsplan 2035:

- Angi hvilket behov for helsetjenester som forventes bl. a. ut fra demografisk utvikling, sykkelighet i befolkningen, utvikling i tilbud m. m.
- Anvise hvordan helsetjenestebehovet skal dekkes med hensyn til behov for kapasitet, kompetanse, krav til effektivisering og omstillinger og ev. endringer i arbeidsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Beskrive de muligheter digitalisering av oppgaveløsning gir, hvilke effekter dette vil kunne ha og hvordan dette skal prioriteres i Helse Nord.
- Avveie forholdet mellom investering og drift og gi retning for å prioritere hvilke investeringer som skal gjennomføres.

Dette skal skje innenfor en realistisk vurdering av tilgjengelige ressurser.

Helse Nord har organisert arbeidet med Regional utviklingsplan 2035 som et prosjekt. Ledergruppen i Helse Nord RHF supplert med ansatterepresentanter, brukerrepresentant og observatør fra KS har vært styringsgruppe. En egen prosjektgruppe bestående av medarbeidere i Helse Nord RHF, inkludert SKDE, har levert vesentlige bidrag i arbeidet i tillegg til ekstern bistand fra Deloitte som har hatt prosjektledelsen. KS har vært med i prosjektgruppen som observatør. En kommunikasjonsplan og en risikoanalyse for planprosessen ble utarbeidet innledningsvis i arbeidet.

Direktørmøtet i regionen har vært referansegruppe for planarbeidet og har hatt saken til behandling i flere møter. Det er gjennomført et eget arbeid opp mot de samiske miljøene. Samarbeidsmøtet med arbeidstakerorganisasjonene er orientert om og har hatt saken til behandling i flere møter. Regionalt brukerutvalg er orientert om innholdet i arbeidet i flere møter. Temaet har vært på dagsorden på møter med en gruppe som representerer fastlegene i regionen og på møte med KS.

2.4 Helseforetakenes utviklingsplaner

Helseforetakenes utviklingsplaner er alle laget i løpet av de siste seks årene. Nordlandssykehusets plan ble ferdigstilt våren 2018 og er basert på sist vedtatte nasjonale helse- og sykehusplan og nåværende veileder. De øvrige er utarbeidet før siste nasjonale helse- og sykehusplan og er i varierende grad basert på sist oppdaterte veileder. Helseforetakenes utviklingsplaner har gitt viktige innspill til arbeidet med den regionale planen. At de lokale planene er utarbeidet før regionale planen, har ikke vært utfordrende fordi lokale planene har et innhold som er i tråd med nasjonal helsepolitikk og de regionale rammene for sørge-for ansvaret. Et gjennomgående felles trekk er utfordringen med rekruttering og den demografiske endring i regionen.

Her følger noen hovedpunkter fra helseforetakenes utviklingsplaner.

2.4.1 Finnmarkssykehusets utviklingsplan 2015 - 2030

Formålet med planen er en overordnet samkjøring av prosjektene Nye Kirkenes sykehus, videreutvikling og organisering av psykisk helsevern og rus, Samisk Helsepark, videreutvikling av Alta-modellen og nytt/renovert sykehus i Hammerfest.

Finnmarkssykehuset skal ha et fullverdig lokalsykehusstilbud for befolkningen med lokasjoner i Kirkenes, Karasjok, Alta og Hammerfest. I Samisk helsepark samles kompetanse og behandlingstilbud for den samiske befolkning. Somatikk, psykisk helsevern og rus må samlokaliseres så mye som mulig for å bedre pasientforløpene, styrke fagmiljøene og redusere kostnadene til bygg og drift. Sykestuene er et viktig ledd i behandlingskjeden og lærings- og mestringssentre må også videreutvikles.

Hovedstrategien for å oppnå høy kvalitet på behandlingstilbudene og for å sikre bærekraft er å styrke eksisterende fagmiljøer, samlokalisere tjenestetilbud innenfor psykisk helse og rus med de somatiske klinikkene, utvikle samhandlingen med kommunene og lokalisere virksomhetene der det er mulig å rekruttere og bygge opp fagmiljøer og behandlingstilbud.

Foretaket må ha en strategi for hvordan man skal kunne nå utvalgte kvalitetsmål med bakgrunn i de nasjonale kvalitetsindikatorene. Strategien baserer seg på Helse Nords føringer og de nasjonale målingene. Oppfølgingsarbeidet er særlig viktig.

Det skal fortsatt være døgnekstremvakt i indremedisin, anesthesiologi, generell kirurgi og føde i Kirkenes og Hammerfest. Det skal være døgnekstremvakt tilgang på radiolog- og

laboratorietjenester, inkludert blodbank og vaktberedskap i ortopedi. Prehospitale tjenester skal videreutvikles for å styrke akuttberedskapen, knytte sammen foretakets virksomheter og samhandle godt med kommunene. Det skal gjennomføres en stasjonsutbyggingsplan for å effektivisere driften og bedre kvaliteten på tjenesten. Ressurser skal flyttes fra pasientreiser til pasientbehandling ved å etablere desentraliserte tilbud og utnytte teknologiske muligheter. Elektronisk kommunikasjon og virtuelle løsninger for kontakt med pasientene, må tas i bruk.

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell vil være en stor utfordring også i framtid. Utdanning av eget helsepersonell skal bidra til rekruttering og stabile fagmiljøer. Både den pågående reformen innen utdanning av legespesialister, samarbeidet med UNN og med universitetet er viktig for å få dette til. Finnmarkssykehuset som base for utdanning av 5. og 6. års medisinstudenter er også av stor betydning for foretaket. Forskningsaktivitet for å utvikle behandlingsmetoder spesielt med tanke på lokale og arktiske forhold og små fagmiljø må økes også for bedre rekruttering.

Utvikling og styrking av helsetjenestetilbudet krever stadig omlegging. Foretaket må drive kostnadseffektivt både hva gjelder personell og bygg, og gode teknologiske løsninger må utnyttes i så stor grad som mulig. Oppgavedeling internt i foretaket, samlokalisering av tilbud, en god kvalitetsstrategi, samarbeid med UNN og samhandling med kommunene er viktige faktorer som kan bidra til utviklingen av gode og helhetlige tjenestetilbud.

Tilrettelegging for økt kvalitet i behandlingen, utdanning av helsepersonell, forskning og utdanning krever at foretaket investerer i bygg, anlegg og medisinsk infrastruktur som er tilpasset framtidens behov. Endring av hvor tjenester ytes stiller krav til gjennomgang av bygningsmassen.

2.4.2 Universitetssykehuset Nord-Norges utviklingsplan

UNNs utviklingsplan for virksomheten (eksklusiv bygg og IKT) bygger på strategien vedtatt i 2011. «UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie, UNN skal være det norske universitetssykehuset for nord-områdene, UNN skal ha kompetente medarbeidere som trives, UNN skal i samarbeid med universitetene, høgskolene, og de videregående skolene utdanne kompetente og motiverte medarbeidere.»

Når det gjelder dimensjonerende forutsetninger har aktivitetsframskrivningene lagt til grunn SINTEFs rapport fra 2011, og vektlagt enkelte elementer. Samhandlingen med kommunene og ansvarfordelingen som forutsetter at kommunene skal utføre en større del av tjenestene, samtidig som spesialisthelsetjenesten skal konsentrere seg om oppgaver som krever spesialisert kompetanse, må fungere. Videre må overgang fra døgn til dag fortsette og kjernefunksjoner som diagnostikk, operasjonskapasitet og tunge overvåknings- og intensivsenger dimensjoneres slik at risikoen for kapasitetssvikt minimeres. Fordi framskrivningene for lokalsykehusfunksjonene er mer usikre legges et mer dynamisk konsept, slik at ny kapasitet kan være lett tilgjengelig, til grunn for utviklingen av Nye Narvik sykehus. Å lykkes med arbeidsdelingen med kommunene og en effektiv funksjonsfordeling mellom sykehusene i UNN vil stå sentralt. Region- og lokalsykehusfunksjoner må defineres på en tydelig måte.

For å møte utfordringene har UNN definert syv strategiske hovedretninger for utvikling. Disse skal være førende for utvikling av den faglige virksomheten i hele foretaket i perioden 2015-2025. Dette handler om:

- Pasientforløp med vekt på koordinerte pasientforløp, dreining fra døgn til dagbehandling og nye behandlingsformer og helsetilbud
- Pasient- og brukermedvirkning med vekt på ny pasientrolle og brukermedvirkning
- Samhandling og funksjonsfordeling med vekt på tydelig ansvarsfordeling mellom regionalt og lokalt behandlingsnivå, regionfunksjoner, lokalsykehusfunksjoner og aktiv oppfølging av samhandlingsreformen
- Kvalitet og pasientsikkerhet med vekt på kvalitetsindikatorer, pasientsikkerhet, pasientopplevd kvalitet, kliniske kvalitetsregistre og prioritering av helsetjenester
- Utdannelse og rekruttering med vekt på utdanning, rekruttering og stabilisering, oppgaveglidning, bedre bruk av kompetanse og teknologistøttet kunnskapsutvikling
- Forskning med vekt på større og mer helhetlige forskningsmiljøer
- Teknologi og e helse med vekt på økt bruk av teknologi i den kliniske virksomheten og faktorer for vellykket implementering

Utfordringene som er beskrevet må møtes med å prioritere utviklingen på områder der drivere for endring og særskilte forhold i Nord-Norge påvirker virksomheten mest.

UNNs prioriterte utviklingsområder er:

- Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling
- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Prehospitale tjenester og mottaksmedisin
- Kroniske og sammensatte lidelse

2.4.3 Nordlandssykehusets utviklingsplan

Nordlandssykehuset har som visjon at de skal være ledende på kvalitet og virksomheten bygger på de felles verdiene kvalitet, trygghet og respekt. Analysene gjennomført i arbeidet med utviklingsplanen konkluderte med at Nordlandssykehuset burde ha strategiske satsningsområder som utfordrer helseforetaket på deres evne til samhandling om de store pasientgruppene og tilpasning av klinisk profil til endringene i befolkningssammensetning og behov. I tillegg har man definert en trygg «grunnmur» for å kunne realisere målene for satsingsområdene. Grunnmuren består av brukermedvirkning, forskning, utdanning og innovasjon, pasientsikkerhet, samhandling, strategisk ledelse og medarbeiderskap, infrastruktur og bygg, og økonomisk bærekraft.

Ut fra analysen er det utledet seks strategiske satsningsområder:

- Intermediærpatienten, med vekt på at det finnes pasientgrupper som faller mellom tradisjonelle omsorgsnivå og som trenger økt overvåkning, tilsyn og behandling i forhold til hva som ytes på en ordinær sengepost
- Tidlig intervensjon, med vekt på å hindre sykdomsforverring ved nylig oppståtte/akutte eller ved eksisterende tilstander, tidlig å avklare og diagnostisere alvorlig og sammensatt sykdom
- Kronikeromsorg, med vekt på å vinne gode leveår for pasienten gjennom tilrettelagte og godt koordinerte tjenester

- Minimal invasiv behandling, med vekt på å tilby behandling med mest mulig skånsom teknikk der behandlingen er etablert i norske fagmiljø
- Kontinuerlig forbedring, med vekt på å ha ledere og medarbeidere med kunnskap og holdninger som gjør at en forbedrer og forenkler måten det jobbes på
- Teknologi og e-helse, med vekt på at teknologi og e-helse skal brukes til kontinuerlig forbedring for økt kvalitet og pasientsikkerhet, bedre pasientopplevelse og mer effektiv ressursbruk

Det er skissert tiltak for satsingsområdene for perioden 2018-2022, deretter vil måloppnåelse evalueres.

Nordlandssykehuset har samlet en kapasitet som vurderes tilstrekkelig til å møte behovene for kapasitet for de nærmeste ti årene. Bygningsmassen for psykisk helsevern er stor nok, men uhensiktsmessig for moderne drift.

2.4.4 Helgelandssykehuset utviklingsplan

Helse Nord RHF ba i 2013 Helgelandssykehuset HF konsekvensutrede hvordan helseforetaket vil påvirkes av de eksterne endringene som gjør seg gjeldende nå og fremover for at tilbudet til befolkningen skal utvikles i tråd med de forventninger en må stille til et moderne lokalsykehus.

Premissene arbeidet skulle baseres på var:

- Befolkningens behov for spesialisthelsetjenester lokalisert til Helgeland
- Demografisk og epidemiologisk utvikling
- Faglig og teknologisk utvikling
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Samhandling med de andre helseforetakene i Helse Nord
- Helse Nord RHF's strategi om mest mulig behandling nært der pasienten bor
- Endringer i pasientrollen med særlig fokus på økt brukermedvirkning

Utredningen skulle utrede og beskrive minimum 3 ulike alternative modeller for organisering av somatiske spesialisthelsetjenester som ivaretar overnevnte kriterier: 1) Fremskrive nåværende modell, 2) utrede en modell med tre klinikker lokalisert til nåværende sykehus og et nytt sengesykehus og 3) utrede en modell hvor man legger ned all somatisk aktivitet i nåværende sykehuslokalisasjoner og bygger et nytt sykehus.

Utredningsarbeidet er basert på endringer i demografi, utvikling i det medisinske tilbudet og endringer i måten å yte helsetjenester på som til slutt ender i en vurdering av behovet for kapasitet. Dette følges av en vurdering av arealbehov fordelt på funksjonsområder i de ulike alternativene og det er gjort en statusvurdering av bygningsmassen. Det er gjort bemanningsframskrivninger for de ulike alternativene som utredes. Transportmessig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester i dagens struktur og for de ulike alternativer er utredet. De prehospitaltjenester er vurdert innen rammen av aktuelle alternativer. Kostnadene er utredet og det ble gjort en kvalitativ vurdering av de ulike alternativer.

Dette arbeidet er fulgt opp av Helgelandssykehuset med prosjektet Helgelandssykehuset 2025 og status medio 2018 er at det er nedsatt en ekstern ressursgruppe som skal foreslå tre alternativer, inkludert 0-alternativet, til ny sykehusstruktur på Helgeland. De skal gi en

begrunnet anbefaling av det beste alternativet. Det forutsettes at alternativene blir vurdert likeverdig underveis i arbeidet. Rapporten vil være klar i februar 2019 og etterfølges av en konsekvensanalyse. Styrebehandling i Helse Nord RHF vil, slik det ser ut nå, skje i juni 2019.

2.4.5 Sykehusapotek Nords utviklingsplan

Sykehusapotek Nord støtter opp under Helse Nords kvalitetsstrategi og skal sikre sykehusene i Nord-Norge legemiddelforsyning av høy kvalitet og til lavest mulig pris. Sykehusapotek Nord skal kvalitetssikre legemiddelbruken gjennom farmasøytisk kompetanse, produksjons- og forsyningsberedskap, samt bidra til at pasientens legemiddelterapi ved utskriving opprettholdes uten avbrudd, uansett behandlingsnivå.

Formålet utføres ved å være en sikker leverandør av alle apotekvarer som helseforetakene bestiller, drive publikumsapotekutsalg med reseptekspedisjon og selvvalg, produsere alle legemidler som må lages og pakkes til den enkelte pasient, gi rådgivning til helsepersonell og pasienter om riktig bruk og håndtering av legemidler herunder lage en opptrappingsplan for klinisk farmasi, utøve og ta i bruk forskning, samt samordne og kvalitetssikre sykehusapotekjentene i hele Helse Nord. Deres strategiplan for perioden fram til 2020 er bygd omkring følgende hovedområder:

- Bedre pasientsikkerhet gjennom trygg og forsvarlig legemiddelbruk. Målet skal sikre at det iverksettes tiltak som bidrar til økt pasientsikkerhet gjennom bedre legemiddelbruk i hele pasientforløpet.
- God sykehusøkonomi gjennom sikker, faglig og økonomisk rasjonell legemiddelforsyning. Målet skal sikre at det iverksettes tiltak som sikrer kostnadseffektivitet ved anskaffelse, distribusjon, produksjon og bruk av legemidler.
- God samhandling. Målet om god samhandling internt, med helseforetakene og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, sikrer at trygg legemiddelhåndtering inngår i helhetlige behandlingsskjeder for pasientene i Helse Nord.

Målene oppnås gjennom særlig oppmerksomhet på følgende prioriterte tiltak:

- Attraktive og lønnsomme apotekutsalg med et produktutvalg tilpasset sykehusets og sykehusapotekets brukere.
- Innføre elektronisk løsning for bestilling og utarbeidelse av dokumentasjon knyttet til produksjon av legemidler, og ta i bruk nye lokaler med tidsriktig standard for forsvarlig produksjon og sykehusapotekdrift.
- Ta i bruk IMM-metoden som standard for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen til pasienter gjennom hele pasientforløpet.
- Kvalitetssikre og effektivisere legemiddelforsyningen ved å ta i bruk elektroniske, automatiserte løsninger for bestilling og lagerhold av legemidler og andre apotekvarer, samt øke antall apotekstyrte legemiddellagre.

2.4.6 Helse Nord IKT – overordnet virksomhetsplan 2018 - 2023

Helse Nord IKT har utarbeidet et målbildet med et lengre planperspektiv og en klargjøring av strategi og mål for perioden 2018-2023. Arbeidet er organisert omkring følgende hovedområder:

- Stabile og kostnadseffektive tjenester. HN IKT skal levere stabile IKT-tjenester som bidrar til høy kvalitet, gode pasientforløp og effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og øvrige brukergrupper.
- Gode kundeopplevelser og service. HN IKT skal sette kundene og brukernes behov i sentrum, og sikre at henvendelser og forespørsler blir håndtert så raskt som mulig og med rett kvalitet.
- Helhetlig informasjonssikkerhet. Helse Nord IKT skal etablere helhetlig informasjonssikkerhet for å sikre at tjenestene til HN IKT tilfredsstiller pålagte krav. Gjennom aktivt sikkerhets- og beredskapsarbeid skal uønskede hendelser som påvirker våre tjenester forebygges og begrenses.
- Løse regionale og nasjonale behov for felles digitale løsninger. HN IKT skal aktivt bidra til at Helse Nord fremskaffer moderne IKT-løsninger som bidrar til høy kvalitet, gode pasientforløp og effektiv ressursbruk i spesialisthelsetjenesten og øvrige brukergrupper.
- Kostnadseffektivitet gjennom aktiv styring og gevinstrealisering. HN IKT skal dokumentere et kostnadsbilde som har høyest kostnadseffektivitet sett opp mot de andre regionale IKT enhetene.
- Aktiv samhandling med kunden om nye løsninger. HN IKT skal videreutvikle samhandlingen gjennom åpne prosesser og bedre verktøyunderstøttelse, slik at HN IKT ivaretar helseforetakenes og øvrige brukergrupper sine behov.

3. Nåsituasjonen

3.1 Pasientens helsetjeneste

Involveringen av brukerne, gjennom brukerrepresentantene, har økt markant i perioden fra 2002. Det gjelder brukerutvalg på alle nivå, deltakelse i alle utrednings-, planleggings- og omstillingsprosesser, observatørstatus i styrene og ikke minst i helseforetakene i arbeidet med utvikling av pasientforløp.

Siden 2013 har «Pasientens helsetjeneste» vært det sentrale budskapet fra politiske myndigheter. Budskapet har i den samme perioden preget det årlige oppdragsdokumentet.

«Pasientens helsetjeneste» er den overordnede visjonen for Nasjonal helse- og sykehusplan. Pasienten skal få en sterkere rolle både i utforming av fremtidens helsevesen og i beslutninger om egen behandling. Følgende sitater fra planen underbygger dette;

«Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv. Pasientenes stemme skal veie tyngre i utformingen av morgendagens helse-tjeneste. Pasientens behov og ønsker skal veie tyngre når det skal tas valg om hvilken behandling som skal gis, og hvordan den skal gjennomføres. Innbyggerne er i stor grad aktive nettbbrukere som er vant til digitale tjenester til innhenting av informasjon, kommunikasjon og til å utføre tjenester selv. Tilgang til egne helseopplysninger og selv-betjening er viktige virkemidler for å gi brukerne en enklere hverdag og reell medvirkning i egen behandling.»

Et eksempel på Pasientens helsetjeneste er samvalg. Her veies fordeler og ulemper ved ulike alternativ mot hverandre, basert på hva som er riktig for den enkelte. Pasient/pårørende med støtte av helsepersonell diskuterer og deltar i beslutninger om mulige undersøkelser og behandlinger, uten å være mer involvert i beslutningene enn en ønsker selv. Det er også et valg å overlate beslutningen til helsepersonell, eller involvere pårørende. Dette kan være et godt hjelpemiddel for å sikre at pasienten har nødvendig kunnskap slik at beslutningene som tas er informerte. Det er et mål at pasienten er best mulig rustet for å bidra i styrkingen av egen helse underveis og etter behandling.

Arbeidet med utvikling av samvalgsverktøy i Helse Nord har skjedd i regi av UNN i samarbeid med andre helseforetak i landsdelen («Mine behandlingsvalg»). Det er utviklet verktøy for noen diagnoser. Samvalgssituasjoner er komplekse. Utvikling av en metodikk for samvalg som hensyntar dette og samtidig ikke blir for ressurskrevende blir en viktig oppgave for Helse Nord. Det er også under utvikling nasjonale hjelpemidler til bruk i samvalgsprosessen.

Pasienter innlagt i sykehus opplever det ofte som en utfordring å måtte forholde seg til svært mange ansatte i løpet av oppholdet. Kontinuiteten kan være lidende og samme informasjon må gjentas mange ganger. Utfordringen er størst for de med lange og/eller gjentatte sykehusopphold. Retten til kontaktlege (lovbestemt i 2016) gis til pasienter med en alvorlig

sykdom, skade eller lidelse, som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet.

Retten til fritt behandlingsvalg er et eksempel på en sterkere pasientrolle. Befolkningen har større kunnskap om egen sykdom og behandlingsmuligheter, og har økte krav og forventninger til helsetjenesten. Det er forventninger til kvalitet i tjenesten og det å bli betjent og møtt med en åpenhet, fleksibilitet og brukertilpasning. Dette er delvis en effekt av at helsetjenesten til en viss grad betraktes som andre tjenesteytende næringer. En pasientsentrert tilnærming er godt illustrert i følgende figur:



Kilde: Sykehuset Innlandet

For en region med spredt befolkning og lange avstander, vil utviklingen av nærtjenestene (se figuren) være avgjørende for å sikre god kvalitet, tilgjengelighet og fornuftig ressursbruk.

Nasjonal helse- og sykehusplan understreker også dette:

«Mange utredninger og behandlinger kan utføres nærmere pasienten enn nå – i små sykehus og lokalmedisinske sentre eller i eget hjem – som del av samhandlingsopplegg mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og med pasienten selv som aktiv medspiller. Selvbetjeningsteknologi og bedre tilrettelagt informasjon vil gjøre at pasienter kan mestre egen helse og behandling i langt større grad enn i dag. Pasienten vil være en aktiv pådriver i forebygging, diagnostisering, utredning, behandling og rehabilitering. Denne utviklingen vil få store konsekvenser for hvordan sykehusene bygges, organiseres og drives i årene som kommer.»

3.2 Pasientbehandling

3.2.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Nasjonal helse- og sykehusplan har som ett av sine hovedmål at psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres både faglig og ressursmessig – den gylne regel. Helse Nords utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016–2025 viser hvilke områder som skal prioriteres. Planen er utarbeidet i samarbeid med brukerne for å gi

pasientens helsetjeneste et innhold og sikre et trygt og kvalitativt godt helsetilbud til befolkningen i Nord-Norge.

I tabellene under er aktivitetsnivået for 2016 oppsummert¹ for psykisk helsevern for barn og unge (tabell 1), psykisk helsevern for voksne (tabell 2) og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere (tabell 3).

Tabell 1: Aktivitet: Psykisk helsevern for barn og unge 2016². Kilde: NPR

Aktivitetstall	Helgelands- sykehuset	Nordlands- sykehuset	UNN	Finnmarks- sykehuset	Sum
Døgnopphold	34	146	180	61	421
Poliklinikk	12 567	24 842	24 545	12 319	74 273

Tabell 2: Aktivitet: Psykisk helsevern for voksne 2016. Kilde: NPR

Aktivitetstall	Helgelands- sykehuset	Nordlands- sykehuset	UNN	Finnmarks- sykehuset	Sum
Døgnopphold	370	1 462	3 290	634	5 756
Poliklinikk	27 281	37 869	52 534	19 326	137 010

Tabell 3: Aktivitet: Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere 2016. Kilde: NPR

Aktivitetstall	Helgelands- sykehuset	Nordlands- sykehuset	UNN	Finnmarks- sykehuset	Sum
Døgnopphold	97	91	692	99	979
Poliklinikk	2 494	4 596	10 467	993	18 550

Lokalisering

Psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har behandlingsenheter fordelt ut over hele Nord-Norge og noen private leverandører på Østlandet.

- I psykisk helsevern for voksne er det tilbud i 14 distriktpsykiatriske sentre, sykehusavdelinger i Tromsø og Bodø og en privat leverandør, Viken senter.
- I tillegg utvikles Samisk Helsepark i Karasjok som tilbyr både somatiske tjenester og tjenester innenfor psykisk helsevern og rus
- Det er barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker på 19 steder i landsdelen og døgnenheter i Mosjøen, Bodø, Tromsø og Karasjok.

¹ Det ligger i tillegg 310 døgnbehandlinger for PHV og 304 døgnbehandlinger for TSB på RHF-nivå.

² Datauttrekk Helse Nord (desember 2017)

- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling tilbys både i de offentlige helseforetakene og av private leverandører. Det er etablert rusbehandling ved alle de 14 distriktpsykiatriske sentrene samt fra fire private leverandører

Aktivitet og kapasitet

Psykisk helsevern for voksne³:

- Antall pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord er på nivå med landsgjennomsnittet
- Helse Nord ligger under nasjonalt gjennomsnitt i polikliniske konsultasjoner per 10000 innbyggere
- Helse Nord har noe mer oppholdsdøgn i døgnenheter enn landsgjennomsnitt
- Det er større døgnkapasitet innen tjenesten enn gjennomsnitt for landet
- Kostandene per konsultasjon og oppholdsdøgn er lavere enn nasjonalt gjennomsnitt

Den høyere aktiviteten i døgnbehandling kan forstås ut fra lange reiseavstander og sentraliserte sykehusfunksjoner. Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset er de eneste helseforetakene i landet uten egne sykehusavdelinger innen psykisk helsevern.

Avtalespesialistenes andel av den polikliniske aktiviteten er om lag halvparten av landsgjennomsnittet. Psykisk helsevern for voksne har de senere år vært gjennom en omstilling der DPS er styrket med ambulante tjenester og økt beredskap for å håndtere akutte kriser. Målet har vært en fordeling mellom sykehus og DPS der hovedtyngden av behandlingen skal skje ved DPS.

Psykisk helsevern for barn og unge³:

- Antall pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord er høyere enn landsgjennomsnittet
- Helse Nord ligger på nasjonalt gjennomsnitt i polikliniske konsultasjoner per 10000 innbyggere
- Helse Nord har flere oppholdsdøgn i døgnenheter enn landsgjennomsnitt
- Det er et høyere antall senger i regionen enn gjennomsnitt for landet
- Kostandene per konsultasjon og oppholdsdøgn er høyere enn nasjonalt gjennomsnitt

Helse Nord har ingen private leverandører i psykisk helsevern for barn og unge og få avtalespesialister i fagfeltet. Psykisk helsevern for barn og unge har ikke vært igjennom større omlegginger i fagfeltet de senere år. Fokus har vært på økt effektivitet i polikliniske tjenester, og det er etablert flere ambulante enheter i regionen.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling⁴:

- Antall pasienter som behandles i TSB i Helse Nord er lavere enn landsgjennomsnittet
- Helse Nord ligger betydelig lavere enn nasjonalt gjennomsnitt i polikliniske konsultasjoner per 10000 innbyggere
- Antall oppholdsdøgn i døgnenheter ligger på nivå med landsgjennomsnittet
- Antall senger i regionen er på samme nivå som gjennomsnittet for landet
- Kostandene per konsultasjon og oppholdsdøgn er høyere enn nasjonalt gjennomsnitt

³ Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Psykisk helsevern

⁴ Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

TSB er et nytt fagfelt i spesialisthelsetjenesten og bærer preg av noe ulike organisering i helseforetakene. På den bakgrunn skal det i 2018 publiseres en regional fagplan for TSB.

Sentrale utfordringer i TSB og psykisk helsevern

Psykisk helsevern og TSB skal tilby faglig gode og trygge tjenester. Dette krever en tjeneste som stadig utvikler seg, tar i bruk nye metoder og finner bedre løsninger for pasienter, pårørende og samfunnet. Helse Nord RHF har gjennom Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025, og oppfølging av den, kartlagt det helseforetakene selv opplever som de største utfordringene for tjenesten. Både store og små fagmiljøer beskriver rekruttering av kompetent personell som den største utfordring. Store avstander og en spredt befolkning gjør at det må etableres mange behandlingssteder for å gi et tilbud der folk bor. Dette medfører at mange fagmiljøer har få ansatte og få spesialister. Rekrutterings- og stabiliseringsutfordringen er klart størst i de små fagmiljøene. Dette forsterkes når det stilles nye krav til bruk av spesialiserte behandlingsmetoder og flere oppgaver som krever høyspesialisert kompetanse for at behandlingstilbudet skal være forsvarlig og godt. Vi vet at utviklingen i helsetjenesten og samfunnet vil forsterke disse utfordringene i årene som kommer. For å sikre høy kvalitet og god tilgjengelighet må vi finne nye måter å møte disse utfordringene på i årene som kommer.

