

# Styremøte

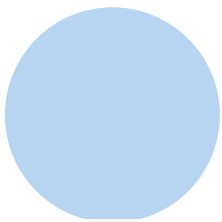
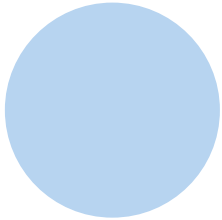
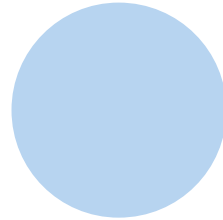
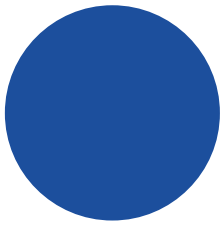
# Helse Nord RHF

Innkalling med saksdokumenter

Dato: 19. desember 2018

Kl.: 8.30 til ca. 14.00

Sted: Helse Nord RHF's lokaler, Bodø



Styrets medlemmer i Helse Nord RHF  
Knut Georg Hartviksen, observatør fra Regionalt Brukerutvalg

Deres ref.:

Vår ref.:  
2018/12-96/012

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/dato:  
Bodø, 7.12.2018

## **Innkalling til styremøte i Helse Nord RHF, den 19. desember 2018**

Det vises til tidligere avtalt møteplan. I samråd med styreleder innkalles det herved til styremøte i Helse Nord RHF

**onsdag, den 19. desember 2018 - fra kl. 8.30  
i Helse Nord RHF's lokaler, Bodø - Sjøgata 10.**

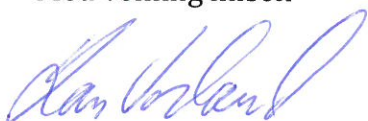
Styremøtet vil ved behov bli lukket for offentligheten for behandling av styresaker og/eller orienteringer som er unntatt offentligheten.

Vedlagt følger saksdokumenter til styrets møte.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, stabsdirektør Karin Paulke på tlf. 906 88 713.

Vel møtt.

Med vennlig hilsen



Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-97/012

Saksbeh/tlf:  
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## Styresak 156-2018 Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med styreleder inviteres styret i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 19. desember 2018:

Sak 156-2018	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side	1
Sak 157-2018	Godkjenning av protokoll fra styremøte 21. november 2018	Side	3
Sak 158-2018	Regional utviklingsplan 2035	Side	18
Sak 159-2018	Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2018 med risikovurdering av overordnede mål	Side	109
Sak 160-2018	Byggeprosjekt Nordlandssykehuset Bodø - gjenværende risiko og aktuelle tiltak, oppfølging av styresak 155-2018 <i>Saksdokumentene ettersendes.</i>	Side	112
Sak 161-2018	Oppfølging av internrevisjonsrapport 01/2017: Risikostyring i Helse Nord - oppfølging av styresak 100-2017 <i>Saksdokumentene ettersendes.</i>	Side	113
Sak 162-2018	Virksomhetsrapport nr. 11-2018 <i>Saksdokumentene legges frem ved møtestart.</i>	Side	114
Sak 163-2018	Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, rapport	Side	115
Sak 164-2018	Internrevisjonsrapport nr. 09/2018: Mislighetsrisiko i Helse Nord, oppsummering	Side	118
Sak 165-2018	Plan for internrevisjonen 2019-2020	Side	120
Sak 166-2018	Orienteringssaker	Side	123
	1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundtlig</i>		
	2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundtlig</i>		
	3. Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 09/2017: Antibiotikabruk i Helse Nord - oppfølging av styresak 44-2018	Side	126
	4. Helsedirektoratets rapport <i>Pasientskader i Norge 2017 - målt med Global Trigger Tool<sup>1</sup></i>	Side	128
Sak 167-2018	Referatsaker	Side	131
	1. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 20. november 2018		

<sup>1</sup> Global Trigger Tool: Metoden som brukes for å estimere omfanget av pasientskader i Norge. Journaler fra et tilfeldig utvalg somatiske sykehusopphold i Norge gjennomgås for å vurdere om det har vært en pasientskade eller ikke.

2. Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2019
3. Protokoll fra drøftingsmøte 18. desember 2018 ad.  
Regional utviklingsplan 2035  
*Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.*

Sak 168-2018 Eventuelt

Side 140

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-98/012

Saksbeh/tlf:  
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

**Styresak 157-2018      Godkjenning av protokoll fra styremøte  
21. november 2018**

Vedlagt oversendes protokoll fra styremøte i Helse Nord RHF, den 21. november 2018 til godkjenning.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 21. november 2018 godkjennes.

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

## Protokoll

Vår ref.:  
2018/12-94/012

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/dato:  
Bodø, 19.12.2018

<b>Møtetype:</b>	Styremøte i Helse Nord RHF
<b>Møtedato:</b>	21. november 2018 - kl. 8.30
<b>Møtested:</b>	Radisson Blu Hotel, Tromsø

### Tilstede

<b>Navn:</b>	
Renate Larsen	styreleder
Inger Lise Strøm	styrets nestleder
Ann Mari Jenssen	varamedlem - <i>møtte for Kari B. Sandnes</i>
Beate Rahka-Knutsen	styremedlem
Fredrik Sund	styremedlem
Kari Jørgensen	styremedlem
Sissel Alterskjær	styremedlem
Tom Erik Forså	styremedlem
Knut Georg Hartviksen	observatør fra Regionalt brukerutvalg

### Forfall

<b>Navn:</b>	
Kari B. Sandnes	styremedlem
Svenn Are Jenssen	styremedlem
Tom Børje Eriksen	styremedlem

### Fra administrasjonen

<b>Navn:</b>	
Lars Vorland	adm. direktør
Karin Paulke	stabsdirektør
Anne May Knudsen	kommunikasjonsdirektør
Geir Tollåli	fagdirektør
Hilde Rolandsen	direktør for eieravdelingen
Kristian I. Fanghol	direktør
Tor Solbjørg	revisjonssjef

I forkant av styremøtet ble det avholdt tematime om *Helse Nords investeringsregime og Helse Nords langtidsplan* - presentasjon ved eierdirektør Hilde Rolandsen og økonomidirektør Erik Arne Hansen.

Videre gjennomførte styret i Helse Nord RHF *styrets egnevaluering for 2018*. Oppsummeringen fra evalueringen vil bli oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

I starten av styremøtet spurte styreleder Larsen om det foreligger habilitet eller andre særegne forhold som er egnet til å svekke tilliten til styremedlemmenes upartiskhet i noen styresaker som skal behandles i dagens styremøte.

## **Styresak 142-2018 Godkjenning av innkalling og saksliste**

- |              |   |
|--------------|---|
| Sak 142-2018 | Godkjenning av innkalling og saksliste  |
| Sak 143-2018 | Godkjenning av protokoll fra styremøte 26. oktober 2018   |
| Sak 144-2018 | Regional utviklingsplan 2035 - første utkast og oversikt over høringsuttalelser<br><i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>   |
| Sak 145-2018 | Den gylne regel - status i Helse Nord, oppfølging av styresak 119-2018<br><i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>  |
| Sak 146-2018 | Statsbudsjett 2020 - innspill fra Helse Nord RHF og felles innspill fra alle regionale helseforetak<br><i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>   |
| Sak 147-2018 | Virksomhetsrapport nr. 10-2018<br><i>Saksdokumentene var ettersendt.</i>  |
| Sak 148-2018 | Budsjett 2019 - tilleggsbevilgning til Universitetssykehuset Nord-Norge HF for styrking av det hjertemedisinske miljøet og til fagnettverk i Helse Nord   |
| Sak 149-2018 | Oppfølging av internrevisjonsrapport 04/2017 - henvisninger og ventetider i Helse Nord, oppfølging av styresak 43-2018  |
| Sak 150-2018 | Regionalt samarbeidsorgan for forskning/innovasjon og utdanning - mandater til godkjenning, oppfølging av styresak 73-2018  |
| Sak 151-2018 | Møteplan 2019 - forslag til møtesteder, oppfølging av styresak 123-2018/2, punkt b)   |
| Sak 152-2018 | Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Informasjon fra styreleder til styret – <i>mundlig</i></li><li>2. Informasjon fra adm. direktør til styret – <i>mundlig</i></li><li>3. Oppfølging av styrets vedtak, status for gjennomføring</li><li>4. Overenskomstforhandlingene 2018 - prosess og resultat</li><li>5. Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten, utredning</li><li>6. Regionalt kompetansesenter for pasientsikkerhet - handlingsplan 2019-2021</li><li>7. Innføring av ny teknologi</li></ol> |
| Sak 153-2018 | Referatsaker <ol style="list-style-type: none"><li>1. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 16. oktober 2018</li><li>2. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 8. november 2018</li></ol>   |

- Sak 154-2018      Eventuelt  
A. Tilsyn i psykisk helsevern - informasjon
- Sak 155-2018      Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF - finansiering av merkostnader, oppfølging av styresak 104-2018 og 137-2018  
*Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt saksliste.  
Saksdokumentene var ettersendt.*

Styrets vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes med de endringer som kom frem under behandling av saken.

**Styresak 143-2018      Godkjenning av protokoll fra styremøte  
26. oktober 2018**

Styrets vedtak:

Protokoll fra styremøtet, den 26. oktober 2018 godkjennes.

**Styresak 144-2018      Regional utviklingsplan 2035 - første utkast  
og oversikt over høringsuttalelser**  
*Saksdokumentene var ettersendt.*

**Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):**

1. Styret i Helse Nord RHF takker alle interessenter som har avgitt høringsuttalelser. Disse har gitt vesentlige bidrag til *Regional utviklingsplan 2035*.
2. Styret understreker Helse Nord RHF's nasjonale ansvar for videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen og ber om at dette ansvaret tydeliggjøres i *Regional utviklingsplan 2035*.
3. Styret vil presisere behovet for å styrke samhandlingen både mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og mellom helseforetakene i regionen for å sikre høy kvalitet på tjenesten til pasienter i regionen og effektiv bruk av ressurser.
4. Styret poengterer betydningen av samarbeidet med fylkeskommunene og andre aktører for å utvikle strategier og tiltak innen folkehelse.
5. ***Styret ber adm. direktør om å ta med seg innspill fra dagens styremøte i den videre utviklingen av Regional utviklingsplan 2035 frem mot styrets behandling av det endelige utkastet i styremøte 19. desember 2018.***



*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF takker alle interessenter som har avgitt høringsuttalelser. Disse har gitt vesentlige bidrag til *Regional utviklingsplan 2035*.
2. Styret understreker Helse Nord RHF's nasjonale ansvar for videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen og ber om at dette ansvaret tydeliggjøres i *Regional utviklingsplan 2035*.
3. Styret vil presisere behovet for å styrke samhandlingen både mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og mellom helseforetakene i regionen for å sikre høy kvalitet på tjenesten til pasienter i regionen og effektiv bruk av ressurser.
4. Styret poengterer betydningen av samarbeidet med fylkeskommunene og andre aktører for å utvikle strategier og tiltak innen folkehelse.
5. Styret ber adm. direktør om å ta med seg innspill fra dagens styremøte i den videre utviklingen av *Regional utviklingsplan 2035* frem mot styrets behandling av det endelige utkastet i styremøte 19. desember 2018.

**Styresak 145-2018    Den gylne regel - status i Helse Nord,  
oppfølging av styresak 119-2018**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om status på den gylne regel (utvikling i ventetid, kostnader og poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og TSB) til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene intensiverer innsatsen og gjennomfører flere tiltak for å tilfredsstille kravene i den gylne regel innen utgangen av 2018.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om status på den gylne regel (utvikling i ventetid, kostnader og poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og TSB) til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene intensiverer innsatsen og gjennomfører flere tiltak for å tilfredsstille kravene i den gylne regel innen utgangen av 2018.

**Styresak 146-2018    Statsbudsjett 2020 - innspill fra Helse Nord RHF og felles innspill fra alle regionale helseforetak**  
*Saksdokumentene var ettersendt.*

**Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):**

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til den foreliggende vurderingen av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer, som innspill til statsbudsjett for 2020.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2020:
  - Kostbare legemidler/behandlingsmetoder
  - Finansiering av investeringer
  - Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger
3. Styret ber om at følgende innspill fra Helse Nord RHF *i prioritert rekkefølge* vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2020:
  - a) Økt ramme på 6,5 mill. kroner/år til Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering.
  - b) *Styrking av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i hele Norge, der Helse Nord RHF har opprettet flere stillinger med bakgrunn i krav stilt i Oppdragsdokument.*
  - c) Styrking av beredskapen på Svalbard er et nasjonalt anliggende, og at Helse Nord RHF får særskilt finansiering for denne tjenesten.
4. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF slutter seg til den foreliggende vurderingen av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer, som innspill til statsbudsjett for 2020.
2. Styret ber videre om at følgende forhold vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2020:
  - Kostbare legemidler/behandlingsmetoder
  - Finansiering av investeringer
  - Endring i spesialistutdanning og spesialiststruktur for leger

3. Styret ber om at følgende innspill fra Helse Nord RHF i prioritert rekkefølge vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2020:
  - a) Økt ramme på 6,5 mill. kroner/år til Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering.
  - b) Styrking av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i hele Norge, der Helse Nord RHF har opprettet flere stillinger med bakgrunn i krav stilt i Oppdragsdokument.
  - c) Styrking av beredskapen på Svalbard er et nasjonalt anliggende, og at Helse Nord RHF får særskilt finansiering for denne tjenesten.
4. Styret ber om at innspillet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

## **Styresak 147-2018    Virksomhetsrapport nr. 10-2018**

*Saksdokumentene var ettersendt.*

### **Adm. direktør la frem følgende endrede forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):**

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 10-2018 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge helseforetakene opp med hensyn til den økonomiske situasjonen. Videre bes det om at det legges frem styresak i styremøte 19. desember 2018 med en nærmere vurdering av den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen og konkrete forslag til korrigerende tiltak i helseforetakene.
3. *Styret ber videre om en nærmere analyse av årsakene for økningen i personalkostnader, og hvilke tiltak som vurderes som aktuelle i helseforetakene for å snu utviklingen på dette området.*

*Enstemmig vedtatt.*

### **Styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar virksomhetsrapport nr. 10-2018 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å følge helseforetakene opp med hensyn til den økonomiske situasjonen. Videre bes det om at det legges frem styresak i styremøte 19. desember 2018 med en nærmere vurdering av den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen og konkrete forslag til korrigerende tiltak i helseforetakene.
3. Styret ber videre om en nærmere analyse av årsakene for økningen i personalkostnader, og hvilke tiltak som vurderes som aktuelle i helseforetakene for å snu utviklingen på dette området.

## **Styresak 148-2018    Budsjett 2019 - tilleggsbevilgning til Universitetssykehuset Nord-Norge HF for styrking av det hjertemedisinske miljøet og til fagnettverk i Helse Nord**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 130-2018 Budsjett 2019 foretaksgruppen, rammer og føringer* (styremøte 24. oktober 2018) og støtter adm. direktørs forslag om å bevilge ekstra midler i 2019 til styrkingen av det hjertemedisinske miljøet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF som følger:

Midler fra styrets disp	4 mill. kroner
<u>Midler fra adm. direktørs disp</u>	<u>2 mill. kroner</u>
<b>totalt i 2019</b>	<b>6 mill. kroner</b>

2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at midler til styrking av det hjertemedisinske miljøet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF implementeres i rullering av planen i årene fremover.
3. Styret bevilger videre kr. 300 000,- i 2019 fra styrets disp til styrking av fagnettverkene i Helse Nord.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF viser til *styresak 130-2018 Budsjett 2019 foretaksgruppen, rammer og føringer* (styremøte 24. oktober 2018) og støtter adm. direktørs forslag om å bevilge ekstra midler i 2019 til styrkingen av det hjertemedisinske miljøet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF som følger:

Midler fra styrets disp	4 mill. kroner
<u>Midler fra adm. direktørs disp</u>	<u>2 mill. kroner</u>
<b>totalt i 2019</b>	<b>6 mill. kroner</b>

2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at midler til styrking av det hjertemedisinske miljøet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF implementeres i rullering av planen i årene fremover.
3. Styret bevilger videre kr. 300 000,- i 2019 fra styrets disp til styrking av fagnettverkene i Helse Nord.

## **Styresak 149-2018    Oppfølging av internrevisjonsrapport 04/2017 - henvisninger og ventetider i Helse Nord, oppfølging av styresak 43-2018**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølging av *internrevisjonsrapport 04/2017 – henvisninger og ventetider i Helse Nord* og status pr. oktober 2018 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene følger opp anbefalinger gitt i internrevisjonsrapport 04/2017. Styret ber om en ny oppdatering om status i arbeidet innen sommeren 2019.

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om oppfølging av *internrevisjonsrapport 04/2017 – henvisninger og ventetider i Helse Nord* og status pr. oktober 2018 til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at helseforetakene følger opp anbefalinger gitt i internrevisjonsrapport 04/2017. Styret ber om en ny oppdatering om status i arbeidet innen sommeren 2019.

## **Styresak 150-2018    Regionalt samarbeidsorgan for forskning/innovasjon og utdanning - mandater til godkjenning, oppfølging av styresak 73-2018**

**Adm. direktør la frem følgende forslag til styrets vedtak:**

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar mandat for *regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon* med de innspill som kom frem under behandling av saken.
2. Styret i Helse Nord RHF vedtar mandat for *regionalt samarbeidsorgan for utdanning*.

*Enstemmig vedtatt.*

### Styrets vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar mandat for *regionalt samarbeidsorgan for forskning og innovasjon* med de innspill som kom frem under behandling av saken.
2. Styret i Helse Nord RHF vedtar mandat for *regionalt samarbeidsorgan for utdanning*.

## **Styresak 151-2018 Møteplan 2019 - forslag til møtesteder, oppfølging av styresak 123-2018/2, punkt b)**

### **Adm. direktør la frem følgende endrede forslag til styrets vedtak (endringer i kursiv):**

1. Møtestedene for styremøtene i 2019 godkjennes som følger:
  - 7. februar 2019: Bodø (oppdragsdokument 2019 til helseforetakene)
  - 27. februar 2019: Tromsø
  - 27. mars 2019: Bodø (årsregnskap 2018, årlig melding 2018 m. m.)
  - 24. april 2019: *Narvik - besøk av Universitetssykehuset Nord-Norge HF*
  - 28. mai 2019: *Kirkenes - besøk av Finnmarkssykehuset HF*
  - 26. juni 2019: Bodø
  - 28. august 2019: *Mo i Rana - besøk av Helgelandssykehuset HF*
  - 25. september 2019: *Lofoten/Gravdal - besøk av Nordlandssykehuset HF*
  - 30. oktober 2019: Tromsø
  - 27. november 2019: Tromsø
  - 18. desember 2019: Bodø
2. Helseforetakene bes om å forberede besøket av styret og ledelsen i Helse Nord RHF i samarbeid med RHF-ledelsen.

*Enstemmig vedtatt.*

### Styrets vedtak:

1. Møtestedene for styremøtene i 2019 godkjennes som følger:
  - 7. februar 2019: Bodø (oppdragsdokument 2019 til helseforetakene)
  - 27. februar 2019: Tromsø
  - 27. mars 2019: Bodø (årsregnskap 2018, årlig melding 2018 m. m.)
  - 24. april 2019: *Narvik - besøk av Universitetssykehuset Nord-Norge HF*
  - 28. mai 2019: *Kirkenes - besøk av Finnmarkssykehuset HF*
  - 26. juni 2019: Bodø
  - 28. august 2019: *Mo i Rana - besøk av Helgelandssykehuset HF*
  - 25. september 2019: *Lofoten/Gravdal - besøk av Nordlandssykehuset HF*
  - 30. oktober 2019: Tromsø

- 27. november 2019: Tromsø
  - 18. desember 2019: Bodø
2. Helseforetakene bes om å forberede besøket av styret og ledelsen i Helse Nord RHF i samarbeid med RHF-ledelsen.

## Styresak 152-2018 Orienteringssaker

Det ble gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
  - a) *Styreledermøte 15. november 2018* - informasjon
  - b) *Møte med statsråd Bent Høie 12. desember 2018* ad. Helgelandssykehuset 2025 - informasjon
  - c) *Regional utviklingsplan 2035* - møter med fylkeskommuner m. fl., informasjon
  - d) *Felles møte mellom styreledere og adm. direktører i Helse Nord 31. januar 2019* ad. prosesser i Helse Nord
  - e) *Regional pasientsikkerhetskonferanse 13. - 14. februar 2019 i Bodø* - informasjon
  - f) *Møte med representanter fra Sametinget 25. oktober 2018* (sammen med adm. direktør Lars Vorland) - informasjon fra styrets nestleder Inger Lise Strøm
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
  - a) *Byggeprosjekter i Universitetssykehuset Nord-Norge HF - fase 1 av arealplan Breivika, oppfølging av styresak 105-2018*
    - Det ble vist til styresak 105-2018, vedtakets punkt 2: *Styret ber adm. direktør legge frem egen styresak om fase 1 av arealplan Breivika, inklusive plan for operasjonsstuer og areal for dialysebehandling, innen desember 2018.*
    - Saken implementeres/legges frem sammen med rullering av plan 2019 (i styremøte i juni 2019).
  - b) *Traumebehandling (psykisk helse) - evaluering av organiseringen, oppfølging av styresak 126-2017*
    - Det ble vist til styresak 126-2017, vedtakets punkt 3 og 4:
      3. *Styret ber adm. direktør om å sørge for at innspillene fra brukerorganisasjoner fra denne evalueringen brukes aktivt i forbedringsarbeidet i helseforetakene. Videre bes adm. direktør om å vurdere hvordan en bredere undersøkelse av pasientenes erfaringer med tilbudet i traumebehandlingen innen psykisk helsevern, kan brukes i forbedringsarbeidet innen psykisk helsevern.*
      4. *Styret ber adm. direktør om en tilbakemelding på arbeidet med brukerundersøkelser innen psykisk helsevern innen utgangen av 2018.*
    - Adm. direktør orienterte muntlig om arbeidet med brukerundersøkelser.
  - c) *Ekstern revisors habilitet - tilbakemelding fra Finanstilsynet, oppfølging av styresak 141-2018, sak B*
    - Det ble vist til styresak 141-2018, sak B - vedtakets punkt 2: *Styret ber om å få lagt frem Finanstilsynets vurdering så snart denne foreligger.*
    - Svar på dispensasjonssøknad til Finanstilsynet: BDO er innvilget dispensasjon. BDO vil innrette seg etter vilkårene for dispensasjonen.

- Dette innebærer videre at det nå er avklart at Helse Nord kan velge å tiltre opsjonen hvor BDO fortsetter som revisor også for 2019-regnskapet.
  - d) *Etterutdanningsuka for anesthesi-, intensiv-, og operasjonssykepleiere ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - foredrag 25. oktober 2018:*  
Informasjon
  - e) *Regional brukerkonferanse revmatologi 2018* i Tromsø 29. oktober 2018:  
Innlegg sammen med RBU-leder Knut Georg Hartviksen, informasjon
  - f) *Jubileumsfest (20 år) og seminar - Dagens Medisin* 8. november 2018:  
Informasjon
  - g) *Helse- og omsorgsdepartementets høstmøte* 12. november 2018: Informasjon
  - h) *Nasjonalt direktørsamling* 19. - 20. november 2018: Informasjon
  - i) *Alkoholservering i forbindelse med arrangement i regi av Helse Nord RHF*
    - Med bakgrunn i folkehelseperspektivet har adm. direktør besluttet at det ikke skal serveres alkohol på arrangement i regi av og på regning til Helse Nord RHF.
  - j) *Alvorlige hendelser:*
    - Adm. direktør orienterte om alvorlige hendelser i foretaksgruppen siden siste styremøte 24. oktober 2018.  
*Informasjonen ble gitt unntatt offentlighet, jf. Offl. § 13 jf. Fvl. § 13, 1 ledd nr. 1.*
3. Oppfølging av styrets vedtak, status for gjennomføring
  4. Overenskomstforhandlingene 2018 - prosess og resultat
  5. Verdibevarende vedlikehold og internhusleieordning i spesialisthelsetjenesten, utredning
  6. Regionalt kompetansesenter for pasientsikkerhet - handlingsplan 2019-2021
  7. Innføring av ny teknologi

#### Styrets vedtak:

1. Framlagte saker tas til orientering.
2. I *styresak 152-2018/2, Informasjon fra adm. direktør til styret, punkt i) ad. Alkoholservering i forbindelse med arrangement i regi av Helse Nord RHF* vedtok styret i Helse Nord RHF følgende:

Styret i Helse Nord RHF stiller seg bak adm. direktørs beslutning.

## **Styresak 153-2018 Referatsaker**

Det ble referert fra følgende saker:

1. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 16. oktober 2018
2. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 8. november 2018

#### Styrets vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.



## Styresak 154-2018 Eventuelt

### A. Tilsyn i psykisk helsevern - informasjon

Styremedlem *Kari Jørgensen* ba om informasjon ad. gjennomført felles tilsyn i Nordland, Troms og Finnmark innen voksenpsykiatrien i Helse Nord. Det ble stilt spørsmål om hvordan tilsynet og avvikene fra tilsynet følges opp i foretaksgruppen. Adm. direktør orienterte.

#### Styrets vedtak:

Styret i Helse Nord RHF tar informasjon om oppfølgingen av tilsyn og avvik innen psykisk helsevern i Helse Nord til orientering.

## Styresak 155-2018 Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF - finansiering av merkostnader, oppfølging av styresak 104-2018 og 137-2018

*Saken er etteranmeldt og kommer i tillegg til tidligere utsendt sakliste.*

*Saksdokumentene var ettersendt.*

Adm. direktør la frem følgende *endrede* forslag til styrets vedtak (endringer i *uthevet kursiv*):

~~3. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om behov for ytterligere rammeøkning til ferdigstilling av byggeprosjektet i Nordlandssykehuset Bodø til orientering.~~

1. *Styret viser til vedtakets punkt 4 i styresak 104-2018 Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF - økning av ramme, oppfølging av styresak 92-2018 (styremøte 29. august 2018), der det forutsettes at eventuelle ytterligere kostnader ut over ny ramme finansieres av Nordlandssykehuset HFs interne rammer. Styret ser alvorlig på at det kommer en ny søknad om rammeøkning så kort tid etter siste behandling i styret i Helse Nord RHF.*

*Styret vil presisere at det ikke vil være rom for ytterligere bevilgninger fra Helse Nord RHF, dersom det fremkommer flere behov for økning av rammen til Nordlandssykehuset HF for å ferdigstille byggeprosjektet i Bodø. Disse behov må i så tilfelle dekkes av helseforetaket.*

2. ~~*Styret forutsetter at Nordlandssykehuset HF omprioriterer og utsetter planlagte investeringer, samt at det selges boliger for til sammen 121 mill. kroner ut over det som ble besluttet i styresak styresak 72-2018 Salg av boliger – finansiering av AB-fløya (styremøte 8. oktober 2018 – Nordlandssykehuset HF). Total omprioritering av rammer i Nordlandssykehuset HF utgjør etter dette 160 mill. kroner.*~~

**Styret forutsetter at Nordlandssykehuset HF omprioriterer og utsetter planlagte investeringer, herunder salg av boliger, for til sammen 121 mill. kroner. Total omprioritering av rammer i Nordlandssykehuset HF utgjør etter dette 160 mill. kroner.**

3. Styret bevilger ytterligere 22 mill. kroner til en total ramme fra Helse Nord RHF på 3.717 mill. kroner.
4. Styret bevilger likviditetstilførsel til Nordlandssykehuset HF med 24 mill. kroner i langsiktig lån, og 145 mill. kroner i økt kassakreditt.
5. Styret ber adm. direktør ta stilling til utsatte tiltak og langsiktig likviditetsplanlegging for Nordlandssykehuset HF ved rullering av langsiktig investeringsplan 2020-2027 som legges frem for styret i juni 2019.
6. **Styret ber adm. direktør om å legge frem en styresak i desember 2018 som orienterer om eventuell gjenværende risiko i byggeprosjektet Nordlandssykehuset Bodø som også omhandler aktuelle tiltak (kuttliste - ytterligere salg av boliger) som er realistisk og gjennomførbar.**

*Enstemmig vedtatt.*

Styrets vedtak:

1. Styret viser til vedtakets punkt 4 i *styresak 104-2018 Byggeprosjekter i Nordlandssykehuset HF - økning av ramme, oppfølging av styresak 92-2018* (styremøte 29. august 2018), der det forutsettes at eventuelle ytterligere kostnader ut over ny ramme finansieres av Nordlandssykehuset HFs interne rammer. Styret ser alvorlig på at det kommer en ny søknad om rammeøkning så kort tid etter siste behandling i styret i Helse Nord RHF.

Styret vil presisere at det ikke vil være rom for ytterligere bevilgninger fra Helse Nord RHF, dersom det fremkommer flere behov for økning av rammen til Nordlandssykehuset HF for å ferdigstille byggeprosjektet i Bodø. Disse behov må i så tilfelle dekkes av helseforetaket.

