

Møte

Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF



Innkalling med saksdokumenter



Dato: 17. oktober 2022

Kl.: 08.30 til ca. 14.00

Sted: Teams

Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Cecilie Daae
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

Møte i Regionalt brukerutvalg, den 17. oktober 2022 – innkalling

Vi viser til tidligere avtalt møteplan. I samråd med lederen for det Regionale brukerutvalget innkalles det herved til møte i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF

mandag, den 17. oktober 2022– fra kl. 08.30
digitalt via Teams.

Vedlagt følger saksdokumenter til dette møtet.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, rådgiver Cecilie Henriksen på tlf. 975 40 710 eller pr. e-post til cecilie.henriksen@helse-nord.no.

Vennlig hilsen

Cecilie Henriksen
rådgiver

Kopi: Adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord
Leder for brukerutvalgene i helseforetakene i Helse Nord
Brukerorganisasjonene i Nord-Norge
Pasientombudene i Nord-Norge

Møtedato: 17. oktober 2022

Vår ref.:
2022/140-21Saksbehandler:
Cecilie HenriksenDato:
10.10.2022**RBU-sak 77-2022****Godkjenning av innkalling og saksliste**

I samråd med lederen i det Regionale brukerutvalget inviteres RBU i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet, den 17. oktober 2022:

Sak 77-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side	1
Sak 78-2022	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. september 2022	Side	3
Sak 79-2022	Oppdragsdokument 2023	Side	11
Sak 80-2022	Regional utviklingsplan 2023-2038 - høring	Side	17
Sak 81-2022	Internrevisjon for 2023-2024 – innspill til plan	Side	135
Sak 82-2022	Behandlingshjelpemidler – mandat konseptutredning	Side	144
Sak 83-2022	Tertialrapport nr. 2-2022 <i>Saksdokumentene ettersendes</i>		
Sak 84-2022	ParkinsonNet i Helse Nord – orientering om status for etablering	Side	153
Sak 85-2022	Oppfølging av pasientbetalinger	Side	183
Sak 86-2022	Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 – oppnevning av representanter	Side	186
Sak 87-2022	Orienteringssaker	Side	194
	1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i>		
	2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i>		
	3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i>		
	4. Statsbudsjett 2023 – <i>mundlig</i>		
	5. Varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn fra Helse Nord	Side	195
	6. Digital strategi for Helse Nord – prosess for innspill – <i>mundlig</i>		
	7. Pasientreiser med rekvisisjon - høringssvar	Side	199
	8. Nasjonal helse- og samhandlingsplan – innsendte innspill fra Regionalt brukerutvalg	Side	201
	9. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker	Side	208
	10. Oppnevninger siden forrige RBU-møte	Side	210
Sak 88-2022	Referatsaker	Side	218
	1. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 15. september 2022		

2. Brukerutvalget Nordlandssykehuset – referat 19. september 2022
3. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 6. oktober 2022 - protokoll

Sak 89-2022

Eventuelt

Side 249

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 78-2022

Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 19. september 2022

Vedlagt oversendes protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, den 19. september 2022 til godkjenning.

Forslag til vedtak

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

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 19. september 2022 godkjennes.

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

Protokoll fra møte i det regionale brukerutvalget 19. september 2022

Protokoll

 Vår ref.:
 2022/140-19

 Referent.:
 Tina Eitran

 Dato:
 19.9.2022

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	19. september 2022
Møtested:	Teams
Neste møte:	17. oktober 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Ernly Edvard Eriksen	medlem	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Sametinget
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Marit SørDAL	medlem	SAFO
Morten Markussen	medlem	Kreftforeningen
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Åse Senning	medlem	FFO
Cecilie Daae	administrerende direktør – <i>deltok under behandling av 74-2022/3</i>	Helse Nord RHF
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Hilde Rolandsen	eierdirektør - <i>deltok under behandling av sak 65-2022 og 66-2022</i>	Helse Nord RHF
Espen Mælen Hauge	spesialrådgiver - <i>deltok under behandling av sak 67-2022</i>	Helse Nord RHF
Jann Hårek Lillevoll	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 70-2022</i>	Helse Nord RHF
Bernt Nerberg	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 69-2022</i>	Helse Nord RHF
Tove Klæboe Nilsen	forsknings- og oinnovasjonsdirektør – <i>deltok under behandling av sak 71-2022 og 74-2022/5</i>	Helse Nord RHF

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette møtet i Regionalt brukerutvalg.