3.2.2 Somatiske spesialisthelsetjenester

Lokalisering

De fire helseforetakene i Helse Nord som utfører pasientbehandling er :

- Finnmarkssykehuset HF (FIN): Består av sykehusene Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes samt spesialisttjenestetilbudet ved Klinikk Alta. I tillegg ferdigstilles Samisk Helsepark i Karasjok i 2019 som tilbyr både somatiske tjenester og tjenester innenfor psykisk helsevern og rus.
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) består av sykehusene UNN-Narvik, UNN-Harstad, og UNN-Tromsø, samt Longyearbyen sykehus på Svalbard.
- Nordlandssykehuset HF (NLSH) består av sykehusene NLSH Bodø, NLSH Vesterålen (i Stokmarknes) og NLSH Lofoten (på Gravdal).
- Helgelandssykehuset HF (HSYK) består av sykehusene Helgelandssykehuset Mo i Rana, Helgelandssykehuset Sandnessjøen og Helgelandssykehuset Mosjøen. I tillegg har Helgelandssykehuset et tilbud i Brønnøysund, som er besluttet utvidet til et DMS.
- Behandlingstilbudet er sammensatt av mange enheter, og oversikten over er ikke uttømmende. De 11 sykehusene tilbyr alle lokalsykehustjenester. UNN-Tromsø er et fullverdig regionssykehus og universitetsklinikk og Nordlandssykehuset Bodø har et bredt tilbud utover lokalsykehusfunksjon.

Aktivitet

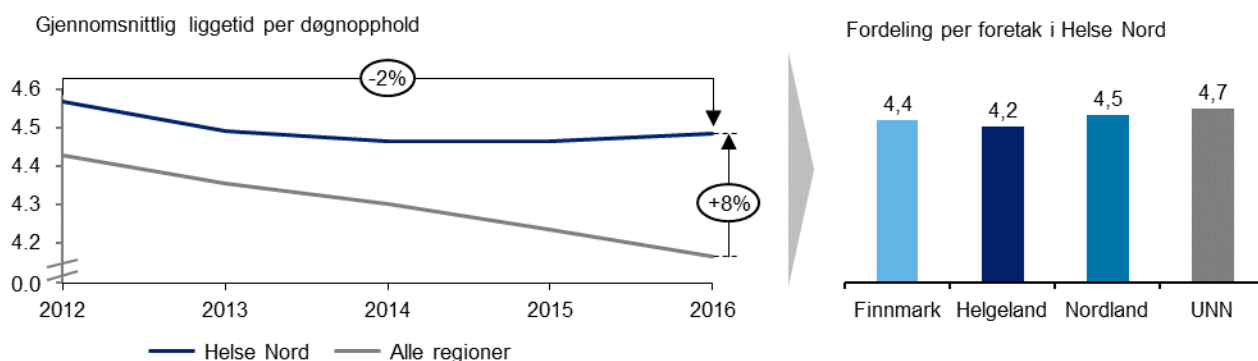
I tabellen under oppsummeres aktiviteten i 2016, fordelt på de fire helseforetakene.

Tabell 4: Aktivitet innen somatikk 2016. Kilde: NPR

Aktivitetstall	Helgelandssykehuset	Nordlandssykehuset	UNN	Finnmarkssykehuset	Sum
Døgnopphold	11 449	22 824	36 869	10 838	81 980
Liggedøgn	41 794	91 680	162 675	40 323	336 472
Dagbehandling	5 308	10 514	11 247	2 727	29 796
Poliklinikk	83 219	147 894	232 308	63 454	526 875

Bildet nedenfor beskriver gjennomsnittlig liggetid. Selv om det har vært en reduksjon i liggetiden fra 2012 til 2016, er liggetiden fortsatt høyere enn i resten av landet.

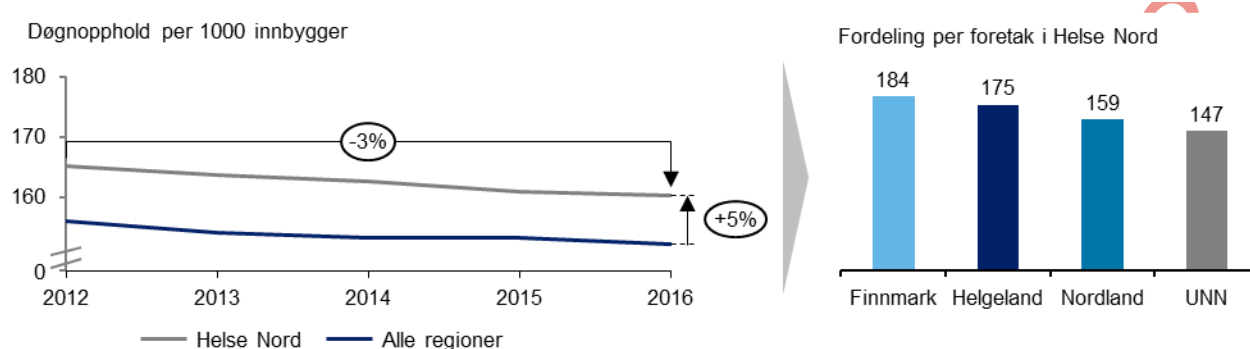
Figur 1: Gjennomsnittlig liggetid per døgnopphold, eksklusiv rehabilitering. Fordeling per foretak for 2016. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Bruk av tjenester (2017)



Forbruk

Aktivitetsveksten i Helse Nord har vært lav de siste fire årene, sammenlignet med de andre regionene, med bare 4 % vekst fra 2012 til 2016. Antall døgnopphold per 1000 innbygger har falt med 3 % fra 2012 – 2016. Forbruket av sykehustjenester er imidlertid vesentlig høyere i Nord sammenlignet med resten av landet.

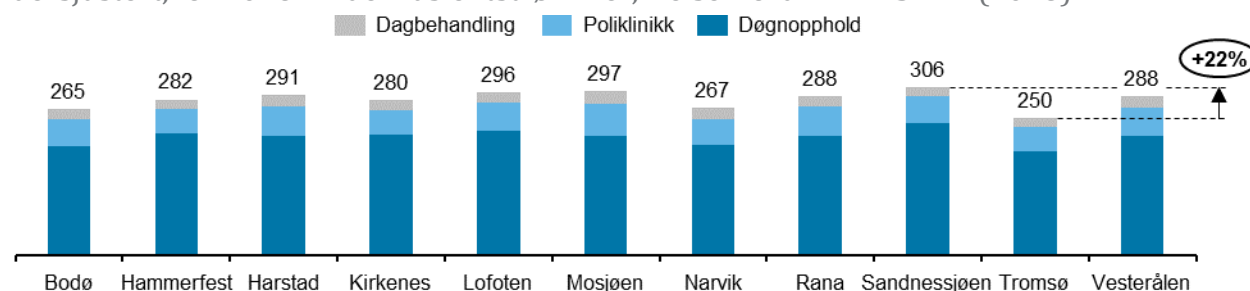
Figur 2: Døgnopphold per 1000 innbygger. Fordeling per helseforetak for 2016. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Bruk av tjenester (2017)



Om forbruksvariasjon

Mellom opptaksområdene i Helse Nord er det stor variasjon i forbruk av helsetjenester. Differansen mellom forbruket, målt i DRG-poeng per 1000 innbygger, utgjør 22 % mellom opptaksområdene til UNN Tromsø og Helgelandssykehuset Sandnessjøen (jfr. fig 3). Dette er en variasjon som verken kan forklares med tilfeldigheter eller uttrykk for ulike pasient- og alderssammensetning. Det vises i denne sammenheng også til tilleggsdokumentet «Økonomi, forbruk, pasientstrømmer og kvalitet - Status og trender i Helse Nord» fra SKDE

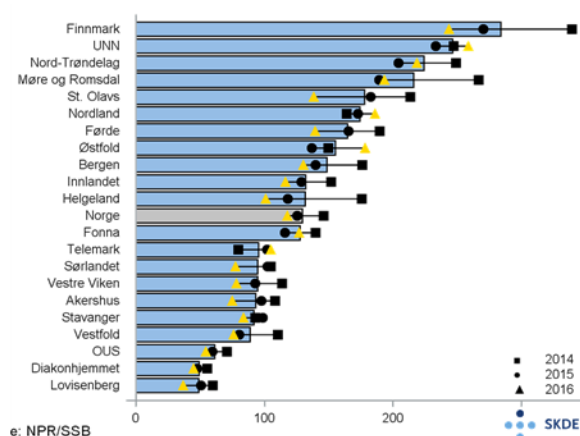
Figur 3: Antall DRG-poeng pr. 1000 innbygger per sykehusområde for pasienter, kjønns- og aldersjustert, for 2016. Kilde: Pasientstrømmer, Helse Nord RHF – SKDE (2018)



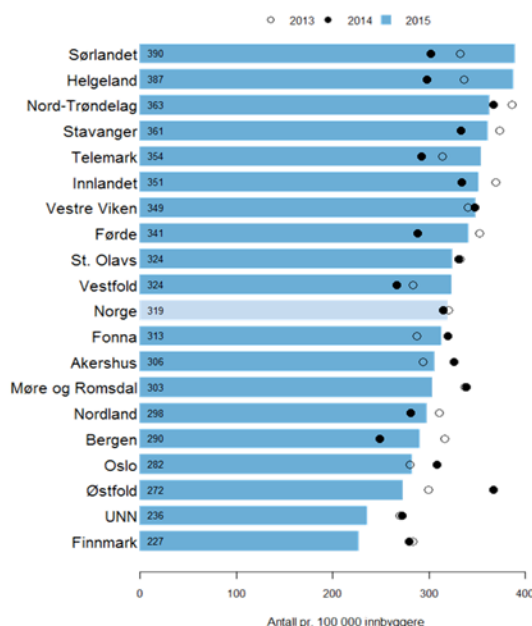
Dersom vi ser nærmere på enkelte prosedyrer finner vi enda større variasjoner; jfr. eksemplene nedenfor.

Figur 4: Skulderkirurgi og hofteproteser, per 100 000 innbygger, per boområde/opptaksområde

Skulderkirurgi 2014-2016. Kilde: SSB/NPR



Hofteproteser 2013-2015. Kilde: Helseatlas



Helseforetakene i Helse Nord ligger på hver sin ende av skalaen når det gjelder hofteproteser. Det er viktig å påpeke at ikke alle variasjoner er å oppfatte som uønskede. Det kan finnes ulike likeverdige behandlingsmuligheter til en og samme lidelse.

Sentrale utfordringer innen somatikk

Eldre og kronisk syke

En pasientgruppe som utgjør i underkant av 10 % av pasientene legger beslag på ca. 50 % av sengekapasiteten i sykehusene og om lag 45% av aktiviteten målt i DRG poeng. Gruppen består av eldre og kronisk syke og har behov for tjenester i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er en felles utfordring for sykehus og kommuner å utvikle et bedre og mer koordinert tilbud til denne pasientgruppen med mål om å tilfredsstille behovet på en god og kostnadseffektiv måte.

Samhandling

Det er store variasjoner innad i regionen og i helseforetakene når det gjelder hvordan samhandlingen med kommunehelsetjenesten har utviklet seg og hvordan samhandlingen sykehusene i mellom fungerer. Dette gjør at pasientene ikke alltid behandles på riktig nivå/sted og at begrensede bemanningsressurser ikke utnyttes optimalt. Pasienter, som er ferdig behandlet og venter på et tilbud i kommunene, representerer fortsatt en utfordring både for sykehus og kommuner og indikerer behov for en nærmere samhandling mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten

Kapasitet

Det er i dag kapasitetsproblemer på noen områder. Det er vanskelig å forutsi kapasitetsbehovet sikkert framover på flere områder.

3.2.3 Prehospitale tjenester

Bil-, båt- og luftambulansetjenesten, samt kommunal legevakt, er grunnpilaren i prehospital akuttmedisin. Dagens tilbud fungerer godt og kapasiteten er stort sett tilpasset behovet. Det er utfordrende å bevare et godt nok tilbud i landsdelen uten at det blir uforholdsmessig ressurskrevende og dermed bruker midler som kunne gi større gevinst for pasientene i andre deler av tjenesten. Derfor er det behov for fortløpende vurdering og utvikling av tjenesten.

Det forventes en fortsatt utvikling mot at flere medisinske prosedyrer / behandlinger kan starte prehospitalt i samarbeid med primærhelsetjenesten og ved bruk av telemedisinske løsninger med spesialiststøtte.

Det etableres nå en pilot innenfor «Robust mobilt helsenett» (NIKT) som vil gjøre ambulansetjenesten til en mer integrert del av spesialisthelsetjenesten og legge grunnlaget for enda bedre samhandling og kvalitet.

Befolkningens forventning til tjenesten, kommunehelsetjenestens behov for ambulansetilgjengelighet og transportkapasitet, politiske føringer og nasjonale kvalitetsindikatorer tilsier en fortsatt desentralisert ambulansetjeneste-struktur i Helse Nord.

SINTEF har nylig gjort analyser for ambulansetjenesten i Finnmark. Framskrivninger viser en økt og aldrende befolkning som tilsier at antall oppdrag vil øke med ca.25 %, noe som vil kunne kreve en økning i antall ambulanser gradvis mot 2028. Gode løsninger med «hvite biler» (syketransportbiler) kan dempe dette behovet noe. Dette som et eksempel for å beskrive situasjonen.

Luftambulansestructuren i Helse Nord er lagt fram mot 2030 gjennom nylig inngåtte avtaler. Innfasing av nye redningshelikoptre i 2018 – 2020 forventes å ha en positiv effekt også for luftambulansetjenesten.

Redningsselskapet drifter i dag en stor del av båtambulansetjenesten på vegne av helseforetakene - enten ved dedikerte ambulansebåter eller avtaler om bruk av redningsskøyter. Det forventes at tjenesten fortsatt vil drives av ideelle organisasjoner eller private aktører og med helsefaglig kompetanse/bemanning fra helseforetakene.

3.2.4 Pasient- og pårørendeopplæring

Pasient- og pårørendeopplæring har fra 2001 vært en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Opplæring av pasienter og pårørende skjer både individuelt og gruppebasert, hvorav den sistnevnte tilnærmingen er et spesielt satsningsområde i Helse Nord. Etter innføring av Samhandlingsreformen samarbeider sykehusene i Helse Nord om opplæring med 88 kommuner. Det er lærings- og mestringssenter ved alle sykehus i Helse Nord. Flere har påbegynt et samarbeid med kommunale lærings- og mestringstjenester. Pasient- og pårørendeopplæring skal skje i en hensiktsmessig samhandling og funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes lærings- og mestringstjenester. Dette vil styrke mulighetene for å nå helsepolitiske mål om brukarmedvirkning og satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid både i kommuner og helseforetak.

Organisering, lokaler, forankring, ressurser, og bemanning til gruppebasert pasient- og pårørendeopplæring har utviklet seg ulikt i helseforetakene. Lærings- og mestringssentrene har mange samarbeidspartnere internt og eksternt

3.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

3.3.1 Om kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhet er en viktig forutsetning for trygge og likeverdige helsetjenester. Kvalitet i Helse Nords kvalitetsstrategi (2016–2020) og Nasjonal helseplan (2007–2010) er definert slik:

«Med kvalitet forstås i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenestens regi øker sannsynligheten for at individ og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap og ressursrammer.»

«Tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og preget av kontinuitet, involverer bruker, utnytter ressurser samt er tilgjengelig og rettferdig fordelt.»

Pasientsikkerhet er en integrert del av all behandling som foregår i Helse Nord RHF, og det foregår mange tiltak for å styrke pasientsikkerheten. Helse Nord er en del av det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet og det pågår et systematisk arbeid med forbedring av pasientsikkerhetskulturen i regionen.

3.3.2 Utvalgte kvalitetsindikatorer

Helse Nord RHF rapporterer på alle de nasjonale kvalitetsindikatorerne som er samlet på helsenorge.no, og som det settes krav til i årlig melding. Målinger fra 2016 viser at Helse Nord har 30-dagers overlevelse etter innleggelse på 95,2%. Dette er på nivå med landsgjennomsnittet på 95,4%⁵.

3.3.3 Nåsituasjonen på områder med særlige utfordringer

Kvaliteten påvirkes av faktorer som vil stå under økende press fremover. Dette kan medføre at kvalitetsutfordringer Helse Nord har i dag, forverres, men også at områder der Helse Nord ikke har store utfordringer i dag, kan få det.

Nåsituasjonen på utvalgte områder som antas å kunne gi særlige utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet eller påvirke dette positivt fremover mot 2035:

- **Indikationsstillinger/henvisninger.** Det er relativt stor variasjon i hvilke pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten⁶. Det samme gjelder hvor mye utredning som gjøres i regi av fastlegen. Slik variasjon antas i stor grad å være uønsket variasjon
- **Bruk av fagrådene.** Det er regionale fagråd innenfor flere fagområder. Ideen var at fagrådene skulle fungere permanent, men praksis er blitt at de får konkrete oppdrag når det er aktuelle problemstillinger. Flere fagområder har ikke regionale fagråd. Mandatene sier ikke at fagrådene skal utarbeide og forvalte dokumentsamlinger med regionale retningslinjer og prosedyrer innenfor fagområdet
- **Behandlingspraksis og faglige retningslinjer/prosedyrer.** Det finnes i dag enkelte regionalt gyldige faglige retningslinjer/prosedyrer. Disse overlapper ofte med lokale varianter. Det er ingen systematisk samordning av utvikling og forvaltning, og heller

⁵ https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=30_dager_totaloverlevelse

⁶ Riksrevisjonen, Dokument 3:4 (2017-2018)

ikke rutiner som sikrer at ny kunnskap og konsensus om endringer i metoder/rutiner når operative kliniske miljøer i alle enheter

- **Kliniske fagrevisjoner.** Det ble i 2017 gjennomført 2 piloter og utviklet et system for gjennomføring av regionalt fasiliterte kliniske fagrevisjoner. Pilotene har vist at dette gir gevinster for kvalitetsarbeidet som ikke er nådd ved andre kvalitetstiltak og bidrar til faglig samarbeid i regionen. Det er planlagt 2-3 fagrevisjoner i regionen hvert år.
- **Tilgang på beslutningsstøtte.** I dag finnes ikke beslutningsstøtte i EPJ ut over f.eks. varsel ved legemiddelinteraksjoner eller allergi/kritisk informasjon. Arbeid pågår både i utviklingen av EPJ (DIPS-arena) og i kvalitetssystemet som kan legge til rette for økt og bedre beslutningsstøtte gjennom EPJ
- **Læring fra avvikshåndtering.** Kvalitetssystemet der avvik håndteres er i 2017 utvidet med gruppering av avvik som legger til rette for en forbedret bruk av avvikene i forbedringsarbeid. Dette og resten av måten Helse Nord bruker avviks-systemet på er fremdeles umodent og utnytter ikke potensialet for forbedring gjennom læring av avvik
- **Utvikling av «Mine behandlingsvalg».** «Mine behandlingsvalg» er en ny tjeneste som er under utvikling. Foreløpig er et begrenset antall sykdomsområder tilgjengelig på «Mine behandlingsvalg»
- **Uønsket variasjon.** Det er i dag for stor variasjon innenfor flere fagområder i Helse Nord. Et tiltak er at det regionale variasjonsteamet jobber med å redusere variasjon og harmonisere regionale rutiner for å forhindre uønsket variasjon.
- **Tilbud som beviselig har minimal eller ingen verdi for pasientene.** Det er viktig for kvaliteten og pasientsikkerheten til den enkelte å unngå behandling som ikke gir nytte, men kun potensiell pasientskade. Det er også viktig for kvaliteten på det totale tilbudet å prioritere kapasitet og ressurser til de pasientgrupper som har en helsegevinst av tilbudet
- **Tilgang på tilstrekkelig personell med riktig kompetanse inkl. god utdanning**
- **Tilgang på funksjonelt areal på rett sted.** Enkelte sengeposter er i dag trangbodde og utfordrer pasientsikkerheten f.eks. med hensyn til smitte, opprettholdelse av taushetsplikten og begrensninger i opptak av sykehistorie og klinisk undersøkelse.
- **Tilgang på gode IKT-systemer.** Dagens EPJ er ikke tilstrekkelig tilrettelagt for helsepersonell og gir ikke nødvendig automatisert datafangst til beslutningsstøtte og kvalitetsregistre/andre kvalitetsindikatorer
- **Legemidler er en viktig innsatsfaktor i pasientbehandlingen i sykehus.** Feil i legemiddelhåndtering og i legemiddelbruk står for en betydelig andel pasientskader.

3.4 Tilbudet til den samiske befolkningen

Samiske pasienter har rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester på linje med den øvrige befolkningen. For å løfte det fram i regional utviklingsplan gis det et eget kapittel. Likeverdige helsetjenester forutsetter helsetjenester tilrettelagt samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. Nasjonale myndigheter har det overordnede ansvaret for å sikre likeverdige helsetjenester til det samiske folk (Samarbeidsavtale mellom Sametinget og Helse Nord RHF 2018. Utdrag fra avtalens overordnede grunnlag).

Urfolksrettigheter nedfelt i ILO konvensjon nr. 169, FNS erklæring for urfolks rettigheter og andre aktuelle internasjonale konvensjoner, og nasjonale lover legges til grunn for arbeidet

med Utviklingsplan2035. Helse Nord RHF vil samarbeide tett med Sametinget for å sikre for å sikre god samisk medvirkning, jfr. inngått samarbeidsavtale.

Det tradisjonelle samiske bosetningsområdet strekker seg fra Engerdal i sør til Varangerhalvøya på norsk side. Flest er det i forvaltningskommunene for samisk språk (Karasjok, Kautokeino, Porsanger, Tana og Nesseby i Finnmark, Kåfjord og Lavangen i Troms og Hattfjelldal og Tysfjord i Nordland). Det er økende tilstrømming av folk med samisk bakgrunn til byer som Alta, Tromsø, Bodø, Mosjøen m.fl. Geografisk strekker området seg over store områder av Sverige, Finland og Kolahalvøya i Russland.

Den politiske målsettingen i Norge er å gi et kulturelt og språklig tilrettelagt tilbud til den samiske befolkningen. Det handler både om den enkeltes møte med tjenesten og hvordan det organisatorisk er lagt til rette for den samiske befolkningens møte en helsetjeneste som ivaretar deres behov, jf samelovens bestemmelse i §3-5 om at de som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser har rett til å bli betjent på samisk. Kravet om kulturtilpasning framkommer av pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelse om at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger også når det gjelder kultur og språkbakgrunn.

Utvikling av tjenesten, organiseringen og styringen av helsetjenesten må baseres på at samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Helse Nord RHF har også fått ansvar for å lede arbeidet med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i Norge. Det skal skje innenfor de rammer og prinsipper som framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan og ivareta nødvendig samhandling og koordinering med øvrige helseregioner. Formålet er at den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester blir godt ivaretatt, og at kompetanse om samisk helse, kultur og språk blir gjort tilgjengelig også i andre deler av landet. Dette arbeidet blir gjennomført som eget prosjekt i nært samarbeid med Sametinget

3.5 Regional utvikling og regionalt samarbeid

3.5.1 Dagens funksjonsfordeling

Helse Nord har en etablert funksjonsfordeling mellom helseforetakene i regionen basert på blant annet geografi, offentlige krav, universitets- og regionsykehusfunksjonen til UNN, kapasitet og tilgjengelighet på fagfolk, men også til en viss grad som et resultat av tradisjon.

Alle helseforetakene har ansvar for og dekker i hovedsak ordinære lokalsykehusfunksjoner for sine pasienter. UNN Tromsø er regionsykehus og et fullverdig universitetssykehus. Nordlandssykehuset Bodø skal ha et bredt tilbud ut over lokalsykehusfunksjonen.

Endringer i funksjonsfordeling mellom sykehusene er krevende prosesser med mange interessenter. Endringer i funksjonsdelingen mellom sykehus og foretak vil være nødvendig i planperioden, med bakgrunn i:

- Forhold mellom høyteknologisk og basalt tilbud
- Arbeidsdeling mellom foretak, region – og foretaksovergripende funksjoner
- Beredskap vs. planlagt virksomhet
- Behov for nærhet og tilgjengelighet
- Samhandling mellom primær- og spesialhelsetjenesten
- Ivaretagelse av fremtidig kompetansebehov

3.5.2 Samarbeid med private, inkludert avtalespesialister

Helse Nord RHF har avtaler med private helsetjenesteleverandører innenfor psykisk helse, rus, somatisk rehabilitering, radiologi og private sykehus. I tillegg har HN avtaler med ca. 80 avtalespesialister innenfor psykisk helse og somatikk.

Private institusjoner

Helse Nord RHF inngår avtaler med private institusjoner om leveranser av behandlingstjenester. Vår rolle er å vurdere behov i regionen, inngå avtaler i henhold til gjeldende regelverk for anskaffelse og følge opp at leverandørene yter de tjenester de har avtalt. I avtalene med Helse Nord forplikter de private institusjonene seg til å samarbeide med helseforetakene for å sikre optimale pasientforløp og løsninger som hindrer fristbrudd. Innholdet er tilpasset den tjenesten som skal leveres.

Samhandlingen foregår primært på pasientnivå og i begrenset grad på systemnivå. Samarbeidet er av varierende omfang. Noen HF og institusjoner har samarbeidsmøter for sikre gode pasienttilbud og -forløp, mens andre har samarbeid bare rundt enkeltpasienter.

Avtalespesialister

Private avtalespesialister er et viktig supplement til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsavtaler med helseforetakene skal bidra til å redusere ventetid og unngå fristbrudd. Helse Nord RHF vedtok i 2018 en regional plan for avtalespesialister som gjelder frem til 2025. Formålet med planen er øke samhandling om avtalespesialistordningen i Helse Nord. Avtalespesialister skal samarbeide tettere med våre helseforetak, og pasienter skal oppleve en helsetjeneste som gir helhetlige og sammenhengende tjenester.

Utfordringer fremover

Hovedoppgaven blir å styrke samhandling og samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester. Pasientene skal gå sømløst mellom nivåene uten å oppleve forsinkelser eller gjennomgå samme utredning/behandling flere steder. Det må tydeliggjøres hvilke oppgaver som skal løses i foretakene, i kommunen og hva som bør leveres av private. Helse Nord har mange små sykehus med beredskap. Dette påvirker kapasiteten i helseforetakene og da også hvilke tjenester det er behov for å få fra private leverandører og avtalespesialister.

De private institusjonene ønsker et tettere faglig samarbeid med foretaksgruppen og større mulighet til å delta i faglige samlinger, nettverk etc., noe som bare delvis har lyktes hittil.

Det regionale helseforetaket vil i tiden fremover prioritere følgende oppgaver:

- Påse at formålet med samarbeidsavtalene mellom helseforetak og private avtalespesialister oppnås. Det vises til egen plan 2018-2025.
- Oppfølging av private institusjoner for å påse at pasienten får sin tjeneste på riktig behandlingsnivå

3.5.3 Legemiddelforsyningen i Helse Nord

Legemiddelforsyning innebærer både frakt/spedisjon fra grossist til varemottak av bruksferdige legemidler og råvarer for tilberedning, legemiddelhåndtering og beredskap. Med legemiddelhåndtering menes enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert. Med beredskap menes at befolkningen og sykehusene må sikres tilgang til viktige legemidler både i normalsituasjoner, ved større ulykker, katastrofer og kriser, samt ved langvarig forsyningssvikt av enkelte legemidler. Legemiddelforsyning skal altså bidra til tilstrekkelige leveranser av sikre legemidler.

En kvalitetssikret og trygg legemiddelhåndtering sørger for at rett legemiddel gis til rett pasient i rett styrke, på rett måte og til rett tid. Å forebygge avvik på dette området krever systemtiltak som reduserer feil, særlig ved bruk av IT-systemer i sykehus som kan sikre en såkalt «lukket legemiddelsløyfe». Målsetningen med en lukket legemiddelsløyfe er å øke pasientsikkerheten ved beslutningsstøtte i alle disse prosessene, i tillegg til elektronisk kontroll og dokumentasjon av legemidlene som deles ut og sikring av pasientens identitet ved hjelp av elektronisk lesbare kodesystemer.

Nåsituasjonen i Helse Nord er at sykehusene i UNN og NLSH bestiller legemidler fra Sykehusapotek Nord. I Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset bestilles legemidler fra lokale apotek. Bestillingen gjøres enten på papir eller via TønSys, som er et elektronisk system for bestilling av legemidler fra apoteket. For sykepleierne er manuell bestilling en tidkrevende prosess som stjeler tid fra direkte pasientrelatert arbeid.

Det pågår et arbeid med å kvalitetssikre og utvikle legemiddelhåndteringen i regionen. Det er blant annet gjennomført et prosjekt med utvikling av felles regionale retningslinjer mm for legemiddelsamstemming og elektronisk registrering av legemidler i DIPS. Dette er en forutsetning for elektronisk kurve som skal innføres i helse Helse Nord og for pasientens legemiddelliste som blir en felles legemiddelliste for sykehus og kommune. I tillegg vil det anskaffes nytt elektronisk produksjonsstøtte system i Helse Nord dekkende også medikamentell kreftbehandling.

Legemiddelkostnader står for en betydelig andel av sykehusenes kostnader. Nye metoder og medisiner medfører at totalkostnadene på legemiddelområdet vil øke.

Den demografiske utviklingen tvinger frem kostnadseffektiv legemiddelbehandling for å håndtere utfordringene med flere som trenger behandling for flere sykdommer og dermed vil ha et økt behov for legemiddelbehandling og hjelp til legemiddelbruk.

3.5.4 Regionale fagråd

Regionale fagråd vil være viktige for å sikre en koordinert faglig utvikling i Helse Nord. Fagrådene er rådgivende for fagdirektør i Helse Nord RHF i spørsmål av faglig art.

Hensikt og formål:

- Regionalt faglig samarbeid i Helse Nord skal gi trygge helsetjenester av høy faglig standard på alle enheter og rask innføring av ny medisinsk kunnskap. Fagrådene skal være en av bærebjelkene i dette arbeidet.
- Fagrådene skal bidra til at forbedringsarbeidet eies av fagmiljøene som kan sikre høy faglig standard på tjenestene.
- Arbeidet med felles regionale faglige rutiner skal ha høy prioritet i fagrådene.