2. Styret forutsetter at Nordlandssykehuset HF omprioriterer og utsetter planlagte investeringer, herunder salg av boliger, for til sammen 121 mill. kroner. Total omprioritering av rammer i Nordlandssykehuset HF utgjør etter dette 160 mill. kroner.
3. Styret bevilger ytterligere 22 mill. kroner til en total ramme fra Helse Nord RHF på 3.717 mill. kroner.
4. Styret bevilger likviditetstilførsel til Nordlandssykehuset HF med 24 mill. kroner i langsiktig lån, og 145 mill. kroner i økt kassakreditt.

5. Styret ber adm. direktør ta stilling til utsatte tiltak og langsiktig likviditetsplanlegging for Nordlandssykehuset HF ved rullering av langsiktig investeringsplan 2020-2027 som legges frem for styret i juni 2019.
6. Styret ber adm. direktør om å legge frem en styresak i desember 2018 som orienterer om eventuell gjenværende risiko i byggeprosjektet Nordlandssykehuset Bodø som også omhandler aktuelle tiltak (kuttliste - ytterligere salg av boliger) som er realistisk og gjennomførbar.

Bodø, den 19. desember 2018

\_\_\_\_\_  
Renate Larsen

\_\_\_\_\_  
Inger-Lise Strøm

\_\_\_\_\_  
Beate Rahka-Knutsen

\_\_\_\_\_  
Fredrik Sund

\_\_\_\_\_  
Kari Jørgensen

\_\_\_\_\_  
sett: Kari B. Sandnes

\_\_\_\_\_  
Sissel Alterskjær

\_\_\_\_\_  
sett: Svern Are Jensen

\_\_\_\_\_  
sett: Tom Børje Eriksen

\_\_\_\_\_  
Tom Erik Forså

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Kristian Fanghol m. fl., 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## Styresak 158-2018      Regional utviklingsplan 2035

### Innledning/bakgrunn

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. Vedlagt følger forslag til *Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord* og *Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord – bakgrunn og sammenheng*.

*Regional utviklingsplan 2035* skal bidra til at Helse Nord RHF kan sørge for at befolkningen får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, når de trenger det uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Utkast til *Regional utviklingsplan 2035* har vært ute på en omfattende høringsrunde. Høringsuttalelsene underbygde i stor grad de temaene som er valgt. Innspillene, særlig fra kommunene, understreker hvor viktig det vil være å arbeide sammen om strategier og oppgaveløsning på store områder. Manglende medvirkning og manglende systematikk i høringsutkastet ble påpekt fra noen. Høringsuttalelsene har vært svært viktige for arbeidet med den endelige utforming av forslaget til plan.

Styret i Helse Nord RHF fikk lagt frem et første utkast av *Regional utviklingsplan 2035* og en oversikt over høringsuttalelser i styremøte 21. november 2018, jf. *styresak 144-2018 Regional utviklingsplan 2035 - første utkast og oversikt over høringsuttalelser*.

Alle høringsuttalelser og et sammendrag av disse er lagt ut på Helse Nord RHF's nettsted - se her: [Regional utviklingsplan 2035 - hørings svar](#)

### Hva skal regional utviklingsplan være?

*Regional utviklingsplan 2035* skal bidra til at Helse Nord RHF kan oppfylle sitt oppdrag ved å:

- Angi hvilket behov for helsetjenester som forventes bl. a. ut fra demografisk utvikling, sykelighet 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.

Forslaget til *Regional utviklingsplan 2035* anviser de tema og problemstillinger som det må arbeides med, for å møte de behov og oppgaver spesialisthelsetjenesten skal løse fram mot 2035. Det betyr et bredt perspektiv og mange områder. Planen skal inngå i vårt «planhierarki» og konkretiseres i de felles prosesser i foretaksgruppen hvor prioriteringer og bevilgning av ressurser skjer. Det er i årlige oppdragsdokument, fireårige handlingsplaner og åtteårige investeringsplaner. Strategidokumentet *Forbedring gjennom samarbeid* ligger til grunn for høringsutkastet.

### **Sentrale utviklingstrekk**

*Regional utviklingsplan 2035* baseres på en vurdering av status på en rekke områder, bl. a. data for befolkningsutvikling, framskriving av behov for kapasitet og personell.

Sentrale trekk er:

- Behovet for helsetjenester vil øke som følge av vekst i befolkningen og en stor økning i antall og andel eldre.
- Behovet for helsepersonell vil øke, og det er et stort behov for å øke utdanningskapasiteten for sykepleiere, også gjennom desentrale utdanningstilbud. I flere legespesialiteter vil det også være en vanskelig rekrutteringssituasjon som fordrer systematisk oppmerksomhet.
- Digitalisering vil føre til at flere tjenester kan ytes nærmere der pasienten bor i et samspill mellom spesialisthelsetjeneste, pasient og kommunehelsetjeneste
- Det vil fortsatt skje en dreining av behandling fra døgn til dag og poliklinikk. Hvor stort behovet for kapasitetsøkning vil være samlet i regionen, er usikkert. Det vil både avhenge av evnen til å ta i bruk ny teknologi, nye måter å løse oppgavene på og utvikling av samarbeidet med kommunene. Det vil uansett være behov for en omfordeling av kapasitet.
- Helse Nord har levert positive økonomiske resultater siden 2009, men det har vært en urovekkende utvikling i kostnadene, og produktiviteten har samlet sett vært fallende siden 2013.

### ***Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord - hovedinnhold:***

Oppsummert er følgende sentralt i forslag til *Regional utviklingsplan 2035*:

- Utvikle én spesialisthelsetjeneste der aktørene arbeider sammen for å gi befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp på en ressursmessig bærekraftig måte.
- Organisere helsetjenesten i en kombinasjon av tjenester nært der folk bor, et fullverdig universitets- og regionsykehusstilbud, med samling av høyspesialiserte funksjoner i hovedsak hos Universitetssykehuset Nord-Norge HF, og et bredt tilbud i Nordlandssykehuset HF.
- Ved vurdering av funksjonsdeling skal hensynet til befolkningens tilgjengelighet, tjenestens kvalitet, ressursbruk, nasjonale anbefalinger og sikring av regions- og universitetssykehusfunksjonene vurderes særskilt og samlet.
- I Helse Nord skal kriteriene *nytte, alvorlighet* og *ressursbruk* brukes i prioriteringer i tråd med nasjonale bestemmelser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.
- Utvikle faglige nettverk mellom helseforetakene som styrker kvaliteten på behandlingstilbudet.

- Styrke samhandlingen med kommunene både omkring pasientbehandling, i vurdering av framtidig behov for kapasitet og i arbeidet med kompetanse, utdanning og rekruttering.
- Utvikle tilbudet til pasienter som trenger og bruker helsetjenesten mye for å styrke kvaliteten og sikre god ressursbruk.
- Styrke tilbudet og kompetansen innen rus og psykisk helse.
- Samarbeide nært med utdanningsinstitusjoner og fylkeskommuner for å sikre tilgang på rett kompetanse.
- Være i front på å drive medisinsk avstandsoppfølging ved å ta i bruk teknologi som kan kompensere for våre store avstander og bedre samhandlingen mellom helsetjenesten og pasient og mellom ulike nivå i helsetjenesten.
- Bruke medarbeidernes erfaring og kompetanse i utvikling av tjenestene og sikre medvirkning, medinnflytelse og forpliktelse ved bruk av partssamarbeidet.
- Ha en sunn økonomisk drift som gir rom for nødvendige investeringer.

I den forbindelse vises også til *styresak 63-2016 Samhandlingsreformen - resultater/konsekvenser, oppfølging fra styremøte 28. oktober 2015 og 6. april 2016* (styremøte 18. - 19. mai 2016). Styret ba i vedtakets punkt 3 om at adm. direktør legger frem en orientering om konsekvenser av samhandlingsreformen for spesialist- og kommunehelsetjenesten. Framskrivninger av behov for kapasitet og helsepersonell dokumenterer nødvendigheten av at samhandling mellom nivåene, både for spesialist- og kommunehelsetjenesten, blir helt avgjørende for å yte tjenester til befolkningen i tråd med den etterspørselen som vil komme. Det betyr også økt samhandling omkring endringer i arbeidsmåter og utvikling av tjenestetilbudet.

### **Gjennomføring av planen**

Det er definert en rekke tiltak innenfor rammen av ti hovedområder. Både innenfor og på tvers av disse områdene er det avhengighet mellom flere av tiltakene. Gjennomføringen må derfor skje 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.

Rekkefølgen og hvilke tiltak som skal gjennomføres samtidig er ikke definert her. Det må prioriteres i årlige oppdragsdokument, i fire-årige planer og langsiktig investeringsplan. Tiltakene som prioriteres bør detaljeres i aktiviteter og prosesser som sikrer gjennomføring av tiltaket slik at det bidrar til å løse utfordringsbildet 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. Samtidig skal tempoet være høyt nok til at alle tiltak i utviklingsplanen er gjennomført innen utgangen av 2035/revidering av utviklingsplanen.

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 foretaksgruppen har kapasitet til, samtidig som det bidrar til god styring mot gjennomføring av samtlige tiltak innen.

### **Medbestemmelse**

*Regional utviklingsplan 2035* vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 18. desember 2018. Kopi av drøftingsprotokollen vil bli lagt frem ved møtestart, jf. *styresak 167-2018/3 Referatsaker* ad. Protokoll fra drøftingsmøte 18. desember 2018 ad. *Regional utviklingsplan 2035*.

### **Brukermedvirkning**

*Regional utviklingsplan 2035 - utkast* ble behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 8. november 2018, jf. RBU-sak 89-2018, ref. *styresak 153-2018/2 Referatsaker* ad. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 8. november 2018 (styremøte 21. november 2018).

### **Adm. direktørs vurdering**

Forslaget til *Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord* skal gi retning for arbeidet i Helse Nord i mange år framover. Den omhandler mange områder og temaer. Det er uttrykk for at helsetjenesten vil og må endre seg, skal vi styrke kvaliteten og ha en tjeneste som er bærekraftig både når det gjelder økonomi og bemanning. Da må det arbeides bredt.

Dagens struktur på spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, som kombinerer desentrale tilbud med høyspesialiserte tilbud i hovedsak ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, er tjenlig for landsdelen og befolkning. En slik strategi forutsetter at foretaksgruppen evner å utvikle seg, styrke samarbeidet i forpliktende faglige nettverk mellom enheter og fagmiljø og endre seg for å sikre kvaliteten på tilbudet.

Organiserte faglige nettverk vil være et viktig tiltak for å utvikle spesialisthelsetjenesten i landsdelen og gi økt sikkerhet for at pasienter får tilgang til den beste diagnostikk og behandling.

Bedre og forpliktende samhandling med kommunene med vekt på sammenhengen i tjenestene vil være avgjørende for kvaliteten på tjenestene til pasienter som trenger og bruker spesialisthelsetjenesten mye, og det er en forutsetning for effektiv bruk av ressursene både i kommunene og helseforetakene.

Utvikling av prognoser for behov for helsepersonell, i samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner, er helt nødvendig for at det skal bli utdannet det helsepersonellet foretaksgruppen har behov for.

Helse Nord har gjennomført store investeringsløft. Fortsatt står det igjen flere prosjekter. Skal foretaksgruppen få dette til, må vi fortsette den gode driften med positive økonomiske resultater. Med den kostnadsutviklingen vi har hatt, fallende produktivitet og en antatt tilstramming i økonomien vil vi måtte ha stor oppmerksomhet om måten vi forvalter ressursene på.

Det må arbeides både internt i det enkelte helseforetak og i foretaksgruppen samlet, og det må være stor vilje til å gjennomføre tiltak som gagnar helheten. Slik vår organisering og økonomi er satt sammen, er vi svært avhengige av hverandre.

Virksomheten i Helse Nord med et avgjørende helsetilbud for befolkningen, arbeidsplasser til 17000-18000 medarbeidere, vitale institusjoner for bosettingsmønster og nærmiljø, en omfattende forskningsvirksomhet og en stor økonomisk aktør gjør at vi er en integrert del av det nord-norske samfunnet. Vi har vårt sektorpolitiske ansvaret og skal først og fremst oppfylle det. Samtidig må vår rolle og vårt ansvar som regional aktør tas med det største alvor. Vi må hele tiden sørge for at vår virksomhet og våre prioriteringer er godt kjent for sentrale samarbeidsparter i landsdelen.

Medarbeidere og ledelse i helseforetakene har over mange år bidratt til en god faglig utvikling av helsetjenestetilbudet og en sunn økonomisk drift. Kombinert med en oversiktlig organisert helsetjeneste i landsdelen er dette et godt utgangspunkt for den videre utviklingen. Det er ledelsens ansvar å legge til rette for prosesser som involverer og tar i bruk medarbeidernes kompetanse. En slik arbeidsform er en forutsetning for og skaper grunnlag for et ansvarlig medarbeiderskap som er nødvendig for å bygge en helsetjeneste for framtiden for befolkningen i landsdelen.

#### Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord* som skal legges til grunn for prioriteringer og utviklingsarbeid i Helse Nord framover og konkretiseres i oppdragsdokument, handlings- og investeringsplaner.
2. Styret vil understreke behovet for å utvikle samhandlingen med kommunene for å styrke sammenhengen i helsetilbudet, utvikle tjenestene til de som trenger og bruker helsetjenesten mye og sikre et økonomisk bærekraftig helsetilbud.
3. Arbeidet med å sikre et godt økonomisk fundament for utvikling av tjenestetilbudet, trygge og utviklende arbeidsplasser og gjennomføring av nødvendige investeringer forutsetter kontinuerlig forbedringsarbeid og omstilling av driften, i samarbeid med arbeidstakernes representanter.
4. Styret vil understreke behovet for å utdanne og beholde helsepersonell. Det er nødvendig med et forpliktende samarbeid med utdanningsinstitusjonene om vurdering av kapasitet og gjennomføring av utdanning, også gjennom desentraliserte tilbud.
5. Styret vil understreke forventningen om og nødvendigheten av et godt samarbeid mellom helseforetak og fagmiljø for å styrke tilbudet til pasientene og bruke ressursene på en måte som gagnar foretaksgruppen samlet.



6. Helse Nord skal ha som ambisjon å være ledende i å ta i bruk ny teknologi for å kompensere for avstander og drive medisinsk avstandsoppfølging i samarbeid med kommunehelsetjeneste og pasienter.
7. Styret ber adm. direktør om å sørge for at behovet for framtidig kapasitet utredes nærmere. Det må legges stor vekt på samhandlingen med kommunene og fleksible løsninger i nybygg og renoveringsprosjekt.
8. Styret vil understreke Helse Nord RHF's rolle og ansvar som regional samfunnsaktør og ber adm. direktør vurdere nærmere hvordan samarbeidet med andre regionale aktører kan styrkes.
9. Styret ber adm. direktør halvårlig presentere en sak om status for arbeidet med å følge opp *Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord*.

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg:       Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord  
                  Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord – bakgrunn og sammenheng

# Regional utviklingsplan 2035

## Helse Nord

# 1.Helse Nord møter utfordringene

Helse Nord RHF skal sørge for gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard, når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. I Nord-Norge skal vi ha én spesialisthelsetjeneste. Styrken i den regionale organiseringen ligger i at vi kan organisere den samlede bruken av ressursene slik at det kommer fellesskapet til gode på en mest mulig bærekraftig måte.

Regional utviklingsplan 2035 setter retning i arbeidet framover for hvilke tema og problemstillinger som adresseres, og hvordan foretaksgruppen – Helse Nord - skal arbeide med disse. Konkretisering og prioritering skal skje som del av de åtteårige investeringsplaner, fireårige handlingsplaner og årlige oppdragsdokument. I Helse Nord skal kriteriene *nytte, alvorlighet og ressursbruk* brukes i prioriteringer i tråd med nasjonale bestemmelser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

I perioden fram til 2035 vil antallet innbyggere i Nord-Norge vokse svakt. Endringene vil preges av at det blir flere eldre, og mange flere i den eldste aldersgruppen over 80 år. Med lengre liv følger også økte og flere helseproblemer for den enkelte og tilhørende behov for tjenester. Dette skjer samtidig som det blir færre unge til å gå inn i arbeidslivet, antall yrkesaktive reduseres og andel av befolkningen utenfor arbeidslivet øker. Det vil også ha betydning for helsesektoren. Det blir enda mer utfordrende å ha en god helsetjeneste med tilstrekkelig bemanning med de ressursene – menneskelige og økonomiske – som er tilgjengelig. Framtidas behov kan ikke primært løses ved at vi bare gjør mer av det vi allerede gjør. Vi må også tenke, planlegge og arbeide på nye måter.

Regional utviklingsplan 2035 omhandler mange tema som Helse Nord må arbeide med både separat og i kombinasjon. Eksempler er samhandling, kvalitet i pasientbehandling, en helsetjeneste i nettverk, innovasjon og teknologi. Utdanning, kompetanse og rekruttering er områder hvor det må arbeides langsiktig for å oppnå resultater. Det må spesielt utdannes flere sykepleiere, vurderes om det trengs nye yrkesgrupper og endring av arbeidsdeling mellom yrkesgrupper må stå på dagsorden. Her må Helse Nord arbeide tett sammen med kommuner og utdanningsinstitusjonene. Forskning og innovasjon er et annet område, der resultatene av arbeidet først kommer lenger fram i tid.

Helseforetaksstrukturen er etablert for at Helse Nord RHF skal kunne sørge for at hele landsdelens befolkning, så langt som mulig, har mulighet for å få alle sine tjenester i nord. Våre fire helseforetak, som behandler pasienter, har alle lokalsykehusfunksjoner for sine respektive opptaksområder. Alle skal samarbeide med utdanningsinstitusjonene om utdanning av helsepersonell.

Universitetssykehuset Nord Norge er regions- og universitetssykehus i Helse Nord. UNNs regionssykehusfunksjon innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Som regionsykehus skal UNN stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen slik at kvaliteten på

tjenestetilbudet er likeverdig. UNN har også et særskilt ansvar for å drive utdanning og forskning i nært samarbeid med UiT.

Nordlandssykehuset Bodø skal ha et bredt tilbud, yte definerte spesialiserte tjenester til befolkningen i eget og Helgelandsykehusets område og ha regionale funksjoner på noen fagfelt.

## **2. Pasientens helsetjeneste**

Helse Nord vil legge til rette for at beslutninger av betydning for pasientene skal skje i et nært samarbeid mellom helsepersonell, pasienter og pårørende. «Det skal ikke tas beslutninger om meg uten meg» skal gjelde for behandlingstilbud i Helse Nord. Brukernes kompetanse skal tas i bruk for å utvikle tjenestene. Organiseringen skal bedres slik at pasientene opplever én helsetjeneste.

### Helse Nord skal:

- Utvikle samvalgsløsninger på flere områder og ta det i bruk i hele regionen
- Involvere brukerne oftere og tidligere i forbedringsarbeid og utviklings- og omstillingsprosjekter.
- Ta i bruk ny teknologi for å sikre desentrale spesialisthelsetilbud, egendiagnostikk/egenbehandling og digital dialog mellom pasient og helsetjeneste
- Organisere tjenestene slik at pasienter opplever samarbeidet sykehusene imellom og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som sømløst og forutsigbart
- Organisere tjenestene slik at pasientene opplever kontinuitet i møtene med ansatte i løpet av sykehusoppholdet. Formaliserte pasientforløp («pakkeforløp») og kontaktlegeordningen er eksempler på tiltak som videreføres og videreutvikles.

## **3. Kvalitet i pasientbehandling**

Helse Nord skal tilby befolkningen faglige gode helsetjenester, i tråd med visjonen *Helse i nord, der vi bor*.

Helse Nord har organisert helsetilbudet slik at det er nært der folk bor. For å sikre god kvalitet, felles praksis, deling av kompetanse og god ressursbruk kreves et utstrakt samarbeid i nettverk mellom enhetene. Behovsfremskrivninger viser at det blir utfordrende å skaffe tilstrekkelig antall kvalifisert personell. Faglige samarbeidsløsninger ved bruk av teknologi skal bidra til å bringe helsehjelpen ut der folk bor. Slike løsninger vil også i noen grad kunne kompensere for mangel på personell.

Regionale kriterier for funksjonsdeling, basert på bl.a. nasjonale anbefalinger, skal brukes for å sikre gode og forutsigbare prosesser i slike saker.

Arbeidet med å harmonisere begrunnelser for utredning og behandling (indikasjonsstilling) og behandlingspraksis skal videreføres for å bidra til god kvalitet, riktigere prioritering og bedre ressursbruk. SKDEs helseatlas er en viktig kilde til arbeidet med å redusere uønsket variasjon og få oversikt over om det er likeverdig tilgang til helsetjenester i befolkningen. Resultater fra kvalitetsregistre må gjennomgående brukes for å øke kvaliteten og redusere variasjon.

Det er økt oppmerksomhet mot de av som trenger og bruker spesialisthelsetjenesten mest. Dette gjelder bl.a. skrøpelige eldre og pasienter med et livslangt/langvarig behov for helsehjelp. Utvikling av tilbudet for disse gruppene fordrer økt og systematisk innsats i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjeneste. UNNs pasientsentrerte helsetjenesteteteam og Helse Sør-Østs satsing på integrerte helsetjenester er eksempler på måter å arbeide med slike pasientforløp.

Pasienter i rus og psykisk helsevern har som gruppe betydelig lavere forventet levealder enn andre mennesker, og ikke-erkjent eller ubehandlet somatisk lidelse bidrar til dette.

Antibiotikaresistens er et økende globalt problem, som blant annet utfordrer hele den moderne helsetjenesten. Reduksjon i antibiotikabruk er en overordnet målsetting for hele perioden. Feil knyttet til legemiddelbehandling er hyppige, ofte alvorlige og kan i stor grad unngås ved å etterleve gode prosedyrer og kontrolltiltak.

#### Helse Nord skal:

- Etablere nettverk mellom fagområder og virksomheter og styrke fagrådene
- Gjennomføre kliniske fagrevisjoner
- Bruke resultater fra kvalitetsregistre for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen
- Bruke regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet for å støtte og fremme arbeidet med pasientsikkerhet i helseforetakene
- Bruke resultater fra helseatlas for å redusere uønsket variasjon, oppnå god kvalitet og prioritering og sikre likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester for befolkningen
- Utvikle kvalitetssystem og metodikk som sikrer:
  - Læring fra meldte avvik og alvorlige hendelser
  - Brukervennlige løsninger for melding og håndtering av avvik meldt fra kommune, pasient eller pårørende
  - Redusert variasjon ved flere felles regionale prosedyrer og retningslinjer
- Ha systemer for spredning og rask implementering av ny kunnskap i fagmiljøene på alle sykehus.

- I samarbeid med kommunene utvikle og systematisere tilbudet til pasientene som trenger og bruker helsetjenestene mest v.
- Vurdere etablering av nye hjemler for avtalespesialister der dette gir et godt tilbud og effektiv ressursbruk
- Organisere og koordinere samarbeidet mellom sykehus, private leverandører og avtalespesialister slik at ressursene brukes effektivt
- Organisere prehospitale tjenester slik at den er tilpasset vårt desentrale bosettingsmønster. Endringer skal risikovurderes i samarbeid med berørte kommuner
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester
- Sikre et godt faglig tilbud i psykisk helsevern gjennom:
  - Implementering av pakkeforløp,
  - System for pasientopplevd nytte og effekt av behandling
  - Satsning på forskning og felles faglige standarder.
- Sikre at psykisk helsevern gir et riktig tilbud til personer med flere samtidige alvorlige og langvarige lidelser (5-10% gruppen) og videreutvikle modeller for tidlig hjelp gjennom samarbeid og veiledning
- Etablere kvalitetsregister, kvalitetsindikatorer og pasientskaderegister i psykisk helsevern og TSB og anvende resultatene til utvikling av tjenestene lokalt og regionalt
- Utvikle tilbudet til pasienter med senskader etter kreft i Helse Nord
- Ha geriatrik kompetanse eller tilsvarende tilgjengelig i alle helseforetak
- Utarbeide en strategi for legemiddelforsyningen og bruk av farmasøytisk kompetanse i regionen.
- Bruke sykehusapotekenes nettverk og kompetanse på legemiddellogistikk for å ivareta legemiddelberedskap og forsyning
- Redusere bruken av bredspektrede antibiotika
- Øke andelen spesialisert rehabilitering i sykehusene og harmonisere begrunnelser for utredning og behandling (indikasjonsstilling). Kompetanse må overføres til kommunene slik at disse kan ivareta *sitt* ansvar for rehabilitering
- Sikre et tverrfaglig tilbud for personer med sansetap- og kommunikasjonsutfordringer gjennom etablerte nettverk
- Delta i forebyggende folkehelsearbeid i samarbeid med fylkeskommunene i landsdelen

- Videreutvikle bruken av Helse Nords datavarehus som en sentral kilde for datagrunnlag i beslutningsstøtte og forbedringsarbeid

#### **4. Samhandling med primærhelsetjenesten**

God samhandling, med vekt på helhetlige pasientforløp, skal være en ledetråd i alt pasientrettet arbeid. Samhandlingstiltak må søke å kompensere for at tjenestene er organisert på forskjellig forvaltningsnivå. 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.

Helse Nord skal

- Ha samhandling tydelig på dagsorden i alle deler av virksomheten
- Ta initiativ til at det i løpet av 2020 er etablert et systematisk samarbeid med alle kommuner om tjenestetilbudet til de pasientene som bruker og trenger helsetjenesten mest
- Stimulere til at digital teknologi prøves ut og tas i bruk til medisinsk avstandsoppfølging ved etablering av e-helsepoliklinikker mv
- Ta initiativ til etablering av felles arenaer for fastleger og sykehusleger for å utvikle omforent praksis bl.a. for henvisninger, epikriser, mv.
- Styrke den faglige dialogen med primærhelsetjenesten, både ved dialogmeldinger mellom fastleger og sykehusleger, og ved å sørge for at alle helseforetak har lett tilgjengelige fagkompetanse døgnet rundt for eksempel ved opprettelse av responscenter
- Legge til rette for bedre integrerte og samhandlende journalsystemer
- I samarbeid med kommunene dokumentere og analysere utviklingstrekkene i kommuner og helseforetak, blant annet gjennom løpende oppdatering, videreutvikling og bruk av samhandlingsbarometeret

#### **5. Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkning**

Den samiske befolkningen er mangfoldig i form av flere språk, næringsutøvelse og øvrige kulturmarkører. Samarbeidsavtalen med Sametinget danner basis for Helse Nords arbeid med helsetjenesten til den samiske befolkningen. For å styrke tilbudet til den samiske befolkning må det på ledelsesnivå i helseforetakene være bevissthet om de særlige utfordringer den samiske befolkning har i møte med helsetjenesten.

### Helse Nord skal:

- Utvikle tolketjenesten på nord, sør og lulesamisk språk for å gjøre tilbudet tilgjengelig i hele foretaksgruppen og gjøre skriftlig informasjon tilgjengelig
- Ta initiativ overfor utdanningsinstitusjonene for å få samisk kulturforståelse inn i grunnutdanningen av alt helsepersonell i Nord-Norge
- Ta initiativ overfor Samisk høyskole for å få utviklet et utdanningstilbud i samisk kulturforståelse bl.a. gjennom e-læring
- Utrede strategier for å beholde og rekruttere medarbeidere med samisk språk og kulturkompetanse
- Styrke tilbudet innen eldremedisin og utvikle kompetansesenterfunksjon for eldremedisin i Samisk helsepark
- Utrede organisering av LMS-tilbud som er tilrettelagt for den samiske pasient og pårørende
- 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
- Sikre samisk representasjon i helseforetakenes styrer og i brukerutvalgene

### **6. Bemanning og kompetanse**

Å beholde, rekruttere og utvikle kompetanse er avgjørende for å møte framtidens behov for helsetjenester. Felles regionale strategier, tiltak og samarbeid må til for å lykkes. Går det slik framskrivningene viser, vil det bli særlig mangel på sykepleiere, spesialsykepleiere, jordmødre og helsefagarbeidere, samt enkelte legespesialiteter bl.a. der spesialistene i dag er få eller har høy alder.

For å få en samlet oversikt over behovet for kompetanse og unngå unødig konkurranse, bør vurderinger av framtidig behov for helsepersonell/nødvendig kompetanse, gjøres i et tett samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner. Det vises i denne sammenheng til Helse Nord's egen regionale plan for rekruttering og stabilisering[1].