RBU-sak 63-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 63-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 64-2022	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 08. juni 2022, og ekstraordinære møter 21. juni 2022 og 02. september 2022
Sak 65-2022	Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 80-2022 og 97-2022
Sak 66-2022	Oppdragsdokument 2023 til helseforetakene - prosess
Sak 67-2022	Regional utviklingsplan 2023-2038
Sak 68-2022	Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 - mandat
Sak 69-2022	Pasientreiser med rekvisisjon - høring
Sak 70-2022	Tertialrapport nr. 1-2022
Sak 71-2022	Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten - endringer i styring og oppfølging
Sak 72-2022	Sykehusapotek Nord HF - oppnevning av representanter til brukerutvalget
Sak 73-2022	Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern - oppnevning av representanter til referansegruppe og innspillsmøter
Sak 74-2022	Orienteringssaker 1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i> 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i> 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i> 4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker 5. Forskning og innovasjon til pasientens beste – nasjonal rapport 6. Oppnevninger siden forrige RBU-møte 7. Brukerkonferansen 2022 – <i>mundlig</i>
Sak 56-2022	Referatsaker 1. Ungdomsrådet Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 31. mai 2022 2. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 31. mai 2022 3. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 8. juni 2022 4. Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset – referat 17.-19. juni 2022 5. Brukerutvalget i Helgelandssykehuset – referat 13. juni 2022 6. Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset – referat 15.-16. juni 2022 7. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 23. februar 2022 8. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 27. april 2022

9. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 25. mai 2022
 10. Brukerutvalget i Nordlandssykehuset – referat 24. august 2022
 11. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord 2. september 2022 – protokoll
 12. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord 9. september 2022 – protokoll
- Sak 76-2022 Eventuelt

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

RBU-sak 64-2022 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 08. juni 2022, og ekstraordinære møter 21. juni 2022 og 02. september 2022

Det ble presisert at Ernly Eriksens organisasjon er FFO.

Vedtak

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 8. juni 2022, 21. juni 2022 og 2. september 2022 godkjennes, med de innspill som kom frem under behandling av saken.

RBU-sak 65-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 80-2022 og 97-2022

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om helseforetakenes omstillingsplaner til orientering.

RBU-sak 66-2022 Oppdragsdokument 2023 til helseforetakene - prosess

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om prosess for Oppdragsdokumentet 2023 til orientering.

RBU-sak 67-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038 høringsprosess

Vedtak:

1. Det regionale brukerutvalget tar høringsprosess om *Regional utviklingsplan 2023-2038* til orientering.
2. Det regionale brukerutvalget tar imot invitasjonen om å skrive et eget forord til *Regional utviklingsplan 2023-2038*.

RBU-sak 68-2022 Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 - mandat

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar utkast til mandat for delstrategi psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 til orientering
2. Regionalt brukerutvalg anbefaler at man tar følgende med seg i det videre arbeidet – vektlegge særlig hvordan strategien kan understøtte trygge og helhetlige pasientforløp og at man vurderer pasientenes ressurser og dens språklige og kulturelle bakgrunn når man ser på hensiktmessig bruk av digitale tjenester.

RBU-sak 69-2022 Pasientreiser med rekvisisjon - høring

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar gjennomgangen av saken om høring til pasientreiser til rekvisisjon til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg ved Gunnhild Berglen utarbeider et hørings svar innen 23. september 2022.

RBU-sak 70-2022 Tertialrapport nr. 1-2022

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar *Tertialrapport nr. 1-2022* til orientering.

RBU-sak 71-2022 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten - endringer i styring og oppfølging

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om endringer i styring og oppfølging av nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten til orientering.