Struktur:

- Fagråd skal opprettes i de medisinske spesialitetene.
- Det kan opprettes flere fagråd under samme spesialitet dersom det er hensiktsmessig
- Ved behov opprettes fagråd med fagområde på tvers av spesialiteter, her skal det være deltagelse fra alle involverte spesialiteter.
- Mandatet for regionale fagråd beskriver sammensetning, roller, ansvar og oppgaver. Fagrådslederne samles en gang årlig for opplæring, erfaringsutveksling og inspirasjon.

Fagrådene har en viktig oppgave i å sikre god faglig samhandling i regionen. Det krever innsats og ressursbruk både fra fagpersonell i foretakene og Helse Nord RHF som er faglig sekretariat for fagrådene. Det har vist seg utfordrende å sikre fagrådene tilstrekkelig oppfølging fra Helse Nord RHF. Skal fagrådene ivareta de oppgaver som er beskrevet må ressursen rundt dem styrkes i planperioden.

3.5.5 Universitetssykehusfunksjonen i Helse Nord

UNN har i sin universitetssykehusfunksjon et særskilt ansvar for medisinsk utdanning og forskning.

Universitetssykehusfunksjonen er vesentlig for hele regionen. Den består av:

- Forskningsbasert utdanning
- Kandidatene har sin vesentlige andel av utdanningen ved sykehus
- Bidrar vesentlig i doktorgradsutdanning
- Utføre grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste fagområder
- Forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde

Jfr Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten § 3-2.

3.5.6 Regionsykehusfunksjonen i Helse Nord

Betegnelsen regionsykehus skal brukes om det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. Regionsykehuset i Helse Nord er Universitetssykehuset i Nord-Norge. Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.

3.6 Samhandling med primærhelsetjenesten

Samhandlingsfeltet ble satt på dagsorden i Helse Nord allerede de første årene etter foretaksreformen, og da med særlig fokus på storskala implementering av elektroniske løsninger for henvisninger og epikriser. Etter hvert ble det også utviklet møteplasser og arenaer for feltet både på RHF-nivå og foretaksnivå. Tiltak for å styrke samhandlingen med førstelinjen fikk imidlertid ikke noe større kraft før samhandlingsreformen ble gjennomført fra 2011. De etterfølgende to-tre års utvikling, har de senere årene ikke gitt den ønskede framgang særlig på det kliniske området. Det er til dels store forskjeller i prioritering og utvikling av samhandlingsfeltet. Status i 2018 kan kort oppsummeres slik:

- I samtlige helseforetaksområder er det etablert Overordnede samarbeidsutvalg (OSO-er) som er den viktigste arena for samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeidsutvalget mellom Helse Nord RHF og KS, som ble forsøkt etablert i forkant av Samhandlingsreformen, er i løpet av det siste året reetablert.
- Andelen utskrivningsklare pasienter ble betydelig redusert i etterkant av Samhandlingsreformen, men har i flere kommuner økt i løpet av de siste årene. De

kommunale ø-hjelpsplassene har generelt relativt dårlig utnyttelsesgrad, om enn med noen variasjoner mellom kommunene

- Systematiske tiltak for samordnet og helhetlig håndtering av kronisk syke har ikke fått den oppmerksomhet som var intensjonen i samhandlingsreformen.
- Det strukturerte pasientforløp er betydelig forbedret innad i helseforetakene, men fortsatt er disse forløpene for dårlig tilpasset førstelinjen.
- Riksrevisjonens påpekning av mangler i fastlegenes henvisninger motsvares av for sene og mangelfulle epikriser og polikliniske notater. Manglende epikriser er særlig kritisk for kommunenes håndtering av utskrivningsklare pasienter (Riksrevisjonen- dokument 3:4 (2017-2018)).
- Manglende elektroniske systemer, med tilgang fra begge nivåer, for håndtering av avvik, svekker avvikshåndteringen, både i helseforetakene og i kommunene.
- Det er implementert elektronisk meldingsutvekslings mellom helseforetakene, samtlige kommuner og fastleger, men fortsatt er det for stor variasjon i bruken av disse meldingene
- Storskala implementering av e-helseløsninger (videokonsultasjoner, dialogmeldinger mv.) mellom pasient, kommuner/fastleger og helseforetak mangler fortsatt, mye på grunn av manglende nasjonale standarder på området ♦
- Helse Nord RHF har, i samarbeid med Helse Vest RHF og UNN HF, etablert samhandlingsbarometeret som et verktøy for dokumentasjon, planlegging og evaluering av tilstander og tiltak i kommuner og helseforetak.
- Spesialisthelsetjenesten preges fortsatt av søyleorganisering med de behov for samhandling dette fører til og som særlig påvirker evnen til ivaretagelse av pasienter med sammensatte lidelser.
- Helse Nord RHF har initiert og fått utarbeidet rapporter om demografiske utviklingstrekk, utfordringer i landsdelens fastlegetjenester og har – i samarbeid med OSO-ene – kartlagt kommunenes vurderinger av utfordringene innen egen helse- og omsorgstjeneste.
-

3.7 Organisering og ledelse

3.7.1 Lov og regelverk som ramme for virksomheten

Helse Nord RHF's ansvar er forankret i lov om spesialisthelsetjenester. Rammeverket for organisering og styring av spesialisthelsetjenesten finnes i all hovedsak i lov om helseforetak i tillegg til andre lover og forskrifter som virksomheten skal drives i tråd med. I tillegg finnes nasjonale og regionale veiledere, retningslinjer og planer som i større eller mindre grad gir føringer for tjenesten.

Styringsstrukturen som følger av lov om helseforetak slik ut:

- Lov om helseforetak
- Vedtekter for RHF og HF
- Foretaksmøter på begge nivåer for å håndtere saker av ulik art der rammene for et underliggende organ beskrives, ev i kombinasjon med et oppdrag

- Styrer på RHF og HF nivå med et nærmere definert mandat
- Myndighet i rollen som adm. direktør på RHF og HF nivå og vedtatt delegert myndighet fra styrene til administrerende direktør av permanent og midlertid karakter

Helseforetakene er selvstendige rettssubjekter. De skal utvikle sine egne strategier og løsninger. Det skal skje innen rammen av et regionalt perspektiv.

Visjonen «Forbedring gjennom samarbeid» skaper forventninger og stiller klare krav til hvordan utvikling av spesialisthelsetjenesten i nord skal skje. Innenfor det formelle rammeverket er det rom for og helt nødvendig å ta i bruk ulike virkemidler og teknikker for å skape felles problemforståelse, koordinering av utviklingen og forankring av løsninger.

3.7.2 Helse i nord der vi bor

«Forbedring gjennom samarbeid» har siden 2002 vært Helse Nords visjon. Strategien som ligger vedlagt i sin helhet, ble utviklet i 2002 og har følgende hovedinnhold:

«Helse Nord skal være en regional institusjon med en tydelig nord-norsk profil. Helse Nord velger samarbeid mellom enheter og nivåer som hovedstrategi:

- *Fordi enhetene hver for seg lett blir små og sårbare*
- *For å få til sømløse overganger mellom første og andre linjen*
- *For å få en bedre utnyttelse og deling av kunnskap og andre ressurser*
- *For bedre å utnytte fellesløsninger og nettverk der det er tjenlig*
- *For bedre å utnytte den fordelene som ligger i en mer oversiktlig organisert helsetjeneste».*

3.7.3 Erfaringer med nåværende strategi og måte å arbeide på innen styringsmodellen

Hovedarbeidsformen i Helse Nord har vært å kombinere den formelle styringen med omfattende aktivitet av koordinerende og retningsgivende karakter. Formålet har vært å utvikle en omforent forståelse av hvilke områder Helse Nord er avhengig av/det er nødvendig å samarbeide om og så langt det er mulig skape konsensus om løsningene som blir valgt. Dette har vi fått til på store og viktige områder, men det er også en ambisjon vi ikke alltid har lykkes. Det handler både om at det er reelle interessen motsetninger og mangelfulle prosesser. Dette er viktige erfaringer å ta med seg i arbeidet med å beskrive en villet retning for arbeidet med utvikling av helsetjenestetilbudet i regionen og håndtering av saker med konsekvenser for foretaksgruppen samlet.

3.8 Bemanning og kompetanse

3.8.1 Bemanning

Siden 2012 har antall årsverk i foretaksgruppen økt fra 12 741 årsverk til 13 489 årsverk i 2016 – en gjennomsnittlig årlig vekst på 1,4 %⁷. Det er en marginalt høyere vekst sammenlignet med veksten i bosatt befolkning i regionen for øvrig – gjennomsnittlig årlig vekst 1,3 %⁸.

⁷ Årsrapport Helse Nord (2016, 2015, 2014, 2013)

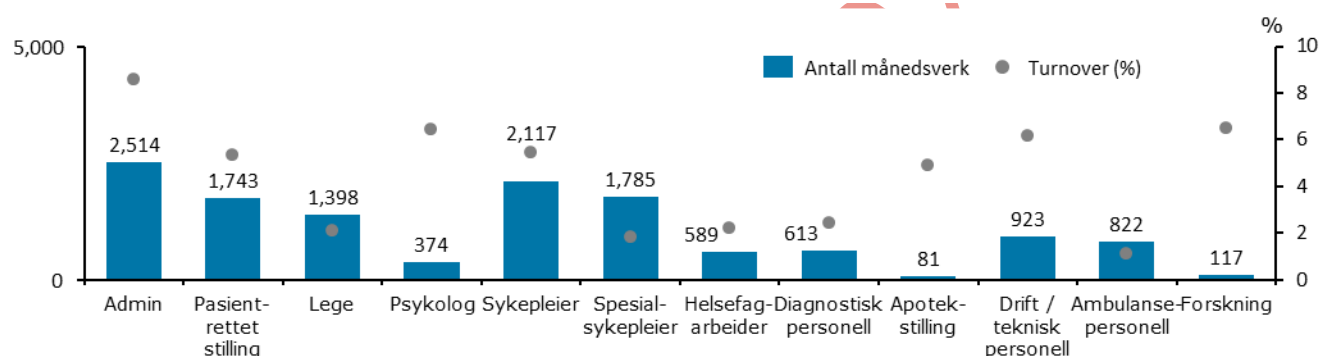
⁸ Befolkning og areal i tettsteder, SSB statistikkbanken (2012 – 2016, Nordland, Troms og Finnmark)

I 2016 var det vekst i antall årsverk for somatikk (0,8 %) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (7,7 %), og reduksjon i antall årsverk for psykisk helsevern for voksne (-3,3 %) og psykisk helsevern for barn og unge (-1,5 %)⁹.

Sykefraværet i foretaksgruppen har ligget stabilt de siste fem årene på rundt 8,5 %. Det er omtrent ett prosentpoeng høyere sammenlignet med sykefraværet i Helse Sør Øst for samme periode¹⁰. Det er imidlertid stor variasjon internt i foretaksgruppen, fra lavt i sør til høyt i nord.

Antall ansatte i Helse Nord per stillingskategori er illustrert under i figur 5. Høyre akse illustrerer tilhørende turnover per år. Samlet sett er sykepleiergruppa størst, med ca. 4.000 månedsverk. «Administrasjon og ledelse» er den største enkelt stillingsgruppen, og omfatter ledere, ikt-ressurser, merkantile stillinger, tillitsvalgte og verneombud. Turnover er samlet sett relativt lav, men varierer mye. Den er høyest blant psykologer, drift-/teknisk personell og administrativt personell.

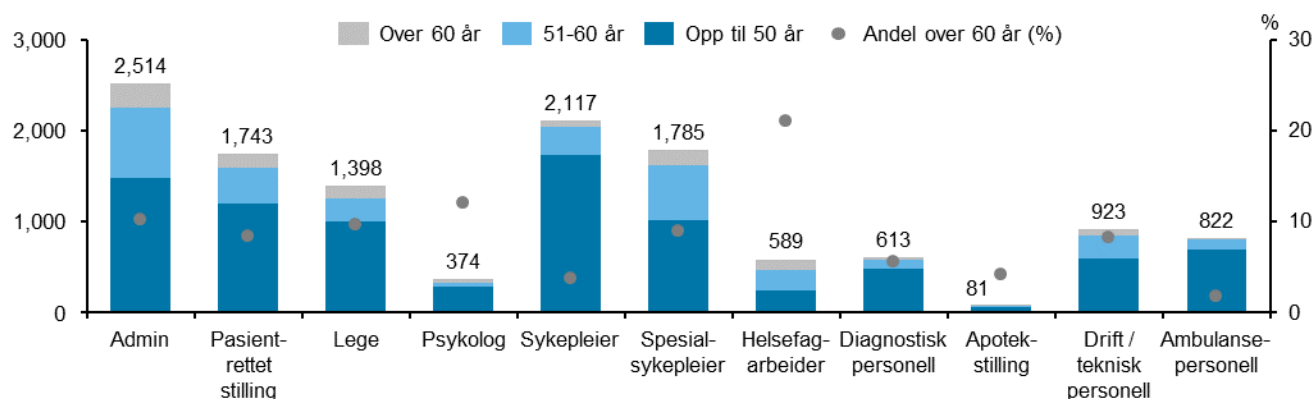
Figur 5: Antall månedsverk og turnover per stillingskategori. Kilde: Bemanningsmodell (2018)



Nyansettelser er ressurskrevende og lav turnover er derfor viktig for bemanningssituasjonen i Helse Nord.

Aldersfordelingen til ansatte per stillingskategori er illustrert under i figur 6. Figuren viser at det for leger, sykepleiere og ambulansepersonell er en relativt stor andel som er under 50 år. For spesialsykepleiere og helsefagarbeidere derimot er om lag halvparten av bemanningen

Figur 6: Aldersfordeling og andel månedsverk over 60 år for et utvalg stillingskategorier. Kilde: Bemanningsmodell (2018)



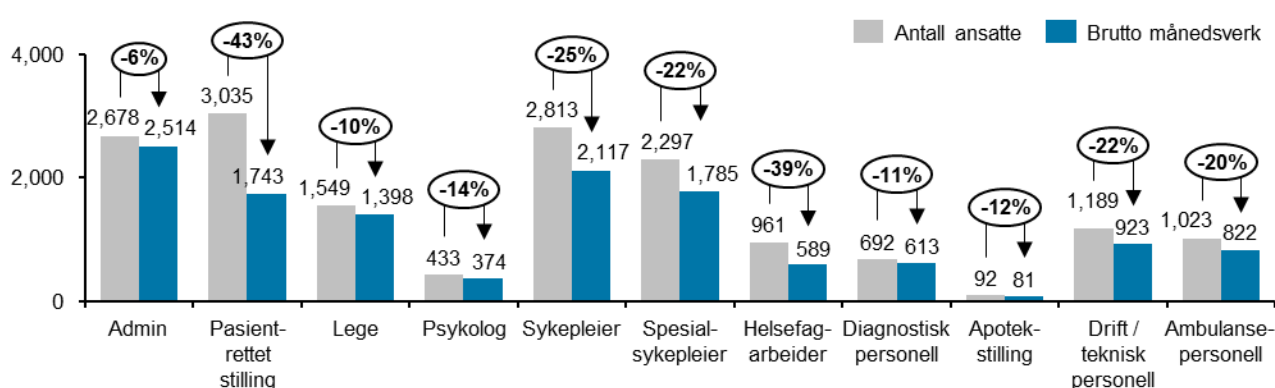
⁹ Årlig melding Helse Nord (2017)

¹⁰ Årsrapport Helse Sør Øst (2016, 2015, 2014, 2013)

over 50 år, noe som gjør dette til sårbare grupper som etter all sannsynlighet vil bidra til økt turnover innenfor planperioden av dette arbeidet.

Variasjonen i bruk av deltid per stillingskategori er illustrert i figur 7. I gjennomsnitt utgjør bruk av deltid i sum 23 %. Den gjennomsnittlige stillingsandelen for kategoriene Administrasjon og Leger ligger tett opp mot hele stillinger. For pasientrettede stillinger er det imidlertid stor differanse mellom antall ansatte og antall faktiske månedsverk – som indikerer vesentlig bruk av deltid. For disse stillingsgruppene ligger det et potensialet for økt arbeidskraft ved å øke stillingsandeler.

Figur 7: Deltid – Differanse mellom antall ansatte og antall fulltidsekvivalenter basert på brutto månedsverk. Kilde: Bemanningsmodell (2018)



I Helse Nord er det 63 % faste ansatte og 37 % midlertidige ansatte (vikarer, engasjementer/prosjekter og ekstrahjelp/timelønnede). Fast ansatte står for ca. 85 % av årsverkene¹¹. Det arbeides med å øke andelen fast ansatte, fordi det er en observert sammenheng mellom høy andel faste stillinger, høy andel heltid og lav andel innleie på den ene siden og lavt sykefravær på den andre siden⁸. Utviklingen viser at den gjennomsnittlige stillingsandelen til fast ansatte har vært stabil mellom 91 % og 93 %⁵.

Det var i 2016 165 MNOK i kostnader til innleid arbeidskraft, noe som utgjør 2 % av fast lønn i regionen. Andelen har vært stabil siden 2013. Kostnader til overtid og ekstrahjelp ligger på 7 % av fast lønn i regionen. Andelen har vært stabil over tid, og ligger på samme nivå som i Helse Sør Øst.

Det jobbes kontinuerlig med utdanning og rekruttering, i tråd med planene som foreligger¹². Helse Nord opplever dels store utfordringer knyttet til rekruttering av nye spesialister ved ledighet i driftsavtaler og utlysning av stillinger innenfor enkelte fagområder¹³. Det betyr at det ofte er behov for flere utlysninger og et begrenset utvalg av kandidater.

Rekrutteringsutfordringene gjelder ikke bare i desentrale strøk, men også i byer som Tromsø og Bodø

¹¹ Regnskap Helse Nord 2016 – Styrets beretning

¹² Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering

¹³ Samlet vurdering av spesialiteter som bør ha strategisk oppmerksomhet – rapport til Helsedirektoratet fra de regionale helseforetakene, 2017

3.8.2 Utdanning

Det er en lovpålagt oppgave for Helse Nord RHF å sørge for å dekke behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialister innen helseregionen.

Dette inkluderer oppgaver ved alle helsefaglige utdanninger på høyere nivå, og grunnutdanning innen medisin, psykologi og farmasi. Helseutdanninger på videregående skole kommer til Helse Nord som lærlinger.

Oppgavene innen utdanning har mange sider. Kvalitativt: å bidra til godt kvalitativt innhold, læringsmål osv. Kvantitativt: å gi praksisplass til alle som skal ha det, og avvikle dette også på en god logistisk måte. Det må samarbeides godt lokalt mellom helseforetak og utdanningsinstitusjonene, og det må samarbeides på overordnet nivå for de oppgavene som krever foretaksovergrepene tiltak og samarbeid.

Videregående opplæring

Ambulansearbeidere, helsefagarbeidere, portører, barn- og ungdomsarbeidere, ortopedteknikere, apotekteknikere og helsesekretærer, er alle utdanninger på videregående nivå, som kan søke jobb i sykehus. De to første årene av utdanningen er som regel en kombinasjon av videregående skole og praksisperioder i helseforetakene. De to siste årene søker kandidaten på utlyste stillinger, og ansettes som lærling i en godkjent lærebedrift. Læretiden avsluttes med en fagprøve som ved bestått gir godkjenning som fagarbeider i det aktuelle faget. Helsesekretærer og apotekteknikere går ikke opp til fagprøve, men kan søke autorisasjon når de er ferdige med sin utdanning.

Det finnes noen få tilfeller av andre yrkesfag som elektrikerlærlinger og institusjonskokk i sykehus, men de største gruppene som utdannes i Helse Nord er helsefagarbeidere, portører, ambulansearbeidere og helsesekretærer. De fleste av disse yrkesfaglige utdanningene kan også bygges på med en ettårig fagskoleutdanning innen tema som barn- og barsel, ernæring, psykisk helse og rus, sterilforsyning og helseadministrasjon for å nevne noen.

Helse Nord har gjennomført regionale tiltak for å øke andelen lærlinger, noe som blant annet har ført til en økning på nærmere 50 % på inntak av lærlinger til helsearbeiderfaget. Sykehusene i Helse Nord har i 2018 i sum 132 lærlinger. Satsningen på lærlingeordningen har bidratt til å øke andelen kvalifiserte fagarbeidere, som med sin praktiske erfaring kan fylle viktige funksjoner i våre sykehus.

Status i dag er at en svært liten andel av sykehusenes lærlinger ansettes i faste hele stillinger, når de etter to år i praksis fullfører med fagbrev. Sett i sammenheng med økende rekrutteringsutfordringer og høy turnover på sykepleierstillinger, kombinert med stor avgang på grunn av alder på hjelpepleiere, kan personell med disse yrkesfaglige utdanningene utgjøre et potensiale for å løse noen av framtidens bemanningsutfordringer. Portører og helsesekretærer er andre eksempler på personell med videregående utdanning som i større grad kan benyttes som avlastende støttepersonell som kan bidra til å frigjøre mer tid til pasientbehandling for andre yrkesgrupper som leger og sykepleiere.

Helsefagene på universitetene

Dette gjelder utdanningene sykepleie, radiografi, bioingeniør, ergoterapi og vernepleie, i tillegg til ABIOK (anestesi-, akutt- barne-, intensiv-, operasjons- og kreftsykepleiespesialisering). Det er obligatorisk praksis i sykehus for sykepleie, radiografi, bioingeniør, hvorav sykepleie er det store volumet. Antallet studenter som skal i praksis i Nord-Norge avgjøres av Kunnskapsdepartementets måltall for opptak, og i oppdragsdokumentet for 2018 er

kandidatmåltallet 613 studenter i sykepleie, 24 i radiografi og 20 for bioingeniører, 76 for ABIOK og 20 for jordmorstudiet. Øvrige studier har ikke obligatorisk praksis i helseforetak.

Turnus – fysioterapi

Denne gruppen skal ha turnustjeneste i foretakene, noe som administreres av Helsedirektoratet.

Medisin, psykologi og farmasi

For disse studiene er måltallene 84, 39 og 25 for 2018. Medisinstudiets praksis er nå spredt betydelig mer desentralt enn for noen år siden. Studentene har praksis gjennom hele studiet, og 20-25 studenter tar hele 5. og 6. året, med mye praksisundervisning, ved Nordlandssykehuset, og 6-10 studenter skal likeledes ta de to siste årene i Finnmark.

Legespesialistutdannelsen (LIS)

Med den nye spesialistforskriften plasseres ansvaret for utdanningen tydelig hos hhv. nasjonale helsemyndigheter og i spesialisthelsetjenesten. I tillegg til endrede og tydeligere ansvarsforhold innebærer omleggingen at spesialistgodkjenning ikke lenger baseres på tjenestetid og utførte aktiviteter, men på vurdering av legens kompetanse i form av oppnådde læringsmål. Veiledning, supervisjon og formell dokumentasjon gis en vesentlig større plass enn i tidligere ordning og vil kreve at helseforetakene avsetter ressurser til dette arbeidet.

Hvert helseforetak er definert som utdanningsvirksomhet, og det er den enkelte utdanningsvirksomhet som blir godkjent for å utdanne legespesialister. Et forskriftsfestet krav er at en vesentlig del av læringsmålene skal oppnås i helseforetaket, mens helseforetaket kan inngå avtaler med andre aktører (f. eks. andre helseforetak, avtalespesialister, private institusjoner, frivillige organisasjoner) om læringsmål som ikke kan oppnås i foretaket. I Helse Nord vil det være nødvendig med en stor grad av regional koordinering for at våre små helseforetak skal kunne oppnå godkjenning som utdanningsvirksomheter. Leger i spesialisering skal være tilsatt i en godkjent utdanningsvirksomhet. Det at våre helseforetak oppnår og beholder de nødvendige godkjenningene, vurderes som avgjørende for å sikre rekruttering av leger.

I en rapport fra 2017 framkommer at Helse Nord har desidert flest legespesialiteter som må vies oppmerksomhet for å sikre kapasiteten. Det gjelder; blodsykdommer, endokrinologi, fordøysessykdommer, fysikalsk medisinsk rehabilitering, gastroenterologisk kirurgi, geriatri, hjertesykdommer, lungesykdommer, medisinsk biokjemi, medisinsk genetikk, nukleærmedisin, onkologi, patologi, radiologi (særsilt intervensjon), rus- og avhengighetsmedisin, thoraxkirurgi, urologi og øyesykdommer.

3.9 Forskning og innovasjon

3.9.1 Forskning

Når det gjelder forskning, har både RHF-et og HF-ene økt ressursbruken betydelig i perioden 2002-2018. Forskningsmidler består av tildeling fra RHF-et, egne midler og andre eksterne midler. Om lag 115 MNOK ble i 2018 tildelt fra RHF-et til prosjekter i åpen konkurranse, og ytterligere 30 MNOK ble brukt til direkte og strategiske tiltak til forskning. Forskningsstrategien har 14 hovedområder som det kan søkes innen.

RHF-et finansierer både forskningsprosjekt, infrastruktur, forskningslederstillinger for noen prioriterte områder og stillinger innen forskningsstøtte, inkludert finansiering av 50-80 % stilling i alle helseforetak for faglig forskningsleder eller lignende, som også er kontaktpunktet mot forskningsadministrasjonen i RHF-et.

Forskningsaktivitet målt i antall publiseringer for Helse Nord er oppsummert i tabellen under¹⁴:

Enhet	Antall artikler (og antologier)
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	327
Finnmarkssykehuset HF	19
Sykehusapotek Nord HF	6
Nordlandssykehuset HF	89
Helgelandssykehuset HF	16
Helse Nord RHF	49
Helse Nord SKDE	45

Tabell 5: Forskningsaktivitet 2017

Det totale antallet publikasjoner i regionen har økt for 2017. De andre regionene har også opplevd en økning i samme periode. Forskningspoengene, som regnes ut etter antall publikasjonspoeng og finansieringspoeng, har gått ned for Helse Nord fra 2015 til 2016¹⁵.

Helse Nord bruker noe mer til forskningsmidler enn Helse Midt-Norge¹⁶ og mindre enn Helse Vest og Helse Sør-Øst¹⁷, målt som kostnader til forskning som andel av driftskostnader.

3.9.2 Innovasjon

Til innovasjon ble det i 2017 for første gang lyst ut egne midler. Fem prosjekter fikk tildeling. Det er også gitt midler til et strategisk prosjekt om droner i helseberedskap, og det er jobbet med innføring av innovasjonsregistrerings-system på UNN HF. 5% av det forskningsbudsjettet skal gå til innovasjon inneværende strategiperiode, noe som ble gjennomført med halvårseffekt (om lag 3,5 MNOK) i 2017.

Det overordnede innovasjonsarbeidet foregår i regionalt innovasjonsnettverk, foruten i RHF-et. Nettverket bygger på forskningslederforumet og innovasjonsmiljøet ved UNN. Det arbeides med å utvide forumet med flere personer som jobber dedikert med innovasjon i hvert foretak. Flere av foretakene mangler egne dedikerte ressurser per i dag.

Opplevelsen i Helse Nord at de andre regionene har kommet lengre når det gjelder strukturert arbeid med innovasjon¹⁸.

Det arbeides med å etablere indikatorer knyttet til innovasjonsaktivitet og innføre dette i alle helseforetak.

¹⁴ <http://www.cristin.no/cristin/statistikk/nvi/>

¹⁵ Se HODs sider om målesystemet. 2017-tallene er ikke lagt ut pr dato

¹⁶ Der regnskapsførers antakeligvis mer av kostnadene på universitetet

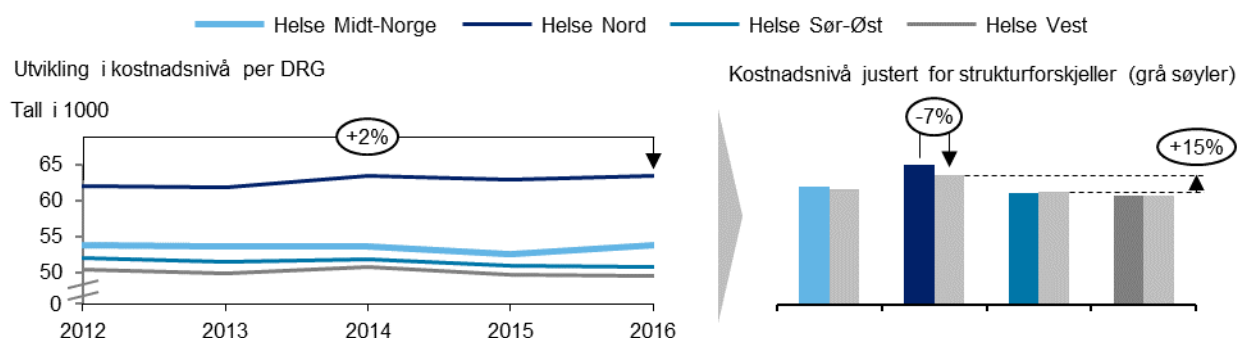
¹⁷ NIFU

¹⁸ Basert på kommunikasjon med regionene

3.10 Økonomi

Helse Nord har siden 2010 hatt god budsjettdisiplin og positive økonomiske resultater. Gjennomsnittlig resultatgrad i perioden 2010 til 2017 har ligget på 4 % årlig. Behovet for å budsjettere med overskudd er begrunnet i at foretaksgruppen har behov for investeringer i IKT, fornyelse av medisinsk- teknisk utstyr og fornyelse av bygningsmassen. Kostnadsnivået på somatisk aktivitet er høyt sammenlignet med andre regioner, og har økt med 2 % fra 2012 til 2016 (Figur 8). Dette skjer samtidig som kostnadsnivået i Helse Midt-Norge er uendret, mens det går ned i Helse Vest og Helse Sør Øst.