### Helse Nord skal:

- I samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene ta initiativ til at det utarbeides en mer enhetlig praksis for å analysere og beskrive framtidig bemanningsbehov.
- Arbeide for økt utdanningskapasitet for sykepleiere og spesialsykepleiere i Helse Nord, også som desentraliserte utdanningstilbud

---

[1] Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering (2016)



- Ta initiativ til et forpliktende samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner om utvikling av etablerte og nye utdanningstilbud
- Styrke rekrutteringsarbeidet og arbeide for å beholde helsepersonell over lengre tid. Hovedregelen ved ansettelse i Helse Nord skal være faste og hele stillinger.
- Gjennomføre årlige forbedringsundersøkelser for å beholde kompetanse ved forbedring av arbeidsmiljø, HMS og pasientsikkerhet.
- Etablere tverrfaglige regionale samhandlingsarenaer for økt kunnskap og samhandling innen arbeid HMS og sykefraværsoppfølging.
- Utarbeide en regional handlingsplan for ledelse og lederutvikling og etablere et regionalt nettverk lederutviklere for å følge opp.
- Ta initiativ til utprøving av tiltak som kan frigjøre mer tid til ledelse og pasientrettet arbeid. Økt bruk av kontorfaglig støttepersonell, oppgavedeling og automatisering er aktuelle tiltak.
- Bidra til godt arbeidsmiljø og pasientsikkerhet ved å etterspørre og legge til rette for kontinuerlig forbedring, kvalitetsfremmende tiltak, faglig stimulerende oppgaver og muligheter for forskning og innovasjonsarbeid.
- Gjennom samarbeid i regionen tilby en fullverdig og fullstendig utdanning for langt de fleste legespesialiteter.
- Arbeide for at IKT/teknologi får sin berettigede plass i utdanning av helsepersonell og utvikle kvalifiseringstiltak i egen organisasjon
- Bygge opp Kompetansemoduleten til å bli et komplett IKT-verktøy for ressursplanlegging som sikrer dokumentasjon, planlegging og oppfølging av kompetanse.

## 7. Forskning og innovasjon

Forskning er et av spesialisthelsetjenestens fire ansvarsområder. Forskning er avgjørende for spesialisthelsetjenestens andre primære ansvarsområder: kvalitet i pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Forskning er viktig ikke bare for å heve det kollektive kunnskapsnivået i helsesektoren, men virker motiverende på Helse Nord's ansatte og er en faktor av stor betydning i rekrutteringsøyemed. Forskning er nødvendig for å dokumentere og evaluere virkningen av kliniske og organisatoriske tiltak og utvikle tjenestene videre.

Helse Nord er avhengig av innovative løsninger for å møte de bemanningsmessige og økonomiske utfordringene regionen står ovenfor. Innovasjonsarbeidet må 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 rekrutteringssituasjon. Innovative løsninger må til for å sikre kvaliteten i det desentrale spesialisthelsetjenestetilbudet.

Helse Nord skal:

- Stimulere til økt forskning i de helseforetakene som har en forholdsmessig liten andel forskningsaktivitet. Universitetssykehuset skal være en pådriver for klinisk forskning i hele regionen.
- Understøtte universitetssykehusets særskilte rolle innen forskning.
- Legge til rette for at flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier, blant annet gjennom deltakelse i nasjonalt og internasjonalt samarbeid.
- Sørge for muligheter for forskning og innovasjon for ansatte i helseforetakene ved tilrettelegging og prioritering av midler. Ressursbruk og aktivitet skal som et minimum opp på det samme nivå som i de andre regionale helseforetakene.
- Bidra til å utvikle toppforskningsmiljøer særlig innen klinisk forskning og translasjonsforskning. Disse skal være i stand til å nå opp i konkurransen om midler fra de store forskningsfinansiørene nasjonalt og internasjonalt.
- Legge til rette for at brukerne er en viktig stemme i alle faser av forskningsprosessene, der dette er relevant. Dette gjelder også i prioritering av ulike forskningstema, og i utformingen av aktuelle forskningsspørsmål.
- Videreføre det formaliserte samarbeidet mellom Helse Nord og universitetene. Selve forskningen skal skje i samarbeid med aktive akademiske miljøer.
- Tillegge forskningskompetanse vekt ved tilsetting i ledende stillinger
- Drive tjenesteinnovasjon ved å sette ny teknologi inn i gode organisatoriske løsninger. Dette vil begrense unødvendig reisevirksomhet for pasienter og ansatte, forbedre pasientforløp og fremme bedre samhandling med primærhelsetjenesten.

## **8. Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling**

Helse Nord har økonomisk drevet i tråd med budsjett og forutsetninger siden 2009. Det har gitt rom for utvikling av helsetjenestetilbudet og et høyt investeringsnivå. Siden 2012 har det vært en negativ produktivitetsutvikling i regionen og vi har et høyt kostnadsnivå. Utviklingen er svært bekymringsfull. Foretaksgruppen må iverksette tiltak, også av foretaksovergripende karakter, både på kort og lang sikt.

For å videreutvikle og forbedre helsetilbudet må også kravet til positive økonomiske resultat innfris. Produktiviteten må forbedres. Manglende oppnåelse av økonomiske mål og resultatkrav vil føre til at investeringer må skyves ut i tid og faglige satsninger må utsettes.

Involvering av medarbeiderne og bruk av partssamarbeidet er en forutsetning for å lykkes med forbedrings- og omstillingsarbeid.

Helse Nord skal:

- Ha en utvikling av virksomheten som er økonomisk bærekraftig

- Iverksette tiltak for å sikre likviditet til planlagte prosjekter og gi handlingsrom for videre satsning innen teknologi og omstillings- og innovasjonsarbeid.
- Bruke investeringsregimet for vurdering av effekt kontra kostnad som grunnlag for en endelig prioritering
- Ha en felles tilnærming til gevinstrealisering og derved oppnå større effekter av vedtatte tiltak.
- Videreutvikle partssamarbeidet med arbeidstakernes representanter ved god involvering i forbedrings- og omstillingsarbeid.
- Etablere en samarbeidskultur som involverer medarbeiderne i arbeidet med forbedring og omstilling.
- Ha kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon ved forvaltning og oppfølging av gjeldende innkjøpsavtaler
- Øke andelen av faglig likeverdige og rimeligere legemidler i henhold til grossistavtaler og avtaler inngått gjennom legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS).
- Intensivere innkjøpsamarbeidet og iverksette tiltak for å sikre lojalitet til inngåtte avtaler.
- Vurdere en mer effektiv organisering av stabs- og støttefunksjoner
- Redusere reisekostnadene ved bruk av alternative møte- og konsultasjonsformer
- Ta i bruk teknologiske løsninger som bidrar til gode tjenester og reduserte kostnader.

## 9. Teknologi

Helse Nord har ambisjon om å være ledende på å bruke teknologi til medisinsk avstandsoppfølging. Digitalisering og automatisering skaper muligheter for andre måter å drive på. Utfordringen er å ta nye driftsmodeller systematisk i bruk i helsetjenesten. I Helse Nord er forutsetningene gode med våre felles IKT løsninger.

Teknologi vil bli brukt til digitalisering og automatisering av tjenester, forenkling av administrative oppgaver og til samhandling mellom tjenester på ulike nivå. Teknologi skal understøtte det kliniske arbeidet og ikke gi unødvendig merarbeid. Innføring av ny teknologi forutsetter også utvikling av nye organisatoriske løsninger og andre måter å arbeide med oppgavene på (tjenestedesign) i samarbeid med pasientene.

I utviklingen av nye løsninger skal det også samarbeides med private leverandører.

Helse Nord skal:

- Utarbeide en samlet strategi og handlingsplan for teknologi

- Innføre stimulerings tiltak slik at velprøvde og fungerende løsninger raskt kan tas i bruk
- Bruk felles og utprøvd metodikk ved innføring av ny teknologi
- Legge bruk av teknologi inn som styringsmål for helseforetakene
- Etablere et teknologiråd som stimulerer tjenesteinnovasjon og bruk av teknologi
- Ved pilotering av nye løsninger ha som forutsetning at nye løsninger skal kunne skaleres opp og brukes i hele regionen
- Definere kompetansemål for teknologi, både ved nyansettelser og utvikling av ansatte
- Sikre en samlet og godt koordinert utvikling av IKT, medisinsk teknisk utstyr (MTU), velferdsteknologi og teknologi i bygg og bygningsmassen,
- Prioritere teknologi som reduserer manuelt rutinearbeid

## 10. Bygg og kapasitet

Helse Nord har investeringsplaner som gjør at vi midt i perioden vil være kommet langt med fornyelse av bygningsmassen. Fortsatt gjenstår noen prosjekter bl.a. innen psykisk helsevern.

Nasjonal framskrivingsmodell prognostiserer et økt behov for liggedøgn på ca. 37%. Etter forutsetninger om effektivisering, omlegging i behandlingsformer og samhandling med kommunene reduseres dette til en antatt vekst på 13%. Det er usikkerhet ved tallene. Behovet for økt kapasitet varierer mellom geografiske områder i regionen. Areal til poliklinikk og dagbehandling kan løses enten med nye investeringer og/eller lengre åpningstider.

Helse Nord skal:

- Utrede nærmere behovet for framtidig kapasitet i spesialisthelsetjenesten på basis av en avklart arbeidsdeling med kommunene
- Alltid velge fleksible bygningsmessige løsninger slik at byggene lett kan tilpasses ulike behov i fremtiden. Prinsippet om én-sengs-rom skal legges til grunn ved nybygg.
- Samlokalisere psykisk helsevern med somatiske helsetjenester, universitets- og kommunale funksjoner ved nybyggprosjekter, der det ligger til rette for det
- Planlegge og gjennomføre utbyggingsprosjekter i tråd med langsiktig plan
- Sørge for at bygningsmassen vedlikeholdes tilfredsstillende
- Legge til rette for at bygningsmassen på Åsgård kan utvikles/ erstattes med nye arealer på nåværende eller annet sted

- Utrede framtidig behov for renovering av den eldste bygningsmassen ved NLSH psykiatri
- Vurdere behov for renovering/nybygg av UNN Harstad

## **11. Veien videre og implementering av tiltak**

### **11.1 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.

Gjennomføringen må derfor skje 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.

Rekkefølgen og hvilke tiltak som skal gjennomføres samtidig er ikke definert her. Det må prioriteres i årlige oppdragsdokument, i 4-årige plan og langsiktig investeringsplan

Tiltakene som prioriteres bør detaljeres i aktiviteter og prosesser som sikrer gjennomføring av tiltaket slik at det bidrar til å løse utfordringsbildet 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. Samtidig skal tempoet være høyt nok til at utviklingsplanen er gjennomført innen utgangen av 2035.

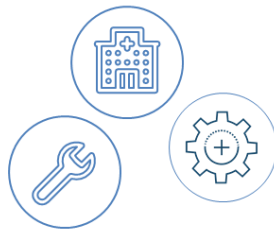
Helse Nord skal i perioden ha god oversikt over fullførte, pågående og ikke påbegynte tiltak fra utviklingsplanen. Det sikrer at Helse Nord ikke driver flere aktiviteter enn det har kapasitet til, samtidig som det bidrar til god styring mot gjennomføring av samtlige tiltak innen.

### **11.2 Implementering – type tiltak og betydning for arbeidet i Helse Nord**

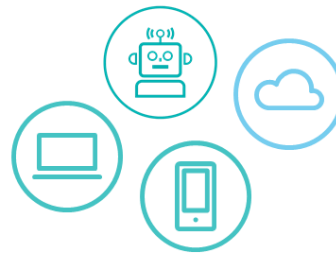
Tiltakene som er beskrevet i utviklingsplanen kan grovt karakteriseres i rammen av tre typer av tiltak: 1) Kontinuerlig forbedring og effektivisering, 2) tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur, 3) tiltak knyttet til transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester.

Noen tiltak vil ligge i grenseland mellom kategoriene. Det er ikke hensiktsmessig å strengt definere hvilke tiltak som er hvilken type. 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



Utvikling av ressursgrunnlag og kapasitet innenfor rammen av dagens driftsmodell

### 11.3 Forbedringsarbeid innenfor dagens driftsmodell

Måten helsetjenester vil ytes på i framtida er i endring, slik det har vært alltid. Muligheter kommer og endringer skjer raskere enn før. Det er usikkert når endringer som radikalt forandrer måten å løse oppgaver på vil finne sted. Derfor må det drives kontinuerlig forbedrings- 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. Slike tiltak 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 arbeidet bør struktureres og gjennomføres<sup>1</sup> 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.

<sup>1</sup> Arbeidsgruppe for indikatorer- og metodeutvikling (AIM). Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten (2018)

#### **11.4 Tiltak knyttet til ressurser og infrastruktur**

Dette er tiltak som sikrer tilstrekkelig med penger, areal og bemanning til å levere helsetjenester innenfor rammen av dagens strukturer og prosesser. Dette handler primært ikke 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.

#### **11.5 Tiltak knyttet til transformasjon av dagens modell for å levere helsetjenester**

Dette er tiltak som helt eller delvis endrer den underliggende driftsmodellen for å levere helsetjenester. Til forskjell fra å effektivisere prosesser, handler dette 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 i framtida er at pasienten får direkte time på poliklinikken uten henvisning fra fastlege: Pasienten har en helse-app. Basert på sensorbaserte målinger av puls, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, hydreringsgrad og enkelte biokjemiske målinger sammenhold 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.

Underliggende driftsmodell må endres når mulighetsrommet for hvordan organisasjoner kan løse sine oppgaver forandres. 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 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.

I arbeid med denne type tiltak må det fokuseres på å: 1) Definere og utvikle evnene og ferdighetene som må være på plass for at ny driftsmodell skal fungere. 2) Tydeliggjøre 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 blir 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.



# Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord

## Bakgrunn og sammenheng

# Innhold

1.	Sammendrag	3
2.	Bakgrunn	4
2.1	Innledning	4
2.2	Historikk for Helse Nord	4
2.3	Gjennomføring av planarbeidet	4
2.4	Helseforetakenes utviklingsplaner	5
3.	Nåsituasjonen	11
3.1	Pasientens helsetjeneste	11
3.2	Pasientbehandling	12
3.3	Tilbudet til den samiske befolkningen	20
3.4	Regional utvikling og regionalt samarbeid	21
3.5	Samhandling med primærhelsetjenesten	25
3.6	Organisering og ledelse	26
3.7	Bemanning og kompetanse	27
3.8	Forskning og innovasjon	31
3.9	Økonomi	32
3.10	Teknologi	34
3.11	Bygg og kapasitet	35
4.	Overordnede strategier, føringer og prioriterte områder	37
4.1	Nasjonal helse- og sykehusplan	37
4.2	Helse Nords strategi	37
4.3	Plan for Helse Nord og andre regionale strategier	38
4.4	Helsetjenester i nettverk	38
4.5	Samhandling om de som trenger og bruker spesialisthelsetjenesten mest	39
4.6	Prioritering i Helse Nord	40
4.7	Utvikling og omstilling – involvering av medarbeidere og partssamarbeidet	40
4.8	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	50
6.	Vedlegg	55
6.1	Mandat (separat vedlegg)	55
6.2	Helse Nords strategi (separat vedlegg)	55
6.3	Beskrivelse av modeller og datagrunnlag	55
7.	Referanser	69
8.	Tilleggsdokumenter	70
8.1	Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040; 2. utg.	70
8.2	Status og trender i Helse Nord (SKDE)	70
8.3	Fastlegetjenesten i Nord-Norge	70
8.4	Status og utviklingsplaner for helse- og omsorgstjenesten i nordnorske kommuner	70

# 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, Mandat for arbeidet (vedlegg) med Regional utviklingsplan i Helse Nord ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF den 25. oktober 2017 (styresak 107 – 2017).

Overordnet skal regional utviklingsplan 2035:

- Angi hvilket behov for helsetjenester som forventes
- Anvise hvordan helsetjenestebehovet skal dekkes med
- Beskrive de muligheter digitalisering av oppgaveløsning gir
- Avveie forholdet mellom investering og drift

Dette skal skje innenfor en realistisk vurdering av tilgjengelige ressurser

I dokumentet redegjøres for status i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord på de områder som planen omhandler. Befolkningen i landsdelen vil øke litt og andelen eldre vil øke kraftig. Det gir økt behov for helsetjenester. En framskriving av behovet for kapasitet viser at Helse Nord i stort vil ha en samlet kapasitet som nesten dekker behovet slik vi kjenner det nå. Kapasiteten vil være noe skjevt fordelt ved at særlig UNN og i noen grad Nordlands-sykehuset vil trenge økt kapasitet. Dette må vurderes nærmere i oppfølging av planen og

vurderinger av investeringsbehov fra 2028 og utover. Hvordan behovet for helsetjenester skal løses må utvikles i nært samarbeid med kommunene, særlig for pasienter med omfattende behov for helsetjenester og stort forbruk av ressurser. Her er potensialet til stede for å yte samlet sett bedre tjenester med en lavere ressursinnsats totalt sett. Ny kunnskap, nye metoder, ny teknologi og mer systematisk samarbeid må danne grunnlaget for nye måter å yte tjenestene på.

Utvikling av forpliktende faglige nettverk i spesialisthelsetjenesten vil styrke kvaliteten, gi bedre bruk av faglige og økonomiske ressurser og utvikle tilbudet til befolkningen.

Samhandlingsfeltet blir det aller viktigste området for forbedring og utvikling av tjenestene. Det handler både om kvalitet, pasientsikkerhet og ressursbruk både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Særlig er det viktig å styrke den kliniske samhandlingen.

Det vil bli økt behov for helsepersonell. Størst blir problemet med å rekruttere og beholde sykepleiere og noen sentrale legespesialiteter. I samarbeid med kommunene må behovet vurderes nærmere og det må samarbeides tett med utdanningsinstitusjonene for å få tilstrekkelig kapasitet. Behov for nye yrkesgrupper og utviklingen av arbeidsdelingen mellom yrkesgrupper må også vurderes.

Teknologi vil spille en vesentlig rolle i videre utvikling av helsetjenesten. Mye tyder på at effekten av ny teknologi og nye metoder vil være fortsatt økt poliklinikk og dagbehandling. Færre tilstander vil trenge døgnbehandling

## 2. Bakgrunn

### 2.1 Innledning

Helse Nord RHF skal sørge for at befolkningen i Nord-Norge og på Svalbard har tilgjengelighet til gode og likeverdige spesialisthelsetjenester når de trenger det. Helse Nord RHF eier seks helseforetak, hvorav fire er sykehusforetak. Over 19 000 medarbeidere har et arbeidstakerforhold i foretaksgruppen.

Spesialisthelsetjenester ytes i egne helseforetak, ved kjøp fra private institusjoner og lege- og psykologspesialister som det regionale foretaket har avtale med. 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 Nord's 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 utfordringene frem mot år 2035.

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 består av seks helseforetak. Universitetssykehuset Nord-Norge HF er regionens fullverdige universitets- og regionsykehus. Nordlandssykehuset HF skal ha et bredt tilbud og Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset er helseforetak med lokalsykehustjenester. I tillegg har vi Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF.

«Forbedring gjennom samarbeid», strategien for foretaksgruppen, ble vedtatt i 2002. Det samme ble et eget investeringsregime. IKT strategien ble besluttet og definert som et regionalt ansvar i 2003. En modell for fordeling av inntektene mellom helseforetakene i nord ble tatt i bruk fra 2008.

Det er lagt stor vekt på forankring av strategier og større beslutninger for å sikre regional oppslutning. Det betyr 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.

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.

Helse Nord organiserte arbeidet med Regional utviklingsplan 2035 som et prosjekt. Ledergruppen i Helse Nord RHF supplert med ansattrepresentanter, brukerrepresentant og observatør fra KS var styringsgruppe for utarbeidelse av høringsnotatet. En prosjektgruppe med medarbeidere i Helse Nord RHF, inkludert SKDE, har levert vesentlige bidrag til arbeidet. KS var med som observatør. Deloitte hadde prosjektledelsen. En kommunikasjonsplan og en risikoanalyse for planprosessen ble utarbeidet innledningsvis i arbeidet.

Direktørmøtet i regionen har vært referansegruppe for arbeidet med høringsutkastet 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. Helseforetakenes utviklingsplaner har vært viktig bakgrunnsmateriale for arbeidet med den regionale planen. Samtidig gir «sørge for ansvaret» noen perspektiv ut over det som skal reflekteres i helseforetakenes planer.

### *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 Karasjok samles kompetanse og behandlingstilbud for den samiske befolkning. Hovedstrategiene er at somatikk, psykisk helsevern og rus må samlokaliseres så mye som mulig for å bedre pasientforløpene, styrke fagmiljøene og redusere kostnadene. Samhandlingen med kommunene må styrkes og virksomhetene må lokaliseres der det er mulig å rekruttere og bygge opp fagmiljøer. Sykestuene er et viktig ledd i behandlingsskjeden og lærings- og mestringscentre må også videreutvikles.

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

Det skal fortsatt være døgnkontinuerlig vakt i indremedisin, anesthesiologi, generell kirurgi og føde i Kirkenes og Hammerfest. Det skal være døgnkontinuerlig 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 er en hovedstrategi. Både den pågående reformen innen utdanning av legespesialister, samarbeidet med UNN og UiT 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. Bygningsmassen i psykisk helsevern er uhensiktsmessig.

#### *2.4.2 Universitetssykehuset Nord-Norges utviklingsplan*

UNNs utviklingsplan for virksomheten (eksklusiv bygg og IKT) 2015-2025 bygger på en overordnet strategien fra 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.»

Som dimensjonerende forutsetninger har aktivitetsframskrivningene lagt til grunn SINTEFs rapport fra 2011. 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 dynamisk konsept til grunn, slik at ny kapasitet kan være lett tilgjengelig, 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. Disse skal være førende for utvikling av den faglige virksomheten i perioden 2015-2025. Dette handler om:

- 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 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
- Prehospitaltjenester og mottaksmedisin
- Kroniske og sammensatte lidelser

#### 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 utover det 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 ved tilrettelagte og godt koordinerte tjenester
- Minimal invasiv behandling, med vekt på å tilby behandling med mest mulig skånsom teknikk, der metoden 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.

Analyse av demografisk endring, utvikling i det medisinske tilbudet og forandring i måten å yte helsetjenester på skal 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 etterfølges av en konsekvensanalyse.

#### 2.4.5 Sykehusapotek Nord's utviklingsplan

Sykehusapotek Nord 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. Sykehusapotek Nord skal være en sikker leverandør av alle apotekvarer som helseforetakene bestiller, drive publikumsapotekutsalg med reseptekspedisjon og selvvalg. De skal produsere alle legemidler 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 sykehusapotektjenestene 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 (integrated medicine management) 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 målbilde 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

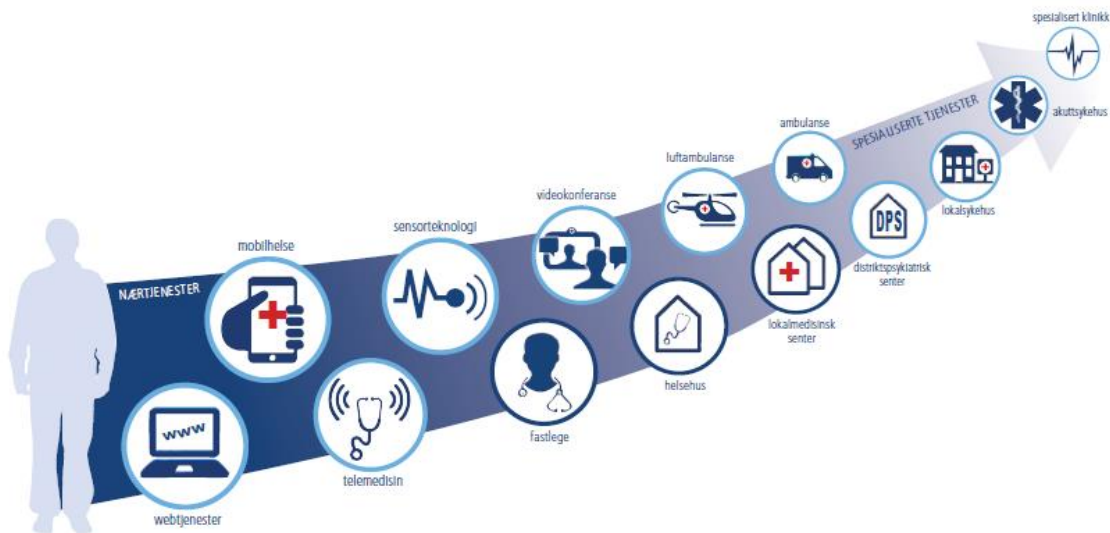
Brukerne står sentralt i utviklingen av en moderne helsetjeneste. Det arbeides med brukermedvirkning på individ og systemnivå. Det er brukerutvalg på alle nivå og det er observatør fra brukerne i styrene. Pasientens helsetjeneste» har vært det sentrale budskapet fra politiske myndigheter og det er den overordnede visjonen for 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. 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.»*

Samvalg er et tiltak utviklet i samarbeid mellom UNN og andre helseforetak i landsdelen. 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. Fordeler og ulemper ved diagnostikk – og behandlingalternativ veies mot hverandre. Samvalg er eksempel på et hjelpemiddel som bidrar til at pasienten har nødvendig kunnskap når vanskelige valg skal gjøres. Det er et mål at pasienten også kunnskapsmessig, er best mulig rustet til å bidra i å ta ansvar for egen helse underveis og etter behandling. Det er under utvikling nasjonale hjelpemidler til bruk i samvalgsprosessen og Helse Nord ved UNN leder dette arbeidet.

Pasienter opplever det ofte som en utfordring å måtte forholde seg til mange ansatte i løpet av oppholdet. Kontinuiteten beskrives som svak 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. Krav og forventninger til helsetjenesten øker. Det er forventninger til kvalitet i tjenesten og det å bli betjent og møtt med åpenhet, fleksibilitet og brukertilpasning er av stor betydning. 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 ett avgjørende element i å skape pasientens helsetjeneste.

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 løftes. Planen er utarbeidet i samarbeid med brukerne for å sikre brede perspektiv på Pasientens helsetjeneste og sikre et trygt og kvalitativt godt helsetilbud til befolkningen i Nord-Norge.

I tabellene under er aktivitetsnivået for 2017 oppsummert 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 2017. Kilde: NPR, gjengitt Sykehusbygg framskrivinger i 2018

Aktivitetstall	Helgelandssykehuset	Nordlandssykehuset	UNN	Finnmarkssykehuset	Sum
Døgnopphold	36	143	223	65	467
Poliklinikk	12 396	21 680	28 454	13 993	76 523

Tabell 2: Aktivitet: Psykisk helsevern for voksne 2017. Kilde: NPR, gjengitt i Sykehusbygg framskrivinger i 2018

Aktivitetstall	Helgelandssykehuset	Nordlandssykehuset	UNN	Finnmarkssykehuset	Sum
Døgnopphold	354	1 690	3 551	640	6 235
Poliklinikk	29 239	32 660	59 055	21 223	142 177

Tabell 3: Aktivitet: Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere 2017. Kilde: NPR, gjengitt i Sykehusbygg framskrivinger i 2018

Aktivitetstall	Helgelandssykehuset	Nordlandssykehuset	UNN	Finnmarkssykehuset	Sum
Døgnopphold	94	88	749	98	1 029
Poliklinikk	2 770	4 752	9 881	1 194	18 597

### Lokalisering

Psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ytes ved behandlingenheter i landsdelen og noen private leverandører på Østlandet.

- I psykisk helsevern for voksne er det tilbud i 14 distriktpsikiatriske 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.
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling ytes i helseforetakene og av private leverandører. Det er etablert rusbehandling ved alle de 14 distriktpsikiatriske sentrene og fra fire private leverandører

### Aktivitet og kapasitet

Psykisk helsevern for voksne<sup>1</sup>:

- Antall pasienter som behandles i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord er på nivå med landsgjennomsnittet

<sup>1</sup> Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Psykisk helsevern

- 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 i tjenesten enn gjennomsnitt for landet
- Kostnadene per konsultasjon og oppholdsdøgn er lavere enn nasjonalt gjennomsnitt

Den høye aktiviteten i døgnbehandling kan forstås ut fra lange reiseavstander og sentraliserte sykehusfunksjoner. Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset er de eneste helseforetakene i landet uten egne sykehusavdelinger. Avtalespesialistenes andel av den polikliniske aktiviteten er om lag halvparten av landsgjennomsnittet. Psykisk helsevern for voksne har 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 unge<sup>3</sup>:

- 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 opphold i døgnenheter enn landsgjennomsnitt
- Det er et høyere antall senger i regionen enn gjennomsnitt for landet
- Kostnadene 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. Fokus har vært på flere konsultasjoner i polikliniske tjenester, og det er etablert flere ambulante enheter i regionen.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling<sup>2</sup>:

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

TSB er et nytt fagfelt i spesialisthelsetjenesten og bærer preg av noe ulike organisering i helseforetakene. På den bakgrunn er de i 2018 laget 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, bruker kunnskapsbaserte metoder, finner bedre løsninger for pasienter, pårørende og samfunnet og styrker forskningsaktiviteten. Helse Nord RHF har gjennom Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025, kartlagt de største utfordringene for tjenesten. Både store og små fagmiljøer beskriver rekruttering av kompetent personell som den viktigste og mest krevende. Store avstander og en spredt befolkning gjør at det er etablert mange behandlingssteder for å gi et tilbud nært der folk bor. Det betyr små fagmiljø med få ansatte og få spesialister. Utfordringen

<sup>2</sup> Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

øker når det stilles nye krav til bruk av spesialiserte behandlingsmetoder og flere oppgaver som krever høyspesialisert kompetanse. Dette vil forsterkes i årene som kommer. For å sikre høy kvalitet, god tilgjengelighet og god bruk av kompetansen 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 (FIN): Består av sykehusene Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes samt spesialisttjenestetilbudet ved Klinikk Alta. I tillegg ferdigstilles Samisk Helsepark i Karasjok i 2019 der det skal tilbys både somatiske tjenester og tjenester innenfor psykisk helsevern og rus.
- Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) består av sykehusene UNN-Narvik, UNN-Harstad, og UNN-Tromsø, samt Longyearbyen sykehus på Svalbard.
- Nordlandssykehuset (NLSH) består av sykehusene NLSH Bodø, NLSH Vesterålen (i Stokmarknes) og NLSH Lofoten (på Gravdal).
- Helgelandssykehuset (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 består 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 2017, fordelt på de fire helseforetakene.