RBU-sak 72-2022 Sykehusapotek Nord HF - oppnevning av representanter til brukerutvalget

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner *Kitt-Anne Jorid Hansen* som fast representant og *Morten Markussen* som vararepresentant til brukerutvalget i Sykehusapotek Nord HF i perioden 2022-2024.

RBU-sak 73-2022 Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern - oppnevning av representanter til referansegruppe og innspillsmøter

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg foreslår oppnevning av *Gunnhild Berglen* som fast representant og *Ole-Marius Minde Johnsen* som vararepresentant til å delta i referansegruppe og innspillsmøter i prosjektet *Overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien og øvrige tiltak for dømte til tvunget psykisk helsevern*.

RBU-sak 74-2022 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*

- *Nye metoder – Møte om økt brukerinvolvering 11. august 2022, 16. august 2022 og 5. september*
- *Foretaks møte med sykehusene 15. august 2022*
- *Styremøte Helse Nord RHF med besøk til Finnmarksykehuset, Klinikk Alta 24. august 2022*
- *Beslutningsforum - gjennomgang saker 26. august 2022*
- *Beslutningsforum for Nye metoder 28. august 2022*
- *Styringsgruppemøte Tarmscreeningsprogram 29. august 2022*
- *Sykehusinnkjøp - møte i TNF-gruppen – 30. august – 1. september 2022*
- *Nye metoder – møte brukerrepresentanter og konserntillitsvalgte 9. september 2022*
- *Ekstraordinært styremøte Helse Nord RHF 16. september 2022*

2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig

- *RBUs nestleder Gunnhild Berglen*
 - *Brakerutvalg Pasientreiser HF, 9. juni og 8. september 2022*
 - *Styremøte Pasientreiser HF, 17. juni og 16. september 2022*
 - *Kompetansegruppe attestasjon pasientreiser HF 22. juni og 14. september 2022*
 - *Interregionalt RBU møte leder og nestleder 24. juni 2022*
 - *Presentasjon om brukermedvirkning for Helse Nord 23. august 2022*
 - *Programkomitemøte regional pasientsikkerhetskonferanse 31. august 2022*
 - *Prosjektstyremøte digitale pasienttenester i nord 1. september 2022*
- *RBU-medlem Arne Vassbotn*
 - *KI radiologi 29. august 2022*
 - *Strategi intensivmedisin 2. oktober 2022*
 - *Smittevernstrategi 14. oktober 2022*
- *RBU-medlem Ester Fjellheim*
 - *Interregional arbeidsgruppe for samiske spesialisthelsetjenester – 15.-16. juni 2022 og 12.-13. september 2022*
 - *Regionalt kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester 22.-23. juni 2022*
- *RBU-medlem Nikolai Raabye Hauge*
 - *Brakerkonferanse programkomite 4. juli og 29. august 2022*
- *RBU-medlem Ole-Marius Minde Johnsen*
 - *Brakerkonferanse programkomite 4. juli, 29. august og 16. september 2022*
 - *E-meistring styringsgruppe 25. august og 9. september 2022*

3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig

- *Regional utviklingsplan 2023-2038* – hvordan sikre hvordan man får godt nok frem Nord-Norges særpreg. Det kan virke som Helse Nord treffes tidligere av ulike drivere enn de andre regionene – og på andre områder, som eksempel demografiutviklingen.
- *Nasjonal helse- og samhandlingsplan* – Helse Nord RHF's endelige skriftlige innspill oversendes til Regionalt brukerutvalg.
- *Omstillingsarbeidet i foretaksgruppen*

4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

5. Forskning og innovasjon til pasientens beste – nasjonal rapport

6. Oppnevninger siden forrige RBU-møte

7. Brukerkonferansen 2022 – muntlig

Det var en gjennomgang av programmet for konferansen.