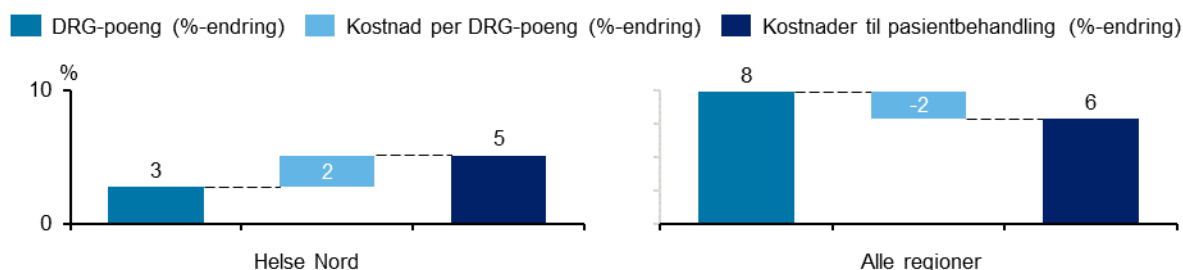
Figur 8: Utvikling i kostnadsnivå per DRG og effekt av justering for strukturforskjeller for 2016. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Produktivitet (2017)



Justert for strukturforskjeller, knyttet til spredt bosettingsmønster og antatt høyere faste kostnader per pasient på grunn av mer spredt akuttberedskap¹⁹, så reduseres justert kostnadsnivå for Helse Nord med 7 % per DRG i 2016 (Figur 8). Kostnadsnivået er allikevel 15 % høyere enn det i Helse Sør-Øst etter justering for slike forhold.

Produktivitetsutviklingen i perioden 2012-2016 er negativ i Helse Nord, illustrert ved en økning i kostnader per DRG poeng på 2 % (Figur 9). Samlet for landet øker produktiviteten. I den samme perioden har gjennomsnittlig inntektsvekst (4,1 %) vært lavere enn gjennomsnittlig kostnadsvekst (4,3 %). Det er ikke en bærekraftig utvikling, og for å snu denne utviklingen må det framkomme større effekter av forbedringsarbeidet.

Figur 9: Utvikling i kostnadsnivå fra 2012 til 2016 dekomponert i aktivitets- og kostnadseffekt (%). Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Produktivitet (2017)



¹⁹ Helsedirektoratet - Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012-2016 - Analysenotat 15/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten (Pedersen, 2017)

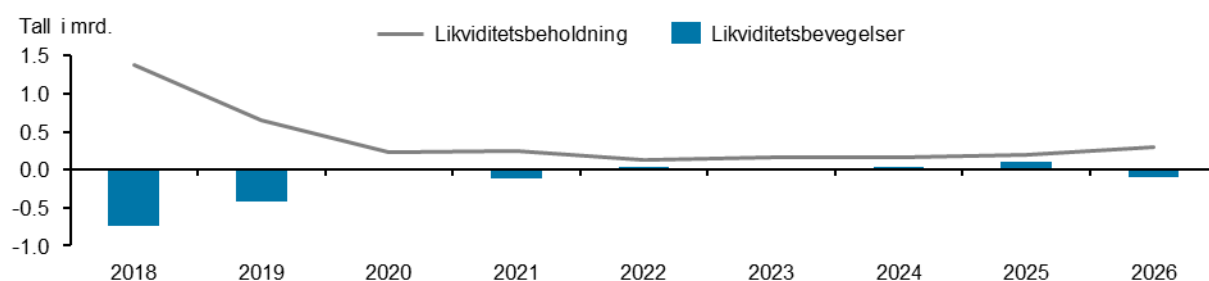
I Helse Nord er det tatt igjen et stort vedlikeholdsgap ved investering i nye bygg/renovering. Det innebærer at det framover må tas høyde for forholdsvis mer vedlikehold, og mindre behov for investeringer. Det er en risiko for at det ikke er satt av nok til vedlikehold.

Selv om det er et budsjettert økonomisk handlingsrom på 169 MNOK i 2019 stigende til 537 MNOK i 2022, er store deler av dette disponert gjennom vedtak i styresak 82-2018 (Plan 2019-2022, inkl. rullering av investeringsplanen 2019-2026). Rest til disposisjon etter kjente disponeringer er 3,7 MNOK i 2019 stigende til 14,5 MNOK i 2022. Imidlertid må det også tas høyde for ukjente kostnader som kan oppstå.

I det budsjetterte handlingsrommet er det forventet at pågående arbeidet med blant annet klinisk farmasi, pasientreiser og færre pasientskader vil gi et samlet gevinstuttak fra helseforetakene på 100 MNOK i perioden 2019-2022.

Likviditetsbeholdningen inn i 2018 er 1,38 mrd. NOK. Dette er omtrent 1 mrd. over budsjett, noe som skyldes etterslep i investeringene. Det er planlagt investeringer i alle foretak, spesielt Finnmarkssykehuset, Helgelandssykehuset og UNN. Samlet for foretaksgruppen utgjør investeringsrammen i gjennomsnitt 1,853 mrd. NOK per år fram til 2026. Gjennomføringen av investeringsplanen forutsetter realisering av planlagte økonomiske resultat og låneopptak til de store byggeprosjektene. Likviditetsbeholdningen vil gradvis reduseres på grunn av investeringsnivået, og likviditetsreserven vil være lav i perioden 2021-2023 før den igjen økes (Figur 10).

Figur 10: Likviditetsbeholdning og -bevegelser Helse Nord, inkludert budsjettert beholdning fra 2018. Kilde: Plan for Helse Nord 2018 – 2021 (2017)



3.11 Teknologi

Helsedata

I så stor grad som lovverket tillater, har informasjon blitt lagret i felles databaser. Lovmessige begrensninger innebærer også at store deler av klinisk informasjon ikke kan lagres i slike felles databaser. Strategien i Helse Nord er å velge like systemer fra samme systemleverandører slik at det er mulig å konsolidere informasjon når juridiske rammebetingelser tillater det. Data lagres fortsatt i en form som er vanskelig søkbar²⁰ med dagens løsninger, og pasientinformasjon tilgjengelig ved sykehusene deles ikke med den kommunale tjenesten eller fastleger/avtalespesialister/private, og vice versa.

²⁰ Ustrukturert data

Digitalisering

Systemene i Helse Nord er samlet og bruken av disse er i økende grad likeartet. Flere av systemene på sykehusene representerer i stor grad dokumentasjon av hva som er gjort og fungerer ikke som prosess-støtte for klinikere. Viktige medikamentelle data deles ikke i tilstrekkelig grad på en hensiktsmessig måte mellom behandlingsnivå. Pasientlogistikken ved timebooking, innkalling, endringer, opphold, utskriving og oppfølging er under utvikling fra manuelle rutiner.

Pasientens helsevesen

Helse Nord er i front når det gjelder utviklingen av digitale pasienttjenester i Norge. Min pasientjournal - en tjeneste hvor pasienter kan logge inn på den nasjonale helseportalen helsenorge.no og lese sin sykehusjournal - ble lansert 10. desember 2015 som den første tjenesten i landet som gir pasienter nærmest full digital tilgang til egen journal i Helse Nords største og viktigste system. Nesten alle (96,8 %) pasientene som har brukt tjenesten sier at de vil bruke den seinere, og 89,3 % vil anbefale den til andre. Fortsatt er imidlertid pasienten en for passiv mottager av informasjon og ikke en aktiv part. Pasienten må i sterkere grad inviteres inn for å ta en mer fremtredende rolle og ansvar for egen helse og sykdom.

Pågående tiltak 2017-2021

- Sentral digital brevløsning og varsling
- Innsjekk / utsjekk og kø-administrasjon
- Forbedring av tjenester i drift
- Timebooking
- Digitale skjema
- Samhandlingsarenaer

Utfordringer

Det gjøres noe strategisk arbeid i foretakene knyttet til teknologi ²¹. I 2017 ble den nasjonale eHelsestrategien lagt. Helse Nord RHF har valgt å avvente etablering av en ny strategi og plan til den nasjonale eHelsestrategien var vedtatt. Det nasjonale rammeverket vil naturlig nok legge rammer og føringer for hvorledes Helse Nord skal og kan posisjonere seg. For å realisere effektene av teknologi må rammen for arbeidet endres til også å omfatte transformasjon, altså hvordan Helse Nord skal arbeide for å endre hele måten det leveres helsetjenester på i framtiden.

Det er behov for utvidet teknologiforståelse på ledelsesnivå i Helse Nord, for å kunne ta gode beslutninger om rammebetingelser i regionen og implementering av nye løsninger. Det gir grunnlaget som er nødvendig for å balansere drift og utvikling av kjerneoppgavene i dag, og utvikling av framtidens driftsmodell hvor tjenesteleveransen og brukeropplevelsen vil være helt annerledes enn i dag.

3.12 Bygg og kapasitet

3.12.1 Tilstand

Ved siste kartlegging av tilstand på bygg og anlegg i 2015 ble det samlede etterslepet til vedlikehold vurdert til 4,5 mrd. kroner inkl. mva. og boliger. Ved utgangen av 2017 antas dette etterslepet å være redusert til 3 mrd. kroner. En betydelig del av etterslepet vil håndteres ved pågående og kommende investeringer i nybygg og renoveringer, men det vil fortsatt gjenstå en stor del som må tas over driftsbudsjett. Historikken viser at HF-ene i for liten grad setter av

²¹ For eksempel E-helse strategi Finnmarkssykehuset 2018 - 2023

tilstrekkelig ressurser til vedlikehold. I tillegg å skulle dekke inn allerede påløpt etterslep over eksisterende budsjett, viser seg å være enda mer krevende.

3.12.2 Bygg under oppføring og planlagte byggeprosjekter

Finnmarkssykehuset Kirkenes åpnes 2. halvår 2018. Nybygg ved Klinikk Alta og Samisk helsepark er under bygging, og skal stå ferdig i 2019. Foretaket er ferdig med konseptfase for Finnmarkssykehuset Hammerfest og vil gå videre med forprosjektering i 2018.

Ved UNN Tromsø pågår bygging og renovering av Breivika som skal være ferdig i 2018. Nytt anlegg for Psykisk helsevern – idefasen var ferdig 2017, og konseptfasen er planlagt fra 2019. Planleggingen av sykehuset i Narvik er inne i en klargjørende fase før oppstart av forprosjektet i 2018. Sykehuset skal etter planen være ferdig med bygging i 2022.

Nordlandssykehuset Bodø er nå inne i siste del av byggefasen med renovering av høyblokken. Den skal stå ferdig i 2020. Ny behandlingsfløy og nytt inngangsparti ble åpnet i 2016.

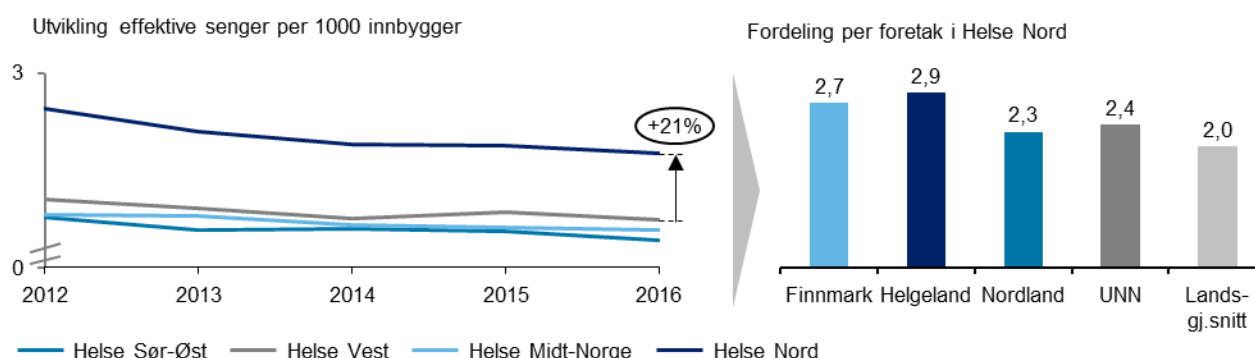
Idéfasen for Helgelandssykehuset har pågått siden 2017 med vurderinger av struktur og lokalisering. Alternativer som skal med videre inn i konseptfasen avgjøres medio 2019.

3.12.3 Kapasitet

Det finnes ingen samlet oppdatert oversikt over dagens romkapasiteter verken hos Helse Nord selv eller i den nasjonale rom-databasen administrert av Sykehusbygg (med dagens romkapasitet menes her rom med de samme definisjoner som Sykehusbyggs framskrivningsmodell, kfr kap 5.3). Kapasiteter er dynamiske størrelser der rommene omdisponeres avhengig av behov. For eksempel har mange sykehus gjort om sengerom til bruk som poliklinikk, pasienthotell eller kontorer. Det brukes flere definisjoner på sengetall, noe som gjør det vanskelig å presentere statistikk på området. I figuren nedenfor er det brukt begrepet «effektive senger», det vil si hvor mange senger som i gjennomsnitt er bemannet i løpet av året.

Tall på effektive senger fra Helsedirektoratet viser at Helse Nord bruker sykehussenger i et større omfang enn resten av landet og at variasjonen i sengebruk er stor mellom foretakene i regionen (Figur 11).

Figur 11: Utvikling effektive senger per 1000 innbygger (2012-2016). Fordeling per foretak for 2016 Helse Nord



4. Overordnede strategier og føringer

Førende dokumenter legger retning for hvordan Helse Nord skal forberede seg på framtiden. Dette gjelder for eksempel Nasjonal helse- og sykehusplan og Helse Nords egne strategier og plandokumenter. Det er flere forhold her som utviklingsplanen må forholde seg til og som derfor omtales kort her. Fokuset er satt på de områdene som i stor grad påvirker Helse Nord på lang sikt.

4.1 Nasjonal helse- og sykehusplan

Det er syv overordnede målsetninger i Nasjonal helse- og sykehusplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Disse målsetningene forteller noe om retningen det forventes at helsetilbudet vil utvikle seg fremover. De syv er:

- skape pasientens helsetjeneste
- prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling
- fornye, forenkle og forbedre tjenestene
- bidra til nok helsepersonell med riktig kompetanse
- styrke kvalitet og pasientsikkerhet og stille tydelige faglige krav til sykehusene
- bedre oppgavedelingen og samarbeidet mellom sykehusene
- styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

Planen peker på at utfordringsbildet er omfattende, og at det ikke er bærekraftig å fortsette å levere helsetjenester som i dag. Helsesystemet oppleves som uoversiktlig både for ansatte og brukerne. Helsepersonell sier de ofte sinkes av IKT-systemer som ikke henger sammen, og at de får for lite hjelp til administrativt arbeid. Pasienter som er i kontakt med flere deler av helsetjenesten, opplever at den ikke henger sammen.

4.2 Helse Nords strategi

Pasienter i Helse Nord skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord. Helse Nord skal være en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil. Som hovedstrategi velger Helse Nord samarbeid mellom enheter og nivåer. I strategien er det flere føringer, hvor noen er spesielt relevante for arbeidet med utviklingsplanen:

- Gi flere tilgang til spesialisthelsetjenester nærmere hjemmet ved bruk av ambulerende spesialister og gjennom telemedisinske tjenester
- Organisere og samordne elektiv virksomhet slik at den samlede ressursutnyttelse og prioritering blir bedre
- Utdanne og rekruttere nok helsepersonell til å dekke landsdelens behov
- Videreutvikle desentraliserte utdanningsmodeller og legge til rette for IKT-baserte undervisnings- veilednings- og oppdateringsformer
- Etablere strategiske og operative samhandlingsarenaer mellom første- og andrelinjen
- Etablere faglige nettverk mellom personell fra første- og andrelinjen
- Legge til rette for samarbeid med førstelinjen om utvidede sykestuefunksjoner

- Generelt samarbeid om prosjekttrettet utviklingsarbeid mellom nivåene med sikte på implementering av løsninger som er til felles beste
- Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk informasjonsteknologi som verktøy for å bedre tilgjengelighet og arbeidsflyt, samarbeid og effektivitet
- Ta et betydelig medansvar for å kople sammen primærhelsetjenesten og de privatpraktiserende spesialister med helseforetakene gjennom Nordnorsk helsenett

Dette er ikke en uttømmende gjennomgang, men et overblikk over føringene i strategien som setter langsiktig retning. Hele strategien finnes igjen i vedlegg til rapporten.

4.3 Plan for Helse Nord og andre regionale strategier

Plan for Helse Nord, med rullering av investeringsplan, er et verktøy som prioriterer ressurser for å bidra til oppnåelse av foretaksgruppens langsiktige mål. Utviklingsplan2035 må bygge på sentrale deler av dette som investeringsplanen.

Det arbeides for at tjenesten skal være nært der folk bor, kombinert med å samle oppgaver som krever høyspesialisert kompetanse. Utvikling og forbedring av helsetjenesten skal skje i et samarbeid mellom brukerne, sykehusene, kommunene og andre som yter helsetjenester.

I perioden skal det særlig prioriteres: 1) arbeide med å redusere unødvendig variasjon i kapasitetsutnyttelsen, 2) arbeid med psykisk helsevern og tverrfaglig rusbehandling, 3) arbeid med bedre kvalitet og pasientsikkerhet, Helse Nord skal bidra til bedre samhandling med kommunene om pasientforløpene.

I Helse Nord har vi også mange andre overordnede dokumenter som bl.a. kvalitetsstrategi, forskningsstrategi, en rekke regionale fagplaner, investeringsreglement og inntektsfordelingsmodell,

4.4 Oppdragsdokumentet

Oppdragsdokumentet gis årlig fra departementet til de fire regionale helseforetakene. Helse Nord RHF skal i 2018 innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede styringsmål som også må sies å ha et langsiktig perspektiv:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

4.5 Nasjonal e-helsestrategi

Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-2022 foreslår strategisk retning for visjonen om et digitalisert, samlet helsevesen og understøtter det overordnede målbildet for Meld. St. 9 "Én innbygger-én journal" ²². Strategien konkretiseres ytterligere gjennom føringer i de årlige oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

²² <https://ehelse.no/strategi/e-helsestrategi>

5. Utviklingstrekk og framskrivning

5.1 Utviklingstrekk

Utviklingen innen medisin og teknologi går raskt og gjør det utfordrende å planlegge på et operativt nivå på lang sikt. Helse Nord skal gi innhold til målet om å skape pasientens helsetjeneste slik dette er tydeliggjort gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan:

«Pasienten skal medvirke i utformingen av tjenesten, delta i valg av egen behandling og få bedre muligheter til å mestre eget liv. Målet er at pasientene ikke skal vente på utredning og behandling utover det som er medisinsk nødvendig. Helsetjenesten skal møte pasienten med vennlighet og respekt og ta ansvar for helhet, sammenheng og gjennomføring av behandlingen. Det skal være åpenhet om kvalitet. Kravene til kvalitet skal være like, uavhengig av region, behandlingssted eller hvem som utfører tjenesten. Det forutsetter at pasientene har tilgang på god informasjon når de trenger det, og samhandler med helsetjenesten gjennom enkle, gode og trygge elektroniske løsninger. Pasientene skal møte dyktige fagfolk som er godt kvalifisert for oppgaven alle steder i helsetjenesten.»

I utviklingen av fremtidens spesialisthelsetjeneste vil blant annet følgende forhold være av stor betydning:

- Pasientperspektivet vil styrkes med tydelig fokus på pasientsikkerhet og pasientmedvirkning. Pasientene vil stille større krav til tilgjengelighet, valgfrihet og åpenhet, med mulighet til å vurdere kvalitet.
- Sykdomspanorama vil forandres på grunn av den demografiske utviklingen hvor en stadig eldre befolkning gir økning i antall pasienter med bl.a. kreft og kroniske sykdommer. Forbedrede behandlingsmetoder vil også skape nye muligheter og behov hos pasientene som har kroniske sykdommer og/eller invalidiserende og behandlingskrevende restsymptomer.
- Den raske kunnskapsutviklingen med tilgang til og behov for å lære nye teknikker og behandlingsmetoder vil fortsette. Minimal invasiv teknikk og intervensjonsbehandling vil erstatte åpen kirurgi og medfører også at sykdomsprosesser kan stoppes tidligere med mindre konsekvens (hjerneslag og hjerteinfarkt).
- Informasjonsteknologiens raske utvikling skaper mulighet for nye arbeidsmetoder som gir økt mulighet for bedre kvalitet i utredning, behandling og observasjon, bedre evaluering og oppfølging av resultater, informasjon og kommunikasjon mellom pasient/pårørende og aktørene i helsetjenestene, samt økt pasientsikkerhet.

Samfunnsøkonomisk Analyse AS leverte i januar 2018 en rapport på oppdrag fra Helsedirektoratet der de forsøker å se nærmere på de trendene vi står overfor og hvilke konsekvenser dette har for fremtidige bemanningsbehov²³. De påpeker at noen trender er relativt sikre, mens andre er mer usikre.

²³ Helse-Norge 2040 – Hvordan vil framtiden bli; Rapport 1-2018

5.1.1 Sikre trender

Det vil være en sterk økning i antall og andel eldre, og vekst i flere type lidelser, som sansetap, hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, kreft, slitasjesykdommer i muskel og skjelett, diabetes type 2, urinlekkasje, KOLS, og alderspsykiatriske sykdommer som depresjon og demens. Flere vil overleve sykdom og flere vil leve med kroniske lidelser.

Det vil bli flere personer med mer enn én kronisk sykdom, som har høyere dødelighet, mer innleggelse i sykehus og lengre sykehusopphold.

Urbanisering forventes å fortsette, og den forventes å være sterkere for yngre personer enn for eldre. Det vil føre til reduksjon i andelen av omsorgsarbeidet som gjøres av nær familie - såkalt ulønnet omsorg.

Teknologisk utvikling har vært den viktigste endringsfaktoren for produktivitetsvekst. Det har vært en eksponentiell trend, og denne forventes å fortsette slik at betydningen av teknologisk utvikling blir stadig større.

5.1.2 Mer usikre trender

Det knytter seg stor usikkerhet til finansieringen av helse- og omsorgssektoren, offentlig sektors evne til å ta i bruk teknologiske løsninger, og samhandling med primærhelsetjenesten.

Det har til nå eksistert en tverrpolitisk enighet om at majoriteten av helse- og omsorgstjenestene skal finansieres av det offentlige. Dette er tidligere muliggjort av økonomisk vekst og et stadig økende inntektsgrunnlag til offentlig disposisjon. Fremover er det sannsynlig at inntektsveksten fra tradisjonelle vekstnæringer faller, samtidig som en mindre andel av befolkningen er i arbeid (og betaler skatt). Det vil føre til lavere inntekt for samtlige sektorer. Skal finansieringen av de økte ressurser det er behov for i takt med behovs- og aktivitetsveksten, må andelen av offentlig disponering til helse- og omsorgssektoren øke på bekostning av andre sektorer.

For at en slik inntektsvekst opprettholdes taler blant annet at en økt andel av de som stemmer i valg er i kontakt med helse- og omsorgssektoren, og vil stemme for å øke denne sektorens innflytelse. På den annen side er det sektorer som kan forventes å kreve mer i framtiden, som klima- og miljø, og dermed reduserer sannsynligheten for en slik inntektsvekst. Selv om det er usikkerhet ved utviklingen, er det flere faktorer som taler for at inntektsveksten ikke vil følge aktivitetsveksten framover, slik den har gjort tidligere. Det vil sannsynligvis føre til mindre økonomisk handlingsrom for helseforetakene.

Veksten i arbeidsbesparende og velferdsfremmende teknologi vil fortsette. Private aktører forventes å drive utvikling og innovasjon, og ta i bruk nye løsninger. Usikkerhet handler om det offentliges evne til å ta i bruk slike løsninger. Kompliserte beslutningsprosesser, juridiske forhold, personvern og flere hensyn som gjør seg gjeldende når beslutningstakere vurderer innføring av ny teknologi, har historisk ført til moderat tempo i anvendelse av nye teknologiske løsninger. Dersom arbeidsprosessene med å ta i bruk nye teknologiske løsninger forblir de samme, forventes det at evnen til å ta i bruk nye løsninger også forblir uendret. Selv om det er usikkerhet ved utviklingen, foreligger det ikke tiltak som tyder på at det offentliges evne til å ta i bruk løsninger skal forbedres, noe som taler for at innføring av ny teknologi vil foregå i et moderat tempo også i framtiden.

Det forventes bedre organisering av helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivå, noe som vil ha stor effekt på ressursbruk. Det har imidlertid vært et mål lenge, og ettersom man ikke har lyktes tidligere er det usikkerhet ved evnen til å gjennomføre organisatoriske

endringer. Det foregår i dag flere tiltak for å få til dette. Det forventes derfor at forvaltningsnivåene kommer til å lykkes i sitt arbeid med bedre organisering og koordinering.

5.1.3 Persontilpasset medisin

Med persontilpasset medisin menes forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging tilpasset biologiske forhold hos den enkelte. Ny kunnskap gjør det mulig å tilby pasientene mer presis og målrettet diagnostikk og behandling. Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet en nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten. HOD ba i 2017 om at det ble etablert et nasjonalt nettverk av regionale kompetansesentre for persontilpasset medisin.

Persontilpasset medisin er ventet å slå inn i stadig større deler av helsetjenesten i planperioden. Persontilpasset medisin vil innebære framskritt idet pasientene mottar behandling som med større grad av sikkerhet vil gi behandlingseffekt hos den enkelte, og man unngår behandling som gir mer skade enn nytte. Optimalisering av pasientens legemiddelbruk ved å ta i bruk pasientens egne ressurser og ved å tilpasse dosering og administrering ut fra pasientspesifikke data vil virke positivt på riktig bruk av legemidler og redusere kostnader per pasient

Persontilpasset medisin er avhengig av presis diagnostikk og stiller derfor krav til diagnostisk kapasitet. Eksempelvis innenfor kreftbehandling vil man måtte kartlegge genetiske forhold ved pasienten og ved svulsten, og det vil kreves oppbygging av betydelige kunnskapsbanker for å nyttiggjøre seg informasjonen. Oppbygging av den diagnostiske kapasiteten vil koste, mens andre kostnader vil reduseres som en følge av at behandling kan unngås på pasienter som ikke kan nyttiggjøre seg behandlingen.

Som ledd i utviklingen av persontilpasset medisin er det viktig at pasienter er villige til å dele sine helseopplysninger for å generere kunnskap. Det er derfor avgjørende at pasientene får god og balansert informasjon om nytte og risiko ved dette²⁴.

Konseptet vil også kunne bre seg til ikke-kostbare, mer utbredte behandlinger, inkludert behandlinger som i dag gjennomføres i primærhelsetjenesten. Dette kan utfordre spesialisthelsetjenestens kapasitet og kostnader.

5.2 Framskrevet aktivitet til 2035

Helse Nord må altså planlegge framtiden med en betydelig grad av usikkerhet og innenfor de rammer som settes av nasjonale myndigheter. De regionale helseforetakene er bedt om å bruke nasjonale modeller for fastsettelse av det framtidige aktivitetsnivå, kapasitetsbehov og bemanningsnivå. Disse framskrivningene er nærmere beskrevet her, inkludert den usikkerhet som er knyttet til en slik tilnærming. For flere detaljer henvises til vedlegg.

5.2.1 Framskrivningsmetodikk

Aktivitetsnivået i 2035 er framskrevet med utgangspunkt i dagens aktivitetsnivå, justert for befolkningsvekst, sykdomsutvikling og effekten av forventede effektiviseringstiltak.

Framskrivningene er gjennomført av Sykehusbygg, basert på aktivitetsdata fra Norsk pasientregister, demografiske framskrivninger fra SSB og kvalitative justeringer for utvikling innenfor hver pasientkategori (ICD-10-kategori) utarbeidet av faglige arbeidsgrupper.

²⁴

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1192/Nasjonal%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20helsetjenesten%20IS-2446.pdf>, kapittel 4.2

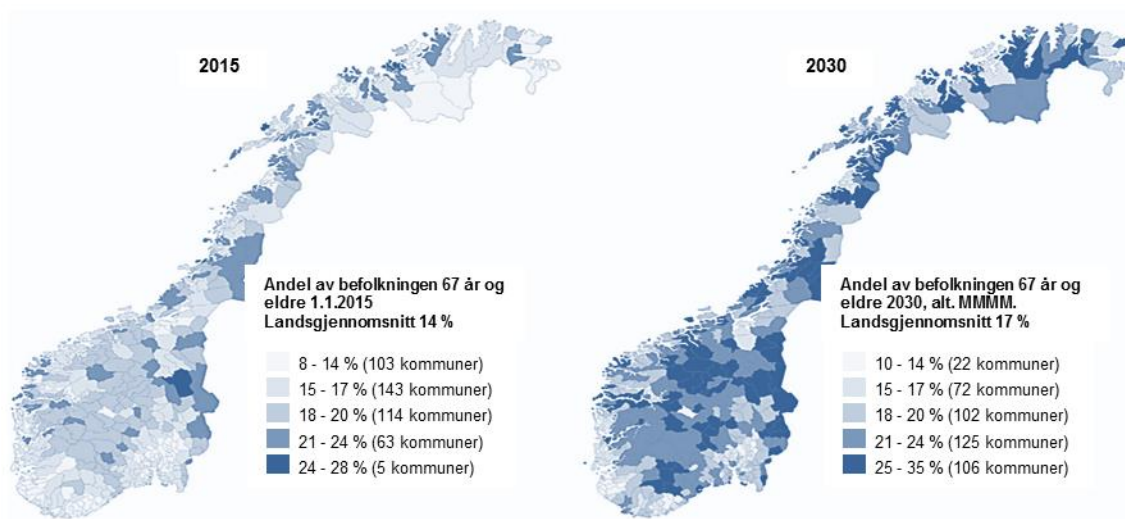
De kvalitative endringene som gjøres for hver pasientkategori tar, så langt det er mulig, høyde for endringer i behandlingsmetode, etterspørselsvekst, effektivisering, overgang til dagbehandling/poliklinikk og pasienthotell og overføringer av oppgaver til primærhelsetjenesten i tråd med nasjonale føringer.