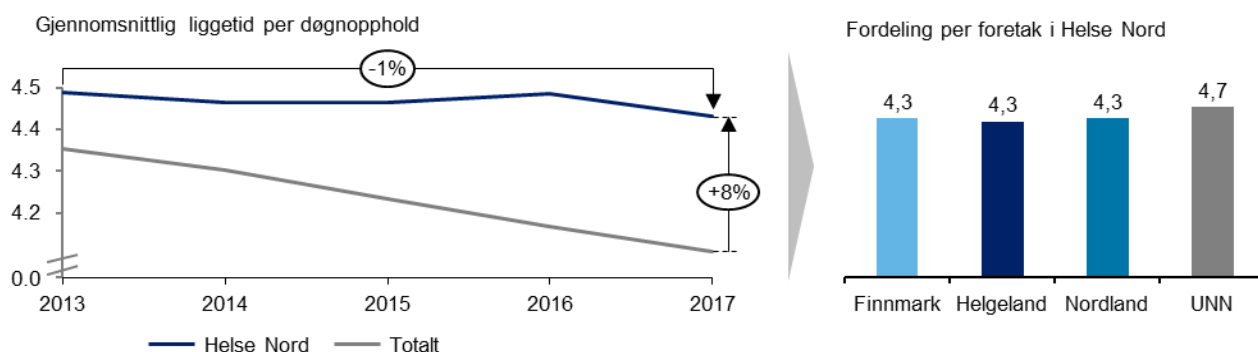
Tabell 4: Aktivitet innen somatikk 2017. Kilde: NPR, gjengitt i Sykehusbygg framskrivinger i 2018

Aktivitetstall	Helgelandssykehuset	Nordlandssykehuset	UNN	Finnmarkssykehuset	Sum
Døgnopphold	10 449	22 539	38 066	10 268	81 322
Liggedøgn	41 036	90 523	168 318	40 948	340 825
Dagbehandling <sup>3</sup>	6 496	12 405	15 502	3 822	38 225
Poliklinikk	90 541	168 846	268 130	70 160	597 677

<sup>3</sup> Definert som registrerte behandlinger med kirurgisk DRG og null liggedøgn i NPR, samt dialysebehandling.

Bildet nedenfor beskriver gjennomsnittlig liggetid. Selv om det har vært en reduksjon i liggetiden fra 2013 til 2017, er liggetiden fortsatt høyere enn i resten av landet.

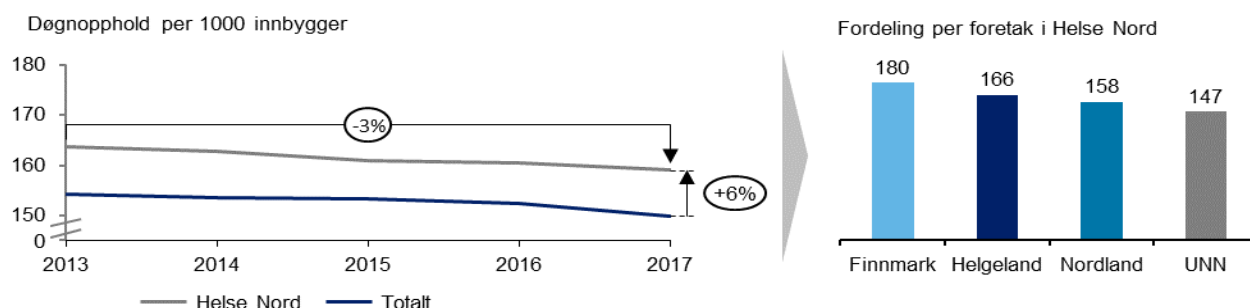
Figur 1: Gjennomsnittlig liggetid per døgnopphold, eksklusiv rehabilitering. Fordeling per foretak for 2017. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Bruk av tjenester (2018)



### Forbruk

Aktivitetsveksten i Helse Nord har vært lav de siste årene, sammenlignet med de andre regionene, med bare 4 % vekst fra 2012 til 2016. Antall døgnopphold per 1000 innbygger har falt med 3 % fra 2013 – 2017. Forbruket av sykehustjenester er fortsatt høyt sammenlignet med resten av landet.

Figur 2: Døgnopphold per 1000 innbygger. Fordeling per helseforetak for 2017. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Bruk av tjenester (2018)

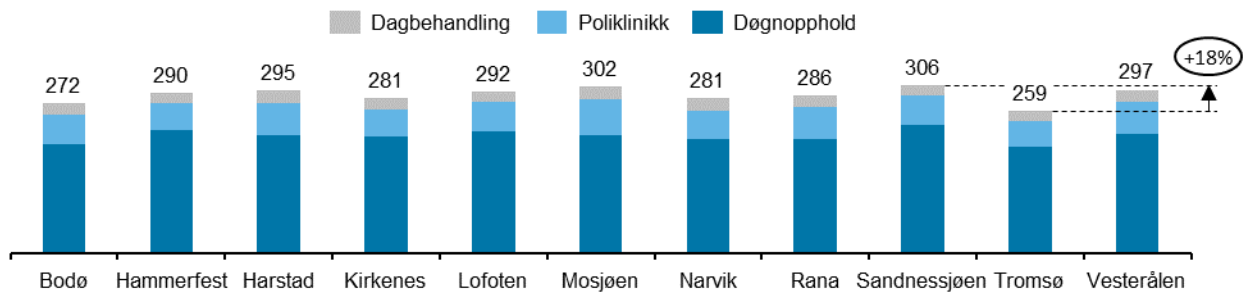


### Om forbruksvariasjon

Mellom de geografiske områdene i Helse Nord er det stor variasjon i forbruk av helsetjenester. Differansen målt i DRG-poeng per 1000 innbygger, utgjør 18 % mellom opptaksområdene til UNN Tromsø og Helgelandssykehuset Sandnessjøen (jfr. fig 3). En så stor variasjon kan verken forklares med tilfeldigheter eller ulik pasient- og alderssammensetning. Det vises i denne sammenheng også til tilleggskildet «Økonomi, forbruk, pasientstrømmer og kvalitet - Status og trender i Helse Nord» fra SKDE.



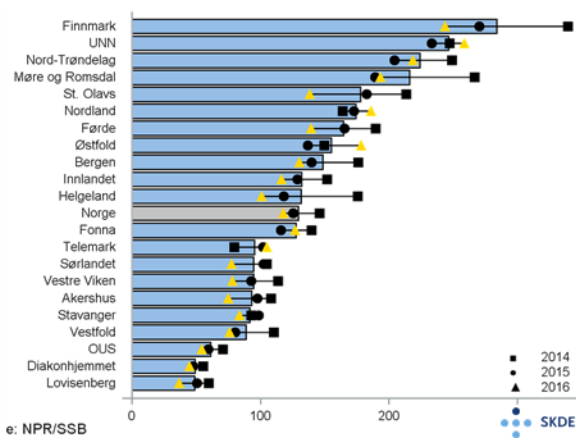
Figur 3: Antall DRG-poeng pr. 1000 innbygger per sykehusområde for pasienter, kjønns- og aldersjustert, for 2017. Kilde: Pasientstrømmer, Helse Nord RHF – SKDE (2018)



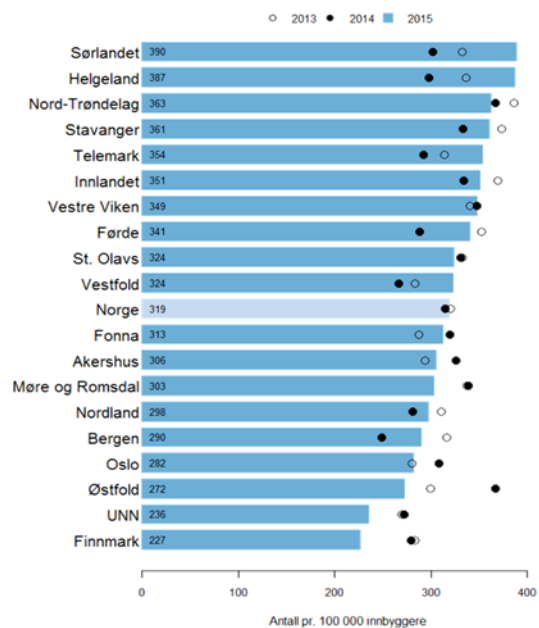
Dersom vi ser nærmere på enkelte prosedyrer finner vi enda større variasjoner; jfr. eksemplene nedenfor.

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 5-10 % av pasientene legger beslag på ca. 50 % av sengekapasiteten i sykehusene og om lag 45% av aktiviteten målt i DRG poeng. Gruppen består av pasienter (svært mange eldre) med livslang/langvarige lidelser med flere diagnoser, mange opphold, økt forekomst av reinnleggelser mv. De 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. Målet må være 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 er en av årsakene til at pasientene ikke alltid behandles på riktig nivå/sted og at begrensede bemanningsressurser ikke brukes optimalt. Pasienter som er ferdig behandlet og venter på et tilbud i kommunene, representerer fortsatt en utfordring både for sykehus og kommuner. Det er en indikasjon på behov for bedre samhandling mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten

### Kapasitet

Det har, særlig på intensivområdet, vært utfordringer i regionen og da spesielt på UNN. Etter at A-fløyen der er ferdigstilt vil kapasitetsproblemerkene først og fremst handle om mangel på personell og særlig sykepleiere.

### Prehospitale tjenester

Bil-, båt- og luftambulansetjenesten og kommunal legevakt, i tett samarbeid med interne sykehusressurser, er grunnpilarene i prehospital akuttmedisin. Målet om gode og likeverdige tjenester, til alle som trenger det, forutsetter en desentralisert struktur på ambulansetjenestene i Helse Nord. Dagens tilbud fungerer bra og kapasiteten vurderes samlet sett tilpasset behovet. Det er kontinuerlig en viktig og krevende prioriteringsoppgave å sikre et tjenestetilbud som er tilpasset vårt desentrale bosettingsmønster, med tilfredsstillende responstider, uten at det blir uforholdsmessig ressurskrevende. Samarbeidet med den kommunale legevakten, som «first responder», er derfor svært viktig.

SINTEF har gjort analyser av framtidig behov for ambulansetjenester i Finnmark. Framskrivninger viser en økt og aldrende befolkning som tilsier at antall oppdrag vil øke med ca.25 %. Det 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.

Strukturen på 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 legges til grunn at tjenesten fortsatt vil drives av ideelle organisasjoner eller private aktører med helsefaglig kompetanse/bemanning fra helseforetakene

Det forventes en fortsatt utvikling mot at flere medisinske prosedyrer / behandlinger kan starte prehospitalt, i samarbeid med primærhelsetjenesten, og ved bruk av e-helseløsninger 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.

### 3.2.3 *Pasient- og pårørendeopplæring*

Pasient- og pårørendeopplæring har fra 2001 vært en lovpålagt oppgave for spesialisthelsetjenesten. Det skjer både individuelt og gruppebasert, hvorav den sistnevnte tilnærmingen er et spesielt satsningsområde. Det er lærings- og mestringssenter ved alle sykehus i Helse Nord. Flere har 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 brukermedvirkning og satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid både i kommuner og helseforetak.

### 3.2.4 *Om kvalitet og pasientsikkerhet*

Kvalitet og pasientsikkerhet er en viktig forutsetning for trygge og likeverdige helsetjenester. Kvalitet i Helse Nord's 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. Det gjennomføres 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. Regionalt senter for pasientsikkerhet ved Nordlandssykehuset har her en viktig rolle.

### 3.2.5 *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 2017 viser at Helse Nord har 30-dagers overlevelse etter innleggelse på 95,2%. Dette er på nivå med landsgjennomsnittet på 95,4%<sup>4</sup>.

### 3.2.6 *Nåsituasjonen på områder med særlige utfordringer*

En rekke forhold påvirker vår evne til å yte trygge og gode helsetjenester til befolkningen.

- **Indikasjonsstillinger/henvisninger.** Det er relativt stor variasjon i hvilke pasienter som henvises til spesialisthelsetjenesten<sup>5</sup>. 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. Det skjer på noen områder. På andre er praksis at fagrådene får konkrete oppdrag når det er aktuelle problemstillinger.
- **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 ikke rutiner som sikrer at ny kunnskap og konsensus om endringer i metoder/rutiner når operative kliniske miljøer i alle enheter

<sup>4</sup> [https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=30\\_dager\\_totaloverlevelse](https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=30_dager_totaloverlevelse)

<sup>5</sup> *Riksrevisjonen, Dokument 3:4 (2017-2018)*

- **Kliniske fagrevisjoner.** Det ble i 2017 utviklet et system for gjennomføring av regionalt fasiliterte kliniske fagrevisjoner. To gjennomførte piloter viste 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 i EPJ
- **Læring fra avvikshåndtering.** Kvalitetssystemet der avvik håndteres er i 2017 utviklet og 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
- **«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 innen 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 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 oppleves av mye helsepersonell som tungvint 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.

### 3.3 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 gis det et eget kapittel i regional utviklingsplan.

Likeverdige helsetjenester forutsetter helsetjenester tilrettelagt samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. Det handler om den enkeltes møte med tjenesten og hvordan det organisatorisk er lagt til rette for befolkningens møte med en helsetjeneste som ivaretar deres behov, Samelovens bestemmelse i §3-5 gir den som ønsker det 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.

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 god samisk medvirkning, jfr. inngått samarbeidsavtale.

### **3.4 Regional utvikling og regionalt samarbeid**

#### **3.4.1 Dagens funksjonsfordeling**

Helse Nord har en etablert funksjonsdeling 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.

Problemstillingen med lite pasientvolum og sårbare fagmiljøer er aktuell. Helse Nord organisering legger til rette for at pasienter fra hele landsdelen har Universitetssykehuset Nord-Norge HF som regionsykehus.

Det er et mål at folk i Nord-Norge skal kunne få dekket sine behov for sykehustjenester i landsdelen i hovedsak. Den samlede selvforsyningsgraden i regionen er på om lag 93 %. Som dataene nedenfor viser er selvforsyningsgraden høy også i det enkelte helseforetak, og det er en betydelig stabilitet i pasientstrømmene i Helse Nord.

Selvforsyningsgrad i helseforetakene i perioden 2015 – 2017:

<b>Helseforetak</b>	<b>Kontakter inkl. avtalespesialister</b>	<b>Døgnopphold alle</b>	<b>Døgnopphold øhj</b>
<b>Finnmarkssykehuset</b>	66,5	69,0	81,5
<b>UNN</b>	81,3	92,8	96,7
<b>Nordlandssykehuset</b>	73,6	81,6	90,2
<b>Helgelandssykehuset</b>	68,7	69,4	81,6

*(Pasientstrømmer 2015 – 2017 SKDE)*

### Fordeling i % av utførte tjenester i Helse Nord

Andel av døgnopphold i regionen 2015 – 2017 (SKDE):

Behandler HF	2015	2016	2017	Snitt
Finmarkssykehuset	13,0	13,1	12,6	12,9
UNN	44,3	44,7	46,2	45,0
Nordlandssykehuset	28,5	28,0	28,1	28,2
Helgelandssykehuset	14,2	14,2	13,0	13,8
Sum	100	100	100	100

(Pasientstrømmer 2015 – 2017 SKDE)

### Andel av døgnopphold øyeblikkelig hjelp i regionen 2015 – 2017

Behandler HF	2015	2016	2017	Snitt
Finmarkssykehuset	14,2	14,4	14,1	14,2
UNN	40,4	41,7	42,6	41,6
Nordlandssykehuset	30,1	28,7	28,6	29,1
Helgelandssykehuset	15,3	15,2	14,7	15,1
Sum	100	100	100	100

(Pasientstrømmer 2015 – 2017 SKDE)

Regional utviklingsplan2035 baseres på at strukturen på spesialisthelsetjenesten i stor grad ligger fast. I et sørge-for-perspektiv er strategien i Helse Nord en god desentralisert tjeneste for befolkningen på de områder hvor det kvalitets- og ressursmessig gir gode resultater. Det kombineres med samling av oppgaver og prosedyrer som krever høyspesialisert kompetanse og teknologi, når det vil gi best resultat for pasienten og det av ressursmessige grunner ikke er fornuftig å desentralisere.

Funksjonsdelingen mellom sykehus og foretak er dynamiske størrelser. Det skjer større og mindre justeringer jevnlig og det vil være nødvendig for framtida også. Slik sikres god kvalitet og god ressursbruk. Slik underbygges også grunnlaget for struktur. Viktige tema er:

- Forhold mellom høyteknologisk og basalt tilbud
- Krav til kvalitet på høyspesialiserte områder
- Arbeidsdeling mellom foretak, region – og foretaksovergrepene funksjoner
- Beredskap vs. planlagt virksomhet – et vaktssystem vi kan bemanne
- Behov for nærhet og tilgjengelighet
- Samhandling mellom primær- og spesialhelsetjenesten
- Ivaretagelse av fremtidig kompetansebehov

#### 3.4.2 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's rolle er å vurdere behov i regionen, inngå avtaler og følge opp at leverandørene yter de tjenester som er avtalt. De private institusjonene forplikter seg i avtalene til å samarbeide med helseforetakene for å sikre optimale pasientforløp og løsninger som hindrer fristbrudd.

Samhandlingen foregår primært på klinisk nivå. Noen HF og institusjoner har samarbeidsmøter for å sikre gode pasienttilbud og –forløp, mens andre har samarbeid bare rundt enkeltpasienter.

### *Avtalespesialister*

Private avtalespesialister er et viktig bidrag i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Samarbeidsavtaler med helseforetakene skal bidra til å redusere ventetid og unngå fristbrudd. I regional plan for avtalespesialister er målet at det skal samarbeides tettere med våre helseforetak, og pasienter skal oppleve en helsetjeneste som gir helhetlige og sammenhengende tjenester.

### *Utfordringer fremover*

Hovedoppgaven er 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:

- 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

### *3.4.3 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 krever systemtiltak som reduserer feil, særlig ved bruk av IT-systemer i sykehus, som kan sikre en såkalt «lukket legemiddelsløyfe». Målsetningen 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 codesystemer.

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 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 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 og for pasientens legemiddelliste som blir felles for sykehus og kommune. I tillegg skal det anskaffes nytt elektronisk produksjonsstøtte system som også dekker medikamentell kreftbehandling.

Legemiddelkostnader står for en betydelig andel av sykehusenes utgifter. Nye metoder og medisiner medfører at totalkostnadene 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.

#### 3.4.4 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.

#### 3.4.5 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.

#### 3.4.6 Regionsykehusfunksjonen i Helse Nord

UNN har, som regionssykehus, den største samlede bredde av kompetanse og tjenester og er slik hovedsykehuset i Helse Nord (HOD, Nasjonal helse- og sykehusplan – i korte trekk). Det innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk og dermed sikre befolkningen tilgjengelighet til slike tjenester i egen region.. Som regionsykehus skal UNN også stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen slik at kvaliteten på tjenestetilbudet er likeverdig. Nasjonal helse- og sykehusplan slår fast at regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.

### 3.5 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 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. Det har vært positiv utvikling av samhandlingsorgan, særlig på ledelsesnivå, men det har ikke vært den ønskede framgang 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 det organisatoriske samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Samarbeidsutvalget mellom Helse Nord RHF og KS, 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.
- Systematiske tiltak for samordnet og helhetlig håndtering av syke med langvarige/livsvarige plager har ikke fått den oppmerksomhet som var intensjonen i samhandlingsreformen.
- Det strukturerte pasientforløp er betydelig forbedret på flere områder 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 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.

### **3.6 Organisering og ledelse**

#### *3.6.1 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 og andre lover og forskrifter som regulerer virksomheten. Nasjonale og regionale veiledere, retningslinjer og planer legger også rammer 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
- Styret 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 midlertidig karakter

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

#### *3.6.2 Helse i nord der vi bor*

«Forbedring gjennom samarbeid» har siden 2002 vært Helse Nord's visjon. Det gir uttrykk for en ambisjon om og en holdning til hvordan utvikling av spesialisthelsetjenesten i nord skal skje.

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».*

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 strategi og løsninger. Dette har vi fått til på store og viktige områder (særlig IKT og store investeringer), men det gjenstår fortsatt store muligheter på andre områder. I noen sammenhenger er det reelle interessemotsetninger og i andre situasjoner sviktende prosesser. Dette er viktige erfaringer å ta med seg i det utrettelige arbeidet utvikling ett helsetjenestetilbudet i regionen er.

### **3.7 Bemanning og kompetanse**

#### *3.7.1 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 %<sup>6</sup>. Det er en marginalt høyere vekst sammenlignet med veksten i bosatt befolkning i regionen for øvrig – gjennomsnittlig årlig vekst 1,3 %<sup>7</sup>.

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 %)<sup>8</sup>.

Sykefraværet i foretaksgruppen har ligget stabilt de siste fem årene på rundt 8,5 %. Det er omtrent ett prosentpoeng høyere enn sykefraværet i Helse Sør Øst for samme periode<sup>9</sup>. Det er 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<sup>10</sup>. 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.

---

<sup>6</sup> Årsrapport Helse Nord (2016, 2015, 2014, 2013)

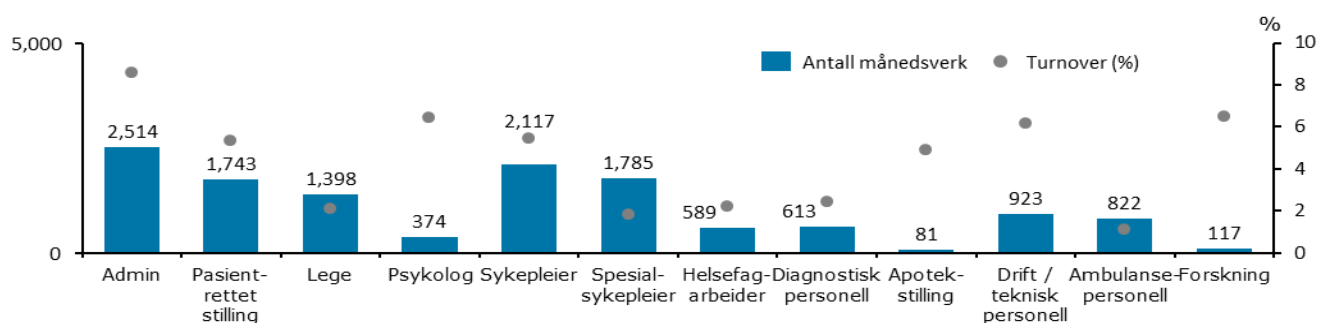
<sup>7</sup> Befolkning og areal i tettsteder, SSB statistikkbanken (2012 – 2016, Nordland, Troms og Finnmark)

<sup>8</sup> Årlig melding Helse Nord (2017)

<sup>9</sup> Årsrapport Helse Sør Øst (2016, 2015, 2014, 2013)

<sup>10</sup> Basert på uttrekk fra Nasjonal bemanningsmodell gjort i 2018. Datagrunnlaget i Nasjonal bemanningsmodell på tidspunkt for uttrekk er basert på ansattdata i 2015.

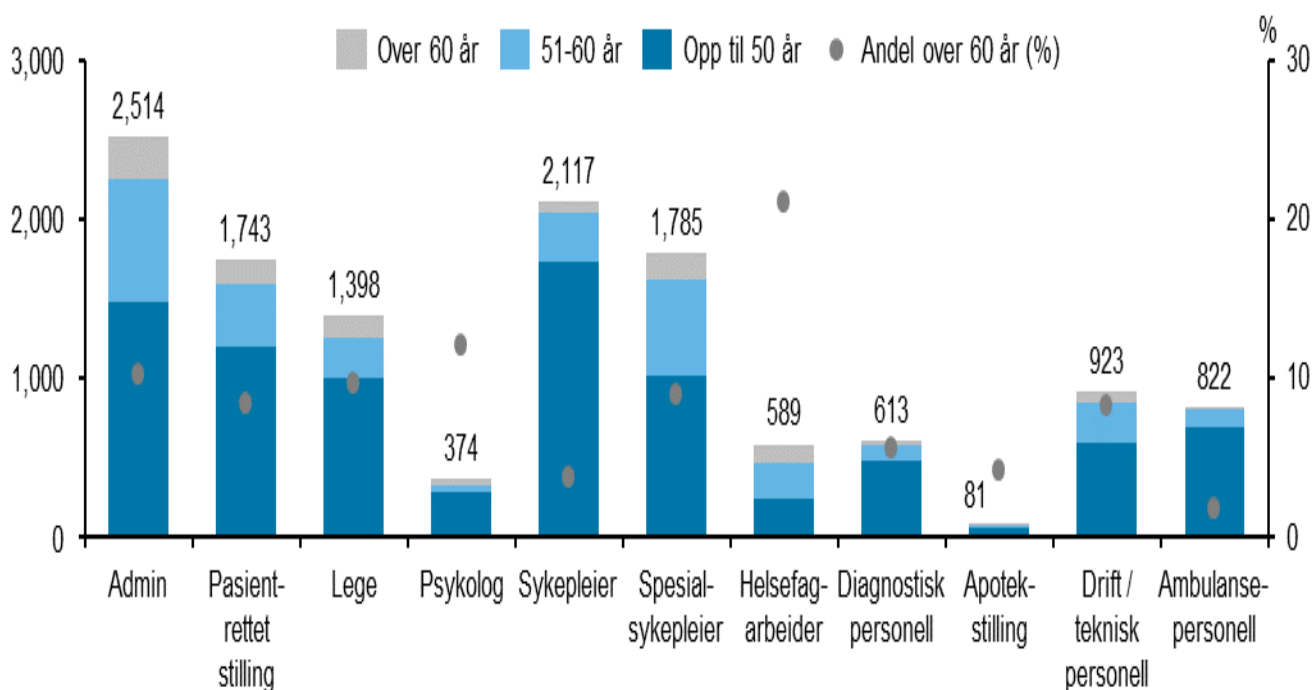
Figur 5: Antall månedsværk og turnover per stillingskategori. Kilde: Uttrekk bemanningsmodell (2018)



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

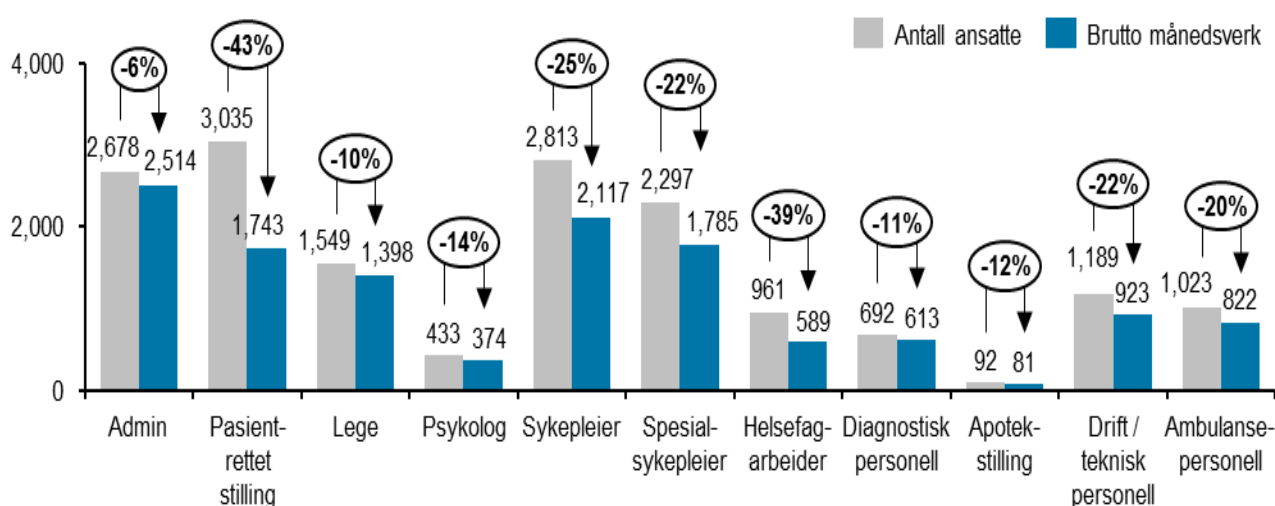
Aldersfordelingen til ansatte per stillingskategori er illustrert under i figur 6. Figuren viser at det for leger, sykepleiere og ambulanspersonell er en relativt stor andel som er under 50 år. For spesialsykepleiere og helsefagarbeidere derimot er om lag halvparten av bemanningen over 50 år, noe som gjør dette til sårbare grupper som etter all sannsynlighet vil bidra til økt turnover innenfor planperioden av dette arbeidet.

Figur 6: Aldersfordeling og andel månedsværk over 60 år for et utvalg stillingskategorier. Kilde: Uttrekk bemanningsmodell (2018)



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 stor differanse mellom antall ansatte og antall faktiske månedsverk – som indikerer vesentlig bruk av deltid. Her foreligger det et potensialet for økt arbeidskraft ved å øke stillingsandeler.