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 75-2022 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Ungdomsrådet Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 31. mai 2022
2. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 31. mai 2022
3. Brukerutvalget Nordlandssykehuset – referat 8. juni 2022
4. Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset – referat 17.-19. juni 2022

5. Brukerutvalget i Helgelandssykehuset – referat 13. juni 2022
6. Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset – referat 15.-16. juni 2022
7. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 23. februar 2022
8. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 27. april 2022
9. Brukerutvalget i Universitetssykehuset Nord-Norge – referat 25. mai 2022
10. Brukerutvalget i Nordlandssykehuset – referat 24. august 2022
11. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord 2. september 2022 – protokoll
12. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord 9. september 2022 – protokoll

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 76-2022 Eventuelt

Ingen saker ble behandlet under eventuelt

Møtet ble hevet kl. 13.46

Bodø, den 19. september 2022

*godkjent av Knut Georg Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 20. september 2022 – kl. 07:45*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 79–2022

Oppdragsdokument 2023

Formål

Formålet er å gjennomgå og prioritere hvilke krav Regionalt brukerutvalg ønsker inn i oppdragsdokument 2023, både til Helse- og omsorgsdepartementet og til Helse Nord RHF.

Medlemmer i Regionalt brukerutvalg inviteres til å komme med forslag til krav i møtet og presentere bakgrunnen for forslagene. Innsendte innspill fra regionens Ungdomsråd og Brukerutvalg er vedlagt.

Beslutningsgrunnlag

Saken er en oppfølging av RBU-sak 66-2022 *Oppdragsdokument 2023 til helseforetakene - prosess*.

Følgende Brukerutvalg og Ungdomsråd i regionen har sendt inn innspill:

- Nordlandssykehuset, Ungdomsråd (vedlegg 1)
- Nordlandssykehuset, Brukerutvalg (Vedlegg 2)
- Finnmarkssykehuset, Brukerutvalg og Ungdomsråd (vedlegg 3)

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg ønsker at følgende krav kommer inn i Oppdragsdokumentet til helseforetakene fra Helse Nord RHF i 2023. Forslagene er i prioritert rekkefølge:
 - a. ...
 - b. ...

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Innspill fra Nordlandssykehuset, Ungdomsråd
2. Innspill fra Nordlandssykehuset, Brukerutvalg
3. Innspill fra Finnmarkssykehuset, Brukerutvalg og Ungdomsråd

Innspill til Oppdragsdokumentet 2023 fra Ungdomsrådet Nordlandssykehuset

1. Ansatte i sykehuset skal få kurs i rosa kompetanse, slik at de kan møte den skeive befolkningen på en god måte.

Begrunnelse: Vi ser at det mangler kompetanse på hvordan møte personer som avviker fra normen når det kommer til kjønn og seksualitet. Dette gjelder for hele befolkningen, men ungdom er en særlig sårbar gruppe når det kommer til denne tematikken. De fleste som bryter med normer for kjønn og seksualitet lever gode liv. Likevel opplever mange betydelige utfordringer knyttet til storsamfunnets manglende kunnskap om kjønns- og seksualitetsmangfold. Fortsatt er statistikken uhyggelig når det kommer til mobbing og psykisk uhelse, og for mange er det vanskelig å finne rom til å være hele seg i hverdagen. Det å bli møtt på en god måte kan virkelig utgjøre en forskjell, det er ikke alltid så mye som skal til. Vi ønsker derfor at det skal gjennomføres kurs i Rosa kompetanse. Rosa kompetanse tilbyr faglig bistand og undervisning om kjønns- og seksualitetsmangfold. Rosa kompetanse er organisert som en fagavdeling i FRI og er finansiert av Helsedirektoratet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging.

2. Det må prøves ut forskjellige tilbakemelding-metoder, med mål om å kunne bruke informasjonen innhentet fra brukerne for å forbedre tjenestene.

Begrunnelse: Vi mangler et enkelt og lavterskel system for å gi tilbakemeldinger til tjenesten. Ved flere helseforetak ligger det et tilbakemeldingsskjema på nett som kan besvares anonymt. Ved å innføre et slikt system vil man kunne sikre at man får ikke tilbakemeldinger, som kan være både store og små.