Det er brukt de samme forutsetninger for alle HF-ene i framskrivingen. Det vil derfor være en liten forskjell i forhold til de lokale framskrivinger som allerede er gjort i forbindelse med de planlagte utbyggingsprosjektene i regionen. De sistnevnte opererer delvis med andre forutsetninger for åpningstider, utnyttingsgrader og ambisjoner om hjemhenting av pasienter. Framskrivingene for somatikk er basert på aktivitetstall for 2015, som også er en kilde til avvik mot lokale framskrivinger som i hovedsak er basert på aktivitetstall fra 2014. Framskrivingene for PHV/TSB er basert på 2014 tall, og strekker seg til 2040.

5.2.2 Demografi

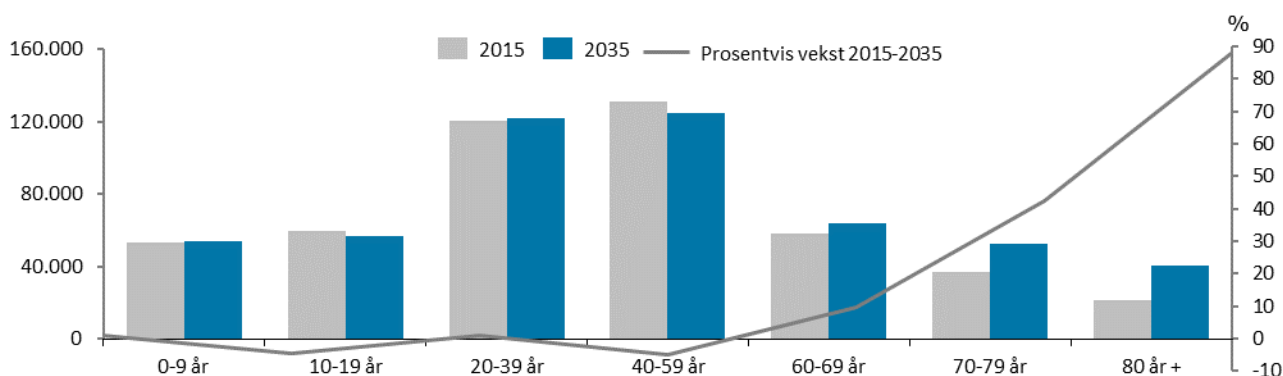
Historisk utvikling har vist både befolkningsvekst og økt levealder i Norge. Det er en positiv utvikling som forventes å holde fram også i framtiden. I 2015 var det fem kommuner i Norge hvor andelen innbyggere over 67 år var over 25 %. Basert på framskrivingene til SSB vil det tallet øke til 106 kommuner i 2030.

Figur 12: Andel av befolkning 67 år og eldre i 2015 og framskrevet til 2030. Kilde: SSB



Framskrivningene til SSB viser at det for Helse Nord sitt område vil være en samlet befolkningsvekst på 7 % i perioden fram mot 2035. Brutt ned på aldersgrupper, illustrert i Figur 13, så er utviklingen slik at det er 2 % reduksjon i antall personer i alderen 0 til 59 år. Det innebærer at all vekst skjer i aldersgruppene 60 år og oppover. Det vil være 35 000 flere mennesker over 70 år, i en periode hvor den sysselsatte delen av befolkningen faller. Basert på SSB sine framskrivninger ser resten av landet i tilsvarende periode fram mot en 19 % befolkningsvekst, og en mer moderat vekst i andelen eldre sammenlignet med Helse Nord.

Figur 13: Endring i vekst og alderssammensetning 2015-2035, Helse Nord. Kilde: SSB



5.2.3 Endringsfaktorer

Hvordan andre endringsfaktorer påvirker behov for kapasitet i Helse Nord frem til 2035 er illustrert under i figur 14, eksemplifisert med utviklingen av antall liggedøgn som igjen definerer behovet for antall senger. Ren demografisk utvikling er isolert sett den faktoren som påvirker behovet for helsetjenester mest. Dette er drevet av vekst i antall eldre som også er den gruppen som etterspør helsetjenester i størst grad. Befolkningsutviklingen vil også føre til en vekst i sykdomsgruppene som særlig treffer eldre. Det gjelder bl.a. hjerte- og karsykdommer, demens og kreft. I tillegg er det også vekst i lidelser som rus, psykiske helse og livsstilssykdommer som vil stille nye krav til hvordan tjenester utøves og følges opp.

Evnen til å behandle nye sykdommer, nye behandlingsmetoder, nye legemidler og ny teknologi (i figur 14 benevnt epidemiologi) vil utvikles i raskere tempo enn tidligere. Det forventes ikke i seg selv å drive aktivitetsvekst i stor grad, men vil påvirke oppgaveløsning og behov for kompetanse.

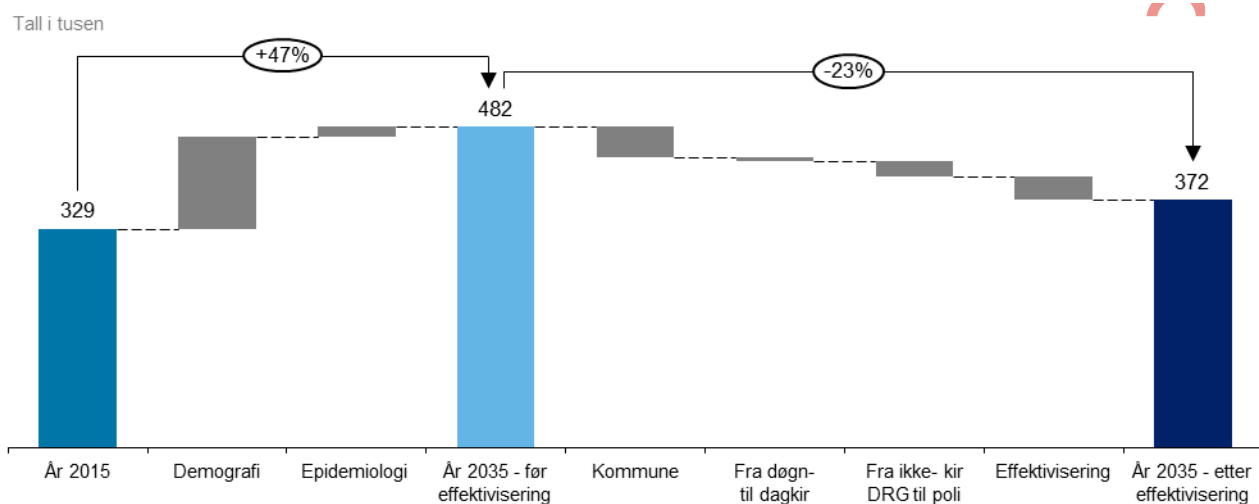
Endring i oppgavefordeling vil ha betydelige effekter på aktivitetsnivået, gjennom bedre samhandling med kommunehelsetjenesten (i figur 14 benevnt kommune). Forventningen er at flere skal behandles i sine hjemkommuner, og derfor gjøre deler av kontakten med spesialisthelsetjenesten unødvendig. Til grunn for denne antagelsen ligger de vedtatte retningslinjene som gir kommunene et større ansvar for kronikere, palliasjon, rehabilitering, psykisk helsevern osv. Etter demografisk utvikling, er dette den faktoren som forventes å ha størst effekt på framtidig aktivitetsnivå i sykehusene.

Endring i organisering av tjenestetilbudet påvirkes av en økt overføring fra døgn- til dagkirurgi og overføring fra medisinske døgnbehandlinger til polikliniske konsultasjoner. Som illustrert i figur 14, er det forventet at dette vil ha en aktivitetsreduserende effekt. Videre er det en forventning om at flere pasienter som oppfyller de riktige kriteriene, skal kunne benytte observasjonsposter og pasienthotell i større grad enn i dag.

Rene effektiviseringstiltak forventes også å redusere aktivitetsnivået, for eksempel gjennom reduksjon av liggetiden. Det omfatter også evnen til å ta i bruk nye teknologiske løsninger som reduserer behovet for fysisk konsultasjon i sykehuset.

For ytterligere teknisk beskrivelse av framskrivningsmodellen og tallfesting av variabler som er brukt i framskrivningen, henvises til rapporten fra Sykehusbygg.

Figur 14: Trinnvis framskriving Helse Nord RHF – Liggedøgn. Kilde: Sykehusbygg (2017)



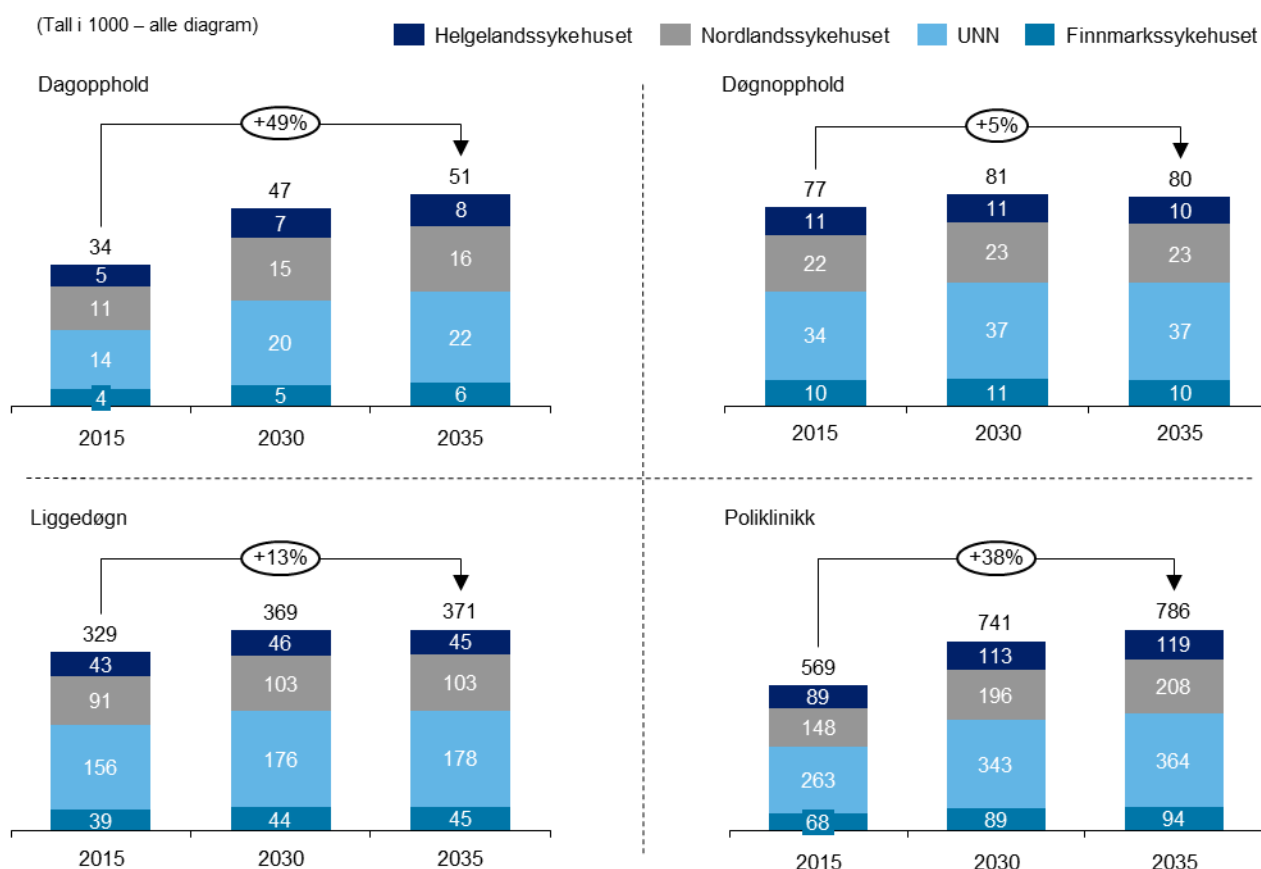
Høringsnotat

5.2.4 Aktivitet 2035

Resultatet av aktivitetsframskrivingen oppsummeres i dimensjonene døgnopphold, liggedøgn, dagopphold og polikliniske konsultasjoner. For somatikk vil den største veksten etter disse beregningene komme for dagbehandling og polikliniske konsultasjoner, på henholdsvis 49 % og 38 % (Figur 15). Vekst knytte til døgnopphold og liggedøgn er mer moderat, på henholdsvis 5 % og 13 %. Veksten fordeler seg relativt likt på foretakene, hvor det største unntaket er Helgelandssykehuset, som framskrives med en reduksjon i døgnopphold.

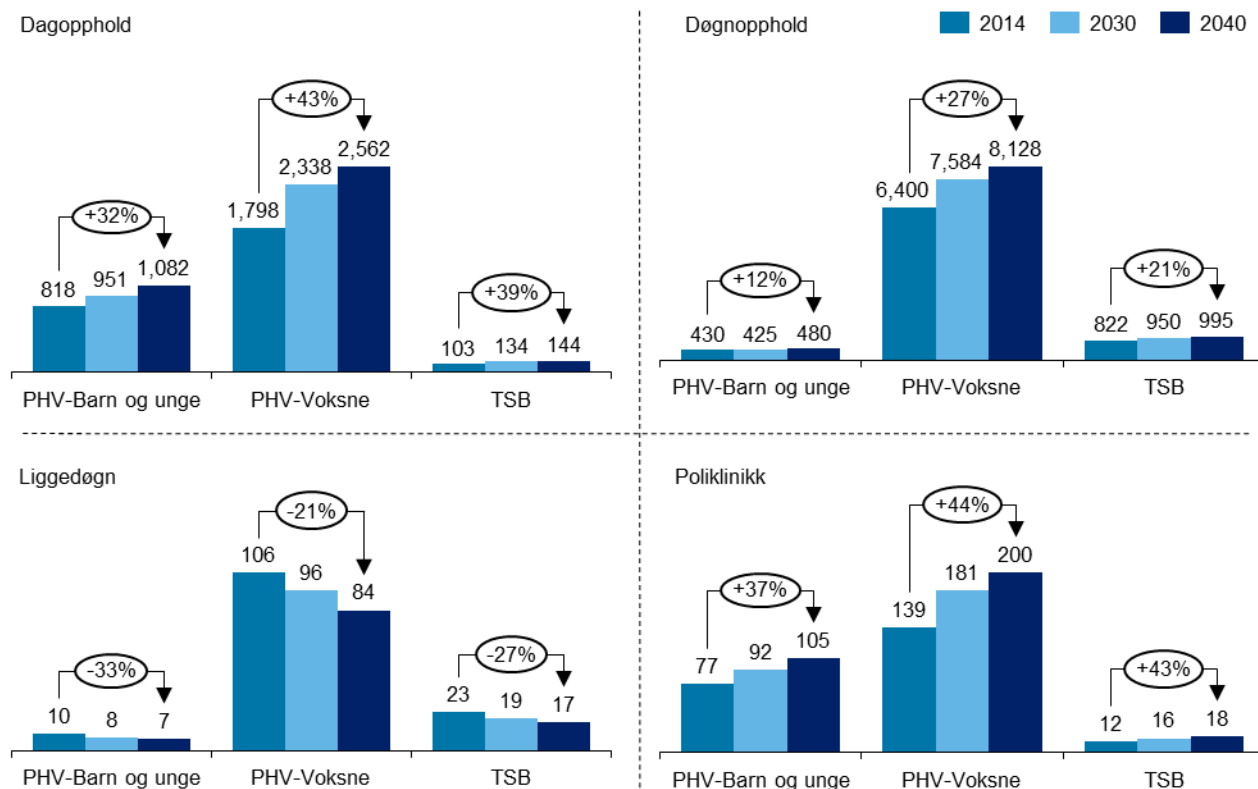


Figur 15: Aktivitetsframskrivng - Somatikk. Kilde: Sykehusbygg (2017)



For TSB/PHV er det ulik vekst for psykisk helsevern (PHV) for barn og unge og voksne, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Størst vekst er forventet for dagbehandling og polikliniske konsultasjoner (Figur 16), akkurat som for somatikken. Det er forventet en mer moderat vekst i døgnopphold, og en reduksjon i liggedøgn.

Figur 16: Aktivitetsframskrivninger – PHV Barn og unge, PHV voksne og TSB. Kilde: Sykehusbygg (2017)



5.2.5 Usikkerheten i tallene

Tallgrunnlaget som er beskrevet over er som nevnt et resultatet av demografiske framskrivninger, epidemiologisk vurdering og en rekke kvalitative justeringer. Det er således mange trinn det kan være knyttet usikkerhet til her. Det må også nevnes at tallgrunnlaget tar utgangspunkt i dagens aktivitetsnivå og framskriver dette, noe som betyr at dersom dagens nivå er for høyt/lavt, dagens nivå er for varierende, dagens nivå for poliklinisering er for lavt eller dagens funksjonsdelinger er uhensiktsmessige, vil disse skjevheten til en viss grad videreføres. Ikke minst innen psykiatrien er det flere erkjente utfordringer som det i dag jobbes med å rette opp, som gjennom denne tilnærmingen blir videreført.

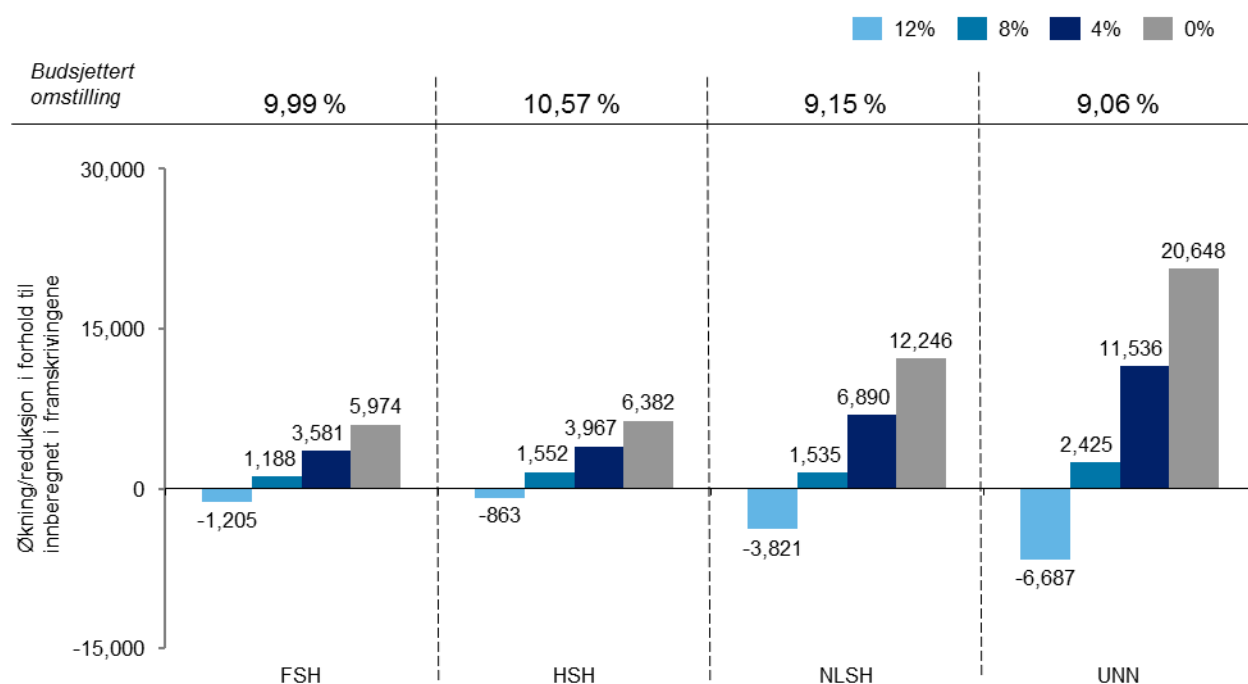
For å illustrere de forskjellige trinnene i framskrivningen kan vi se nærmere på den samlede utviklingen i antall liggedøgn i Helse Nord, se fig 14. Ren demografisk framskriving gir isolert sett en vekst på 139 000 liggedøgn for regionen. Forventninger til aktivitetsvekst knyttet til evnen til å behandle nye sykdommer gir en forventet vekst på 15 000 liggedøgn. Det er estimert en reduksjon i liggedøgn på til sammen 31 000 liggedøgn gjennom overføring til dagkirurgi og poliklinikk, og 35 000 i rene effektiviseringstiltak. Det estimeres at tjenester tilsvarende 45 000 liggedøgn kan overføres til primærhelsetjenesten i en eller annen form.

Det er det siste punktet om overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten som det knytter seg størst usikkerhet til. Dette dreier seg altså om framtidige oppgaver som etter dagens praksis ville gitt 45 000 liggedøgn i sykehusene, men der oppgavene altså forventes ivaretatt på en eller annen måte av kommunehelsetjenesten. Til grunn for denne antagelsen ligger de vedtatte retningslinjene som gir kommunene et større ansvar for kronikere, palliasjon, rehabilitering osv.

Figur 17 viser effekten dersom overføringen til kommunen blir annerledes enn antatt. Det er ulik sats for overføring for hvert foretak, fra 9,06 % for UNN til 10,57 % for Helgelandssykehuset. Det kommer av at ulike pasientgrupper har ulikt potensiale for overføring, slik at forskjellene gjenspeiler forskjeller i foretakenes pasienter. Sensitivitetsanalysen viser at det gjør betydelig utslag dersom overføringen til kommunen blir større eller mindre enn antatt. For eksempel: dersom det ved UNN ikke overføres noen aktiviteter til kommunene, som i utgangspunktet ville utløst liggedøgn for pasienten, så vil det tilsvare 20 648 liggedøgn mer enn estimert i framskrivingene som UNN må håndtere på en eller annen måte. Tilsvarende, dersom UNN klarer å overføre 12 % av disse liggedøgnene til

Figur 17: Økning i antall liggedøgn per år og helseforetak som følge av endret omstilling mot primærhelsetjenesten. Kilde: Sykehusbygg (2017)

Endret antall liggedøgn i 2035 for ulike omstillinger, henholdsvis 12 %, 8 %, 4 % og 0 %



kommunene så resulterer det i 6 687 færre liggedøgn for UNN enn framskrevet. Det er viktig å understreke at kommunene ikke nødvendigvis trenger å ha egne senger tilsvarende det antall liggedøgn som tas ned i sykehuset, men de må ta hånd om den aktiviteten som er beskrevet. Det kan til en viss grad håndteres av kommunene på andre måter enn å tilby egne senger.

5.3 Kapasitetsbehov i 2035

Behovet for senger, dagbehandlingsrom, poliklinikkrom og operasjonsstuer er beregnet basert på aktivitetsframskrivingene i kapittel 5.2. Ved beregningen tas det utgangspunkt i forutsetninger om åpnings- og behandlingstider og utnyttelsesgrader. Det er utarbeidet et standardisert sett av disse faktorene som benyttes dersom det ikke er spesielle behov eller forhold som tilsier andre verdier for dette. I dette arbeidet er det brukt standardsatser for alle foretak i kapasitetsberegningen; jfr. tabellen nedenfor.

Kapasitetsbærende rom	Utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Tid per aktivitet i minutter
Døgnplass				
Normalseng	85 %			
Observasjonsplass	75 %			
Pasienthotellseng	75 %			
PHV & DPS	85 %			
PHBU	75 %			
TSB	80 %			
Dagplass				
		230	8 timer	1,5 timer
Poliklinikkrom somatikk		230	8 timer	0,75 timer
Poliklinikkrom PHV og TSB		230	6 timer	1,5 timer
Operasjonsrom		230	8 timer	0,5 - 2,5 timer

Tabell 6: Kapasitetsutnyttelse benyttet av Sykehusbygg i framskrivinger av aktivitet

Oppsummert for regionen gir dette følgende rombehov i 2035 (2040 for PHV/TSB):

Kapasitet	Somatikk	PHV voksne	PHV barn og unge	TSB
Senger ²⁵	1 235	276	27	59
Poliklinikkrom	235	230	123	22
Operasjonsstuer	62	-	-	-
Dagsenger	201	-	-	-

Tabell 7: Oppsummert rombehov etter kapasitetsberegning

Avvik mellom dette og de lokale framskrivninger beskrives i kapittel 8 - Beskrivelse av modeller og datagrunnlaget.

5.3.1 Bemanningsbehov 2035

Behovet for bemanning innenfor ulike yrkesgrupper er basert på simulering i nasjonal bemanningsmodell. Figur 18 viser behovet slik det forventes i 2035 gitt dagens kompetansesammensetning og organisering. Figuren viser bemanningsbehov ved ren demografisk framskriving og behovet etter kvalitative justeringer i henhold til framskrivingen av aktivitet. Det er utarbeidet et standardisert sett av endringsfaktorer i modellen som benyttes dersom det ikke er spesielle behov eller forhold som tilsier andre verdier. I dette arbeidet er det brukt standardsatser for alle foretak i kapasitetsberegningen; kfr dokumentasjon nasjonal bemanningsmodell (Helse Vest RHF, 2015). Unntakene er endringer i aktivitetsvekst og legespesialitetenes fordeling mellom omsorgsnivå i henhold til de kvalitative justeringene beskrevet tidligere.

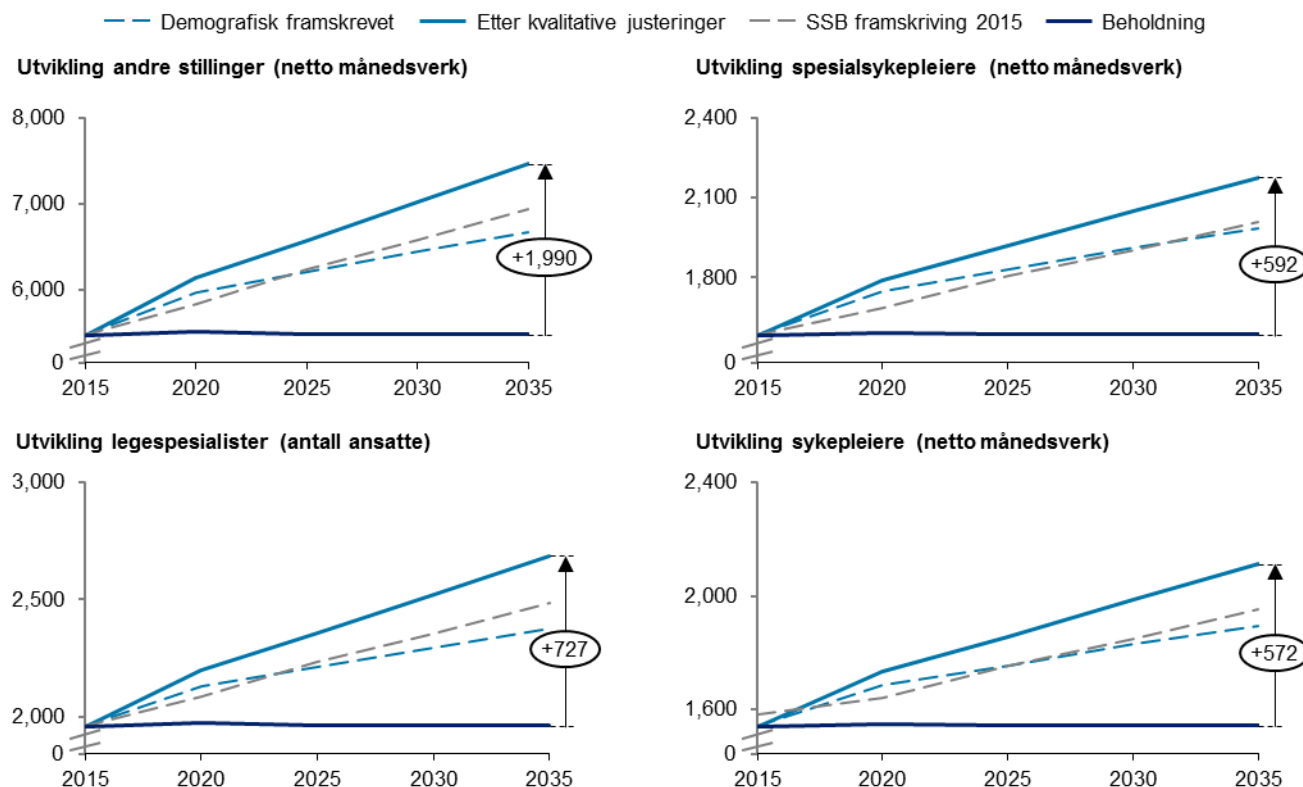
Resultatet av framskrivingen indikerer en økning i bemanningsbehov på omtrent 37 % for alle yrkesgrupper. Dette er høyere enn både de demografiske framskrivingene i modellen og den demografiske framskrivingen gjennomført av SSB (2015), som er illustrert i figur 18. Årsaken er at kvalitative faktorer indikerer særlig økt aktivitet ved dagbehandling og polikliniske konsultasjoner langt ut over veksten som følge av demografisk framskriving. De kvalitative justeringene indikerer også en reduksjon i antall døgnopphold og liggedøgn. Det bidrar til å moderere veksten knyttet til kvalitative forventninger, men ikke nok til at det i sum er forventet et økt aktivitetsnivå ut over demografisk framskriving som vil bidra til et høyere bemanningsbehov enn det SSB estimerte i 2015.

I framskrivingen er det anvendt en forenklet metode for å illustrere gapet mellom framskrevet behov og framskrevet beholdning. Framskrivning av beholdning bygger på en beregning av hvor stor del av den yrkesaktive befolkning vi sysselsetter innenfor hver yrkeskategori, og antagelse om at vi klarer å opprettholde denne andelen også fremover. Svingninger i beholdning er i dette bildet kun svingninger i yrkesaktiv befolkning i Nord. Det

²⁵ Sum av normalsenger, observasjonssenger og senger i pasienthotell

må presiseres at dette er en forenkling, som blant annet ikke tar høyde for evt. skjevheter i aldersfordelingen i eksisterende bemanningsgrunnlag.