Figur 7: Deltid – Differanse mellom antall ansatte og antall fulltidskvalenter basert på brutto månedsverk. Kilde: Uttrekk bemanningsmodell (2018)



I Helse Nord er det 63 % faste ansatte og 37 % midlertidige ansatte (vikarer engasjementer/prosjekter og ekstrahjelpertimelønnede). Fast ansatte står for ca. 85 % av årsverkene<sup>11</sup>. 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 siden<sup>8</sup>. Utviklingen viser at den gjennomsnittlige stillingsandelen til fast ansatte har vært stabil mellom 91 % og 93 %<sup>5</sup>.

Kostnaden til innleid arbeidskraft økte fra 165 MNOK i 2016 (2% av fastlønn) til 228 mill. kroner i 2017 (3% av fast lønn). Kostnader til overtid og ekstrahjelp utgjør ca. 7,4 % av fastlønn.

Det arbeides kontinuerlig med utdanning og rekruttering, i tråd med planene som foreligger<sup>12</sup>. Der er tildels store utfordringer ved rekruttering av nye avtalespesialister ved ledighet i driftsavtaler og utlysning av stillinger innenfor enkelte fagområder<sup>13</sup>. 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.

<sup>11</sup> Regnskap Helse Nord 2016 – Styrets beretning

<sup>12</sup> Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering

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

### 3.7.2 Utdanning

Det er en lovpålagt oppgave å sørge for å dekke behovet for undervisning og opplæring av helsefaglige elever, lærlinger, studenter, turnuskandidater og spesialistkandidater. Det omfatter alle helsefaglige utdanninger på høyere nivå, og grunnutdanning innen medisin, psykologi og farmasi. Helseutdanninger på videregående skole kommer til Helse Nord som lærlinger.

Utdanningsoppgavene betyr å bidra til godt kvalitativt innhold, læringsmål osv og å gi praksisplass til alle som skal ha det, og avvikle dette på en god logistisk måte. Det må samarbeides godt 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.

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.

Det er gjennomført regionale tiltak for å øke andelen lærlinger. Det har vært 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.

En for 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 personellsom i større grad kan utføre viktig arbeid og 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 6-12 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. Spesialistgodkjenning baseres ikke lenger 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 framtidig kapasitet. Det gjelder; blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, 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.

### **3.8 Forskning og innovasjon**

Akademisk virksomhet er viktig for å sikre at dagens praksis i helseforetakene utføres etter kunnskapsbaserte metoder. Forskning er viktig også for framtidige pasienter. Pasientene har direkte fordeler av at det er forskningsvirksomhet i sykehusene, og det er faglig utviklende og stimulerende for de ansatte med forskningsoppgaver.

RHFet legger til rette for forskning og innovasjon i helseforetakene gjennom flere virkemidler og tiltak, hvorav ett av disse er midler. Både RHF-et og HF-ene har økt ressursbruken til forskning og innovasjon betydelig i perioden 2002-2018. RHF-et finansierer både forskningsprosjekt, infrastruktur, forskningslederstillinger og stillinger innen forskningsstøtte i alle helseforetak.

Statistikk over ressursbruk, aktiviteter og resultater på HF- og RHF-nivå finnes på regjeringens nettsider <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nasjonalt-system-for-maling-av-forskning/id446980/>, og i nasjonale databaser <http://www.cristin.no/cristin/statistikk/nvi/>.

Innovasjon er nødvendig for å møte framtidens utfordringer. Det overordnede innovasjonsarbeidet i regionen foregår i regionalt innovasjonsnettverk med deltakelse fra alle

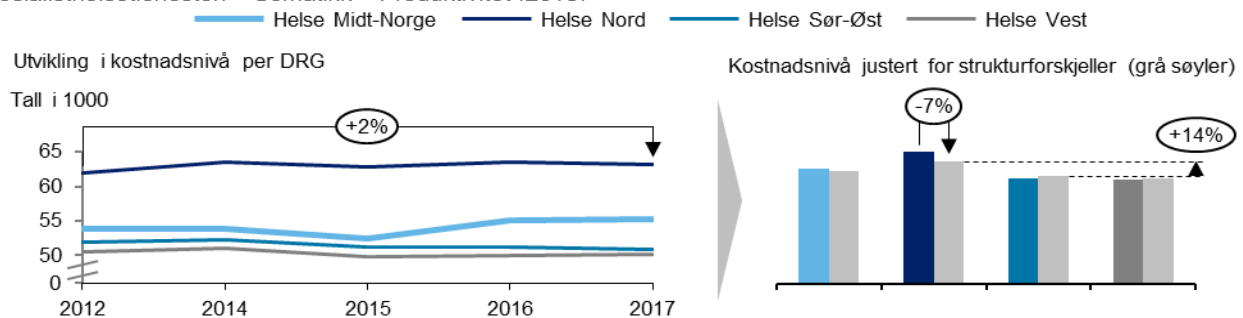
HF og RHF, og der innovasjonsmiljøet ved UNN er sentrale. De andre regionene har kommet lengre når det gjelder strukturert arbeid med innovasjon, men Helse Nord har jobbet aktivt med feltet fra 2016. Indikatorer for måling av innovasjonsvirksomhet er under utvikling.

Nåsituasjonen for forskning og utdanning på strateginivå er at virksomheten følges opp av tiltak i nåværende strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord (<https://helse-nord.no/forskning-og-innovasjon/strategier-for-forskning-og-innovasjon>).

### 3.9 Økonomi

Helse Nord har siden 2009 hatt positive økonomiske resultater. Gjennomsnittlig resultatgrad i perioden 2010 til 2017 har ligget på 4 % årlig. Behovet for et positivt økonomisk resultat er begrunnet i 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 2017. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Produktivitet (2018)



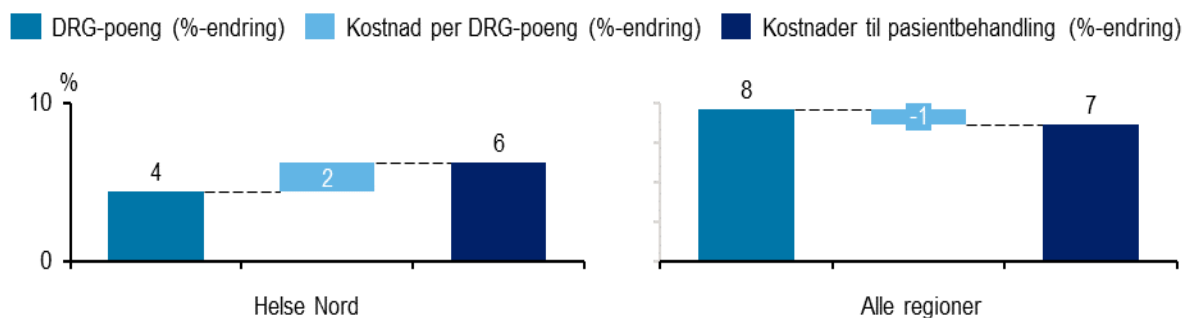
Justert for strukturforskjeller, ved spredt bosettingsmønster og antatt høyere faste kostnader per pasient på grunn av mer spredt akuttberedskap<sup>14</sup>, så reduseres kostnadsnivået for Helse Nord med 7 % per DRG i 2016 (Figur 8). Kostnadsnivået er allikevel 14 % høyere enn det i Helse Sør-Øst etter justering for slike forhold.

<sup>14</sup> Helsedirektoratet - Produktivitetutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012-2016 - Analysenotat 15/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten (Pedersen, 2017)



Produktivitetsutviklingen i perioden 2013-2017 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 (3,6 %) vært lavere enn gjennomsnittlig kostnadsvekst (4,2 %). 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 2013 til 2017 dekomponert i aktivitets- og kostnadseffekt (%). Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Produktivitet (2018)



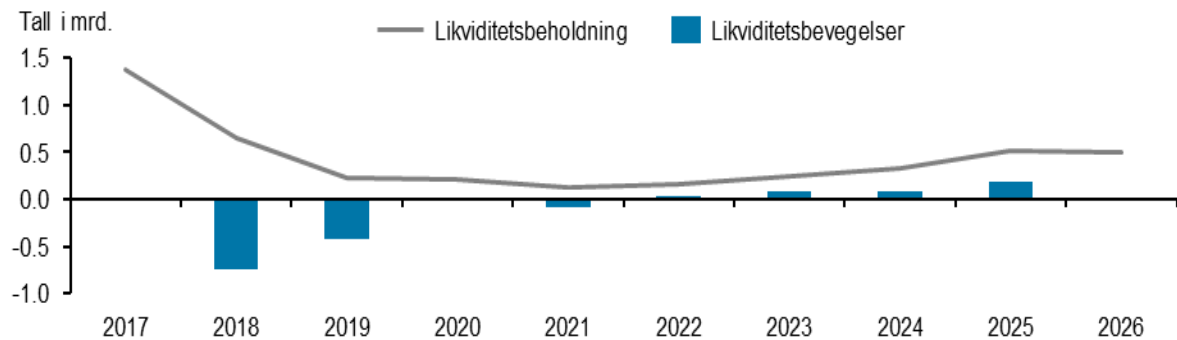
I Helse Nord er det tatt igjen et stort vedlikeholdsetterslep ved investering i nye bygg/renovering. Det innebærer at det framover må tas høyde for forholdsvis mer vedlikehold, og mindre behov for investeringer. Det er en risiko for at det ikke er satt av nok til vedlikehold.

Det er et budsjettert økonomisk handlingsrom på 170 MNOK i 2019 stigende til 541 MNOK i 2022, Store deler av dette er disponert gjennom vedtak i styresak 82-2018 (Plan 2019-2022, inkl. rullering av investeringsplanen 2019-2026). Rest til disposisjon etter kjente disponeringer er 3,8 MNOK i 2019 stigende til 18,5 MNOK i 2022. Det er også usikkerhet ved 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. Det er videre ambisjoner om å redusere innkjøpskostnadene med 400 MNOK fram til 2021.

Likviditetsbeholdningen inn i 2018 er 1,38 mrd. NOK. Dette er omtrent 1 mrd. over budsjett, noe som skyldes etterslep i investeringene. Det gjennomføres og er planlagt investeringer i alle foretak. 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 2017. Kilde: Plan for Helse Nord 2019 – 2022 (2018)



### 3.10 Teknologi

#### 3.10.1 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 søkbar<sup>15</sup> med dagens løsninger, og pasientinformasjon tilgjengelig ved sykehusene deles ikke med den kommunale tjenesten eller fastleger/avtalespesialister/private, og vice versa.

#### 3.10.2 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.

#### 3.10.3 Pasientens helsetjeneste

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 Nord's 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.

<sup>15</sup> Ustrukturert data

#### 3.10.4 Pågående tiltak 2018-2021

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

#### 3.10.5 utfordringer

Det gjøres noe strategisk arbeid i foretakene knyttet til teknologi<sup>16</sup>. I 2017 ble den nasjonale eHelsestrategien lagt. Med utgangspunkt i denne kan Helse Nord RHF starte utvikling av en ny strategi og plan. 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 alle nivå i organisasjonen, 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.

### 3.11 Bygg og kapasitet

#### 3.11.1 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 håndteres i pågående og kommende investeringer i nybygg og renoveringer, men det vil fortsatt gjenstå en stor del som må tas over driftsbudsjett. Historikken viser at det i for liten grad setter av tilstrekkelig ressurser til vedlikehold når dette må konkurrere med pasientrettede oppgaver.

#### 3.11.2 Bygg under oppføring og planlagte byggeprosjekter

Finnmarkssykehuset Kirkenes ble tatt i bruk i november 2018. Nybygg ved Klinik Alta og Samisk helsepark er under bygging, og skal stå ferdig i 2019. Konseptfasen for Finnmarkssykehuset Hammerfest er ferdig, lånetilsagn ble gitt i statsbudsjettet for 2019 og det arbeides nå med forprosjektering.

Ved UNN Tromsø er PET senteret, ny A-fløy m.m fullført. Nytt anlegg for Psykisk helsevern – idefasen var ferdig 2017, og konseptfasen er planlagt fra 2019. Det er gitt lånetilsagn for nytt sykehus i Narvik i statsbudsjettet for 2019 og planleggingen fortsetter.

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. NLSH Vesterålen stod ferdig medio 2014.

---

<sup>16</sup> For eksempel E-helse strategi Finnmarkssykehuset 2018 - 2023

Idéfasen for Helgelandssykehuset har pågått siden 2017 med vurderinger av struktur og lokalisering. Alternativer som skal med videre inn i konseptfasen avgjøres medio 2019 og endelig beslutning om framtidig struktur på Helgeland vil skje mot sluttetn av 2020.

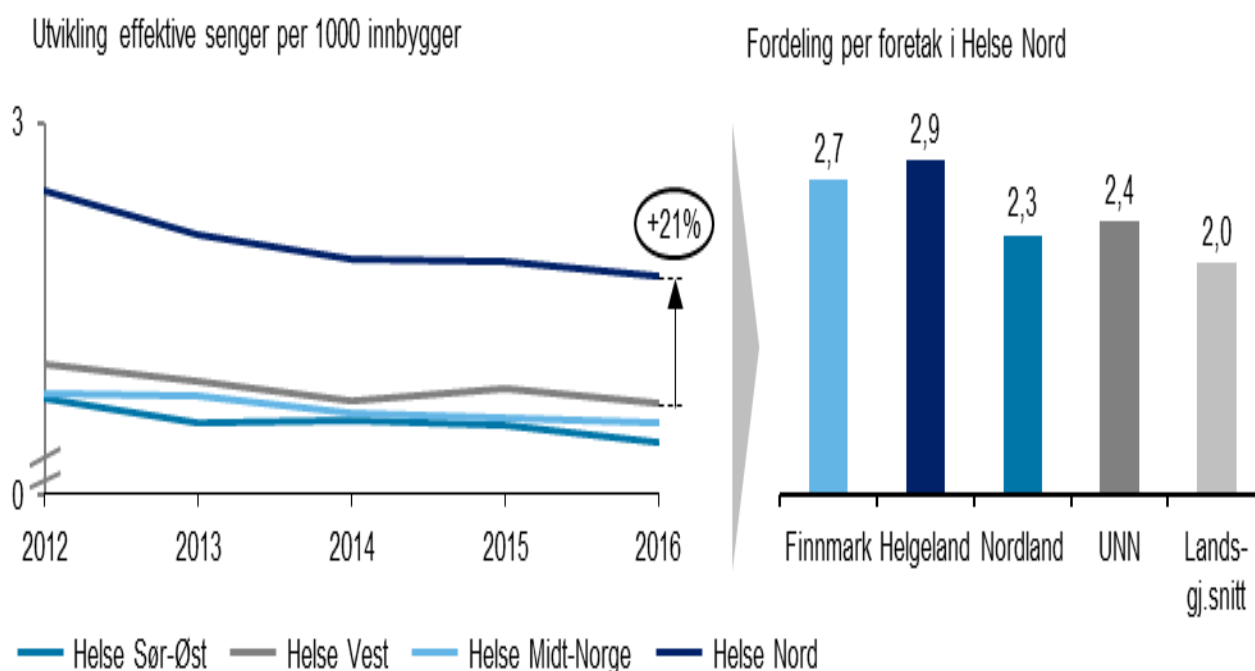
### 3.11.3 Kapasitet

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.

Tal 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](#)).

Form  
Slett

Figur 11: Utvikling effektive senger per 1000 innbygger (2012-2016). Fordeling per foretak for 2016 Helse Nord. Kilde: SAMDATA Spesialisthelsetjenesten – Somatikk – Kapasitet (2018)



## 4. Overordnede strategier, føringer og prioriterte områder

Førende dokumenter legger retning for hvordan Helse Nord skal forberede seg på fremtiden. Dette gjelder bl.a. Nasjonal helse- og sykehusplan og Helse Nord sine egne strategier og plandokumenter. Det er flere forhold her som utviklingsplanen må forholde seg til og som derfor omtales kort her. Oppmerksomheten rettes mot 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. Helse systemet 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 Nord sine strategier

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 prosjektrettet 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, investeringsplan og oppdragsdokument

Plan for Helse Nord, med rullering av investeringsplan, er et verktøy som prioriterer ressurser for å bidra til oppnåelse av foretaksgruppens langsiktige mål. Utviklingsplan2035 skal i oppfølgingen materialiseres bl.a. i disse dokumentene.

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.

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

Andre overordnede dokumenter som bl.a. kvalitetsstrategi, forskningsstrategi, en rekke regionale fagplaner, investeringsreglement og inntektsfordelingsmodell er også bakteppet for Regional utviklingsplan2035.

### 4.4 Helsetjenester i nettverk

Helse Nord RHF skal legge til rette for at pasientene, så langt det er mulig, får en lik mulighet til å nyttiggjøre seg den beste behandling og kompetanse. Dels ivaretas dette av fagmiljøene og på det enkelte sykehus, men som følge av økt spesialisering blir det vanskeligere og vanskeligere. Sykehusene våre må derfor arbeide i team hvor pasientflyten går fra de mindre akuttsykehusene, i noen tilfeller til det store akuttsykehuset i Bodø, for så å ende opp ved regionsykehuset i Tromsø.

Et godt eksempel på slike pasientforløp er moderne persontilpasset kreftbehandling som krever tilgang til spisskompetansen som normalt vil finnes ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF i vår landsdel. Diagnostikk og behandling kan dels skje ved at pasienter drar til det høyspesialiserte sykehuset. Dels kan det i stadig større grad skje ved at kompetansen distribueres og at arbeidet skjer i et strukturert nettverkssamarbeid mellom fagmiljø i forskjellige sykehus. I Nasjonal helse- og sykehusplan heter det at: *Regjeringen vil stille krav om at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus skal styrkes og bli mer forpliktende. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavefordeling. Videre skal de sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings-/ambuleringsordninger slik at resultatet blir kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp.*

Helse Nord RHF vil ta initiativ som fordrer at fagmiljøene, på relevante områder, utvikler slike nettverk og at helseforetakene aktivt prioriterer dette arbeidet. Universitetssykehuset Nord-Norge HF får en nøkkelrolle med sin medisinske og akademiske kompetanse.

Et større innslag av pakkeforløp vil medføre et naturlig nettverkssamarbeid. En systematisk satsing vil bli adressert i framtidige oppdragsdokument og i arbeid som skal skje i fagrådene.

#### **4.5 Samhandling om de som trenger og bruker spesialisthelsetjenesten mest**

Samhandling er et gjennomgående tema som må prege utvikling av spesialisthelsetjenesten de neste årene, skal kvaliteten på tilbudet og en effektiv ressursbruk sikres.

Det er økt oppmerksomhet om de som trenger og bruker spesialisthelsetjenesten mest. Dette gjelder bl.a. skrøpelige eldre pasienter, syke med livslange plager og pasienter med et langvarig hjelpebehov. De karakteriseres ved tre til fire hoveddiagnoser, mange kontakter med sykehus, flere reinnleggelser, høy ressursbruk m. m. De er avhengig av samspill mellom ulike tjenesteytere for å få godt koordinerte tjenester. Dette nødvendiggjør systematisk tilnærming til arbeidet med tilbudet for disse gruppene. I *Regional utviklingsplan 2035* foreslås at det skal lages avtaler med kommunene om tilbudet til disse gruppene. Nedenfor presenteres to modeller som kan brukes i utvikling av tilbudet til de som trenger og bruker helsetjenestene mye. Det vil bli tatt initiativ til et faglig samarbeid med Helse Sør-Øst for å dra nytte av kunnskap og erfaring.

##### *Pasientsentrert helseteam (PSHT):*

Pasientsentrert helsetjenesteteam-prosjektet ble etablert i samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge og Tromsø kommune høsten 2013. Formålet var å styrke helsetjenesten for pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer. Målsetting er bedre pasientopplevd kvalitet, bedre helse og funksjon og bedre kost-nytte. Gjennom felles tverrfaglige team på tvers av sykehus og kommune skal teamene bidra til tidlig vurdering og diagnostikk hos hjemmeboende og tidlig støttet utskriving og oppfølging av pasienter etter en sykehusinnleggelse. Pasient og pårørende involveres aktivt i planleggingen gjennom hele sykdomsforløpet. Metoden tar utgangspunkt i tre hovedkomponenter som har sitt utspring i Chronic Care Model (CCM): Helsetjenesten skal være personsentrert, helhetlig og proaktiv.

Arbeidsmåten fører til:

- Trygge overganger mellom enheter og nivåer
- God involvering av brukere og pårørende i planleggingen
- Brukerens spørsmål og bekymringer avklares, brukeren opplever seg sett og hørt.
- Fanger opp svikt i tidlig fase - unngår flere sykehusinnleggelser på grunn av at tiltak settes inn tidligere.
- Forebygger reinnleggelser ved at tjenestene kvalitetssikres ved overgang og oppstart av tjenester i pasientens hjem etter utskriving.
- Pasientsentrert helseteam har færre ø-hjelpsinnleggelser, færre medisinske kriser, færre liggedager for pasientgruppen, mer planlagt poliklinikk og reduksjon i dødelighet.

##### *Integrerte helsetjenester:*

Dette er en noe annen måte å arbeide på (modell), som retter seg mot de som trenger og bruker helsetjenester mye. Integrerte helsetjenester ligger til grunn for en hovedstrategi i Helse Sør-Øst RHF's utviklingsplan. Inspirasjon er hentet fra Ribera Salud i Spania, Kaiser

Permanente i USA og forløpsprogram for kronisk syke i Danmark. Dette gjelder både pasienter innen somatikk og alvorlig syke innen psykisk helsevern.

Integrerte helsetjenester kan gjennomføres på ulike måter. Det kan skje på individnivå ved hjelp av pasientkoordinatorer for eksempel, det kan skje som oppfølging av grupper, det kan være basert på diagnoser (store sykdomsgrupper som astma, KOLS, hjertesvikt m. m.) eller hele befolkningsgrupper.

Både i Danmark og Spania er det dokumentert gode resultater i form av bedre kvalitet for pasientene og mindre ressursbruk. Her skal det sies at i disse landene er det felles finansiering av helsetjenester.

#### **4.6 Prioritering i Helse Nord**

Prioriteringer i helsetjenesten er nødvendig og skjer på alle nivåer (klinisk, gruppe-, administrativt og politisk nivå). Stortinget ga ved sin behandling av Stortingsmelding nr. 34 (2015 – 2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste* tilslutning til at alle tiltak i helsetjenesten, skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier: *nyttekriteriet, ressurskriteriet og alvorlighetskriteriet*. Målet er å sørge for at ressursene brukes slik at vi får mest mulig helse - rettferdig fordelt.

I stortingsmeldingen drøftes hvordan rettferdighet, likhet og menneskeverd utgjør vesentlige elementer i helsetjenestens verdigrunnlag. Prioriteringsarbeidet er tuftet på denne basis. Formålsbestemmelsene i spesialisthelsetjenestelov, lov om helseforetak, pasientrettighetslov etc. reflekterer dette. Prinsippene og kriteriene for prioriteringer gjenfinnes i juridisk rammeverk og i normerende dokumenter som nasjonale faglige retningslinjer og prioriteringsveiledere.

Prioriteringsspørsmål er kompliserte og sammensatte, og ulike hensyn må veies opp mot hverandre. Mest mulig likeverdig tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted, etnisitet m. m. er et overordnet mål, selv om det innebærer at ressursbruk vil bli ulik i ulike deler av landet eller for ulike pasientgrupper. I beslutninger som gjelder for eksempel akuttberedskap, IKT, bygg og annen infrastruktur er det vanskelig å anvende helseøkonomiske analyser alene og på samme systematiske måte som i spørsmål om offentlig finansiering av nye legemidler.

Det er like fullt rom for i større grad å anvende samfunnsøkonomiske prinsipper om at kostnad skal veies opp mot forventet nytte også i denne typen beslutninger og alltid belyse og ta hensyn til alternativkostnaden.

I Helse Nord skal prioriteringskriteriene *nytte, alvorlighet og ressursbruk* brukes i prioriteringer i tråd med nasjonale bestemmelser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

#### **4.7 Utvikling og omstilling – involvering av medarbeidere og partssamarbeidet**

Endring i arbeidsmåter og innføring av teknologi og digitalisering vil forandre helsetjenesten. Medarbeidernes kompetanse og deltakelse i endringene er avgjørende for å kunne utvikle tjenestene, ta i bruk nye arbeidsmåter raskt og trygge kvaliteten på de endringene som blir gjort.

For å få dette til må det på alle nivå utvikles en samarbeidskultur som baseres på respekt for og vilje til å ta i bruk medarbeidernes erfaring og kompetanse i forbedring og omstillingsarbeid. Arbeidstakernes representanter skal involveres og sikres medbestemmelse i tråd med lov og avtaleverk. Partssamarbeidet er en forutsetning og et viktig virkemiddel i arbeidet med utvikling og omstilling.



#### **4.8 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" <sup>17</sup>. Strategien konkretiseres ytterligere gjennom føringer i de årlige oppdragsdokumentene fra Helse- og omsorgsdepartementet.

---

<sup>17</sup> <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 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.
- En stadig eldre befolkning gir økning i antall pasienter med bl.a. kreft og livslange/langvarige sykdommer. Forbedrede behandlingsmetoder vil skape nye muligheter og behov hos pasientene som har livslange 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 at sykdomsprosesser kan stoppes tidligere med mindre konsekvens (hjerneslag og hjerteinfarkt).
- Informasjonsteknologiens raske utvikling skaper mulighet for nye arbeidsmetoder med 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 bemanningsbehov<sup>18</sup>. De påpeker at noen trender er relativt sikre, mens andre er mer usikre.

#### 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.

---

<sup>18</sup> Helse-Norge 2040 – Hvordan vil framtiden bli; Rapport 1-2018

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

Det er en tverrpolitisk enighet om at majoriteten av helse- og omsorgstjenestene skal finansieres av det offentlige. Dette er 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 skal sikres taler mye for 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 fremtiden, 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. Usikkerheten handler om det offentliges evne til å ta i bruk slike løsninger. Kompliserte beslutningsprosesser, juridiske forhold, personvern og andre hensyn, har historisk ført til moderat tempo i anvendelse av nye teknologiske løsninger. Blir utviklingen framover den 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 radikalt skal forbedres, noe som taler for at innfasing 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 effekt på ressursbruk. Det har imidlertid vært et mål lenge. Derfor er det usikkerhet ved evnen til å gjennomføre organisatoriske endringer. Det foregår i dag flere tiltak for å få til dette. Det må forutsettes 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. Det vil innebære framskritt fordi 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 genetiske forhold ved pasienten og ved svulsten måtte kartlegges, og det vil kreve oppbygging av betydelige kunnskapsbanker for å nyttiggjøre seg informasjonen. En slikdiagnostisk kapasitet 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 dette<sup>19</sup>.

Konseptet vil også kunne bre om 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**

Framtidens helsetjeneste i nord må planlegges med en betydelig grad av usikkerhet. 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 en slik tilnærming innebærer. 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.

De kvalitative endringene som gjøres for hver pasientkategori tar, så langt det er mulig å vurdere, 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 framskrivningen. Det er derfor en liten forskjell i forhold til de lokale framskrivninger 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. Framskrivningene for somatikk er basert på aktivitetstall for 2017, som også er en kilde til

---

<sup>19</sup>

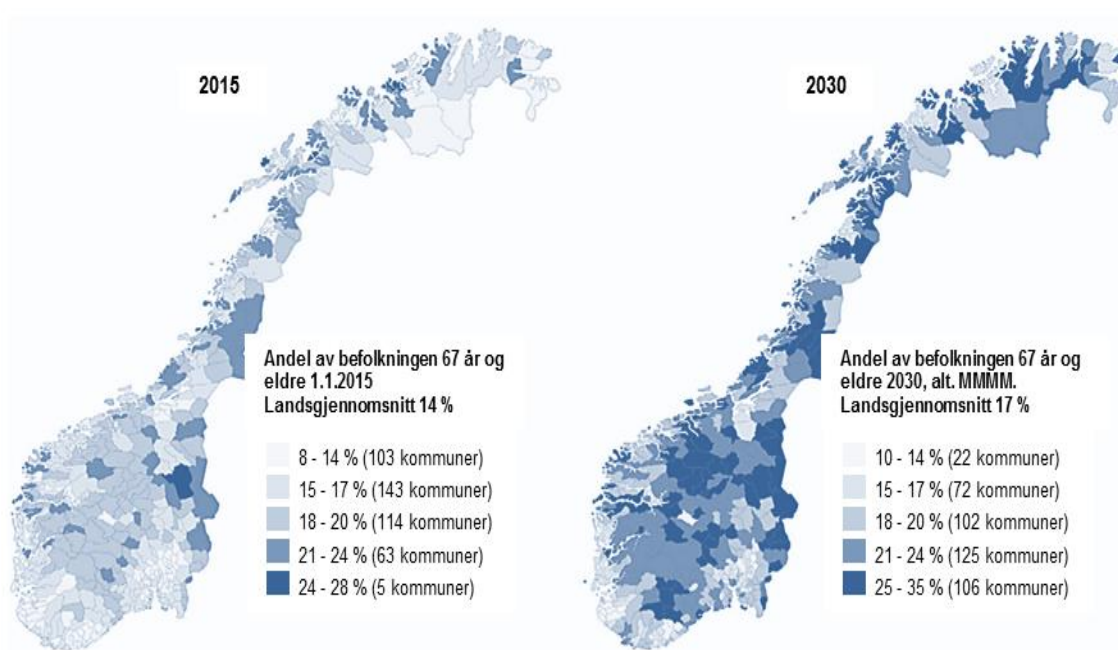
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1192/Nasjonal%20strategi%20for%20persontilpasset%20medisin%20i%20helsetjenesten%20IS-2446.pdf>, kapittel 4.2

avvik mot lokale framskrivinger som i hovedsak er basert på aktivitetstall fra 2014. Framskrivingene for PHV/TSB er basert på 2017 tall, og strekker seg til 2040.