Innspill til Oppdragsdokumentet 2023 fra Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF

Brukerutvalget ved Nordlandssykehuset HF har følgende tre innspill til oppdragsdokumentet 2023:

- 1) Det bør klargjøres i Oppdragsdokumentet at psykisk helsevern har ansvar for behandling av psykiske lidelser hos alle utviklingshemmede. Kompetanse i psykisk helsevern må utvikles knyttet til denne gruppen.

Begrunnelse: Slik det nå er gjør prioriteringsveilederne at ansvar skyves til habiliteringstjenesten med det argument at psykisk helsevern ikke har kompetanse. Det er derfor viktig at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) slår fast at psykisk helsevern har ansvar for å behandle psykiske lidelser hos alle innbyggere. Slik det nå er diskrimineres en gruppe innbyggere.

- 2) Rutinene for utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten må klargjøres slik at de sikrer at pasienter har god nok informasjon om eventuell videre oppfølging, om hvem de skal ta kontakt med om de er usikre, hvilke medisiner som skal tas. Dersom behov for kommunale tjenester i kommunen må de vite hvem de skal kontakte om disse uteblir. For skrøpelige pasienter må spesialisthelsetjenesten forsikre seg om at noen tar imot dem ved hjemkomst.

Begrunnelse: PasOpp undersøkelse viser at pasienter opplever denne fasen minst tilfredsstillende i behandlingsforløpet. For å sikre sømfrie overganger og fjerne utrygghet hos pasientene anser Brukerutvalget at det er nødvendig å rette fokus mot nettopp utskrivning fra spesialisthelsetjenesten.

- 3) Etablere gode rutiner som sikrer at alvorlig syke rusavhengige som er innlagt på sykehuset har et godt tilbud når de skrives ut.

Begrunnelse: Vi ser at rusavhengige er en veldig sårbar gruppe. I fasen med utskrivning er gruppa særlig utsatt for overdoser, og for å falle ut av videre oppfølging og behandling.

Helse Nord RHF
Helse Nord RHF, Fakturamottak, Postboks 3230
8038 BODØ

Deres ref:
2021/1343

Vår ref:
2021/3064-20

Saksbehandler:
Beate Juliussen

Dato:
06.10.2022

Brukerutvalg og ungdomsråd - innspill til oppdragsdokument 2023

Brukerutvalget og Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset HF takker for muligheten til å komme med innspill til oppdragsdokumentet. Dette er felles innspill fra både Brukerutvalget og Ungdomsrådet.

1. «Du er god nok er du er» kampanje i helseforetakene.
Det er viktig å ha en grunnstamme av stabile og erfarne fagfolk i helseforetakene av mange ulike grunner. Grunnstammen er de som sørger for stabilitet og opplæring av nye ansatte og studenter. Selv om det er viktig med videreutdanning av fagfolk, så er det også viktig med stabilisering av de ansatte vi har, og de trenger også å høre at «du er god nok der du er».
2. Oppfølging av unge som faller utenfor
Det er veldig mange unge som mister oppfølging eller ikke får god nok oppfølging i psykiatritjenesten, og da spesielt i de små kommunene. Det er viktig å ha ennå større fokus på dette og styrke psykiatritjenesten til barn og unge.

Hilsen
Ungdomsrådet og Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF

Beate Juliussen
Koordinator for Ungdomsrådet og Brukerutvalget

Dokumentet er godkjent elektronisk, og kan være uten underskrift

Møtedato: 17. oktober 2022

Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Espen Mælen Hauge

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 67-2022

Regional utviklingsplan 2023-2038 – høring

Formål

Formålet med saken er presentere høringsversjonen av regional utviklingsplan for det regionale brukerutvalget (RBU). For prosess og mandat for arbeidet vises til RBU-sak 67-2022 *Regional utviklingsplan 2023-2038* i RBU-møtet 19. september 2022.

Invitasjon til høring

Helse Nord RHF's styre besluttet den 28. september 2022 i *styresak 121-2022 Regional utviklingsplan 2038 - innretning og premisser*, høringsversjonen av regional utviklingsplan 2023-2038 (RU38). Som det fremgår av våre [nettsider](#) og vedlagte høringsbrev, ønsker vi innspill på forslaget til langsiktig strategisk plan for Helse Nord.