Figur 18: Framskrevet bemanningsbehov, gitt dagens bemannings- og aktivitetsbehov. Kilde: Simulering Nasjonal bemanningsmodell (2018)



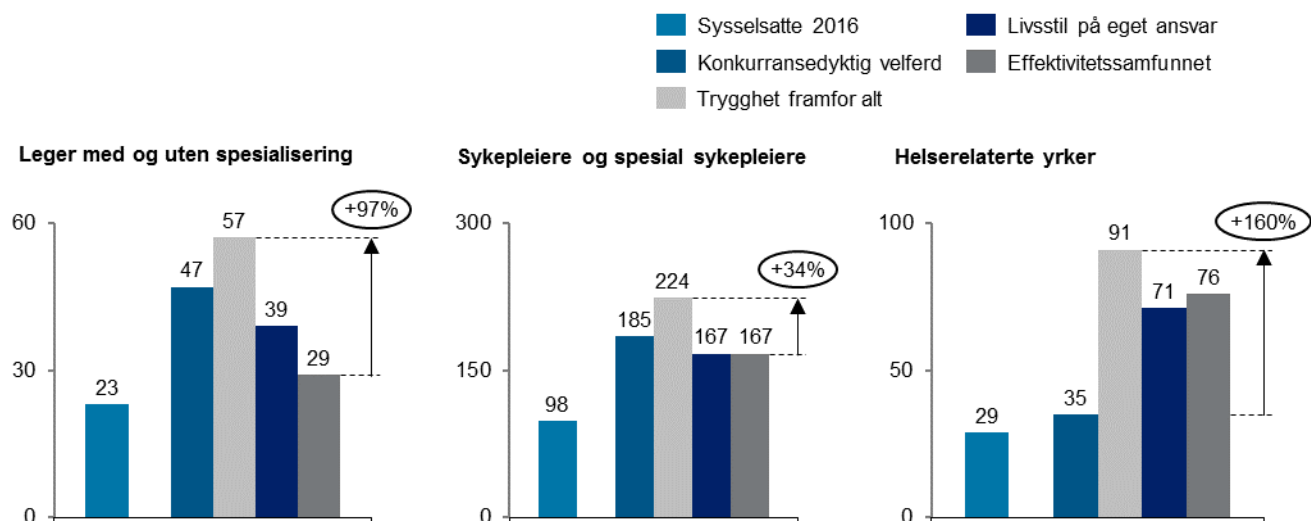
5.3.2 Usikkerhet i tallene

Bemanningsframskrivingen over er basert på framskrevet aktivitetsnivå. Dette aktivitetsnivået er framskrevet i en modell, basert på kvalitative justeringer som ikke direkte lar seg overføre til bemanningsmodellen. Derfor er det noe usikkerhet ved hvorvidt bemanningsmodellen tar høyde for hvordan kvalitative justeringer vil endre måten det arbeides på – eks. ved at en større andel av ressursene vil arbeide med dagbehandling og poliklinikk. Modellen skal ta høyde for at bemanningsbehovet for disse omsorgsnivåene er lavere enn for døgnopphold, men om den kompenserer nok for dette er det usikkerhet vedl.

Framskrivningen baseres på at oppgaveløsningen i 2035 forblir som i dag. Mer generelt er det usikkerhet til hvordan spesialhelsetjenesten organiserer og leverer sine tjenester i framtiden. I regi av Helsedirektoratet er det gjennomført en scenarioanalyse på nasjonalt nivå, som belyser noe av usikkerheten i bemanningsframskrivingene. Resultatet er oppsummert i Figur 19 og viser stor variasjon i bemanningsbehov avhengig av hvordan ulike endringer slår til. Dette illustrerer noe av usikkerheten i framskrivingene, allikevel er oppsummeringen ovenfor et beste estimat. Behovet varierer fra svært høyt for alle yrkesgrupper i scenariet «Trygghet

framfor alt» til relativt moderat for leger i scenariet «Effektivitetssamfunnet» og relativt moderat for helserelaterte yrker²⁶ i scenariet «Konkurransedyktig velferd».

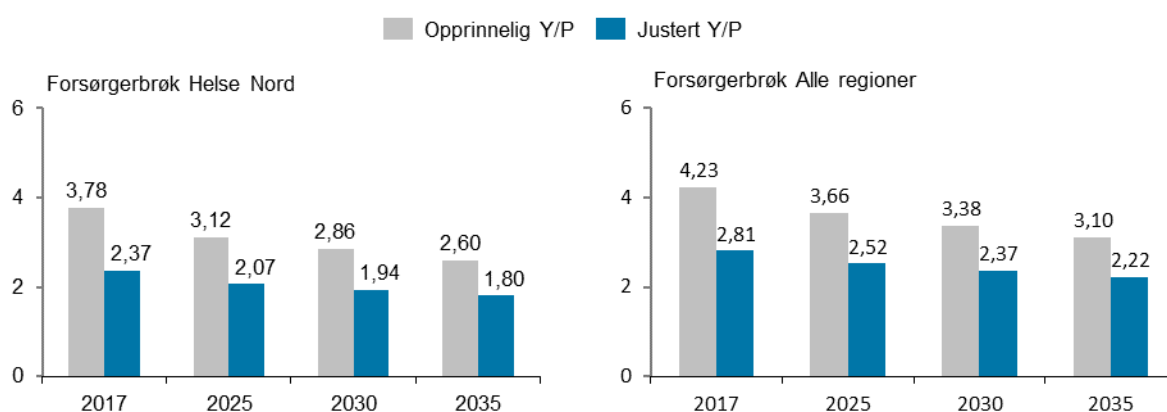
Figur 19: Variasjon i bemanningsbehov gitt ulike framtidsscenarioer. Kilde: Helse-Norge 2040 – Hvordan vil fremtiden bli. Rapport 1-2018 (SA, 2018)



5.3.3 Utfordringer i rekrutteringsgrunnet

Den demografiske utviklingen i Helse Nord sitt opptaksområde er mindre bærekraftig enn i øvrige landsdeler, illustrert ved forskjeller i forsørgerbrøk (Y/P)²⁷. I Helse Nord er 2,6 personer i arbeidsfør alder for hver person eldre enn arbeidsfør alder, mot 3,1 for alle

Figur 20: Forholdet mellom yrkesaktive og pensjonister i helseregionene med og uten justering for uførhet. Kilde: Regionalt samarbeidsutvalg, Sak 07/2017



regionene (Figur 20). Illustrasjonen i Figur 20 viser også justert forsørgerbrøk, som innebærer at det tas høyde for uføretrygdete, personer på arbeidsavklaring og studenter²⁸.

²⁶ Helserelaterte yrker: Radiograf, Bioingeniør, Reseptar, Protese- og tanntekniker, Helsesekretær, Ambulansepersonell, Helse- og miljøarbeider, Tannpleiere

²⁷ Forsørgerbrøken: antall personer i arbeidsfør alder, 20 - 66 år, som andel av befolkning eldre enn 66 år.

²⁸ Justering av Y/P innebærer reduserer antall i yrkesaktiv alder med omtrent 650 000 nasjonalt.

Blant helseforetakene er framskrivingen for Helgeland minst gunstig i 2040, mens Finnmark og UNN opplever den største forverringen. Blant lokalsykehusene skiller Vesterålen, Mosjøen og Sandessjøen seg negativt ut med tanke på estimert bærekraft. Hammerfest og UNN-Tromsø opplever størst forverring.

Det er estimert at 42 av 87 kommuner i Nord har en forsørgerbrøk under 2 innen 2040. Dette bildet truer bærekraften spesielt i kommunehelsetjenesten. Dersom kommunens evne til å håndtere pasienter reduseres, vil det føre til økt belastning for spesialisthelsetjenesten. Dette illustrerer også rekrutteringsutfordringen beskrevet over i Figur 18.

Høringsnotat 05.07.2018

6. Helse Nord møter utfordringene – tiltak

6.1 Utvikling og endring må fortsette

Helse Nord har en ambisiøs visjon for sitt virke, og leverer gode spesialisthelsetjenester til befolkningen i Nord-Norge. Helse Nord og medarbeiderne har siden 2002 utviklet bedre tjenester for flere. Fra 2009 er dette også kombinert med god drift som har gitt positive økonomiske resultater. Dette har lagt grunnlaget for en historisk satsing på bygg, IKT og utstyr. I perioden utviklingsplanen omfatter vil helsetjenesten møte nye utfordringer og store endringer. Mye vil forandre seg. Tilgang på ressurser, kompetanse, økt etterspørsel kombinert med andre måter å yte helsetjenester på, vil utfordre det beste i helsepersonells og organisasjonens evne til omstilling og endring. Det må til for å skape et tidsmessig tilbud til den nord-norske befolkning.

Befolkningsveksten i de høyere aldersgruppene blir stor fremover. Det gir behov for flere sykehusinnleggelser og en vekst i polikliniske konsultasjoner på nærmere 50 % frem mot 2035. Nye behandlingstilbud vil gi muligheter for pasientgrupper som i dag står uten tilbud. Nye og dyrere kreftmedisiner kommer kontinuerlig. Nye generasjoner stiller andre krav til blant annet kvalitet og tilgjengelighet, og har store forventninger til det offentlige helsevesen. Disse endringene må Helse Nord møte samtidig med en økonomi som mye kan tyde på blir strammere i tiden fremover.

Helse Nord må sikre at sykehusforbruket er på riktig nivå og at uønsket variasjon i forbruk, indikasjonsstilling og behandlingsrutiner reduseres. Det vil styrke kvaliteten på tjenestene, bedre prioriteringene og styrke foretaksgruppens økonomiske bæreevne. Nye måter å levere tjenestene, på uten bruk av sykehusinnleggelser, vil være naturlig del av denne endringen.

Nye teknologiske løsninger må tas i bruk for å styrke den desentrale diagnostikk og behandling, inkludert egendiagnostikk og –behandling (jfr nærtjenester kap. 3.1) og i tillegg sikre effektiv bruk av bemanningen og et sømløst samarbeid med primærhelsetjenesten. På grunn av spredt bebyggelse og lange avstander er Helse Nord den regionen i landet der potensialet i ny teknologi er størst. Helse Nords ambisjon om å være ledende på teknologiområdet er derfor velbegrunnet, men krever nye tiltak for å realiseres. Teknologien må ikke begrenses til å understøtte og effektivisere dagens arbeidsprosesser, men gi muligheter for helt nye måter å yte helsetjenester på.

Aktivitetsveksten kan ikke løses med en tilsvarende bemanningsvekst fordi det ville kreve at flere enn det som er bærekraftig må søke seg inn i helse- og omsorgssektoren. Derfor er det nødvendig å utvikle andre måter å møte det økte behov for tjenester på.

Alle helseregioner i Norge får en økning i antall eldre. Helse Nord har som eneste region, en særlig utfordring ved at den yrkesaktive delen av befolkningen synker i tiden fremover. Viktigheten av å rekruttering og stabilisering av bemanning er derfor betydelig.

Funksjonsfordelingen mellom sykehusene og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten må så langt det er mulig sikre likeverdig tilgjengelighet og baseres bl.a. på faglige kriterier og bevissthet om hvilke løsninger som mest effektivt utnytter den begrensede samlede

helsepersonellressursen. Samarbeidet med primærhelsetjenesten må styrkes og nye samarbeidsformer (inkludert spleiselag) utvikles slik at pasientene får behandling på riktig omsorgsnivå og uten unødvendige forflytninger mellom omsorgsnivåene.

For å møte utfordringene må gjennomføringsevnen i regionen styrkes. Alle ledd i organisasjonen må se sitt ansvar i denne sammenheng og resultater må etterspørres og følges opp.

Helse Nord vil sikre innbyggerne et fortsatt trygt og godt behandlingstilbud i Nord-Norge innenfor en bærekraftig økonomi. Tiltak konkretiseres i den årlige rulleringen Plan for Helse Nord (4-årige handlingsplaner og 8-årige investeringsplaner)

I resten av dette kapitlet beskrives noen av de tiltakene som skal møte de utfordringene som er omtalt i kapittel 3 og 5.

6.2 Pasientens helsetjeneste

Helse Nord vil legge til rette for at brukernes stemme blir hørt og vektlagt i ulike fora. Ambisjonen er at brukerne bringes oftere og tidligere inn i prosessene også når det gjelder forbedringsarbeid og andre utviklings- og omstillingsprosesser.

Tiltak – pasientens helsetjeneste

- Helse Nord vil involvere brukerne oftere og tidligere i forbedringsarbeid og utviklings- og omstillingsprosjekter – «ingenting om meg uten meg må legges til grunn».
- Helse Nord vil legge forholdene til rette slik at pasienter opplever samarbeidet sykehusene imellom og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som sømløst
- Helse Nord vil bruke teknologiområdet for å sikre desentrale spesialisthelsetilbud inkludert egendiagnostikk/egenbehandling, digital dialog mellom pasient og helsetjeneste og bedre kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Helse Nord vil legge til rette for videreutvikle samvalgsløsninger og legge til rette for at samvalg blir tilbudt til langt flere pasienter
- Helse Nord vil legge til rette for at pasientene opplever kontinuitet i møtene med ansatte i løpet av sykehusoppholdet og at pasienter som har rett til det får en kontaktlege

6.3 Pasientbehandling og kvalitet

Å harmonisere indikasjonsstillinger (begrunnelser for utredning og behandling) og behandlingspraksis bidrar både til jevnere kvalitet, et riktig aktivitetsnivå, riktigere prioritering og bedre ressursbruk. Kliniske fagrevisjoner, styrking av fagråd og felles regionale rutiner er tiltak som vil brukes for å oppnå dette. En nødvendig forutsetning er å styrke fagrådenes virksomhet.

Befolkningen i Helse Nord er spredt bosatt over et stort areal og desentralisering er en måte å kunne tilby gode og tilgjengelige tjenester på. Det er stor variasjon i forbruket av tjenester uten at det kan forklares som tilfeldigheter og ulik befolkningssammensetning. Oppgaver skal ytes nært der pasienten bor når det kan skje med nødvendig kvalitet og forsvarlig ressursbruk. Samtidig er det nødvendig å ha robuste fagmiljø og en sterk region- og universitetssykehusfunksjon for høyspesialiserte oppgaver, undervisning og forskning.

Tiltak – pasientbehandling og kvalitet

- Helse Nord vil forbedre pasientsikkerheten og kvaliteten på tjenestene ytterligere ved blant annet å:
 - Styrke de regionale fagrådene
 - Utarbeide felles regionale faglige retningslinjer/prosedyrer
 - Gjennomføre kliniske fagrevisjoner
 - Utarbeide felles regionale kompetanseplaner,
 - Arbeide for økt tilgang på beslutningsstøtte
 - Bygge systemer for læring fra avvikshåndtering og resultater fra kvalitetsregistre
 - Ha systemer for rask implementering av ny kunnskap i fagmiljøene på alle sykehus.
- Helse Nord vil styrke kompetansen innen eldremedisin og sørge for at slik kompetanse er tilgjengelig i alle sykehus
- Helse Nord vil ha særlig oppmerksomhet mot tilbudet til multisyke pasienter som ofte må ha sykehusbehandling
- Helse Nord vil, i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten, utvikle de prehospitale tjenester slik at de ivaretar tjenestens stadig mer sentrale rolle i behandlingen av pasienter
- Helse Nord vil økonomisk prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester
- Helse Nord vil bedre det samlede helsetilbudet for denne gruppen slik at også den gjennomsnittlige levealderen til alvorlig psykisk syke og rusmisbrukere øker
- Helse Nord vil med elektroniske systemer utvikle lukket legemiddelsøyfe for å hindre feilmedisinering av pasienter
- Helse Nord vil videreutvikle tjenester fra kliniske farmasøyter for å bidra til korrekt bruk og reduserte kostnader på legemidler
- Helse Nord vil ivareta legemiddelberedskap og forsyning ved å bruke sykehusapotekenes nettverk og kompetanse på legemiddellogistikk
- Helse Nord vil sørge for egenproduksjon av individuelt tilpassede legemidler.

6.4 Strategier for å styrke et likeverdig møte med helsetjenesten for den samiske befolkning

I Utviklingsplan 2035 skal overordnede strategiske områder identifiseres og viktige tiltak konkretiseres. Skal vi som nasjon kunne ivareta våre forpliktelser overfor den samiske urbefolkning må også Helse Nord RHF som en regional institusjon ivareta sine forpliktelser. I Helse Nords arbeid med å styrke det likeverdige møtet med helsetjenesten vil følgende tiltaksområder legges til grunn:

6.4.1 Helse Nord vil styrke språk og kulturkompetanse hos helsepersonell

Den samiske befolkningen er mangfoldig i form av flere språk, næringsutøvelse og øvrige kulturmarkører. I Norge er det fem samiske språkområder: Øst, nord, pite, lule og sørsamisk. De to sistnevnte er av UNESCO kategorisert som svært truende, mens nordsamisk er truet. Det er svært få i Norge som behersker pite og østsamisk. Hvor folk bor påvirker også den kulturelle situasjon og det er viktig å være oppmerksom på at det kan være store forskjeller mellom ulike steder.

Tiltak – styrke språk og kulturkompetanse hos helsepersonell

- Helse Nord vil utrede organisering og utvidelse av tolketjenesten på nord, sør og lulesamisk språk og gjøre tilbudet tilgjengelig i hele foretaksgruppen.
- Helse Nord vil skaffe oversikt over medarbeidere med samisk språk og kulturkunnskap og organisere dette i en felles nettverksressurs i helseforetakene
- Helse Nord vil, i regi av SANKS, få utviklet e-læringsprogram i samisk kulturforståelse for ansatte i Helse Nord
- Helse Nord vil ta initiativ overfor utdanningsinstitusjonene for å få samisk kulturforståelse inn i grunnutdanningen av alt helsepersonell i Nord-Norge
- Helse Nord vil ta initiativ overfor Samisk høgskole for å få utviklet et utdanningstilbud i samisk kulturforståelse rettet særlig inn mot helsepersonell

6.4.2 Helse Nord vil øke utdanning og rekruttering av helsepersonell med samisk språk og kulturkompetanse

Det er i dag stor mangel på samisktalende personell i helsetjenesten. Behovet for slikt personell vil øke, ikke minst som følge av flere eldre.

Tiltak – Øke utdanning og rekruttering av helsepersonell med samisk språk og kulturkompetanse

- Helse Nord vil arbeide for etablering av desentralisert samisk sykepleierutdanning i samarbeid mellom Samisk høgskole, Finnmarkssykehuset/Samisk helsepark, Helse Nord og Universitetet i Tromsø
- Helse Nord vil utrede stimuleringsstrategier for økt rekruttering og stabilisering av personell

6.4.3 Helse Nord vil styrke den samiske innflytelsen i spesialisthelsetjenesten

Organisering og struktur er avgjørende for hvilken oppmerksomhet som rettes mot samiske pasienters mulighet for et likeverdig helsetilbud.

Tiltak – samisk innflytelse i spesialisthelsetjenesten

- Helse Nord vil utrede samisk representasjon i helseforetakenes styrer
- Helse Nord vil utrede hvordan samiske interesser kan ivaretas på ledelsesnivå i helseforetakene
- Helse Nord vil inkludere representasjonen fra samiske interesser i brukerutvalgene i Helse Nord
- Følge opp Samarbeidsavtalen med Sametinget i tråd med Utviklingsplan 2035

6.4.4 Helse Nord vil øke tilgjengeligheten av spesialisthelsetjenester for den samiske befolkning

Den samiske befolkning får sine tjenester i den etablerte spesialisthelsetjenesten og bor spredt i hele regionen. Da bør satsingen på e-helse i diagnostikk og behandling ha hovedprioritet.

Tiltak – øke tilgjengeligheten av spesialisthelsetjenester for den samiske befolkning

- Helse Nord vil utrede, innen utgangen av 2019, hvordan vi på beste måte kan yte helsetjenester til hele den samiske befolkning i Nord-Norge. Her skal hvordan tilbudene som samisk helsepark yter også vurderes i en regional sammenheng.
- Helse Nord vil styrke tilbudet innen eldremedisin med vekt på samisk språk og kultur i eksisterende tjenester
- Helse Nord vil utvikle regional kompetansesenterfunksjon for eldremedisin i Samisk helsepark
- Helse Nord vil utvikle LMS-tilbud i det enkelte helseforetak som er tilrettelagt for den samiske pasient og pårørende
- Helse Nord vil utrede tjenestetilbud som kan tilbys som konsultasjon via Skype/videoløsninger fra samisk helsepark/andre virksomheter
- Utrede organisering av ressursgrupper, basert på egne medarbeidere, som helsepersonell kan få støtte hos

6.5 Regional utvikling og regionalt samarbeid

Det er et viktig punkt for Helse Nord; så viktig at det i strategien beskrives slik «*Som hovedstrategi velger Helse Nord samarbeid mellom enheter og nivåer*». I dette kapittel er samlet ulike tema, men med det til felles at det kan oppnås utvikling og forbedring gjennom samarbeid.

6.5.1 Funksjonsfordeling

Riktig funksjonsfordeling er viktig for å sikre at tjenestene som kan ytes desentralt er fordelt slik, samtidig som utnyttelse av begrensede bemanningsressurser, tilstrekkelig behandlingsvolum, utnyttelse av kostbart medisinsk-teknisk utstyr og ivaretagelse av region- og universitetssykehusfunksjonen, nødvendiggjør sentralisering på noen høyspesialiserte områder. Mye kan tyde på at vi går fra at tjenester ytes ett sted til at fagmiljøer kan dele på oppgaveløsningen – funksjonsdele.

6.5.2 Samarbeid med private, inkl. avtalespesialister

Kjøp fra private institusjoner og avtaler med lege- og psykologspesialister er en viktig del av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Pasienter og pårørende skal fortsatt kunne benytte de private aktørene med avtale på lik linje med sykehusene. Virksomheten ved private institusjoner, avtalespesialistene og sykehusene må i større grad blir koordinert for å bruke ressursene på en mest mulig effektiv måte.

6.5.3 Legemiddelforsyningen og legemiddelhåndteringen i Helse Nord

Det er behov for en overordnet strategi om en felles standard for legemiddelforsyningen i Helse Nord. I dag har helseforetakene i regionen ulik tilnærming til å løse utfordringene i legemiddelforsyningen. En riktig og felles overordnet strategi vil bidra til lik kvalitet, pasientsikkerhet og trygg, rasjonell og effektiv legemiddelhåndtering.

Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten jobber hver for seg med å sørge for riktig legemiddelhåndtering til sine pasienter. Likevel oppstår feil i legemiddelbruken i pasientflyten mellom de to forvaltningsnivåene, en av de største kvalitetsutfordringene i norsk helsevesen og ansvarlig for flere årlige dødsfall. Den farmasøytiske kompetansen i regionen vil kunne spille en aktiv rolle i arbeidet med å finne løsninger på denne utfordringen. Felles legemiddelliste er under utvikling i regi av Direktoratet for e-Helse og det vil også bidra til redusert risiko for feil bruk av medikamenter.

De regulatoriske forholdene rundt sykehusapotekene er med jevne mellomrom oppe til diskusjon. Dette understreker betydningen av at Helse Nord får en strategi for legemiddelforsyningen og bruk av farmasøytisk kompetanse.

6.5.4 Regionale fagråd

Helse Nord er organisert i helseforetak som igjen har sykehus med delansvar for geografiske områder. Det er både når det gjelder planlegging og drift behov for felles strukturer på tvers av denne geografiske dimensjonen. Det ligger store muligheter i å mobilisere de faglige ressursene for å styrke felles faglig utvikling, like faglige retningslinjer, harmonisering av indikasjonsstillinger og behandlingspraksis.

Fagrådene skal gis et nytt og tydeligere mandat, operasjonell støtte og ledelsesmessig forankring slik at de kan spille en mer framtrædende rolle i Helse Nords videre utvikling.

6.5.5 Universitetssykehusfunksjonen i Helse Nord

Regionen har en liten befolkning og et begrenset volum av pasienter kombinert med mange sykehus. Regionen vil ha nedgang i den yrkesaktive del av befolkningen i årene som kommer og rekrutteringsgrunnlaget vil svekkes. Dette har betydning for å ivareta de høyspesialiserte funksjoner og trygge grunnlaget for undervisning og forskning i universitetssykehuset. Helse Nord må ta aktivt stilling til konsekvensene for universitetssykehusfunksjonen av endringer i befolkningen og nye muligheter som følge av medisinsk utvikling.

6.5.6 Administrative funksjoner

Det er nødvendig å finne en hensiktsmessig oppgavedeling mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene og å redusere eventuelle parallelle arbeidskrevende prosesser både på stabsområder og andre områder. Regionalt samarbeid som reduserer samlet ressursbruk og øker kvaliteten bør igangsettes på mange områder. Rask utvikling innenfor mange fagfelt og strammere økonomiske rammer fremover er gode begrunnelser for dette. Dette vil også medføre at HF-ene blir tilstrekkelig involvert i viktige prosesser. Flere områder som er godt egnet for slik regionalt samarbeid er for eksempel fag, kvalitet, HR, økonomi, administrative oppgaver

Tiltak – regional utvikling og regionalt samarbeid

- Helse Nord vil bruke regionalt samarbeid for å øke kvaliteten på tjenestene med lavest mulig samlet ressursbruk
- Helse Nord vil utrede hvilke kriterier/hensyn som skal ligge til grunn ved funksjonsfordeling.
- Helse Nord vil arbeide for at virksomheten ved private institusjoner, avtalespesialistene og sykehusene i større grad blir koordinert for å sikre god kvalitet og bruke ressursene på en mest mulig effektiv måte.
- Helse Nord vil utarbeide en egen strategi for legemiddelforsyningen og bruk av farmasøytisk kompetanse i regionen.
- Helse Nord vil styrke fagrådenes rolle i spørsmål om faglig utvikling, regionale rutiner/prosedyrer og forvaltning av disse, undervisning, teknologisk utvikling, økonomiske investeringer og samhandling med primærhelsetjenesten. En nødvendig forutsetning er at det etableres støttefunksjoner for fagrådene.
- Helse Nord vil sammen med HF-ene gjennomgå de administrative oppgavene i foretaksgruppen og etablere en organisering som fremmer kvalitet og rasjonaliserer ressursbruken.

6.6 Samhandling med primærhelsetjenesten

Det må i Helse Nord utvikles en sterkere kultur for samhandling, både internt i foretakene og i relasjon til primærhelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. God samhandling, med vekt på helhetlige pasientforløp, skal være en ledetråd i alt pasientrettet arbeid og ligge til grunn for alt kollegialt samarbeid. Disse overordnede målsettinger skal sikre mer helhet og sammenheng i pasientens helsetjeneste.

Der geografiske og andre forhold ligger til rette for det, vil Helse Nord stimulere til videreutvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester/distriktsmedisinske sentra og sykestuer.

Samhandlingstiltak må søke å kompensere for at tjenestene er organisert på forskjellig forvaltningsnivå. Det må som partnerskap utvikles innovative modeller for organisering og finansiering. Den digitale revolusjonen i helsetjenesten er allerede i gang og vil i enda større grad prege framtidens helsetjeneste. I en landsdel som er skapt for å ta i bruk slike løsninger vil nye digitale tjenester bli av de viktigste virkemidler for å styrke samhandlingen, både mellom helsetjenesten og pasienten og mellom nivåene i helsetjenesten.

Kommunene får stadig mer komplekse oppgaver, og spesialisthelsetjenesten må ta sitt ansvar for å bygge opp kompetanse i kommunene og understøtter særlig de minste kommunene i å løse disse nye oppgavene. Det må utvikles en mest mulig felles forståelse for hva som er partenes primære ansvarsområder og skapes gode samarbeidsflater i grensesnittene mellom ansvarsnivåene

Høringsnotat 05.07.2018

Tiltak – samhandling

- Helse Nord vil bidra til at foretaksgruppen setter samhandling tydeligere på dagsorden, både på ledelsesnivå, klinisk nivå og gjennom saker i styrende organer
- Helse Nord vil bidra til å sette kommunehelsetjenesten bedre i stand til å ivareta sine pålagte og nye oppgaver, både ved videreutvikling av eksisterende samarbeidsfora og ved pilotering av alternative modeller for finansiering, samlokalisering og samorganisering.
- Helse Nord vil legge til rette for bedre samarbeid mellom helseforetakene og kommunene om etablering av intermediært tilbud
- Helse Nord vil i samarbeid med kommunene – bidra til at det i hvert sykehusområde etableres felles arenaer der fastleger og sykehusleger i felleskap utvikler en normerende praksis for gode henvisninger og epikriser og for annet samarbeid om ivaretagelse av pasienten i hele pasientforløpet. Helse Nord vil, i samarbeid med kommunene, bruke kunnskapen om storforbrukere av sykehustjenester til å iverksette målrettede tiltak for denne gruppen.
- Helse Nord vil i samarbeid med kommunene, utvikle tiltak som styrker den faglige dialogen med primærhelsetjenesten, både ved dialogmeldinger mellom fastleger og sykehusleger, og ved å sørge for at alle helseforetak har lett tilgjengelige kommunikasjonskanaler døgnet rundt.
- Helse Nord vil i samarbeid med primærhelsetjenesten søke å redusere sykdom og lidelse, og eventuelle behov for sykehusinnleggelse, både gjennom tiltak for å styrke pasientens egenmestring, og ved bedre tidligdiagnostikk og intervensjon.
- Helse Nord vil bidra til å styrke pasientsikkerheten i kommunehelsetjenesten og samhandling med kommunene ved å legge til rette for at den utskrevne pasient har samstemte legemiddellister, utstyr og informasjon til å fortsette sin planlagte behandling på egen hånd med mål om å få best mulig effekt av behandlingen
- Helse Nord vil stimulere til at digital teknologi prøves ut og tas i bruk og til utvikling av bedre integrerte og samhandlende journalsystemer.
- Helse Nord vil i samarbeid med kommunene ta et særlig ansvar for å dokumentere og analysere utviklingstrekkene i kommuner og helseforetak, blant annet gjennom løpende oppdatering, videreutvikling og bruk av samhandlingsbarometeret

6.7 Bemanning og kompetanse

Utfordringsbildet med økt aktivitet, behov for mer personell og en reduksjon i den yrkesaktive befolkning i landsdelen er krevende. Det samme gjelder for kommunehelsetjenesten.