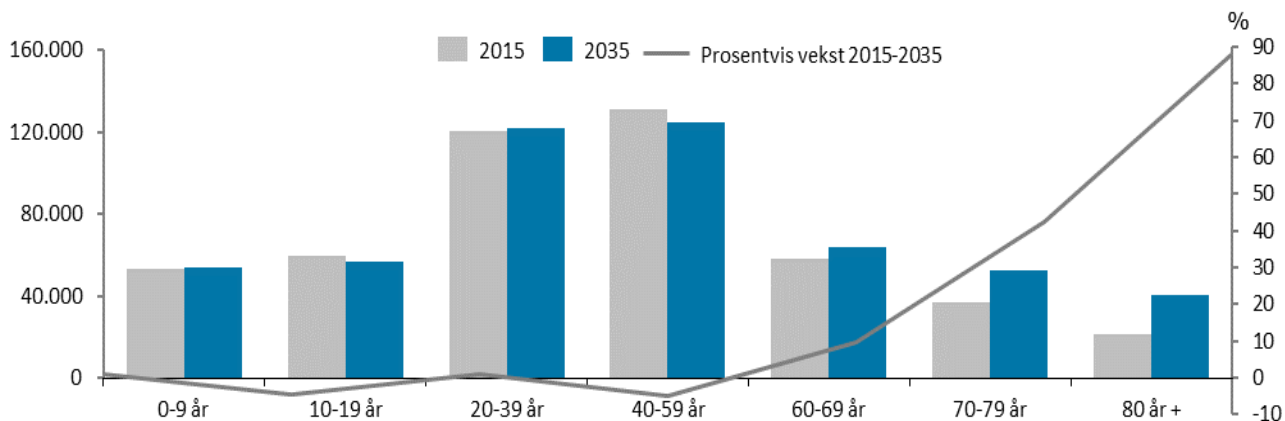
### 5.2.2 Demografi

Historisk utvikling har vist både befolkningsvekst og økt levealder i Norge. Framskrivingene 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, 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 framskrivinger 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 12: Andel av befolkning 67 år og eldre i 2015 og framskrevet til 2030. Kilde: SSB



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 fremover 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.

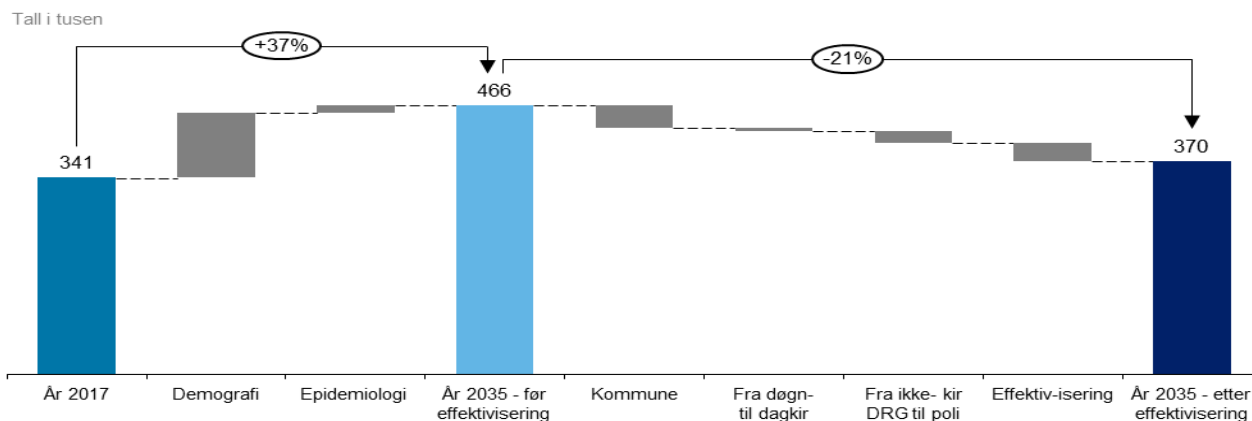
Endring i oppgavefordeling vil ha betydelige effekter på aktivitetsnivået, gjennom bedre samhandling med kommunehelsetjenesten (i figur 14 benevnt kommune). Forventingen er at flere skal behandles i sine hjemkommuner, og derfor gjøre deler av kontakten med spesialisthelsetjenesten unødvendig. Til grunn 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 aktivitetsreducerende 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.

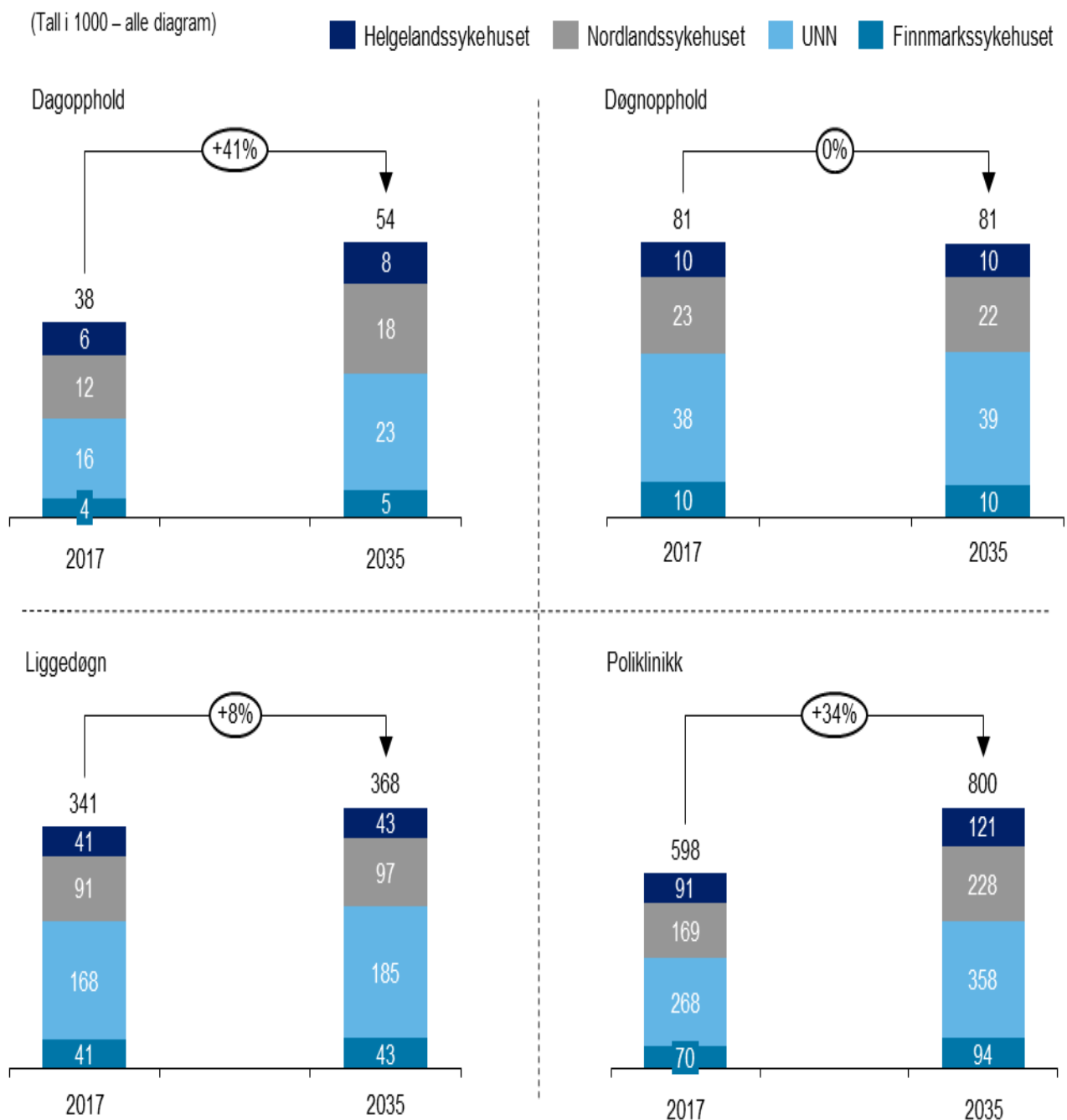
Figur 14: Trinnvis framskrivning Helse Nord RHF – Liggedøgn. Kilde: Sykehusbygg (2018)



### 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 41 % og 34 % (Figur 15). Vekst knytte til døgnopphold og liggedøgn er mer moderat, på henholdsvis 0 % og 8 %. Veksten fordeler seg relativt likt på foretakene.

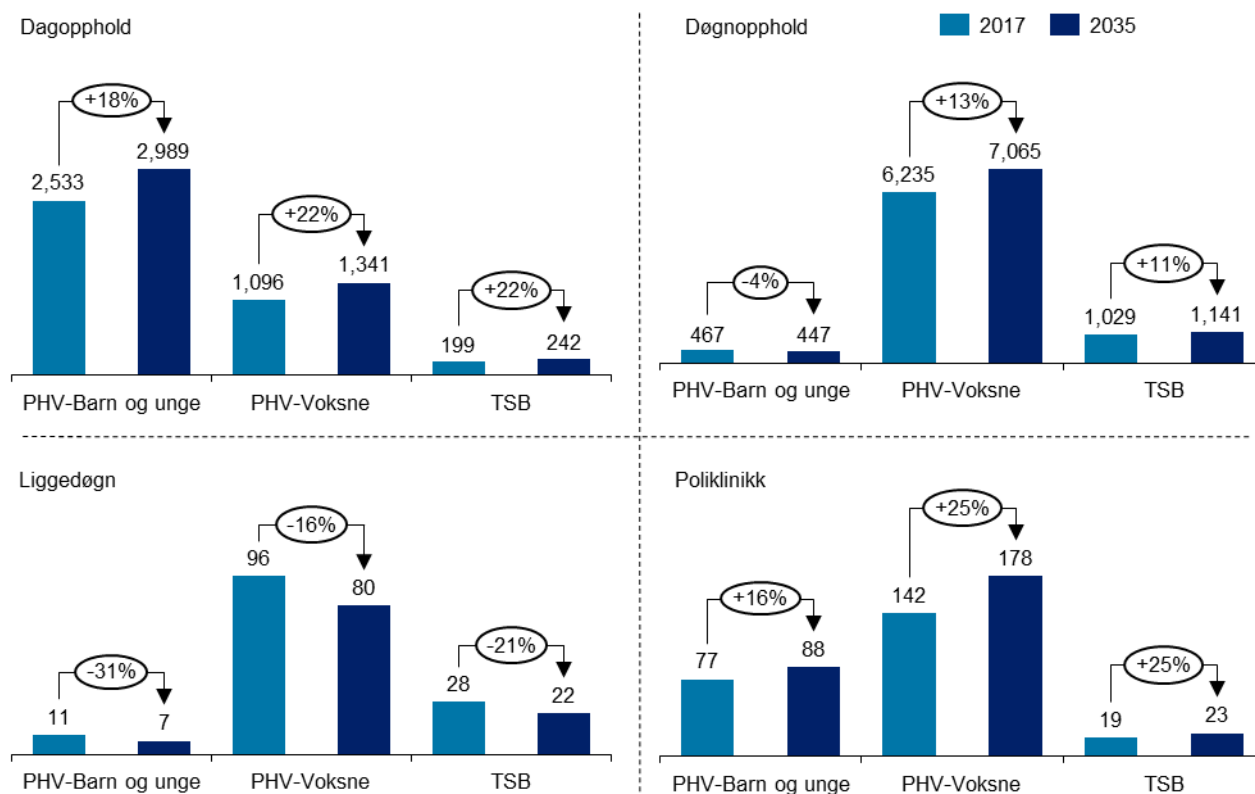
Figur 15: Aktivitetsframskrivng - Somatikk. Kilde: Sykehusbygg (2018)





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: Aktivitetsframskrivinger – PHV Barn og unge, PHV voksne og TSB. Kilde: Sykehusbygg (2018)



### 5.2.5 Usikkerheten i tallene

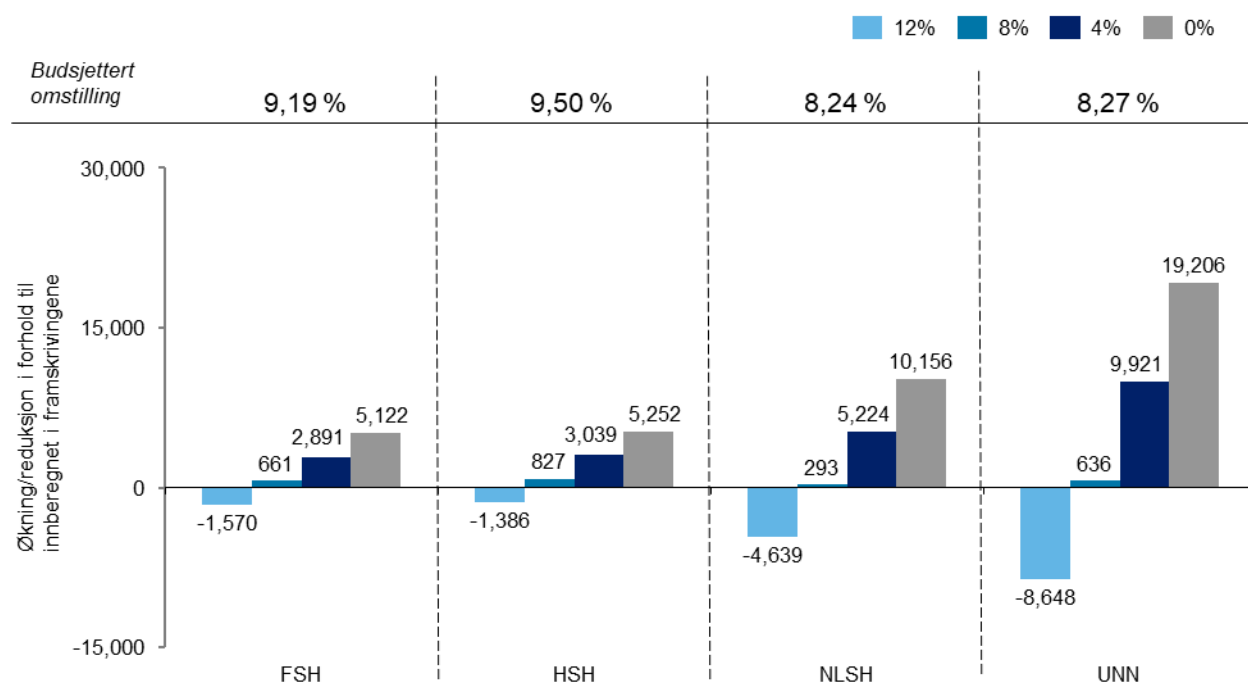
Tallgrunnlaget som er beskrevet over er resultatet av demografiske framskrivinger, epidemiologisk vurdering og en rekke kvalitative justeringer. Det er mange trinn det kan være usikkerhet ved. Det må også nevnes at tallgrunnlaget tar utgangspunkt i dagens aktivitetsnivå og framskriver dette, noe som 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 u hensiktsmessige, 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.

Det er særlig premisen om oppgaver som vil bli løst i primærhelsetjenesten det knytter seg størst usikkerhet til. Etter dagens praksis ville det gitt 40 000 liggedøgn i sykehusene. Avgjørende for at dette skal løses på en annen måte er gode samhandlingsprosesser mellom tjenestenivåene. Her vil et felles arbeid med utvikling av tjenester for pasienter som er i stort behov for og bruker sykehusene mye, være av betydning.

**Figur 17** viser effekten dersom overføringen til kommunen blir annerledes enn antatt. Det er ulik sats for overføring for hvert foretak, fra 8,27 % for UNN til 9,50 % 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 i UNN sitt område ikke skjer at oppgavene løses uten at pasientene kommer inn i sykehusene, så vil det tilsvare 19 206 liggedøgn mer enn estimert i framskrivingene som UNN må håndtere på en eller annen måte. Tilsvarende, dersom det i UNN sitt område skjer at 12 % av disse liggedøgnene blir løst på annen måte i samarbeid med kommunene så resulterer det i 8 648 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 at den aktiviteten som er beskrevet må løses på annen måte. Det kan til en viss grad håndteres i samarbeid med kommunene på andre måter enn å tilby egne senger.

Figur 17: Økning i antall liggedøgn per år og helseforetak som følge av endret omstilling mot primærhelsetjenesten. Kilde: Sykehusbygg (2018)

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



### 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
<b>Døgnplass</b>				
Normalseng	85 %			
Observasjonsplass	75 %			
Pasienthotellseng	75 %			
PHV & DPS	85 %			
PHBU	75 %			
TSB	80 %			
<b>Dagplass</b>				
		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 5: Kapasitetsutnyttelse benyttet av Sykehusbygg i framskrivninger av aktivitet

Oppsummert for regionen gir dette følgende rombehov i 2035:

Kapasitet	Somatikk	PHV voksne	PHV barn og unge	TSB
Senger <sup>20</sup>	1209	259	28	77
Poliklinikkrom <sup>21</sup>	235	197	101	27
Operasjonsstuer	55	-	-	-
Dagsenger	188	-	-	-

Tabell 6: 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. Det viser behovet slik det forventes i 2035 gitt dagens kompetansesammensetning og organisering. Figuren viser bemanningsbehov ved ren demografisk framskrivning og behovet etter kvalitative justeringer i henhold til framskrivningen 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

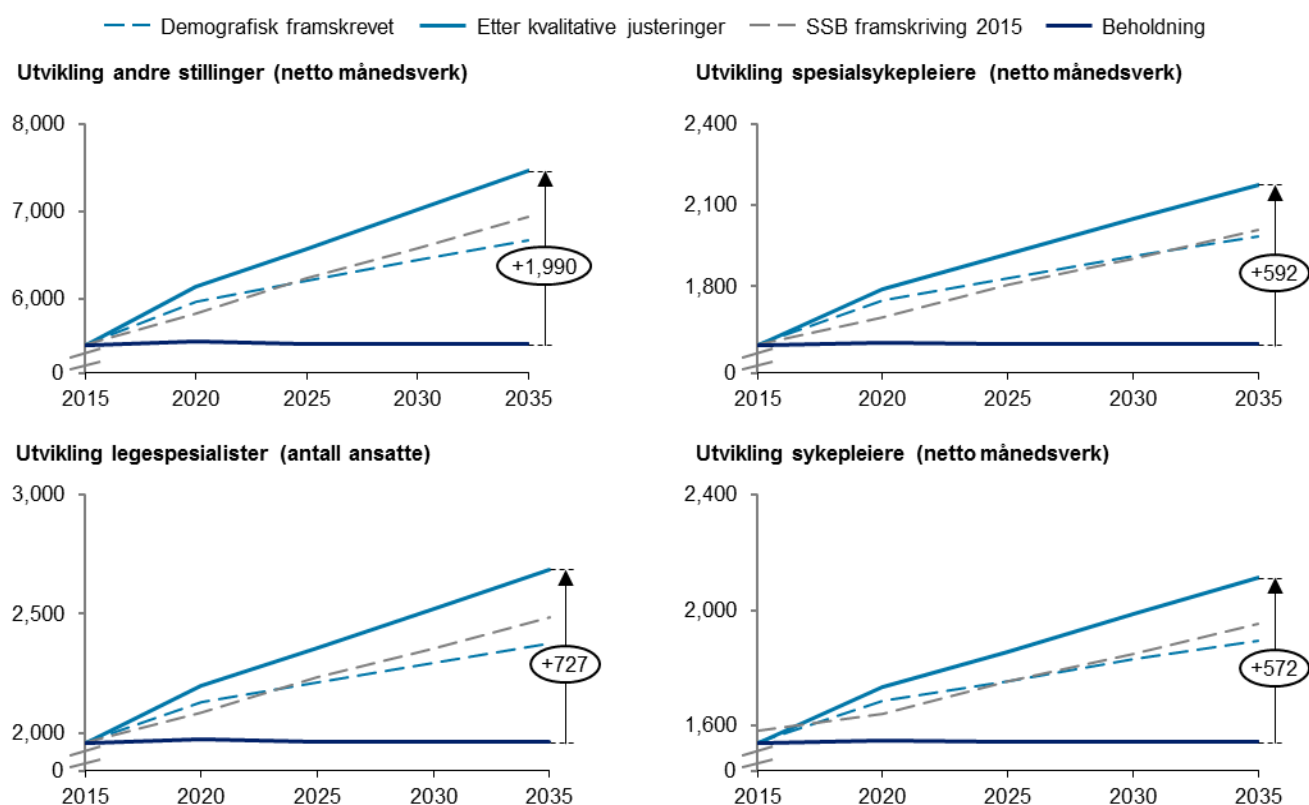
<sup>20</sup> Sum av normalsenger, observasjonssenger og senger i pasienthotell

<sup>21</sup> For PHV voksne, barn og unge og TSB er tallene summert framskrevet behov for poliklinikkrom og dagsenger, på grunn av kjente variasjoner i NPR registrering som er utgangspunkt for framskrivning

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 framskrivningen indikerer en økning i bemanningsbehov på omtrent 37 % for alle yrkesgrupper. Dette er høyere enn både de demografiske framskrivningene i modellen og den demografiske framskrivningen 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 framskrivning. 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 framskrivning som vil bidra til et høyere bemanningsbehov enn det SSB estimerte i 2015.

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



I framskrivningen 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

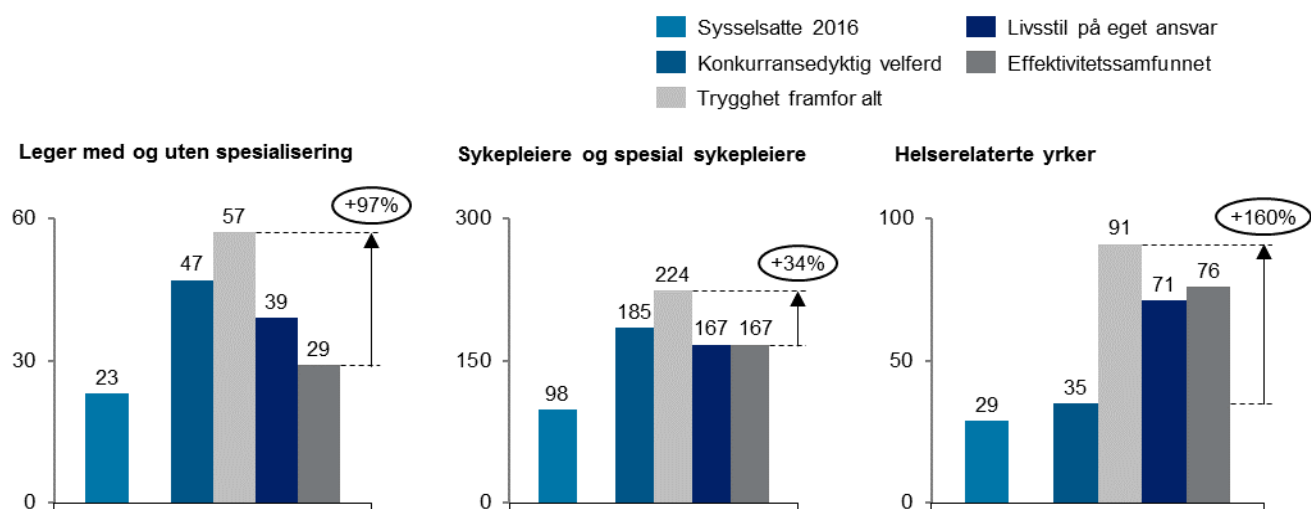
må presiseres at dette er en forenkling, som blant annet ikke tar høyde for evt. skjevheter i aldersfordelingen i eksisterende bemanningsgrunnlag.

### 5.3.2 Usikkerhet i tallene

Bemanningsframskrivningen 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 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 korrigerer nok for dette er det usikkerhet ved.

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 fremtiden. I regi av Helsedirektoratet er det gjennomført en scenarioanalyse på nasjonalt nivå, som belyser noe av usikkerheten i bemanningsframskrivningene. Resultatet viser stor variasjon i bemanningsbehov avhengig av hvordan ulike endringer slår til.

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



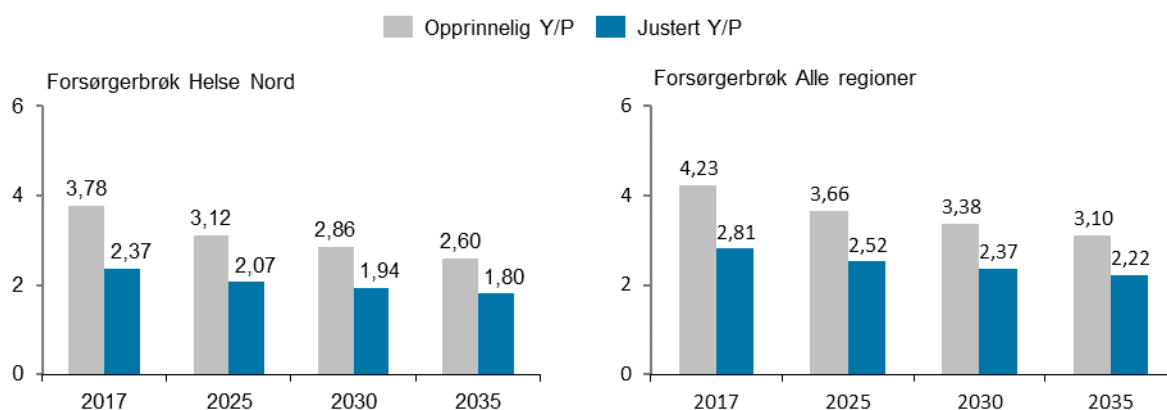
Dette illustrerer noe av usikkerheten i framskrivningene. Behovet varierer fra svært høyt for alle yrkesgrupper i scenariet «Trygghet framfor alt» til relativt moderat for leger i scenariet «Effektivitetssamfunnet» og relativt moderat for helserelaterte yrker<sup>22</sup> i scenariet «Konkurransedyktig velferd».

<sup>22</sup> Helserelaterte yrker: Radiograf, Bioingeniør, Reseptar, Protese- og tanntekniker, Helsesekretær, Ambulansepersonell, Helse- og miljøarbeider, Tannpleiere

### 5.3.3 Utfordringer i rekrutteringsgrunnlaget

Den demografiske utviklingen i Helse Nord sitt opptaksområde er mindre bærekraftig enn i øvrige landsdeler, illustrert ved forskjeller i forsørgerbrøk (Y/P)<sup>23</sup>. I Helse Nord er 2,6 personer i arbeidsfør alder for hver person eldre enn arbeidsfør alder, mot 3,1 for alle regionene. Illustrasjonen i viser også justert forsørgerbrøk, som innebærer at det tas høyde for uføretrygdede, personer på arbeidsavklaring og studenter<sup>24</sup>.

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



Blant helseforetakene er framskrivningen 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.

<sup>23</sup> Forsørgerbrøken: antall personer i arbeidsfør alder, 20 - 66 år, som andel av befolkning eldre enn 66 år.

<sup>24</sup> Justering av Y/P innebærer reduserer antall i yrkesaktiv alder med omtrent 650 000 nasjonalt.

## 6. Vedlegg

### 6.1 Mandat

Her kan du lese [mandat for regional utviklingsplan 2035](#)

### 6.2 Helse Nords strategi

Her kan du lese [strategidokument for Helse Nord](#)

### 6.3 Beskrivelse av modeller og datagrunnlag

#### 6.3.1 Modellbeskrivelser

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

#### 6.3.2 Sykehusbyggmodellen

For framskrivning av aktivitet brukes modellverket for aktivitetsframskrivning som eies av RHF-ene og forvaltes av Sykehusbygg. 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 befolkningsframskrivning 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 framskrivning 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 de enkelte 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. 6.5.4 Beregninger

#### **6.3.2.1 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 også ha betydning 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 %.

#### **6.3.2.2 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. Faktoren skal reflektere flere forhold og si noe om hvordan framtidig forbruk utvikles utover de demografiske forholdene, dvs. endring i forbruksratene for de ulike diagnosegruppene. I beskrivelsen av faktoren står det at følgende forhold fanges opp:

- 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 ikke bare skal 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 tidligere framskrivninger blitt referert til som realvekst i poliklinikk og dagbehandling, dvs. vekst utover det demografien skulle tilsi.

### 6.3.3 *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.

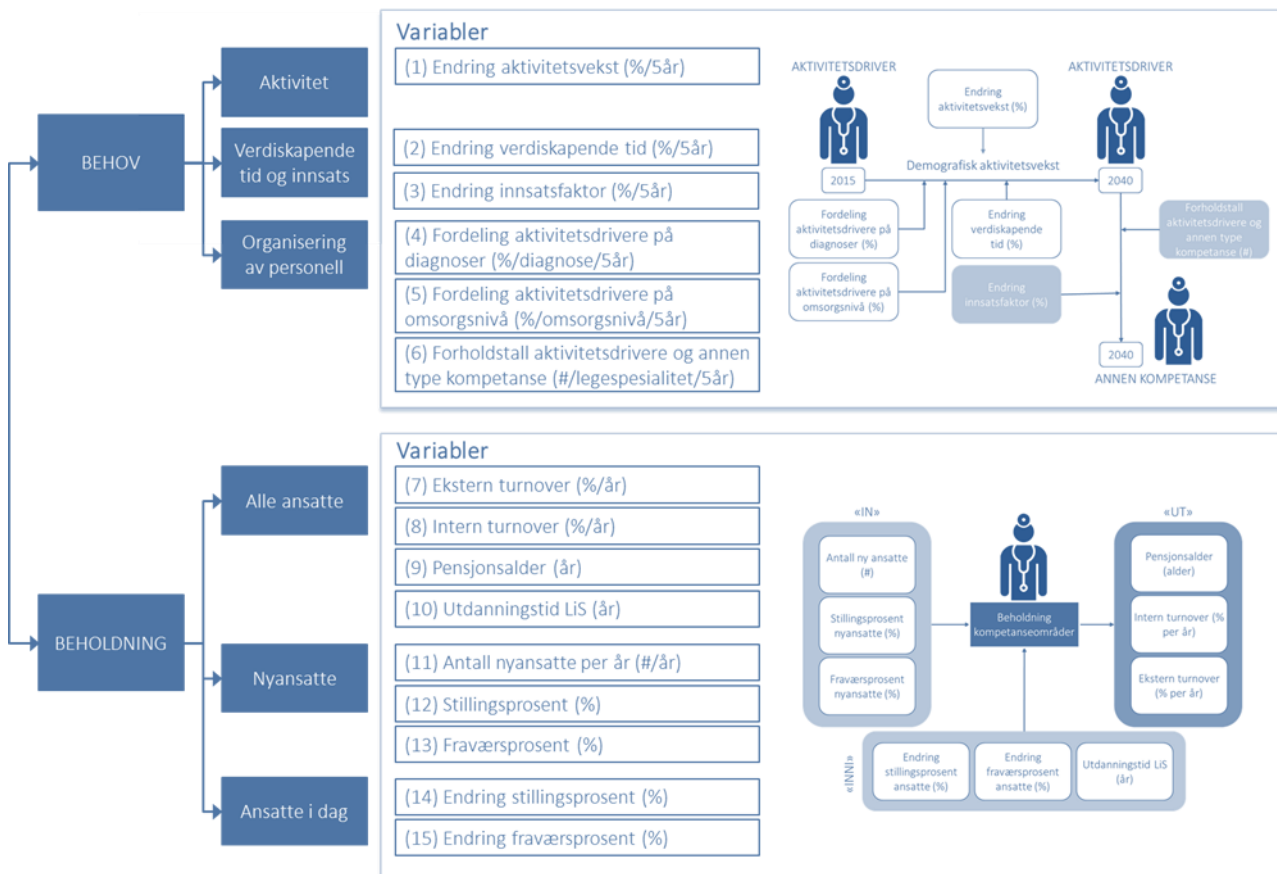
Nasjonal bemanningsmodell er basert på framskrivning av behov for aktivitet («etterspørsel») og tilgjengelig personell/kompetanse («tilbud») i spesialisthelsetjenesten. Nasjonal bemanningsmodell bygger på aktivitetsdata fra NPR og befolkningsframskrivningen MMM av SSB, samt personellmessige variabler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

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



### 6.3.4 Beregninger turnover

Tallgrunnlaget er basert på uttrekk fra nasjonal bemanningsmodell, som inneholder et sammenstilt informasjonsgrunnlag ved ansatte for året 2015. Her ligger gjennomsnittlig årlig turnover inne per stillingskategori nr. 2<sup>25</sup>. 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 7: Turnover presenter for stillingsnivå 1, inkl. variasjon

<sup>25</sup> Se [Tabell 8: Oversikt over stillingshierarki 1 og 2](#). Første rad er stillingsnivå 2 kategoriene. Underliggende kategorier representerer stillingsnivå 2. [Tabell 8](#) for oversikt over hvilke stillingskategorier som inngår i stillingsnivå 1.

Admin. / Ledelse	Pasientrettede stillinger	Leger	Psykolog	Sykepleier	Spesialsykepleier	Helsefagarbeider / hjelpepleie	Diagnostisk personell	Apotekstillinger	Drifts / teknisk personell	Ambulanse personell	Forskning
Andre ledere	Vernepleier	Overleger	Psykologspesialist	Sykepleier	Spesialsykepleier	Helsefagarbeider / hjelpepleie	Bioingeniør	Farmasøyt	Kjøkkenpersonell	Ambulanse personell	Forskning
Merkantile stillinger	Tannleger	LIS-leger	Psykolog	Jordmor			Labpersonell	Apotekstilling	Teknisk personell		
Tillitsvalgt og verneombud	Logoped		Sjefpsykolog				Radiograf		Renholds-personell		
	Sosionom						Stråleterapeut		Annet drifts-personell		
	Pedagog										
	Miljøarbeider										
	Audiograf										
	Fysioterapeut										
	Ergoterapeut										
	Miljøterapeut										
	Helsesekretær										

Tabell 8: Oversikt over stillingshierarki 1 og 2. Første rad er stillingsnivå 2 kategoriene. Underliggende kategorier representerer stillingsnivå 2.

### 6.3.5 Deltid

Tallgrunnlaget er basert på uttrekk fra nasjonal bemanningsmodell, som inneholder et sammenstilt informasjonsgrunnlag for ansatte for året 2015. Her ligger informasjon om antall ansatte, antall månedsværk og netto månedsværk per stillingskategori nr. 2. Deltid per stillingskategori beregnes som differansen i prosent mellom antall ansatte og antall månedsværk. For noen få stillingskategorier er det registrert flere månedsværk enn antall ansatte. Til sammen gjelder dette brutto årsværk med til sammen 51 årsværk 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 månedsværk	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 9: Illustrasjon av gjennomsnittlig deltidsbruk presentert på stillingsnivå 1, inkl. underliggende variasjon

### 6.3.6 Aldersfordeling

Tallgrunnlaget er basert på uttrekk fra nasjonal bemanningsmodell, som inneholder et sammenstilt informasjonsgrunnlag for medarbeidere 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 Sjefpsykolog (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 månedsværk	Antall månedsværk 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 10: Aldersfordeling for ansatte på stillingsnivå 1, inkl. underliggende variasjon

### 6.3.7 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.

### 6.3.8 Arealberegninger

Kapasitetsberegningene er 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 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 beleggprosenten satt til 85 for voksne og 75 for barn og unge. I TSB er beleggprosenten 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 11: 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 gir ulike åpningstider 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.

### 6.3.8.1 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 utnyttingsgrader 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.

### 6.3.9 *Bemanningsberegninger*

#### 6.3.9.1 **Bemanningsbehov**

Bemanningsmodellen 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. Det betyr at framskrivningen av bemanning ikke er direkte sammenlignbar med aktivitetsframskrivningen 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 ved 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 for 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 aktivitetsnivået i bemanningsmodellen justeres 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 framskrivning 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
<b>Somatikk</b>					
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 %
<b>BUP</b>					
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		0,0 %	0,6 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
<b>PHV</b>					
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		0,0 %	0,6 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
<b>TSB</b>					
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %	1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		0,0 %	0,6 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %	1,4 %

Tabell 12: 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 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 / Endringsfaktorer	Epidemiologi og medisinsk utvikling	Generell vekst	Overføring fra dag til poliklinikk	Samhandling kommuner	Intern effektivisering	Fra døgn til dagkir	Aktivitetsvekst
<b>Somatikk</b>							
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 %
Polikliniske konsultasjoner	0,1 %	0,9 %	0,4 %	-0,4 %	0,0 %	0,0 %	1,4 %
<b>BUP</b>							
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		-0,8 %	-0,8 %		-1,0 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
<b>PHV</b>							
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		-0,8 %	-0,8 %		-1,0 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
<b>TSB</b>							
Dagopphold		1,7 %		-0,3 %			1,4 %
Døgnopphold / liggetid		0,6 %		-0,8 %	-0,8 %		-1,0 %
Polikliniske konsultasjoner		1,7 %		-0,3 %			

Tabell 13: 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 vektning 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
<b>Somatikk</b>				
Dagopphold	0,3 %	6 %	33 %	26 %
Døgnopphold / liggetid	-1,6 %	-32 %	33 %	17 %
Polikliniske konsultasjoner	1,4 %	27 %	33 %	32 %
<b>BUP</b>				
Dagopphold	1,4 %	28 %	33 %	29 %
Døgnopphold / liggetid	-1,0 %	-20 %	33 %	18 %
Polikliniske konsultasjoner	1,4 %	28 %	33 %	29 %
<b>PHV</b>				
Dagopphold	1,4 %	28 %	33 %	29 %
Døgnopphold / liggetid	-1,0 %	-20 %	33 %	18 %
Polikliniske konsultasjoner	1,4 %	28 %	33 %	29 %
<b>TSB</b>				
Dagopphold	1,4 %	28 %	33 %	29 %
Døgnopphold / liggetid	-1,0 %	-20 %	33 %	18 %
Polikliniske konsultasjoner	1,4 %	28 %	33 %	29 %

Tabell 14: Eksempel - beregning av endring i fordeling av tid mellom omsorgsnivå

### 6.3.9.2 Bemanningsbeholdning

Det er ingen standard faktorer i bemanningsmodellen som gir noen god framskriving av bemanningsbeholdning. Beregningen 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.

<b>Andel av yrkesaktive</b>	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 %

<b>Yrkesaktiv befolkning (20 – 66 år)</b>	2015	2020	2025	2030	2035
	310225	312382	310846	311069	310745

<b>Beholdning gitt samme andel av yrkesaktive</b>	2015	2020	2025	2030	2035
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 15: Variabler for beregning av bemanningsbeholdning

## 7. Referanser

- Finnmarkssykehuset (2014). *Strategisk utviklingsplan Finnmarkssykehuset 2015 - 2030*
- Helgelandssykehuset (2015). *Helgelandssykehuset 2025*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Nasjonal helse og sykehusplan (2016 - 2019). Meld. St. 11. Melding til stortinget.*
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015) *Nasjonal helse- og sykehusplan - i korte trekk*
- Helse- og omsorgsdepartementet(2015). *Verdier i pasientens helsetjeneste - melding om prioritering Meld St. 34 (2015-2016)*
- Helse Nord IKT(2018). *Overordnet virksomhetsplan 2018 - 2020*
- Helse Sør-Øst (2018). *Regional utviklingsplan*
- Helse Vest RHF. (2015). *Dokumentasjon nasjonal bemanningsmodel.*
- Nordlandssykehuset(2018). *Strategisk utviklingsplan 2018 - 2035*
- Pedersen, M. (2017). *Produktivitetsutvikling i somatisk spesialisthelsetjeneste 2012-2016 - Analysenotat 15/17 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten . Oslo: Helsedirektoratet.*
- Samfunnsøkonomisk analyse (2018). *Helse Norge 2040 - hvordan vil framtiden bli?*
- Solstad, K., & Dahl, U. (2018). *Aktivitets- og kapasitetsframskrivning for HF-ene i Helse Nord RHF 2014 – 2040. Oslo: Sykehusbygg HF.*
- Sykehusbygg HF. (2017). *Samordning av framskrivninger. Oslo.*
- Sykehusbygg HF(2018). *Strategisk teknologinotat*
- Sykehusapotek Nord (2016). *Strategi 2016 - 2020*
- Universitetssykehuset Nord-Norge(2015). *Strategisk utviklingsplan 2015-2025*

## 8. Tilleggsdokumenter

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

### **8.1 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.

### **8.2 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».

### **8.3 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

### **8.4 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.

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Hilde Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## **Styresak 159-2018      Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2018 med risikovurdering av overordnede mål**

### **Formål**

I denne styresaken informeres styret i Helse Nord RHF om ledelsens gjennomgang av virksomheten 2018, risikovurdering og vurdering av hovedutfordringene fremover.

Plikten til å etablere et system for internkontroll følger av lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 3 første ledd, og av arbeidsmiljøloven.

Minst en gang årlig skal ledelsen og styret gjennomgå helseforetakets tilstand. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 8 f) utdyper kravet - som følger: *Minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.*

Også interne retningslinjer<sup>1</sup>, instruksjer og oppdragsdokument (OD) stiller samme krav. Formålet med dokumentet *Ledelsens gjennomgang* er å gjennomgå:

- Interne forhold i Helse Nord RHF
- Virksomhetsstyring
  - Helse Nord RHF<sup>2</sup> vurdering av resultat og måloppnåelse i foretaksgruppen
- Særlig relevante områder i foretaksgruppen

### **Om vurderingen**

Plan for arbeidet med ledelsens gjennomgang 2018 og risikovurdering ble etablert i ledermøte i Helse Nord RHF 21. august 2018. Alle avdelinger har bidratt, og eieravdelingen har hatt det overordnede koordinerende ansvaret for arbeidet. Dokumentet er gjennomgått i ledermøte i Helse Nord RHF 27. november 2018.

Oppdragsdokument, tertialoppfølgingsmøter og –rapporter samt virksomhetsrapporter ligger til grunn for ledelsens gjennomgang. Vurdering av måloppnåelse må sees i sammenheng med tertialvis gjennomgang av nasjonale kvalitetsindikatorer, jf. *styresak 133-2018 Tertialrapport nr. 2-2018* (styremøte 24. oktober 2018).

---

<sup>1</sup> Retningslinjer for risikostyring i HN RL 1602, Styreinstruks HN RHF, Instruks for adm. direktør HN RHF

<sup>2</sup> Når begrepet *Helse Nord RHF* brukes, menes RHF-administrasjonen. Når *Helse Nord* brukes, menes hele foretaksgruppen.

## **Ledelsens gjennomgang i Helse Nord RHF – sammendrag**

Helse Nord leverer forsvarlige og gode helsetjenester. Det er fortsatt helsepolitiske føringer der Helse Nord ikke oppfyller styringskravene fra eier. Godt og forpliktende samarbeid på tvers av helseforetakene er avgjørende for å løse disse utfordringene, sammen med tettere oppfølging og mer aktiv eierstyring.

Ledelsens gjennomgang 2018 starter med en vurdering av status for identifiserte utfordringer ved utgangen av 2017. Deretter følger vurdering av oppfølging av oppdragsdokument og protokoll fra foretaksmøte(r), samt oppfølging av styringssystem for ledelse og kvalitetsforbedring i Helse Nord RHF. Det er gjort vurdering av virksomhetsstyringen i Helse Nord samt status for interne og eksterne revisjoner og tilsyn.

Dokumentet avsluttes med vurdering av de viktigste utfordringer. Det forventes at Nord-Norge får særlig store utfordringer i årene fremover. Aldrende befolkning, sentralisering av bosettingsmønster og utsiktene til at andel yrkesaktive i utkantstrøk blir stadig lavere, taler for at det blir et stort behov for å tenke nytt om hvor og hvordan spesialisthelsetjenestene leveres. Arbeidet med samhandling med kommunene må styrkes vesentlig.

### **Adm. direktørs vurdering**

Adm. direktør mener at måloppnåelsen av krav i oppdragsdokument er akseptabelt, men at det fremdeles er en stor oppgave å nå målsettinger om gjennomsnittlig ventetid < 50 dager innen 2021, null fristbrudd og å innfri kravene om høyere vekst innenfor psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikk.

Tertialrapporter viser at Helse Nord innenfor flere kvalitetsindikatorer har de beste resultatene i landet. Samtidig må vi erkjenne at regionen f. eks. innen psykisk helsevern har resultater som ligger lavt. Mangel på kvalifisert personell er medvirkende til at resultatoppnåelsen ikke har vært tilfredsstillende.

Den økonomiske utviklingen i 2. og 3. tertial 2018 har ikke vært i tråd med målsettingen. Det må derfor settes i verk kostnadsreducerende tiltak tidlig i 2019. Investeringsplanen må tilpasses realistiske forventninger om helseforetakenes økonomiske bærekraft.

Basert på *Ledelsens gjennomgang for 2018* vurderer adm. direktør at de viktigste områdene for oppfølging i 2019 er å:

- Sikre økonomisk kontroll slik at ambisjonene i investeringsplanen kan opprettholdes.
- Få større fokus på samhandlingen med kommunehelsetjenesten og med pasient og pårørende.
- Få gode prioriteringer innenfor gitte økonomiske rammer. Særlig vil kostbare medikamenter, herunder persontilpasset medisin, og prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling bli viktig.
- Realisere nytteverdi av gjennomførte prosjekter og innenfor innkjøpsområdet.
- Sikre optimal funksjonsdeling mellom helseforetakene.
- Sikre tilstrekkelig og kvalifisert personell.
- Øke forskningsaktiviteten.
- Sikre kontroll på IKT, informasjonssikkerhet og beredskap.



Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om ledelsens gjennomgang av virksomheten 2018 (intern styring og kontroll) med risikovurdering av overordnede mål til orientering.
2. Styret ber adm. direktør om å sørge for at de viktigste områdene for oppfølging av helseforetakene i 2019 prioriteres slik at målsettinger og krav fra eier nås.

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg:      Rapport *Ledelsens gjennomgang 2018*

*Vedlegget er publisert på Helse Nord RHF's nettsted - se her:*  
[Styremøte i Helse Nord RHF 19. desember 2018](#)

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Hilde Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

**Styresak 160-2018**

**Byggeprosjekt Nordlandssykehuset Bodø -  
gjenværende risiko og aktuelle tiltak,  
oppfølging av styresak 155-2018**

*Saksdokumentene ettersendes.*

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Hilde Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

**Styresak 161-2018**

**Oppfølging av internrevisjonsrapport 01/2017:  
Risikostyring i Helse Nord - oppfølging av  
styresak 100-2017**

*Saksdokumentene ettersendes.*

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Hilde Rolandsen, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

**Styresak 162-2018**

**Virksomhetsrapport nr. 11-2018**

*Saksdokumentene legges frem ved møtestart.*

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Eirik Holand, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## **Styresak 163-2018      Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet, rapport**

### **Formål**

Styret i Helse Nord RHF og styrene i underliggende helseforetak ble orientert om Riksrevisjonens rapport *Forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet* gjennom presentasjon i regionalt styreseminar 25. oktober 2018. Rapporten ble publisert 6. november 2018 som en del av Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper i 2017.

Adm. direktør vil i denne styresaken informere styret i Helse Nord RHF om Riksrevisjonens vurderinger.

### **Beslutningsgrunnlag**

Forvaltningsrevisjonen av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet har hatt fokus på to hovedområder:

1. Påser styrene at virksomhetene arbeider systematisk med å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet?
2. Sørger Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene for å velge styrer med hensiktsmessig kompetanse, og sørger styrene selv for å evaluere og videreutvikle denne kompetansen?

Beskrivelse av utfordringsbildet er i hovedsak generelt og omtaler i liten grad Helse Nord RHF spesifikt. Det er imidlertid sannsynlig at hovedfunnene i rapporten omtaler problemstillinger som det nyttig for styret og Helse Nord RHF å forholde seg til.

### **Styrenes arbeid med forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet**

Riksrevisjonen påpeker at de fleste styrene får mye informasjon om kvalitet og pasientsikkerhet, men primært på indikatorer som refererer til krav i oppdragsdokumentet. Riksrevisjonens vurdering er at styrene er for passive i sin rolle med å påse at de får nødvendig informasjon om vesentlige utfordringer, og at de i større grad bør etterspørre disse og hvorvidt iverksatte tiltak har ønsket effekt. De bør etterspørre sammenligninger med andre helseforetak og sørge for å lære av de beste.

Rapporten omtaler også styrenes vedtak i forbindelse med virksomhetsrapporter og påpeker at kun 6 % av aktive vedtak omhandlet kvalitet.

**Figur 5 Antall virksomhetsrapporter (måned-, tertial- og halvårsrapporter) hvor HF-styrene har fattet vedtak i 2017, fordelt etter type vedtak.**



Figur 1: Kilde: Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper - 2017 (s.362)

Riksrevisjonen mener også at helseforetakene ikke godt nok følger opp at risikostyringen og styringssystemet fungerer. Riksrevisjonen finner dette kritikkverdig. Det vises imidlertid til at Helse Nord RHF kommer best ut på dette området, da styret har mottatt en samlet gjennomgang av styringssystemet, fått informasjon om uønskede hendelser, internrevisjoner og eksterne tilsyn. Det er likevel rom for forbedring i måten styret informeres om seleksjon av risikoområder.

### **Sikring av styrenes samlede kompetanse**

Riksrevisjonen påpeker at styrenes sammensetning bør reflektere det oppdraget og ansvar styret pålegges. Styret må ha en samlet kompetanse som samsvarer med de utfordringene helseforetaket står overfor.

Riksrevisjonen mener at prosessen med styrevalg i Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene ikke godt nok sikrer at hvert styre samlet sett har riktig kompetanse. Når det gjelder utviklingen av styrenes kompetanse, rapporterer Riksrevisjonen at det tilbys opplæring av styremedlemmer, men at det i for liten grad gis opplæring på enkelte områder hvor styremedlemmene selv etterlyser bedre kompetanse. Dette gjelder spesielt internkontroll og risikostyring, og Riksrevisjonen anbefales at det tilbys slik opplæring.

### **Adm. direktørs vurdering**

Riksrevisjonens rapport *Forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet* påpeker forbedringsområder knyttet til hvilke saker som blir satt på dagsorden, hvordan styrene sikres kompetanse på feltet, og vektleggingen av kompetanse innen kvalitet og pasientsikkerhet ved oppnevning av nye styrever.

Adm. direktør vil fremme en sak for styret om prosess ved oppnevning av nye styrever. Her vil det bli vektlagt at kvalitet og pasientsikkerhet er områder som styrene har ansvar for, og må ha kompetanse i.

Riksrevisjonens rapport vil for øvrig bli brukt til forbedring av arbeidet med risikostyring og - i den løpende rapporteringen til styret - på området kvalitet og pasientsikkerhet.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om Riksrevisjonens forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet til orientering.
2. Styret vil i forbindelse med fremtidige egevalueringer kartlegge kompetansebehovet med spesielt fokus på områder som er omtalt i rapporten.
3. Styret ber adm. direktør om at identifiserte behov fra Riksrevisjonens rapport følges opp.

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Rapport fra forvaltningsrevisjon av styrenes oppfølging av kvalitet og pasientsikkerhet

*Vedlegget er publisert på Helse Nord RHF's nettsted - se her:  
[Styremøte i Helse Nord RHF 19. desember 2018](#)*

Referanse: Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper - 2017 (Dokument 3:2 (2018-2019)) - se her: [Riksrevisjonens nettsted: Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper - 2017](#)

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Tor Solbjørg, 917 68 828

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## **Styresak 164-2018    Internrevisjonsrapport nr. 09/2018: Mislighetsrisiko i Helse Nord, oppsummering**

### **Formål**

Internrevisjonen i Helse Nord RHF har gjennomført en revisjon hvor formålet har vært å bekrefte at helseforetakene har etablert egnede og tilstrekkelige internkontrolltiltak for å forebygge, avdekke og håndtere interne misligheter. Det er ikke gjennomført revisjonshandlinger med sikte på å avdekke om slike misligheter faktisk har blitt utført.

Revisjonen har omfattet alle helseforetakene i regionen, og det er avgitt egen rapport til hvert av disse. I denne styresaken legges oppsummeringsrapport fra revisjonen fram for styret i Helse Nord RHF.

### **Beslutningsgrunnlag**

#### *Internrevisjonens konklusjon*

Internrevisjonen konstaterer at helseforetakene i Helse Nord har iverksatt mange viktige rutiner og tiltak som bidrar til forebygging, avdekking og håndtering av interne misligheter. Påpekte svakheter, blant annet fravær av dokumenterte vurderinger av risiko for misligheter og mangler i beskrivelse og tildeling av fullmakter, bør imidlertid utbedres for at internkontrollen samlet sett skal vurderes som tilstrekkelig.

#### *Internrevisjonens anbefalinger*

Internrevisjonen har gitt hvert helseforetak fire eller fem anbefalinger, hvorav noen er likelydende. Anbefalingene gjelder:

- Gjennomføring av dokumenterte risikovurderinger som omfatter risiko for misligheter.
- Styrket oppfølging av at kompetansekrav innfris.
- Skriftlig tildeling av budsjettdisponeringsfullmakter, og tilgangsrettigheter i Agresso i samsvar med disse.
- Fullmaktsbeskrivelser i samsvar med kravene i økonomihåndbok for Helse Nord.
- Styring og kontroll med ansattes bierverv, verv, eierskap og nærstående forhold.
- Oppdatering av rutiner for varsling av kritikkverdige forhold.
- Gjennomføring av evalueringer for å fastslå om komponentene i internkontrollopplegget knyttet til mislighetsrisiko er til stede og fungerer.



### Behandling i styrets revisjonsutvalg

Revisjonsutvalget er holdt løpende orientert om gjennomføringen av revisjonen, sist i møte 20. november 2018 (jf. sak 20/18), hvor utvalget konkluderte som følger:  
*Redegjørelsen tas til orientering. Revisjonsutvalget ga uttrykk for tilfredshet med en viktig og konkret rapport i forhold til temaet om mislighetsrisiko. Den endelige rapporten behøver ikke legges frem for ny behandling i revisjonsutvalget med mindre høringsinnspill resulterer i vesentlige endringer i forhold til redegjørelsen i møtet. Rapporten legges frem for styret i Helse Nord RHF snarest mulig.*

Høringsrunden førte ikke til endringer av betydning i forhold til redegjørelsen gitt i revisjonsutvalget.

### **Adm. direktørs vurdering**

Adm. direktør viser til internrevisjonens konklusjon og anbefalinger, og til revisjonsutvalgets behandling av rapporten, som beskrevet ovenfor.

### Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF tar *Internrevisjonsrapport nr. 09/2018: Mislighetsrisiko i Helse Nord, oppsummering* til orientering.
2. Styret ber adm. direktør sørge for at internrevisjonens anbefalinger følges opp.
3. Styret ber om tilbakemelding i løpet av høsten 2019 om status i foretaksgruppens arbeid med oppfølging av anbefalingene.

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Vedlegg: Internrevisjonsrapport 09/2018: Mislighetsrisiko i Helse Nord, oppsummering

*Vedlegget er publisert på Helse Nord RHF's nettsted - se her:*  
[Styremøte i Helse Nord RHF 19. desember 2018](#)

Møtedato: 19. desember 2018  
 Arkivnr.:  
 2014/703-24

Saksbeh/tlf:  
 Tor Solbjørg, 917 68 828

Sted/Dato:  
 Bodø, 7.12.2018

## Styresak 165-2018    Plan for internrevisjonen 2019-2020

### Formål

Internrevisjonen arbeider i dag etter plan for internrevisjon 2018-2019, vedtatt av styret i Helse Nord RHF, jf. *styresak 142-2017 Plan for internrevisjon 2018-2019* (styremøte 13. desember 2017).

*I Instruks for internrevisjonen i Helse Nord RHF, pkt. 5.2, stilles følgende krav til planleggingen av internrevisjonens arbeid: Internrevisjonen skal utføre arbeidet i henhold til en toårig revisjonsplan basert på risiko- og vesentlighetsbetraktninger, som rulleres årlig. Revisjonsplanen forelegges administrerende direktør for uttalelse, behandles i revisjonsutvalget og vedtas av styret.*

I samråd med revisjonsutvalget fremmes i denne styresaken forslag om plan for internrevisjon 2019-2020 i det regionale helseforetaket og foretaksgruppen.

### Forslag til plan

Revisjonsutvalget vedtok 20. november 2018 (jf. sak 20/18) å legge frem for styret følgende forslag til plan for internrevisjon 2019-2020:

Nr.	Tema	Formål
1	<b>Forvaltning av regionale helse-forskningsmidler</b>  <b>PÅGÅR</b>	Bekreftede at Helse Nord RHF's forvaltning av helseforskningsmidler bidrar til at vedtatt forskningsstrategi realiseres.
2	<b>Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser</b>  <b>PÅGÅR</b>	Bekreftede at helseforetaket har rutiner som gir rimelig sikkerhet for pålitelig rapportering av ventetid til og svartid fra bildediagnostiske undersøkelser, og at fastsatte tidskrav knyttet til vente- og svartid innfris uten unødvendig variasjon.
3	<b>Ny personvern-forordning</b>	Bekreftede at helseforetakene og Helse Nord RHF tilfredsstiller kravene i den nye personvernforordningen (GDPR), blant annet med fokus på databehandleravtaler.