Det blir nødvendig å utvikle nye måter å løse arbeidsoppgavene (inkludert bruk av teknologi) kombinert med utdanning av nok personell og effektiv arbeidsorganisering. Det vises i denne sammenheng også til Helse Nords egen regionale plan for rekruttering og stabilisering²⁹.

Tilgangen på pleiepersonell, ikke minst spesialsykepleiere, forventes å bli den største utfordringen. Helse Nord må også være forberedt på at det vil bli behov for personell med en helt annen bakgrunn enn det som tradisjonelt har vært etterspurt i foretakene, eksempelvis kompetanse innen fysikk og spesifikke områder innen IKT og teknologi. Dette er en konsekvens av den digitale omstilling som vil prege både diagnostikk, behandling og samhandling i årene fremover. Det vil også kreve en betydelig satsning på opplæring og tilleggsutdanning for dagens helsepersonell. Helse Nord er også sårbar for sviktende rekruttering i en rekke legespesialiteter.

²⁹ Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering (2016)

Tiltak – bemanning og kompetanse

- Helse Nord vil arbeide for at det utdannes et tilstrekkelig antall kvalifisert helsepersonell, tilpasset befolkningens etterspørsel -og behov for helsetjenester.
- Helse Nord vil ta initiativ overfor utdanningsinstitusjonene for å utrede behovet for utdanning til nye yrkesgrupper og videreutvikling av innholdet i etablerte utdanninger på videregående skole
- Helse Nord vil være en tydelig premissleverandør overfor utdanningsinstitusjonene for å sikre et utdanningstilbud tilpasset helsetjenestens utvikling og behov for kompetanse.
- Helse Nord vil ta initiativ til samarbeid med KS og utdanningsinstitusjonene for å øke andel menn søker seg jobb innenfor helse generelt sett og at en økt andel kvinner blir toppledere.
- Helse Nord vil styrke rekrutteringsarbeidet og arbeide for større stabilitet blant helsepersonell
- I Helse Nord skal hovedregelen være 100% stilling.
- Helse Nord vil bidra til godt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet ved et kontinuerlig fokus på forbedring og kvalitet, faglig stimulerende oppgaver og muligheter for forskning og innovasjonsarbeid.
- Helse Nord vil legge til rette for en ledermobilisering, lederutdanning og lederutvikling som gir nødvendig lederstøtte og handlingsrom til å kunne utøve godt lederskap.
- Helse Nord vil at helsepersonells arbeidstid i størst mulig grad skal handle om pasientrettet arbeid og nødvendige beredskapsordninger og derfor må det satses mer på støttefunksjoner som kan ivareta andre oppgaver
- Helse Nord vil satse på oppgavedeling der det er god bruk av helsepersonells kompetanse og sikrer god faglig forsvarlig praksis
- Helse Nord vil bidra til å frigjøre arbeidstid til prioriterte oppgaver ved bruk av god systemstøtte, automatisering, roboter, kunstig intelligens, velferdsteknologi og andre teknologiske løsninger der det vurderes som hensiktsmessig.
- Helse Nord vil, i samarbeid med kommunene, etablere ordninger som sikrer at leger i spesialisering i allmennmedisin får nødvendig sykehustjeneste på en planlagt måte.

6.8 Forskning og innovasjon

Forskning er et av spesialisthelsetjenestens fire ansvarsområder. Forskning er avgjørende for spesialisthelsetjenestens andre primære ansvarsområder, kvaliteten på pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Forskning er ikke bare viktig for å heve det kollektive kunnskapsnivået i helsesektoren, men virker motiverende på Helse Nords ansatte og er en faktor av stor betydning i rekrutteringsøyemed. Forskningsaktiviteten er svært ujevnt fordelt i regionen.

Helse Nord er avhengig av å finne innovative løsninger for å kunne møte de bemanningsmessige og økonomiske utfordringene regionen står ovenfor. Innovasjonsarbeidet må derfor forseres og resultater må etterspørres og formidles videre i regionen. Innovasjonsarbeid bidrar til økt trivsel blant de ansatte og vil også virke attraktivt i en rekrutterings-situasjon. Innovative løsninger må til for å sikre det desentrale spesialisthelsetjenestetilbudet.

Tiltak – forskning og innovasjon

- Helse Nord vil særlig stimulere til økt forskning i helseforetakene som har en forholdsmessig liten andel forskningsaktivitet.
- Helse Nord vil sørge for muligheter for forskning og innovasjon for ansatte i helseforetakene gjennom tilrettelegging og prioritering av midler, slik at ressursbruk og aktivitet som et minimum kommer opp på det samme nivå som i de andre regionale helseforetakene.

6.9 Økonomi

Det har vært en negativ produktivitetsutvikling i Helse Nord siden 2012 samtidig som de andre regionene har hatt en forbedring. Det er begrenset handlingsrom til å gjennomføre nye tiltak på grunn av store byggeprosjekter som allerede legger press på likviditeten, og en rekke vedtatte tiltak som etterlater lite midler til nye disponeringer.

Det er nødvendig å iverksette tiltak for å bedre produktiviteten for å håndtere økt etterspørsel, styrket kvalitet og økte investeringsbehov i en periode hvor vi ikke kan regne med at ressursene øker som før. Derfor må allerede god budsjettdisiplin kombineres med strammere prioritering for å skape et handlingsrom til å gjennomføre omstillingstiltak.

Det er flere usikkerhetsmomenter både ved inntekts- og kostnadsutvikling (nasjonal inntektsfordelingsmodell, avbyråkratiseringsreform, finansiering av store nasjonale IKT prosjekter).

Tiltak – økonomi

- Helse Nord vil iverksette tiltak for å sikre likviditet til planlagte prosjekter og for å gi handlingsrom for videre satsning innen teknologi og omstillings- og innovasjonsarbeid. Alternativt vil planlagte investeringer måtte utsettes og eiendomsmasse realiseres.
- Alle investeringsforslag i Helse Nord skal gjennom den samme prosedyren for vurdering av effekt kontra kostnad som grunnlag for en endelig prioriteringsprosess.
- Helse Nord vil bedre produktiviteten ved involvering av medarbeiderne i kartlegging og effektivisering av arbeidsprosessene. Nye teknologiske løsninger vil være sentrale for å realisere dette.
- Helse Nord vil sikre at regionen har en felles tilnærmingen til gevinstrealisering og derved oppnår større effekter av vedtatte tiltak.
- Helse Nord vil sikre kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon ved forvaltning og oppfølging av gjeldende innkjøpsavtaler
- Helse Nord vil øke andelen av faglig likeverdige og rimeligere legemidler ihht til grossistavtale og LIS-avtale.
- Helse Nord vil intensivere innkjøpssamarbeidet og iverksette tiltak for å sikre lojalitet til inngåtte avtaler.
- Helse Nord vil redusere reisekostnadene ved bruk av alternative konsultasjons- og møteformer.
- Ved tjenesteleveranser mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil Helse Nord legge til grunn oppgjørsordninger som oppfattes som rimelige av begge parter.

6.10 Teknologi

Framtidens sykehus vil kunne se veldig annerledes ut enn i dag fordi digitalisering og automatisering gir potensialet til å endre dagens driftsmodell. Mange av konseptene og teknologiene som muliggjør utviklingen eksisterer allerede, og spørsmålet er hvorvidt det synes å ta disse i bruk i helse- og omsorgssektoren. I Helse Nord er det lagt ned et stort arbeid med de grunnleggende strukturene og felles arkitektur er i stor grad utarbeidet.

Digitalisering og automatisering – tjenester

Digitale tjenester vil i fremtiden bygge på egenmonitorering, sensorer, digital kommunikasjon og analyser som gir pasienter og klinikere kontinuerlig informasjon om pasientens tilstand. Dette muliggjør behovsbasert kontakt med helsepersonell, digital eller fysisk, når det er nødvendig. Digitalisering vil gradvis viske ut dagens grenser mellom primær- og spesialisthelsetjeneste slik det oppleves for pasienten i dag.

Tjenesteleveransen vil etter hvert kjennetegnes av automatiserte analyser av pasientdata og digitale snitt. I tillegg vil digitale plattformer legge til rette for at nasjonal spesialistkompetanse kan samles og stilles til rådighet ved behov, gjennom deling av informasjon mellom spesialister innen fagområder nasjonalt og internasjonalt³⁰.

Digitalisering og automatisering - pasientopplevelse

Pasientopplevelsen i kontakt med helsetjenesten vil kjennetegnes av sømløs tilgang og i størst mulig grad en pasientportal og informasjonskilde (helsenorge.no). Digitale løsninger ved hele pasientreisen, som bestilling, endring og oppfølging av konsultasjon og behandling, vil gi pasienten fleksibilitet og redusere behov for pasientadministrasjon.

Digitale løsninger i sykehuskontakt vil føre til at pasienten alltid vet om det praktiske rundt et sykehusopphold.

Samhandling mellom kommuner, andre nivåer og spesialisthelsetjenesten.

Teknologien vil gradvis kunne viske ut grensene mellom nivåene. Sensorteknologi i form av for eksempel ePlaster³¹ og andre velferdsteknologiske løsninger i pasientens hjem vil via velferdsteknologiske knutepunkt, hentes inn nasjonalt på en sikker og trygg måte og stilles til rådighet for relevante behandlere på alle nivåer. Visitten og etterkontroller vil i fremtiden for enkelte sykdomsgrupper ikke lenger foregå på et sykehus, men like gjerne i pasientens hjem. Velferdsteknologi vil smelte sammen med andre løsninger som tradisjonelt finnes i pasientens hjem (lyd, video og data) med tilhørende reduksjon av brukerterskel, men på en sikker måte med pasienten involvert og i sentrum.

Digitalisering og automatisering – administrative oppgaver

Administrative oppgaver vil kunne automatiseres i stor utstrekning ved hjelp av robotics og resonerende analyser. Det gjelder både tradisjonelle støttefunksjoner som økonomi, innkjøp, HR og kommunikasjon, så vel som dokumentasjon og innhenting av informasjon for klinikerne. Skybaserte ERP-løsninger akselerer denne utviklingen, slik at manuelle oppgaver automatiseres og løses raskere og mer presist.

Helsedata

Data representerer mye av grunnlaget for en bedre helsetjeneste. Det danner grunnlaget for mer presis styringsinformasjon, beslutningsstøtte, læring for resonerende analyser, pålitelig monitorering og preventiv intervensjon. I dag er data fremdeles lagret i siloer hos flere ulike aktører i helsesektoren – og vanskelig tilgjengelig for helsepersonell og som nødvendig input til digitale prosesser. I fremtiden vil nasjonale og regionale register som samler data på en strukturert og anvendbar måte være ferdig utviklet, og muliggjøre digitalisering og automatisering³².

Personvern og bruk av persondata / helsedata er en pågående debatt. I hvilken grad helsetjenesten vil få anledning til å benytte helsedata til fremtidig analyse vil avhenge av tillitsforholdet mellom borger og tjeneste. Datasikkerhet vil derfor være et strategisk viktig område i dette arbeidet.

Strukturer og rammer i arbeid med digitalisering

³⁰ Konseptstudie Digital Patologi, Digitalt multimedia arkiv.

³¹ <http://www.ouh.dk/wm425637>

³² Eks: velferdsteknologisk knutepunkt, medisinske helseregistre, kjernejournal, eResept og helsenorge.no og andre

I dag er arbeid med velferdsteknologi kjennetegnet ved en rekke pilotaktiviteter, hvor flere løsninger mangler oppfyllelse av grunnleggende standarder for hvordan de bruker og lagrer data mot felles arkitektur. Slike løsninger lar seg ikke skalere, og forblir pilotaktiviteter. I fremtiden vil det jobbes med å ta i bruk løsninger som avleverer data inn til felles nasjonale infrastrukturer³³.

Utviklingen vil endre dagens driftsmodeller. Det betyr transformasjon av eksisterende organisasjon, som krever andre arbeidsformer, organisering, ledelse og kompetanse enn tradisjonelt effektiviserings- eller forbedringsarbeid.

Det vil kunne føre til forbedring i måten regionen leverer helsetjenester på, både for pasient og helsetjenesten. Det vil kreve store investeringer selv om grunnleggende arkitektur er på plass. Midler til dette må frigjøres fra drift eller investeringsbudsjettet. Det forventes at dagens skille mellom IKT, MTU, velferdsteknologi og teknologi i bygg vil viskes bort for å kunne utøve en helhetlig teknologistyring, og for å ha kontroll med kostnader og redusere risiko i pasientbehandlingen. Dette vil også kunne føre til endring i eierskap og forvaltning av teknologi.

³³ Som oppfyller prinsipene i Continua rammeverket: Arkitektur for velferdsteknologi – anbefaling for utprøving og faser for realisering (Helsedirektoratet, 2015)

Tiltak – teknologi

- Helse Nord vil utarbeide en samlet strategi for teknologi og handlingsplan for teknologiarbeid i regionen. Et hovedmål skal være at teknologi skal understøtte det kliniske arbeidet og ikke gi unødvendig merarbeid for klinisk personale. Strategien må avklare hvordan Helse Nord ønsker å samarbeide med private aktører på teknologiområdet
- Helse Nord vil innføre insentiver som stimulerer til adopsjon og anvendelse av velprøvde og fungerende løsninger
- Helse Nord vil legge bruk av teknologi inn som styringsmål for helseforetakene, sette mål for dette og følge opp utviklingen
- Helse Nord vil vurdere å utvikle en funksjon som skal støtte både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med å ta i bruk og anvende teknologiske løsninger. Arbeidet med innovasjoner og bruk av ny teknologi må være godt forankret i de kliniske miljøer og skje i nært samarbeid med disse
- Helse Nord vil bidra til å utvikle rammer for pilotering, med mål om at evnen til å skalere konseptene som testes, legges inn som et kriterium for evaluering av hvilke piloter som skal gjennomføres
- Helse Nord vil definere kompetansemål for teknologi, både ved nyansettelser og utvikling av ansatte
- Helse Nord vil arbeide for å samle vurderingene av IKT, MTU, velferdsteknologi, teknologi i bygg og bygningsmassen, for å sikre helhetlig utvikling av infrastrukturen
- Helse Nord vil prioritere arbeid med teknologi som reduserer manuelt rutinearbeid og som muliggjør at enkelte konsultasjoner på sykehus kan gjennomføres i pasientens hjem

Høring

6.11 Bygg og kapasitet

Aktivitetsnivået i 2035 er framskrevet for kapasitet målt som senger, dagplasser og poliklinikkrom. I og med at det i Helse Nord i dag ikke finnes en oppdatert oversikt over rom med bruk av de samme parameterne, er det vanskelig å vurdere i hvor stor grad dagens romkapasitet vil dekke behovet i 2035. Disse spørsmålsstillingene må det gås dypere inn i når bygningsmessige investeringer skal vurderes.

Tall på effektive senger fra Helsedirektoratet indikerer at dagens samlede sengekapasitet i Helse Nord vil være tilstrekkelig i 2035 gitt at alle forutsetninger i framskrivningsmodellen om reduksjon i behovet for sengeplasser realiseres. Her er det et usikkerhetsintervall som må følges opp og utredes nærmere fordi det potensielt har betydelige investeringsmessige konsekvenser. På grunn av ulike utgangspunkt og forskjeller i befolkningsutviklingen er effektene ulike mellom helseforetakene. Forslag om areal til poliklinikk og dagbehandling må vurderes løst enten med nye investeringer og/eller om kapasitetsbehovet skal løses med lengre åpningstider.

Tiltak – bygg og kapasitet

- Helse Nord vil benytte alternativer til sykehusinnleggelse der det er mulig og tjenlig, men vil samtidig tilpasse sengekapasiteten i regionen slik at de nødvendige behovene dekkes
- Helse Nord vil følge opp og utrede nærmere den usikkerheten som er om framtidig kapasitetsbehov, eksempelvis kommunenes evne til å overta nye oppgaver
- Helse Nord vil velge fleksible bygningsmessige løsninger slik at byggene lett kan tilpasses ulike behov i fremtiden. Prinsippet om en-sengs-rom skal alltid legges til grunn
- Helse Nord vil, ved nybyggprosjekter, samlokalisere psykisk helsevern med somatiske helsetjenester for å legge til rette for bedre kvalitet på tjenestene

7. Veien videre og implementering av tiltak

7.1 Veien videre – grensesnitt mot Plan for Helse Nord (4-årige planer og 8 årige investeringsplaner)

Det er definert en rekke tiltak innenfor rammen av 10 hovedområder. Både innenfor og på tvers av disse områdene er det avhengighet mellom flere av tiltakene. Det innebærer at enkelte tiltak bør foregå samtidig eller i en viss rekkefølge. Behovet for å definere en rekkefølge kommer også av at implementering krever ressurser, fokus og samkjøring av ledelse og organisasjonen, som vanskeliggjøres når mengden tiltak som forsøkes gjennomført på samme tid øker.

Rekkefølgen og hvilke tiltak som skal gjennomføres samtidig er ikke definert i dette arbeidet. Det vil defineres i arbeidet med årlige og 4-årige planer. Når disse planene utarbeides vil det besluttes hvilke av tiltakene som er definert i strategisk utviklingsplan 2035 som skal prioriteres i påfølgende periode, årlig og 4-årig.

Tiltakene som prioriteres i en planperiode skal detaljeres i aktiviteter og prosesser som sikrer gjennomføring av tiltaket slik at det bidrar til å løse utfordringsbildet slik det er beskrevet i utviklingsplanen. Det skal presiseres hvilke krav det stiller til finansiering og kapasitet hos ledere og ansatte i organisasjonen. Det skal defineres tid for gjennomføring av hvert tiltak, med underliggende milepæler og delmål for arbeidet.

Gjennomføringen skal følge et tempo som til enhver tid sikrer tilstrekkelig ressursgrunnlag og ledelseskapasitet i Helse Nord for å realisere tiltakene som er bestemt iverksatt i planperioden. Samtidig skal tempoet være høyt nok til at alle tiltak i utviklingsplanen er gjennomført innen utgangen av 2035.

Helse Nord skal i perioden ha god oversikt over fullførte, pågående og ikke påbegynte tiltak fra utviklingsplanen. Det sikrer at Helse Nord ikke driver flere aktiviteter enn det har kapasitet til, samtidig som det bidrar til god styring mot gjennomføring av samtlige tiltak innen utgangen av 2035.

7.2 Implementering – type tiltak og betydning for arbeidet i Helse Nord

Tiltakene som er beskrevet i utviklingsplanen kan grovt karakteriseres i rammen av tre typer av tiltak: 1) Kontinuerlig forbedring og effektivisering, 2) tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur, 3) tiltak knyttet til transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester.

Noen tiltak vil ligge i grenseland mellom ulike typer, og det er ikke vurdert som hensiktsmessig å strengt definere hvilke tiltak som er hvilken type i dette arbeidet. Det vil beskrives og presiseres at hvilke type tiltak det er snakk om, krever ulik tilnærming i planlegging, bruk av metodeverk, ressursdisponering og gjennomføring. Det er et perspektiv Helse Nord skal bruke når det defineres aktiviteter og prosesser for gjennomføring av tiltak, og hvilke krav det stiller til finansiering og kapasitet hos ledere og ansatte i organisasjonen.

Forbedringsarbeid innenfor eksisterende driftsmodell

Transformasjonsarbeid – ny driftsmodell



Forbedringsarbeid innenfor dagens driftsmodell

Det er usikkert hvordan vi kommer til å levere framtidens helsetjenester, og det er usikkert når virkelig transformativ endringer vil finne sted. I lys av denne usikkerheten vil Helse Nord arbeide for å forbedre eksisterende arbeidsprosesser. Dette er kontinuerlig forbedring og effektiviseringsarbeid. Eksempler på dette er bedre preoperative rutiner, bedre samarbeidsrutiner leger/sykepleiere på sengepost, fjerning av plunder og heft i de daglige gjøremål, robotisering av manuelle arbeidsoppgaver, automatisering av dokumentering for klinikker og enklere informasjonstilgang for alle som trenger beslutningsstøtte. Tiltak av denne typen gjør arbeidsprosesser enklere, og reduserer ikke-verdiskapende tid. Arbeidsprosessene er fortsatt de samme, bare gjort mer effektivt.

Helseforetakene har god erfaring med dette arbeidet, og det er utarbeidet metode for hvordan dette arbeidet bør struktureres og gjennomføres³⁴ for at tiltakene skal oppnå ønsket effekt. Det inkluderer suksessfaktorer med grundig beskrivelse for hvordan faktorene skal iverksettes og etterleves i arbeidet.

Suksessfaktorene omfatter 1) Involvering og forankring gjennom hele linjen, 2) Påvist god grunn som utgangspunkt for endring, 3) Tydelig problemstilling og mål for prosjektet, 4) Tilgjengelige midler og tid, 5) Strukturert og systematisk arbeid med jevn framdrift, 6) Riktig håndtering av motstand, 7) Dedikerte deltagere med rett kompetanse, 8) Oppfølging under og etter innføring.

For tiltak som er av typen forbedringsarbeid innenfor dagens driftsmodell skal Helse Nord detaljere aktiviteter og prosesser i tråd med dette metodeverket.

Tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur

³⁴ Arbeidsgruppe for indikatorer- og metodeutvikling (AIM). Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten (2018)

Dette er tiltak som sikrer tilstrekkelig med penger, areal og bemanning til å levere helsetjenester innenfor rammen av dagens strukturer og prosesser. Dette er tiltak som ikke i seg selv handler om effektivisering eller prosessforbedring, men opp- og nedskalering av kapasitet og økonomiske prioriteringer.

Dette krever en annen metodisk tilnærming enn forbedringsarbeid. Disse tiltakene vil det arbeides med i rammen av investeringsplan, utdanningsplaner og kortsiktige- og langsiktige budsjetter. Det mangler en metode som ser på arbeid med ressurser og infrastruktur samlet, og som sikrer effektiv gjennomføring av slike tiltak. Det bør utarbeides en slik metode for å følge opp tiltak av denne type.

Tiltak knyttet til transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester

Dette er tiltak som fundamentalt endrer den underliggende driftsmodellen for å levere helsetjenester. Til forskjell fra å effektivisere prosesser, handler slike tiltak om å løse målsetningene til Helse Nord annerledes enn i dag. Det innebærer å fjerne eksisterende prosesser, etablere nye, og endre organisasjonen slik at den er rigget for å levere helsetjenester på en annen måte.

Et mulig eksempel er at pasienten får direkte time på poliklinikken uten henvisning fra fastlege: Pasienten har en helse-app utviklet i samarbeid mellom Helse Nord og teknologileverandører. Basert på sensorbaserte målinger av puls, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, hydreringsgrad og enkelte biokjemiske målinger sammenholdt med informasjon om pasientens genom, sykehistorie og medisiner, gir den kunstige intelligensen beskjed om at pasienten trenger poliklinisk konsultasjon, inkludert supplerende undersøkelser, hos en gitt spesialitet i løpet av morgendagen. Appen opplyser om tilgjengelig timer for røntgenfotografering og blodprøvetagning i umiddelbar tilslutning til en spesialistkonsultasjon. Pasienten booker den undersøkelsessekvensen som passer best.

Endringer av underliggende driftsmodell kreves når det skjer endringer som endrer mulighetsrommet for hvordan organisasjoner kan løse sine oppgaver. Det er slik endring som kreves for å dra nytte av teknologiske løsninger og beste praksis for hvilke prosesser som bør ligge til grunn for å levere helsetjenester.

Til forskjell fra forbedringsarbeid og skalering av ressurser og infrastruktur, så er en transformasjon av den underliggende driftsmodellen en vesentlig mer kompleks oppgave, både hva gjelder arkitektur og gjennomføring. Det krever 1) flere initiativer på tvers av hele organisasjonen, 2) store strukturelle endringer og evne til å håndtere uforutsigbare konsekvenser av disse endringene, 3) flere typer kompetanse for å drive ulike initiativer, 4) at det er et klart startpunkt og en klar slutt-tilstand for organisasjonen.

Arbeid med denne type tiltak skal Helse Nord fokusere på å: 1) Definere og utvikle evnene og ferdighetene som må være på plass for at ny driftsmodell skal fungere. 2) Artikulere verdien transformasjonsarbeidet skal gi, og monitorere, måle og følge utviklingen gjennom hele endringen, 3) Sørge for at hurtighet og fleksibilitet blir den nye normen i hele organisasjonen, ved å eksperimentere, lære og implementere. Grensen mellom deler av organisasjonen skal bli mer flytende, og teknologi-vokabularet skal bli innarbeidet og felles for hele organisasjonen, 4) Sørge for å bygge opp sterke transformasjonsledere med innflytelse og kredibilitet i organisasjonen. De riktige lederne og talentet vil skape slike transformative endringer.

Høringsnotat 05.07.2018

8. Vedlegg

8.1 Mandat (separat vedlegg)

8.2 Helse Nords strategi (separat vedlegg)

8.3 Beskrivelse av modeller og datagrunnlag

8.3.1 Modellbeskrivelser

Dette kapittelet beskriver modellene som er benyttet. Neste kapittel beskriver beregningene utført i modellene som er spesifikke for dette arbeidet.

8.3.2 Sykehusbyggmodellen

For framskrivning av aktivitet brukes modellverket for aktivitetsframskriving som eies av RHF-ene og forvaltes av Sykehusbygg. Modellen ble i sin tid utviklet av Kompetansenettverket for sykehusbygging i samarbeid med RHF-ene, Helsedirektoratet og SINTEF. Sykehusbygg har benyttet modellen i flere framskrivningsprosjekter for HF og RHF i de senere årene. Modellen gjør beregning av aktivitet og kapasitet i tre trinn:

Trinn 1 er en demografisk framskrivning hvor befolkningsframskriving fra SSB benyttes sammen med pasientdata fra Norsk pasientregister, NPR. Aktiviteten framskrives etter hvilke diagnoser pasientene har fått basert på hovedtilstand for oppholdet ved utskrivning eller avsluttet kontakt. Dette gir en ren demografisk framskriving av døgnopphold, liggedøgn, dagopphold og polikliniske konsultasjoner gitt dagens forbruksmønster. Dette tar høyde for endringer i alderssammensetning i befolkningen.

Trinn 2 gjør vurderinger utover de demografiske endringene som skjer. Her er det laget et sett av kvalitative faktorer basert blant annet på vurderinger fra fagfolk og erfaringer fra gjennomførte prosjekter. I somatisk sektor er det følgende faktorer som inngår i dagens versjon av modellen:

- Somatisk sektor døgnopphold og liggedøgn
 - Epidemiologi og medisinsk utvikling (plussfaktor)
 - Samhandling med kommunehelsetjeneste (minusfaktor)
 - Bruk av pasienthotell (minusfaktor)
 - Overføring fra døgnopphold til dagopphold (minusfaktor)
 - Overføring fra døgnopphold til poliklinikk (minusfaktor)
 - Bruk av observasjonsenhet (minusfaktor)
 - Intern effektivisering i form av redusert liggetid (minusfaktor)

- Somatisk sektor dagopphold og poliklinikk
 - Epidemiologi og medisinsk utvikling (plussfaktor)
 - Samhandling med kommunehelsetjeneste (minusfaktor)
 - For dagoppholdene kommer det overførte fra døgn
 - For poliklinikk kommer det overførte fra døgn
 - For poliklinikk lagt inn en generell plussfaktor i tillegg (1 % årlig)

Modellene for psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er identiske. Her er det noe færre faktorer utover den demografiske framskrivningen enn tilsvarende for somatisk sektor. Følgende kvalitative faktorer inngår:

- PHV og TSB døgnopphold og oppholdsdøgn
 - Epidemiologi og medisinsk utvikling (plussfaktor)
 - Samhandling med kommune (minusfaktor)
 - Effektivisering i form av reduserte oppholdstider (minusfaktor)
- PHV og TSB dagbehandling og poliklinikk
 - Epidemiologi og medisinsk utvikling (plussfaktor)
 - Samhandling med kommune (minusfaktor)

I somatisk sektor er det gjort en vurdering av effekten hver faktor har på hver enkelt diagnosegruppe. I PHV og TSB er det gjort en vurdering av effekten av hver faktor, men ikke for hver enkelt diagnosegruppene. Disse faktorene ble fastsatt i en tidlig fase av utviklingen av modellen med vurderinger som ble gjort av fagfolk i et utviklingsprosjekt i regi av SINTEF, bestilt av Helsedirektoratets kompetansenettverk for sykehusplanlegging. Faktorene ble gjennomgått på nytt i et stort framskrivningsprosjekt i Helse Sør-Øst. Faktorene er også endret noe gjennom erfaringer som er vunnet gjennom framskrivningsprosjekter som er utført de senere årene. For en detaljert beskrivelse av de kvalitative faktorene, se rapport fra Sykehusbygg: Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040 (2017)

Trinn 3 av framskrivningen beregner framtidig kapasitet basert på den framskrevne aktiviteten i trinn 1 og trinn 2. Ulike utnyttingsgrader og åpningstider benyttes i kapasitetsberegningene avhengig av hvilke framskrivninger som skal gjøres. Helse Sør-Øst har et styrevedtak på at det skal benyttes høy kapasitetsutnyttning i alle nye prosjekter, mens andre RHF har benyttet middels utnyttingsgrader som ligger som standard i modellen.

Beregningene beskrives i kap. 8.5.4 Beregninger

8.3.2.1 Effekten av endring i de kvalitative faktorene

Utgangsaktiviteten for framskrivningen og den demografiske framskrivningen i trinn 1 i modellen betyr mye i beregning av framtidig aktivitet. Videre vil de kvalitative faktorene skissert over også bety noe for framtidig aktivitetsberegning. Det er gjort en sensitivitetsanalyse av de kvalitative faktorene, med vurdering av effekten dersom alle kvalitative faktorer endres med pluss minus 20 %. For liggedøgn innebærer det 4,5 % endring i framtidig beregnede liggedøgn. For Polikliniske konsultasjoner er endringen svært liten, under 1 %.