<b>4</b>	<b>Innkjøpsområdet - organisering</b>	Bekreftede at ny organisering med fordeling av ansvar og oppgaver oppleves avklart og fungerer i samsvar med intensjonen.
<b>5</b>	<b>Helse Nord oppfølging av avtaler om kjøp av helsetjenester</b>	Bekreftede at tiltak er implementert for å sikre at institusjoner innen psykisk helse, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og spesialisert rehabilitering oppfyller kontraktsvilkårene, basert på anbefalinger i Internrevisjonsrapport 01/2018. Jf. styrevedtak i sak 58-2018.
<b>6</b>	<b>Beredskap</b>	Bekreftede at Helse Nord's beredskaps- og kriseplaner samsvarer med lov, forskrift og gitte føringer, at planer er koordinert, og at planverk og kompetanse vedlikeholdes.
<b>7</b>	<b>Gvinstrealisering ved investeringer</b>	Bekreftede at gvinstrealiseringer ved investeringer følges opp fra plan til driftsfase, herunder nødvendige omstillingsbehov.
<b>8</b>	<b>Medisinsk koding</b>	Bekreftede at foretakene har styring og kontroll med at medisinsk koding foregår i samsvar med gjeldende føringer.

Det kan være behov for ekstern bistand i gjennomføringen av noen av revisjonene, bl.a. i tema nr. 3, ny personvernforordning.

### **Involvering og samordning i planprosessen**

Arbeidet med plan for internrevisjon 2019-2020 har foregått slik:

- Internrevisjonen utarbeidet i oktober 2018 en oversikt over aktuelle revisjonsoppdrag med utgangspunkt i vurdering av risiko og vesentlighet i foretaksgruppen. Her inngikk bl. a. alle gjenstående tema fra planen for 2018-2019. Det var også lagt vekt på opplysninger om varslede revisjoner og tilsyn fra Riksrevisjonen og ulike tilsynsmyndigheter.
- Alle helseforetakene i regionen samt Regionalt brukerutvalg, konserntillitsvalgte/konsernverneombud og RHF-ledelsen ble oppfordret om å sende inn forslag til risikoområder som ønskes tatt inn i revisjonsplanen for 2019-2020. Konserntillitsvalgte/konsernverneombud, noen helseforetak og enkelte ledere i RHF-et ga innspill som ble tatt med i de videre vurderinger.
- Aktuelle revisjonsoppdrag ble 31. oktober 2018 drøftet i regionalt internrevisjonsnettverk, hvor representanter fra alle helseforetakene var invitert til å delta.
- Utkast til plan ble gjennomgått med adm. direktør 13. november 2018. Adm. direktørs kommentarer ble deretter innarbeidet i planutkastet.
- Planutkastet ble behandlet i revisjonsutvalget 20. november 2018 (jf. sak 20/18), og utvalget vedtok forslaget slik det er gjengitt ovenfor.

### **Adm. direktørs vurdering**

Forslaget til plan for internrevisjon 2019-2020 er basert på internrevisjonens vurdering av risiko og vesentlighet i foretaksgruppen. Planen har vært forelagt adm. direktør for uttalelse, og adm. direktørs vurdering var kjent for revisjonsutvalget da det behandlet planen. Revisjonsutvalget har også lagt internrevisjonens bemanning og ressurser til grunn for sine vurderinger. Revisjonsplanen er dermed utarbeidet og behandlet i henhold til *Instruks for internrevisjonen i Helse Nord RHF*.

Adm. direktør mener det fremlagte forslaget til plan for internrevisjon 2019-2020 er et godt utgangspunkt for internrevisjonens prioriteringer og arbeid i denne perioden.

Den foreslåtte planen bør følges så langt som mulig. Det må likevel forventes at det kan bli behov for endringer, for eksempel for å gi plass til andre oppdrag. Revisjonsutvalget bør derfor kunne vedta endringer i planen.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *Plan for internrevisjon 2019-2020* som fremlagt.
2. Revisjonsutvalget kan vedta endringer/justeringer i planen.

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-99/012

Saksbeh/tlf:  
diverse

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## Styresak 166-2018 Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra styreleder til styret – *mundlig*
2. Informasjon fra adm. direktør til styret – *mundlig*
3. Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 09/2017: Antibiotikabruk i Helse Nord - oppfølging av styresak 44-2018
4. Helsedirektoratets rapport *Pasientskader i Norge 2017 - målt med Global Trigger Tool*<sup>1</sup>

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

---

<sup>1</sup> Global Trigger Tool: Metoden som brukes for å estimere omfanget av pasientskader i Norge. Journaler fra et tilfeldig utvalg somatiske sykehusopphold i Norge gjennomgås for å vurdere om det har vært en pasientskade eller ikke.

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-99/012

Saksbeh/tlf:  
Renate Larsen, 975 44 119

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## **Styresak 166-2018/1 Informasjon fra styreleder til styret**

*Legges frem muntlig av styreleder.*

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-99/012

Saksbeh/tlf:  
Lars Vorland, 75 51 29 00

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## **Styresak 166-2018/2 Informasjon fra adm. direktør til styret**

*Legges frem muntlig av adm. direktør.*

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Raymond Dokmo, 944 86 738

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## **Styresak 166-2018/3 Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 09/2017: Antibiotikabruk i Helse Nord - oppfølging av styresak 44-2018**

### **Formål**

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 44-2018 Internrevisjonsrapport nr. 09/2017: Antibiotikabruk i Helse Nord - oppsummering* i styremøte 21. mars 2018. Styret fattet følgende vedtak i punkt 3: *Styret ber om tilbakemelding innen utgangen av 2018 om status i foretaksgruppens arbeid med oppfølging av anbefalingene.*

Denne styresaken er oppfølging av styresak 44-2018 og gir informasjon om status i de ulike helseforetakene. Saksframlegget er gjennomgått med internrevisjonen, og deres innspill er tatt hensyn til.

### **Beslutningsgrunnlag**

#### *Anbefaling til Helse Nord RHF*

I oppsummeringsrapporten har internrevisjonen anbefalt at Helse Nord RHF tar opp med nasjonale myndigheter at retningslinjen bør revideres jevnlig for å sikre at denne til enhver tid er relevant og basert på oppdatert kunnskap.

Dette er videreformidlet til Helsedirektoratet som er ansvarlig for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer.

#### *Anbefaling til helseforetakene*

Det var i hovedsak åtte likelydende anbefalinger til helseforetakene, med noen få variasjoner:

1. *Sørge for at lederlinjen tar en mer aktiv rolle i styring og kontroll med antibiotikabruken.*
2. *Definere klare kompetansekrav for leger om antibiotikabruk, og sørge for at kravene følges opp.*
3. *Utarbeide (Finnmarkssykehuset HF), oppdatere (Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF) og følge opp (alle HF) planen for implementering av tiltak beskrevet i antibiotikastyringsprogrammet.*
4. *Iverksette forbedringer vedrørende antibiotikateamets funksjon (anbefalingene varierer mellom HF-ene).*
5. *Innføre rutiner for systematisk revurdering av antibiotikabruk etter 48-72 timer.*
6. *Påse at prevalensregistrering av antibiotikabruk gjennomføres slik at det gir pålitelige data og eierskap til egne data i aktuelle kliniske enheter (Finnmarkssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF).*



7. *Benytte forbruksstatistikker og data fra prevalensundersøkelser av antibiotikabruk som grunnlag for kontinuerlig forbedring både på foretaksnivå og i de kliniske enhetene.*
8. *Gjennomføre regelmessige kontroller av etterlevelse av Nasjonal faglig retningslinje for antibiotikabruk i sykehus gjennom interne revisjoner eller andre frittstående evalueringer*

Alle helseforetak i Helse Nord har tatt rapporten til behandling i eget styre. Samtlige helseforetak har utarbeidet egne handlingsplaner som også er styrebehandlet. Helseforetakene har satt frister og fordelt ansvar på de ulike punktene i handlingsplanen.

#### **Adm. direktørs vurdering**

Adm. direktør er fornøyd med at samtlige helseforetak er i gang med oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 09/2017. Adm. direktør vil be helseforetakene om ny rapportering i løpet av våren 2019 for status på implementering av handlingsplanen.

Styret i Helse Nord RHF vil bli orientert om status i helseforetakenes arbeid med oppfølging av anbefalingene innen utgangen av juni 2019.

Møtedato: 19. desember 2018  
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:  
Siv Cathrine Høymork, 926 32 220

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## Styresak 166-2018/4 Helsedirektoratets rapport *Pasientskader i Norge 2017 - målt med Global Trigger Tool*<sup>1</sup>

### Formål

Det vises til styremøte i Helse Nord RHF 24. oktober 2018 og fungerende styreleders muntlige orienteringer, 3. strekpunkt ad. *Felles tertialoppfølgingsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet, 17. oktober 2018 i Oslo, jf. styresak 139-2018/1 Orienteringssaker.*

Helse Nord RHF var i tertialoppfølgingsmøtet bedt om å redegjøre for årsaker til at enheter ved Nordlandssykehuset HF har nådd målet med å redusere antall pasientskader målt ved hjelp av Global Trigger Tool (GTT) med 25 %, slik det framkommer av Helsedirektoratets rapport *Pasientskader i Norge 2017 - målt med global trigger tool. IS 2557.*

Styret ba om en orientering om rapporten og særskilt om resultatene i Helse Nord. Hele rapporten er lagt ut på Helsedirektoratets nettsted - se her: [Pasientskader i Norge 2017 - målt med Global Trigger Tool](#)

### Kartlegging av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool – GTT

Som ledd i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen - seinere pasientsikkerhetsprogrammet - har helseforetakene fra 2010 kartlagt pasientskader ved hjelp av GTT-undersøkelser. Målingene rapporteres til Helsedirektoratet, som oppsummerer disse hvert år.

GTT-metoden går ut på at helsepersonell organisert i faste GTT-team<sup>2</sup> leser gjennom et tilfeldig uttrekk av pasientjournaler og leter etter såkalte «triggere» som kan indikere pasientskade<sup>3</sup>. I Helse Nord gjøres denne første journalgjennomgangen i økende grad ved hjelp av en elektronisk løsning<sup>4</sup>. GTT-teamet går deretter mer omhyggelig gjennom de pasientoppholdene hvor den første journalgjennomgangen har avdekket en «trigger», og konkluderer i fellesskap med hvorvidt det har skjedd en skade eller ikke.

<sup>1</sup> Global Trigger Tool: Metoden som brukes for å estimere omfanget av pasientskader i Norge. Journaler fra et tilfeldig utvalg somatiske sykehusopphold i Norge gjennomgås for å vurdere om det har vært en pasientskade eller ikke.

<sup>2</sup> Et GTT-team består av en lege og to sykepleiere.

<sup>3</sup> Det er i alt 55 triggere, hvorav 27 er avgrenset til somatikk, 12 er relevante bare for kirurgiske pasienter, 10 gjelder fødselsomsorg, 2 kun for akuttmedisin og 4 kun for intensivopphold.

<sup>4</sup> Nordic Clinical Automatic Framework (NCAF)

Påviste skader klassifiserer etter type og alvorlighet, men ikke etter årsak. Følgelig vil f. eks. også det som helsepersonell omtaler som «påregnelige komplikasjoner», bli talt som en pasientskade.

Pasientsikkerhetsprogrammet krever at hvert helseforetak trekker tilfeldig ut ti journaler to ganger hver måned for vurdering, og det er disse uttrekkene som er grunnlag for den nasjonale rapporteringen. Kravet er tatt inn i oppdragsdokumentene.

Vurderingene av hvorvidt det foreligger en skade eller ikke, og klassifikasjonsarbeidet innebærer elementer av skjønn. Resultatene vil derfor variere noe mellom ulike team. Av den grunn anbefaler man at teamene er mest mulig stabilt sammensatt over tid. Det understrekes av samme grunn at metoden *ikke* er egnet til å sammenlikne forekomst av pasientskader mellom ulike avdelinger eller ulike helseforetak, men derimot til å kunne følge utviklingen i hver enhet over tid. GTT-undersøkelsene gir for øvrig i seg selv ikke grunnlag for å studere årsakssammenhenger.

Pasientsikkerhetsprogrammet har satt som mål at alle helseforetak skal ha redusert *andelen* pasientopphold<sup>5</sup> med påvist pasientskade med 25 % i perioden 2012-2018. Det innebærer at det nasjonale gjennomsnittet av andel opphold med skade skal være 10,8 % ved utgangen av 2018 mot 13,7 % i 2012.

Helsedirektoratets rapport for 2017 viser at bare svært få helseforetak har hatt en stabil reduksjon i perioden 2012-2017. Grafene svinger mye over tid i de fleste helseforetak, og Helsedirektoratet konkluderer selv i rapporten med at andelen pasientopphold med skade har ligget på samme nivå i hele perioden. Det er følgelig lite sannsynlig at den nasjonale målsettingen nås i 2018.

### **GTT-resultater i helseforetakene i Helse Nord**

Samtlige av landets helseforetak med unntak av Finnmarksykehuset HF og Helgelandsykehuset HF har levert årsskjema som grunnlag for Helsedirektoratets rapport. I alt inngår individuelle tidsserier fra 30 GTT-team i rapporten. Årsaken til at antallet overstiger antall helseforetak i landet, er at tre helseforetak har levert resultater for flere separate enheter. Nordlandssykehuset HF har rapportert GTT-tall for totalt sju enheter<sup>6</sup>, mens Sørlandet sykehus og Sykehuset Vestfold har rapportert for to enheter hver. Alle øvrige helseforetak inkludert universitetssykehusene har levert én samlet rapportering for helseforetaket.

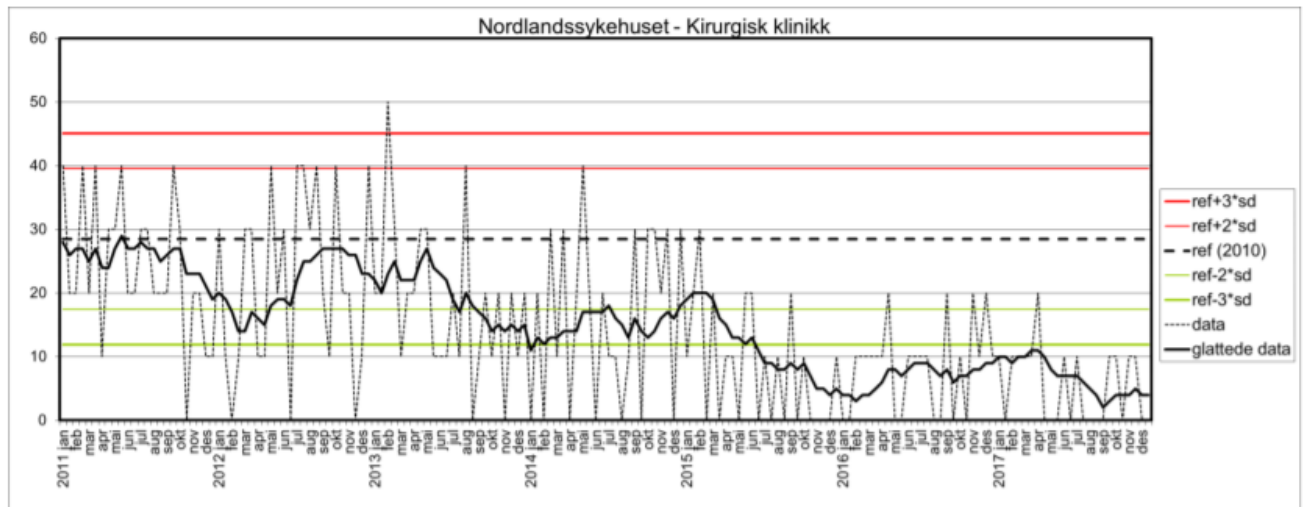
To helseforetak - Nordlandssykehuset og Stavanger universitetssykehus - ble på tertialoppfølgingsmøtet 17. oktober 2018 med Helse- og omsorgsdepartementet trukket fram som eksempler på at det *er* mulig å nå måltallet for reduksjon i antall pasientskader. Ikke alle de rapporterende enheter på Nordlandssykehuset HF kan framvise den ønskede utviklingen, men i enkelte klinikker er måltallet nådd, slik eksempelet under viser (figur hentet fra Helsedirektoratets rapport, side 44).

---

<sup>5</sup> Det er pasientopphold over 24 timer som inngår i undersøkelsene.

<sup>6</sup> Hode- og bevegelsesklinikken, kirurgisk klinikk, kvinneklinikken, medisinsk klinikk, ortopedisk klinikk i tillegg til egne resultater for Lofoten og Vesterålen.

## NORDLANDSSYKEHUSET – KIRURGISK KLINIKK



Nordlandssykehuset HF selv peker på noen medvirkende årsaker til at kirurgisk klinikk i Bodø har lyktes særlig godt, deriblant:

- Systematisk innføring av definerte pasientsikkerhetspakker, som mindre bruk av urinkateter, trygg kirurgi-sjekkliste, NEWS-score på sengepostene for å avdekke pasienter som raskt blir dårligere, ernæringscreening og fallforebygging
- Mer bruk av skånsomme kirurgiske metoder
- Overgang fra stor bruk av vikarer til fast ansatte overleger
- Betydelig lederoppmerksomhet

I tillegg er det slik at Nordlandssykehuset HF har vært en pådriver nasjonalt og regionalt for å bruke og videreutvikle GTT-metoden. Helseforetaket hadde startet opp GTT-undersøkelse allerede før dette ble et krav nasjonalt, og har langt flere GTT-team i arbeid enn hva som kreves nasjonalt.

Helgelandsykehuset HF og Finnmarksykehuset HF opplyser for øvrig på forespørsel at årsaken til at de ikke leverte årsskjemaer for 2017, var at deres GTT-team ikke var komplette ved leveringstidspunktet. Begge helseforetak opplyser at de nå har nå aktive team og leverer data til Helsedirektoratet.

### **Adm. direktørs vurdering**

GTT-undersøkelser er en av flere metoder for å måle pasientskader i helsetjenesten. Selv om metoden er omdiskutert, er den i utstrakt bruk internasjonalt, og GTT-undersøkelser har vært en av pilarene i det nasjonale pasientsikkerhetsarbeidet. Nordlandssykehuset HF var tidlig ute og har arbeidet målrettet med å utvikle metoden.

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet (RKPS), som ligger på Nordlandssykehuset, har en viktig rolle i å støtte de øvrige helseforetakene i deres arbeid med GTT-undersøkelser. Dette oppdraget er tatt inn i RKPS' nylig vedtatte handlingsplan for 2019-2021.

I samarbeid med Nordlandssykehuset HF er det regionalt utviklet en elektronisk løsning som kan søke etter triggere for pasientskade i et stort antall pasientjournaler. Det forventes at den elektroniske løsningen vil forenkle og effektivisere arbeidet med selve GTT-målingene etter som den i større grad tas i bruk i de øvrige helseforetakene.

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-100/012

Saksbeh/tlf:  
diverse

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

## Styresak 167-2018    Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 20. november 2018
2. Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2019
3. Protokoll fra drøftingsmøte 18. desember 2018 ad. Regional utviklingsplan 2035  
*Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.*

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, den 7. desember 2018

Lars Vorland  
Adm. direktør

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-100/012

Saksbeh/tlf:

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

**Styresak 167-2018/1 Protokoll fra møte i revisjonsutvalget  
20. november 2018**

*Se vedlagt kopi.*

Deres ref.:

Vår ref.:  
2017/648-12

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Tor Solbjørg

Sted/dato:  
Bodø 20.11.2018

## **PROTOKOLL REVISJONSUTVALGSMØTE 20. NOVEMBER 2018 - utkast**

Revisjonsutvalget i Helse Nord RHF avholdt møte som kombinert fysisk møte i RHF-ets lokaler i Bodø/telefonmøte den 20. november 2018 kl. 12.00 – 13.40.

### Til stede var:

Inger Lise Strøm (leder)  
Kari Jørgensen (per telefon)  
Tom Erik Forså (per telefon)  
Sissel Alterskjær

### Fra internrevisjonen deltok:

Tor Solbjørg (revisjonssjef)  
Janny Helene Aasen (internrevisor)

I tillegg deltok partner Håvard Edvardsen fra BDO i sak 18/18.

Følgende saker var til behandling:

Sak 17/18 Godkjenning av protokoll fra møtet 16.10.2018 (tidligere godkjent på e-post)  
Sak 18/18 Orientering fra eksterntrevisor  
Sak 19/18 Plan for internrevisjon 2019/2020  
Sak 20/18 Revisjonsoppdrag Mislighetsrisiko i Helse Nord  
Sak 21/18 Orienteringer fra internrevisjonen  
Sak 22/18 Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2019

### **SAK 17/18 GODKJENNING AV PROTOKOLL FRA MØTE 16.10.2018**

Utsendte utkast til protokoll fra møte 16.10.2018 ble godkjent via e-post 17.10.18.

### **SAK 18/18 ORIENTERING FRA EKSTERNREVISOR**

Med utgangspunkt i kravet om oppfølging av eksterntrevisors arbeid, gitt i revisjonsutvalgets instruks pkt. 4, var Håvard Edvardsen (partner i BDO) invitert til å gi en orientering og besvare spørsmål. Han redegjorde for BDOs risikostyring i oppdragsporteføljen med rutiner for aksept og fortsettelse av kundeforhold, opplegget for intern kvalitetskontroll, og den eksterne kvalitetskontrollen som utføres av Finanstilsynet og Revisorforeningen.

Til slutt opplyste Edvardsen at ettersom en partner i BDO er søster med påtroppende revisjonssjef i Helse Nord, måtte BDO søke Finanstilsynet om dispensasjon fra uavhengighetsreglene i revisorloven § 4-2, 3. ledd. Finanstilsynet har gitt midlertidig dispensasjon, som innebærer at BDO kan være valgt revisor for Helse Nord RHF for regnskapsårene 2018 og 2019.

Revisjonsutvalget tok gjennomgangen til orientering.

## **SAK 19/18 PLAN FOR INTERNREVISJON 2019/2020**

Internrevisjonens utkast til *Plan for internrevisjon 2019/2020* var sendt ut på forhånd. I utkastet inngikk aktuelle tema med foreløpig beskrivelse av formål, kopling mot Helse Nords overordnede mål, internrevisjonens vurdering av risiko, samt begrunnelser for de foreslåtte tema.

Revisjonsutvalget diskuterte temaene og prioriteringen mellom disse, og reduserte antall tema fra elleve til åtte. De tre temaene som tas ut av planen beholdes som aktuelle revisjoner som kan rulleres inn på et senere tidspunkt.

### Konklusjon:

Revisjonsutvalget vedtok å legge frem for styret følgende forslag til plan for internrevisjon 2019/2020 (her gjengis bare temaene):

1. Forvaltning av regionale helseforskningsmidler (pågår)
2. Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser (pågår)
3. Ny personvernforordning
4. Innkjøpsområdet – organisering
5. Helse Nords oppfølging av avtaler om kjøp av helsetjenester
6. Beredskap
7. Gevinstrealisering ved investeringer
8. Medisinsk koding

Aktuelle revisjoner som kan rulleres inn i planen på et senere tidspunkt:

9. Oppfølging av vedtak i Beslutningsforum
10. H-reseptpreparater
11. Innleie av helsepersonell

## **SAK 20/18 REVISJONSOPPDRAG MISLIGHETSRISIKO I HELSE NORD**

Revisjonssjefen gjennomgikk hovedpunkter i utkast til revisjonsrapport 09/2018, som var utsendt på forhånd. Revisjonsutvalget stilte spørsmål og drøftet internrevisjonens konklusjoner og anbefalinger, og fattet følgende vedtak:

Redegjørelsen tas til orientering. Revisjonsutvalget ga uttrykk for tilfredshet med en viktig og konkret rapport i forhold til temaet om mislighetsrisiko. Den endelige rapporten behøver ikke



legges frem for ny behandling i revisjonsutvalget med mindre høringsinnspill resulterer i vesentlige endringer i forhold til redegjørelsen i møtet. Rapporten legges frem for styret i Helse Nord RHF snarest mulig.

#### **SAK 21/18 ORIENTERINGER FRA INTERNREVISJONEN**

Det ble gitt kort orientering om:

- Status i arbeidet med revisjonen av *Forvaltning av regionale helseforskningsmidler*
- Status i arbeidet med revisjonen av *Ventetid og svartid ved bildediagnostiske undersøkelser*
- Internrevisjon av felleseide helseforetak basert på tilbakemelding fra eierstyringsgruppen for de regionale helseforetakenes felleseide HF
- Flytting av internrevisjonens kontorer fra 3. til 2. etasje, forventet i desember
- Bemanningssituasjonen i internrevisjonen

Revisjonsutvalget tok informasjonen til orientering. Det var enighet om at internrevisjon av et felleseid helseforetak forutsetter at dette selv tar initiativ, og at det vurderes om internrevisjonen i Helse Nord RHF har nødvendige ressurser til å foreta revisjonen, sett opp mot vedtatte årsplan.

#### **SAK 22/18 REVISJONSUTVALGETS MØTE- OG AKTIVITETSPLAN FOR 2019**

Utsendt utkast til *Revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan for 2019* ble gjennomgått. Det kom innspill om at dato for møtene i februar og mars må avklares så hurtig som mulig, og at de øvrige møtene fortrinnsvis avvikles *i etterkant* av de foreslåtte styremøtene.

Konklusjon: Planen legges frem for styret til orientering, jf. revisjonsutvalgets instruks pkt. 5, første ledd.

Godkjent 28.11.2018

\_\_\_\_\_  
Inger Lise Strøm  
Leder

\_\_\_\_\_  
Kari Jørgensen

\_\_\_\_\_  
Tom Erik Forså

\_\_\_\_\_  
Sissel Alterskjær

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-100/012

Saksbeh/tlf:

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

**Styresak 167-2018/2 Revisjonsutvalgets møte- og  
aktivitetsplan for 2019**

*Se vedlagt kopi.*

## REVISJONSUTVALGETS MØTE- OG AKTIVITETSPLAN FOR 2019

### 1) Innledning

Det følger av pkt 5 i revisjonsutvalgets instruks at utvalget skal utarbeide en årlig møte- og aktivitetsplan som legges fram for styret til orientering, og at utvalget møter så ofte det finner det nødvendig, men minst fire ganger årlig.

### 2) Utvalgets møter i 2019

Revisjonsutvalgets faste aktivitetsplan (se vedlegg) ligger til grunn for møteplanen for 2019.

Det planlegges følgende møter:

- Primo februar: Telefon-/skypemøte (tidspunkt ikke fastsatt)
- Primo mars, Bodø (gjennomgang av foretaksgruppens årsregnskap)

Videre vil utvalgets møter bli forsøkt avvirket i etterkant av følgende styremøter i Helse Nord RHF:

- Onsdag 24. april, Narvik
- Onsdag 26. juni, Bodø
- Onsdag 25. september, Lofoten/Gravdal (bl.a. orientering fra ekstern revisor og IRS budsjett)
- Onsdag 27. november, Tromsø (bl.a. plan for internrevisjon og revisjonsutvalgets møte- og aktivitetsplan)

Ut over dette vil møter bli holdt ved behov, fortrinnsvis som telefon-/skypemøter. Endelig tidspunkt (dato og klokkeslett) fastsettes i forkant av det enkelte møte.

### 3) Rapportering til styret

Instruksene for revisjonsutvalget og internrevisjonen inneholder pålegg til revisjonsutvalget om å legge frem saker for styret i Helse Nord RHF. I overensstemmelse med dette planlegges revisjonsutvalgets og internrevisjonens årsrapporter for 2018 lagt frem i styremøte 27. februar 2019. Plan for internrevisjon 2020/2021 vil bli lagt frem for styret 18. desember 2019. Øvrige saker vil bli fremmet etter hvert som de foreligger.

### 4) Øvrige aktiviteter

Revisjonsutvalgets aktivitet er regulert i utvalgets instruks, hvor oppgaver, ansvar og myndighet er beskrevet. Aktiviteten utøves i det alt vesentlige gjennom utvalgets møter samt forberedelsen og oppfølgingen av sakene som er til behandling i møtene.

Tromsø/Bodø, 20.11.2018

---

Inger Lise Strøm  
Leder

---

Kari Jørgensen

---

Sissel Alterskjær

---

Tom Erik Forså

Vedlegg: Revisjonsutvalgets årsplan – hovedaktiviteter

## REVISJONSUTVALGETS ÅRSPLAN - HOVEDAKTIVITETER

	Jan	Feb	Mars	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Des
RU's møte- og aktivitetsplan											Vedta plan for kommende år	
Instrukser				Gjennomgå RU- og IR-instrukser								
Plan for intern-revisjon											Behandle plan for fremlegging/vedtak i styret	
Budsjett internrevisjonen									Vedta budsjettforslag			
Årsrapport RU og IR	Behandle for fremlegging i styret											
Årsregnskap, eksternt revisjon			Gjennomgå årsregnskap m/revisor og regnskapssjef						Orientering fra eksternt rev. om revisjonsprosess m.m.			
Styrets oppfølging av IR-rapporter	Gjennomgå status								Gjennomgå status			

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-100/012

Saksbeh/tlf:

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

**Styresak 167-2018/3 Protokoll fra drøftingsmøte 18. desember 2018  
ad. Regional utviklingsplan 2035**

*Kopi av protokollen legges frem ved møtestart.*

Møtedato: 19. desember 2018

Arkivnr.:  
2018/12-101/012

Saksbeh/tlf:  
Karin Paulke, 906 88 713

Sted/Dato:  
Bodø, 7.12.2018

**Styresak 168-2018    Eventuelt**