8.3.2.2 Faktoren epidemiologi og medisinsk utvikling

Denne faktoren ble som nevnt over skjønnsmessig fastsatt i en tidlig fase i utviklingen av modellen og siden revidert gjennom et prosjekt i Helse Sør-Øst. Denne faktoren skal reflektere flere forhold samtidig og si noe om hvordan framtidig forbruk utvikles utover de

demografiske forholdene, dvs. endring i forbruksratene for de ulike diagnosegruppene. I beskrivelsen av faktoren fra Sintefs beskrivelse av modellen står det at faktoren skal fange opp følgende forhold:

- Økonomiske og ressursmessige rammer
- Epidemiologiske endringer. Endringer i befolkningens sykkelighet ut over det som kan forklares med endring i antall og alderssammensetning
- Effekter av forebygging og utvikling av ny diagnostikk- og behandlingstilbud, samt endringer knyttet til medisinsk teknologi

Dette betyr at faktoren skal ikke bare fange opp endring i sykkeligheten, men også endringer i det medisinske tilbudet og ikke minst endringer i befolkningens forventninger om hva spesialisthelsetjenesten kan bidra med. Denne faktoren har i ulike framskrivninger som har blitt gjennomført tidligere blitt referert til som realvekst i poliklinikk og dagbehandling, dvs. vekst utover det demografien skulle tilsi.

8.3.3 Nasjonal bemanningsmodell

Nasjonal bemanningsmodell er en modell på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå som viser personellmessige konsekvenser av ulike scenarioer. Modellversjonen vi har i dag inneholder aktivitet og personell/kompetanse i offentlige helseforetak, private ideelle helseforetak og avtalepraksis i hele Norge.

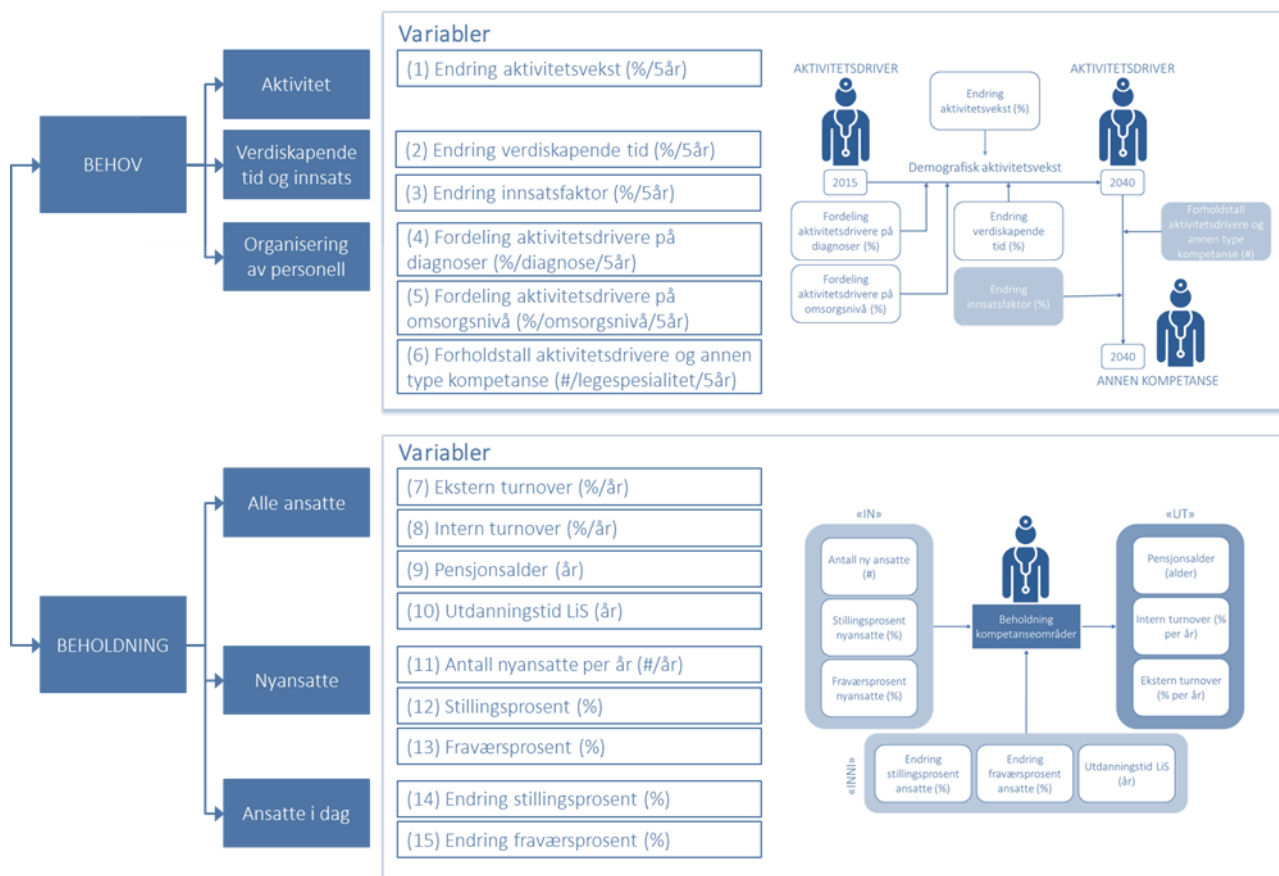
Nasjonal bemanningsmodell er basert på framskrivning av behov for aktivitet («etterspørsel») og tilgjengelig personell/kompetanse («tilbud») i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal bemanningsmodell bygger på aktivitetsdata fra NPR og befolkningsframskrivingen MMM av SSB, samt personellmessige variabler som for eksempel turnover, alder og nyansettelser.

Nasjonal bemanningsmodell åpner for å endre aktivitetsvekster som inngår i denne framskrivningen, samt variabler knyttet til organisering av kompetanse/personell og endringer i verdiskapende tid som påvirker pasienter. Det muliggjør overføring av de kvalitative vurderingene i sykehusbyggmodellen til bemanningsmodellen.

Tilgjengelig kompetanse/personell («Beholdning») er basert på framskrivning av tilgjengelig kompetanse/personell i spesialisthelsetjenesten basert på data fra lønn og personal systemer og Legestillingsregisteret. Nasjonal bemanningsmodell åpner for endringer i fraværsprosent, stillingsprosent, pensjonsalder, nyansettelser og turnover for ulike stillingsgrupper i spesialisthelsetjenesten.

En forenklet fremstilling av hvordan modellen er bygget opp er illustrert i figur 21 under.

Figur 21: Beskrivelse av Nasjonal Bemanningsmodell



8.3.4 Beregninger

8.3.5 Turnover

Tallgrunnlaget er basert på uttrekk fra nasjonal bemanningsmodell, som inneholder et sammenstilt informasjonsgrunnlag knyttet til ansatte for året 2015. Her ligger gjennomsnittlig årlig turnover inne per stillingskategori nr. 2³⁵. Fire stillingsnivåkategorier har ikke tall for turnover, og er derfor ikke inkludert i beregningen (antall månedsverk i parentes): 1a Toppledere (71), 1b Mellomledere (847), 2l andre pasientrettede stillinger (552) og 8b Apotektekniker (45). Disse 1517 månedsverkene omfatter 13 % av den samlede bemanningen, som ikke er inkludert i framstillingen av turnover.

Stillingsnivå 1	Månedsverk	Vekt	Vektet Turnover	Max	Min	Diff
1 Administrasjon/Ledelse	1595	137	9 %	9 %	6 %	2 %
2 Pasientrettede stillinger	1191	64	5 %	11 %	3 %	8 %
3 Leger	1601	34	2 %	5 %	0 %	4 %
4 Psykologer	374	24	6 %	11 %	4 %	6 %
5 Sykepleiere	1925	105	5 %	5 %	5 %	0 %
5a Spesialsykepleiere	1978	36	2 %	3 %	2 %	1 %
6 Helsefagarbeider/hjelpepleier	589	13	2 %	2 %	2 %	0 %
7 Diagnostisk personell	613	15	2 %	10 %	2 %	8 %
8 Apotekstillinger	35	2	5 %	6 %	5 %	1 %
9 Drifts/teknisk personell	923	57	6 %	9 %	5 %	4 %
10 Ambulansepersonell	822	9	1 %	1 %	1 %	0 %
11 Forskning	117	8	7 %	7 %	7 %	0 %

Tabell 8: Turnover presenter for stillingsnivå 1, inkl. variasjon

³⁵ Se Tabell 9: Oversikt over stillingshierarki 1 og 2. Første rad er stillingsnivå 2 kategoriene. Underliggende kategorier representerer stillingsnivå 2. Tabell 9 for oversikt over hvilke stillingskategorier som inngår i stillingsnivå 1.

Admin. / Ledelse	Pasient- rettede stillinger	Leger	Psykolog	Sykepleier	Spesial- sykepleier	Helsefag- arbeider / hjelpepleie	Diagnostisk personell	Apotek- stillinger	Drifts / teknisk personell	Ambulanse personell	Forskning
Andre ledere	Verne- pleier	Overleger	Psykolog- spesialist	Sykepleier	Spesial- sykepleier	Helsefag- arbeider / hjelpepleie	Bio- ingeniør	Farmasøyt	Kjøkken- personell	Ambulanse personell	Forskning
Merkantile stillinger	Tannleger	LIS-leger	Psykolog	Jordmor			Lab- personell	Apotek- stilling	Teknisk personell		
Tillitsvalgt og verne- ombud	Logoped		Sjef- psykolog				Radiograf		Renholds- personell		
	Sosionom						Stråle- terapeut		Annet drifts- personell		
	Pedagog										
	Miljø- arbeider										
	Audiograf										
	Fysio- terapeut										
	Ergo- terapeut										
	Miljø- terapeut										
	Helse- sekretær										

Tabell 9: Oversikt over stillingshierarki 1 og 2. Første rad er stillingsnivå 2 kategoriene. Underliggende kategorier representerer stillingsnivå 2.

8.3.6 Deltid

Tallgrunnlaget er basert på uttrekk fra nasjonal bemanningsmodell, som inneholder et sammenstilt informasjonsgrunnlag knyttet til ansatte for året 2015. Her ligger informasjon om antall ansatte, antall månedsverk og netto månedsverk per stillingskategori nr. 2. Deltid per stillingskategori beregnes som differansen i prosent mellom antall ansatte og antall månedsverk. For noen få stillingskategorier er det registrert flere månedsverk enn antall ansatte. Til sammen gjelder dette brutto årsverk med til sammen 51 årsverk på tvers av alle stillingskategorier. Siden dette gjelder en så liten del av datagrunnlaget gjøres det ingen forsøk på justere for dette fenomenet.

Det er tidvis stor differanse innen de overordnede stillingsnivåene illustrert i differansekolonnen. Dette skyldes særlig store deltidsandeler for stillingsnivå 2-kategoriene: 2l andre pasientrettede stillinger (63 %), 8c apotekstilling (50 %), 9a kjøkkenpersonell (40 %), 7b laboratoriepersonell (38 %).

Stillingsnivå 1	Antall ansatte	Brutto månedsverk	Differanse %	Max	Min	Diff
1 Administrasjon/Ledelse	2678	2471	8 %	13 %	-5 %	13 %
2 Pasientrettede stillinger	3035	1743	43 %	63 %	9 %	54 %
3 Leger	1750	1599	9 %	14 %	-1 %	14 %
4 Psykologer	433	374	14 %	22 %	12 %	10 %
5 Sykepleiere	2547	1925	24 %	24 %	24 %	0 %
5a Spesialsykepleiere	2575	1978	23 %	31 %	22 %	8 %
6 Helsefagarbeider/hjelpepleier	961	589	39 %	39 %	39 %	0 %
7 Diagnostisk personell	692	613	11 %	38 %	10 %	28 %
8 Apotekstillinger	92	81	12 %	50 %	6 %	43 %
9 Drifts/teknisk personell	1189	923	22 %	40 %	8 %	32 %
10 Ambulansepersonell	1023	822	20 %	20 %	20 %	0 %
11 Forskning	110	110	0 %	0 %	-6 %	0 %

Tabell 10: Illustrasjon av gjennomsnittlig deltidsbruk presentert på stillingsnivå 1, inkl. underliggende variasjon

8.3.7 Aldersfordeling

Tallgrunnlaget er basert på uttrekk fra nasjonal bemanningsmodell, som inneholder et sammenstilt informasjonsgrunnlag knyttet til ansatte for året 2015. Her ligger informasjon om aldersfordeling i gruppene, 15-20 år, 21-30 år, 31-40 år, 41-50 år, 51-60 år, 60 -70 år, >70 år per stillingskategori nr. 2. Stillingskategoriene 4 c Sjeftspsykolog (65 %), 2b Tannleger (64 %) og 2c Logoped (53 %) har særlig høy andel over 50 år, men er til gjengjeld små stillingsgrupper, i.e. Under 10 årsverk per kategori. Kategoriene 6a Helsefagarbeidere (59 %), 1b Mellomledere (47 %), Overleger (45 %), Spesialsykepleiere (43 %) er store grupper, over 550 årsverk, som har en stor andel over 50 år.

Stillingsnivå 1	Antall månedssverk	Antall månedssverk 50 +	Andel over 50 år	Max	Min	Diff
1 Administrasjon/Ledelse	2514	1037	41 %	56 %	34 %	22 %
2 Pasientrettede stillinger	1743	537	31 %	64 %	12 %	52 %
3 Leger	1601	391	24 %	45 %	0 %	45 %
4 Psykologer	374	92	25 %	65 %	6 %	60 %
5 Sykepleiere	1925	303	16 %	16 %	16 %	0 %
5a Spesialsykepleiere	1978	845	43 %	43 %	38 %	5 %
6 Helsefagarbeider/ hjelpepleier	589	347	59 %	59 %	59 %	0 %
7 Diagnostisk personell	613	134	22 %	42 %	19 %	23 %
8 Apotekstillinger	81	25	31 %	46 %	10 %	36 %
9 Drifts/teknisk personell	923	323	35 %	45 %	26 %	19 %
10 Ambulansepersonell	822	133	16 %	16 %	16 %	0 %
11 Forskning	117	22	18 %	18 %	18 %	0 %

Tabell 11: Aldersfordeling for ansatte på stillingsnivå 1, inkl. underliggende variasjon

8.3.8 Aktivitetsframskriving

Det gjøres ingen justeringer i beregningen av aktivitetsframskrivingene. Det er gjort en sammenstilling og bearbeiding av datagrunnlaget, men selve beregningene presenteres slik de er gjennomført av Sykehusbygg.

8.3.9 Arealberegninger

Kapasitetsberegningene basert på framskreven aktivitet. Disse beregningene er basert på forutsetninger om åpnings- og behandlingstider samt utnyttelsesgrader som er dannet gjennom bruk av modellen. Det er utarbeidet et standardisert sett av disse faktorene som benyttes dersom det ikke er spesielle behov eller forhold som tilsier andre verdier for dette. Det generelle er at for sengeposter i somatisk sektor benyttes 85 prosent belegg i fastsettelsen av framtidige sengebehov og for dagvirksomhet er det generelt antatt åpent i 230 dager i året samt at det er en åpningstid per dag på 8 effektive timer. I PHV er beleggsprosenten satt til 85 for voksne og 75 for barn og unge. I TSB er beleggsprosenten satt til 80. Åpningstiden for

dagaktiviteten er satt til 6 timer både for PHV og TSB og antall dager åpent i året er også her satt til 230.

I alle disse beregningene benyttes samme åpningstider og utnyttelsesgrader for alle enhetene som beregnes. En oversikt over disse er presentert oppsummert i tabell 12. For ytterligere detaljert beskrivelse henvises det til rapporten som beskriver framskrivingsarbeidet fra Sykehusbygg i forbindelse med dette prosjektet (Solstad & Dahl, 2017).

Kapasitetsbærende rom	Utnyttelsesgrad	Drift dager/år	Drift timer/dag	Tid per aktivitet i minutter
Døgnplass				
Normalseng	85 %			
Observasjonsplass	75 %			
Pasienthotellseng	75 %			
PHV & DPS	85 %			
PHBU	75 %			
TSB	80 %			
Dagplass		230	8 timer	1,5 timer
Poliklinikkrom somatikk		230	8 timer	0,75 timer
Poliklinikkrom PHV og TSB		230	6 timer	1,5 timer
Operasjonsrom		230	8 timer	0,5 - 2,5 timer

Tabell 12: Åpningstider og utnyttelsesgrader i konvertering av aktivitet til kapasitet

Forutsetningene som er referert over er de som ligger som standard for beregning i framskrivningsmodellen, og som er benyttet her

Valg av forutsetninger har stor betydning for kapasitetsberegningen. For eksempel ulike åpningstider gir betydelige utslag på den samlede polikliniske kapasiteten med en variasjon fra 259 rom med 6 timer åpent og 155 rom med 10 timer åpent. Det er derfor meget viktig at det gjøres beslutning om dette i alle prosjekter som skal ha større detaljeringsgrad enn det som er aktuelt i en utviklingsplan.

8.3.9.1 Forskjeller mellom lokale og regionale framskrivinger

Det vil være forskjeller mellom framskrivingene som presenteres her og de som beregnes i lokale prosjekter i Helse Nord. De viktigste grunnene til at det er forskjeller kan oppsummeres med følgende:

- Det er benyttet andre åpningstider og utnyttelsesgrader i de lokale prosjektene enn det som er standard i modellen
- Aktivitetsgrunnlagene varierer noe mellom de lokale prosjektene og det som presenteres her på grunn av at det er lagt inn ambisjoner om å «ta hjem» gjestepasienter i noen av de lokale prosjektene

- Det er benyttet pasientdata fra NPR fra ulike driftsår som utgangsaktivitet for framskrivning av aktiviteten. Her er det benyttet 2015 tall for somatikk og 2014 tall for psykisk helsevern og rus

Den tredelte inndelingen i behandlingsnivåer for somatisk sektor fra NPR er definert som følger:

- Døgnopphold er alle opphold med en overnatting samt noen opphold som er inn og ut samme dag (kun opphold i medisinsk DRG).
- Dagopphold er definert som dagkirurgi og rutinemessig dialyse. All annen medisinsk dagbehandling klassifiseres som poliklinikk
- Poliklinisk konsultasjon er alle vanlige polikliniske konsultasjoner (grupperes til 900-DRG-er), alle polikliniske endoskopier (grupperes til 700-DRG-er) og alle polikliniske prosedyrer, dvs. småkirurgi og medisinsk dagbehandling utover dialyse (grupperes til 800-DRG-ene).

Dette betyr at når det refereres til dagbehandling i denne rapporten så menes dagkirurgi og dialyse og når det snakkes om poliklinikk så er det en blanding av vanlige polikliniske konsultasjoner og noe dagmedisinsk behandling. Størstedelen av dagmedisinsk behandling er knyttet til strålebehandling, kjemoterapi og dagrehabilitering samt endoskopiene. Typen poliklinikkaktivitet oppsummeres i oversiktene da de krever ulike rom og andre fasiliteter.

8.3.10 Bemanningsberegninger

8.3.10.1 Bemanningsbehov

Bemanningsmodellen, slik den er beskrevet over vil, er basert på en rekke forhåndsdefinerte faktorer. Det ligger ikke inne noen kvalitativ vurdering av aktivitetsvekst, ut over demografisk utvikling, eller endringer i hvordan aktivitet fordeles mellom behandlingsnivåene som følge av aktivitetsvekst: døgnopphold, dagbehandling og poliklinisk konsultasjon. I utgangspunktet betyr det at framskrivingen av bemanning ikke er direkte sammenlignbar med aktivitetsframskrivingen fra Sykehusbyggmodellen.

Utgangspunktet for modellene er likt: aktivitetsnivået slik det er definert i NPR fra 2015, demografisk framskrevet med SSB MMMM-alternativ. Derfor legger vi inn de kvalitative endringene fra sykehusbyggmodellen inn i bemanningsmodellen. Det gjøres ved å skru på to variabler i bemanningsmodellen: Aktivitetsvekst og fordeling mellom omsorgsnivå.

Aktivitetsvekst

Med utgangspunkt i de kvalitative justeringene i Sykehusbyggmodellen så regnes det ut en samlet årlig endring i aktivitetsnivå per diagnosegruppe. Deretter legges denne justeringen inn i bemanningsmodellen. Utfordringen knyttet til dette er at Sykehusbyggmodellen opererer med fire aktivitetsnivå: døgnopphold, liggedager, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner, og Bemanningsmodellen opererer med tre: døgnopphold / liggedager, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. Justeringene knyttet til døgnopphold og liggedager er naturlig nok ikke de samme i Sykehusbyggmodellen. Det ligger inne en vesentlig kvalitativ reduksjon i antall liggedøgn, men reduksjonen i døgnopphold er noe lavere.

Når vi justerer aktivitetsnivået i bemanningsmodellen så gjøres dette basert på endring i døgnopphold. Effekten av at det er en lavere vekst i liggedøgn, enn for dagbehandling og polikliniske konsultasjoner tas også høyde for i justering av omsorgsnivå i neste steg. Aktivitetsveksten som legges inn i beregning i framskriving av bemanningsbehov er oppsummert under. Her presenteres bare gjennomsnittlige endringer per diagnosegruppe.

Dette er et illustrative tall. I beregningene justeres hver enkelt diagnosegruppe med tilhørende kvalitative justering.

Aktivitet/ endringsfaktor	Epidemiologi og medisinsk utvikling	Generell vekst	Overføring fra dag til poliklinikk	Samhandling kommuner	Aktivitetsvekst
Somatikk					
Dagopphold	0,1 %		0,3 %	0,0 %	0,4 %
Døgnopphold / liggetid	0,1 %		-0,6 %	-0,2 %	-0,8 %
Polikliniske konsultasjoner	0,1 %	0,9 %	0,3 %	-0,4 %	1,0 %
BUP					
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		0,0 %	0,6 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
PHV					
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		0,0 %	0,6 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
TSB					
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		0,0 %	0,6 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %	1,4 %

Tabell 13: Aktivitetsvekst. Gjennomsnitt av endringer per diagnosegruppe. Dette er et illustrativt tall. I beregningene justeres hver enkelt diagnosegruppe med tilhørende kvalitative justering. Vekst i Døgnopphold / Liggetid refererer her til vekst i døgnopphold.

Omsorgsnivå

I Bemanningsmodellen ligger det inne et utgangspunkt for hvordan legespesialiteter fordeler tiden mellom de tre omsorgsnivåene, døgnopphold / liggedager, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner. De kvalitative justeringene vil føre til en høyere vekst i aktivitet knyttet til dagbehandling og polikliniske konsultasjoner sammenlignet med døgnopphold / liggedager. Det vil derfor være et skift i for hvordan legespesialitetene bruker sin tid. I motsetning til justeringen av aktivitetsnivå, brukes her veksten i liggedøgn for å si noe om hvor stor andel av tiden som disponeres til pasienter med døgnopphold. I figuren under framkommer det at aktivitetsveksten utarter seg noe annerledes dersom det anvendes justeringer for liggedøgn sammenlignet med døgnopphold.

Aktivitet / Endrings- faktorer	Epidemiologi og medisinsk utvikling	Generell vekst	Overføring fra dag til poliklinikk	Sam- handling kommuner	Intern effektiviser- ing	Fra døgn til dagkir	Aktivitets- vekst
Somatikk							
Dagopphold	0,1 %		0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,3 %
Døgnopphold / liggetid	0,1 %		-0,4 %	-0,4 %	-0,5 %	-0,1 %	-1,6 %
Poliklinisk konsultasjon	0,1 %	0,9 %	0,4 %	-0,4 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %
BUP							
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		-0,8 %	-0,8 %		-1,0 %
Poliklinisk konsultasjon		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
PHV							
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		-0,8 %	-0,8 %		-1,0 %
Poliklinisk konsultasjon		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
TSB							
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		-0,8 %	-0,8 %		-1,0 %
Poliklinisk konsultasjon		1,7 %		-0,3 %			

Tabell 14: Aktivitetsvekst. Gjennomsnitt av endringer per diagnosegruppe. Det gjøres ingen vektning av diagnosegruppene når det beregnes aktivitetsvekst per sektor og omsorgsnivå. Det er en forenkling fordi det

mangler kobling mellom diagnosegruppe og legespesialister. Vekst i Døgnopphold / Liggetid refererer her til vekst i liggedøgn.

Tabellen under illustrerer hvordan dette gjør utslag i bemanningsmodellens variabel for omsorgsnivå. I eksempelet under er det antatt at bemanning fordeler tiden sin likt (33 %) mellom omsorgsnivåene. Endringen fører derfor til en kraftig vridning fra Døgnopphold / liggetid til Dagopphold og Polikliniske konsultasjoner. Denne justeringen gjøres likt for alle legespesialiteter. Det er en forenkling. Etter som justeringene er ulike for hver diagnosegruppe er det opplagt at noen legespesialiteter vil ha ulik utvikling i hvordan de fordeler sin tid mellom omsorgsnivåene. Ettersom det ikke er noe en til en forhold mellom diagnosegruppe og legespesialitet, så må vi gjøre denne forenklingen. Endringsfaktorene er også et gjennomsnitt av endringsfaktorene for hver diagnosegruppe. Her kunne det vært foretatt en vekting basert på diagnosegruppens relative størrelse, men innenfor omfanget av dette arbeidet er også dette en forenkling i beregningen.

Aktivitet / Endringsfaktorer	Aktivitetsvekst per år	Akkumulert endring 2035	Fordeling mellom omsorgsnivå 2015	Fordeling mellom omsorgsnivå 2035
Somatikk				
Dagopphold	0,3 %	6 %	33 %	26 %
Døgnopphold / liggetid	-1,6 %	-32 %	33 %	17 %
Polikliniske konsultasjoner	1,4 %	27 %	33 %	32 %
BUP				
Dagopphold	1,4 %	28 %	33 %	29 %
Døgnopphold / liggetid	-1,0 %	-20 %	33 %	18 %
Polikliniske konsultasjoner	1,4 %	28 %	33 %	29 %
PHV				
Dagopphold	1,4 %	28 %	33 %	29 %
Døgnopphold / liggetid	-1,0 %	-20 %	33 %	18 %
Polikliniske konsultasjoner	1,4 %	28 %	33 %	29 %
TSB				
Dagopphold	1,4 %	28 %	33 %	29 %
Døgnopphold / liggetid	-1,0 %	-20 %	33 %	18 %
Polikliniske konsultasjoner	1,4 %	28 %	33 %	29 %

Tabell 15: Eksempel - beregning av endring i fordeling av tid mellom omsorgsnivå

8.3.10.2 Bemanningsbeholdning

Det er ingen standard faktorer i bemanningsmodellen som gir noen god framskriving av bemanningsbeholdning. Beregningen som gjøres for dette formålet tar utgangspunkt i hvor stor andel av yrkesaktiv befolkning vi sysselsetter innenfor hver yrkeskategori, og antar at vi klarer å opprettholde denne andelen også fremover. Svingninger i beholdning er i dette bildet kun svingninger i yrkesaktiv befolkning i Helse Nords opptaksområde. Det må presiseres at dette er en forenkling, som blant annet ikke tar høyde for evt. skjevheter i aldersfordelingen i eksisterende bemanningsgrunnlag. Yrkesaktiv befolkning er her definert som aldersgruppen 20 til 69 år, og basert på befolkningsframskrivninger fra SSB, alternativ MMMM. Tabellen under illustrerer beregningen.

Andel av yrkesaktive	2015	2020	2025	2030	2035
Sykepleiere	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Spesialsykepleiere	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Andre yrkesgrupper	1,8 %	1,8 %	1,8 %	1,8 %	1,8 %
Leger	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
Yrkesaktiv befolkning (20 - 66 år)	310225	312382	310846	311069	310745
Beholdning gitt samme andel av yrkesaktive					
Sykepleiere	1538	1549	1541	1542	1541
Spesialsykepleiere	1582	1593	1585	1586	1585
Andre yrkesgrupper	5467	5505	5478	5482	5476
Leger	1957	1971	1961	1962	1960

Tabell 16: Variabler for beregning av bemanningsbeholdning

Høringssnotat 05.07.2018

9. Referanser

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse og sykehusplan (2016 - 2019)*. Meld. St. 11. Melding til stortinget.

Helse Vest RHF. (2015). *Dokumentasjon nasjonal bemanningsmodel*.

Pedersen, M. (2017). *Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012-2016 - Analysenotat 15/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.

Solstad, K., & Dahl, U. (2017). *Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040*. Oslo: Sykehusbygg HF.

Sykehusbygg HF. (2017). *Samordning av framskrivninger*. Oslo.

Høringsnotat 05-01-2017

10. Tilleggsdokumenter

Følgende dokumenter er utarbeidet i forbindelse med arbeidet med ny regional utviklingsplan

10.1 Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040; 2. utg.

Rapporten inneholder en presentasjon av resultater fra framskrivingen foretatt for alle HF i Helse Nord RHF for alle sektorer. Dette er 2. utgave av rapporten der det presenteres en ny framskriving for somatisk sektor basert på data fra 2015 med framskrivingshorisont til 2030 og 2035.

10.2 Status og trender i Helse Nord (SKDE)

SKDE har støttet arbeidet med den regionale utviklingsplanen med ulike analyser. Disse er samlet i dokumentet «Økonomi, forbruk, pasientstrømmer og kvalitet – Status og trender i Helse Nord».

10.3 Fastlegetjenesten i Nord-Norge

Nasjonalt senter for distriktsmedisin/UiT Norges arktiske universitet har i forbindelse med arbeidet med regional utviklingsplan studert hvordan fastlegetjenesten i Nord-Norge ser ut i kommuner og i regioner

10.4 Status og utviklingsplaner for helse- og omsorgstjenesten i nordnorske kommuner

Overordnet samarbeidsorgan (OSO) i alle fire helseforetakene i Nord-Norge har gjennomført en kartlegging av helse- og omsorgstjenester i alle kommunene i nord. Målet med kartleggingen har vært å samle kunnskap om status og planer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.