Regional utviklingsplan er det regionale helseforetakets øverste strategiske dokument som viser hvordan foretaksgruppen – Helse Nord – skal utvikle sin virksomhet frem mot 2038. Helse Nord RHF iverksetter nasjonal helsepolitikk i tråd med medisinsk utvikling og forbedringer av helsetjenesten for å gi befolkningen likeverdige tjenester, tilpasset landsdelen.

Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023- 2038 er en oppdatering og videreutvikling av den første regionale utviklingsplanen (*regional utviklingsplan Helse Nord 2035¹*) som ble illustrert med en fyrlykt. Det er et mål at også den oppdaterte utviklingsplanen skal være retningsviser og et instrument å navigere etter. Derfor skal planen adressere utfordringene vi vil møte i 2038, og hvordan vi skal møte disse. Å lage en plan for utviklingen av helsetjenesten i et 15 års perspektiv er både krevende, nødvendig og meningsfullt.

I høringsuttalelsen er det ønskelig med begrunnelse og eventuelt forslag til endringer. Vi ønsker spesielt synspunkter på:

- Om beskrivelsen av utfordringsbildet i hovedsak er dekkende for den reelle situasjonen
- Om utfordringsbildet passer med vår beskrivelse av Helse Nord's særpreg og behov for omstilling

¹ <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Regional%20utviklingsplan%202035%20Helse%20Nord.pdf>

- Om de foreslåtte målområdene og tiltaksområdene er hensiktsmessige for å møte utfordringsbildet
 - Kommenter gjerne hvert målområde særskilt:
 - Vår felles helsetjeneste (befolkningsperspektivet)
 - Samhandling og samarbeid (tjenesteperspektivet)
 - Medarbeideren (ansatte- og ledelsesperspektivet)
- Helse Nords særskilte ansvar for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning
- Helse Nords samfunnsikkerhetsansvar og kapasitet i helseberedskap og krisehåndtering
- Om dere har andre innspill og tilbakemeldinger?

Høringsutkastets struktur jf. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

Regional utviklingsplan angir både strategisk retning på lang sikt, mot 2038 og for de første fire årene. [Strategi for Helse Nord RHF \(2021–2024\)](#), vedtatt 24. februar 2021 vil i denne sammenheng dekke første del av planperioden.

Del 1 beskriver helseregionens særpreg og særegne utfordringer, behovet for omstilling og målområder for utviklingsplanen. Under hvert målområde skisseres en overordnet retning mot 2038. Del 1 dekker det veilederen omtaler som analyse og veivalg og svarer således ut strategiske retningsvalg mot 2038 som i planperioden følges opp gjennom videre utredninger og handlingsplaner.

I del 2 beskrives oppdraget, det helhetlige utfordringsbildet, Helse Nords samfunnsansvar, bærekraftsforutsetninger, framskrivninger og øvrig planverk som Nasjonal helse- og sykehusplan, Helse Nord RHF's strategi og regionale delstrategier. I del 2 er det også tatt inn en oversikt over målbilder og strategisk utvikling for de nasjonale helseforetakene som de fire RHF-ene eier sammen (de felleseide HF-ene).

Videre prosess

Administrerende direktør setter pris på at Regionalt brukerutvalg (RBU) tok imot invitasjonen (jf. *RBU-sak 67-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038*) om å skrive sitt eget forord til plandokumentet i forlengelsen av direktørens eget forord. Vi ønsker dessuten en høringsuttalelse fra RBU og foreslår at diskusjonen fra dette møtet oppsummeres i en skriftlig høringsuttalelse som sendes til Helse Nord RHF innen høringsfristen.

Fremtidens helsevesen angår oss alle og vi har derfor valgt å holde høringen åpen for alle som ønsker å gi innspill. Høringsuttalelser sendes til postmottak@helse-nord.no og merkes «*Høringsuttalelse regional utviklingsplan 2038*». Høringsfristen er 10. november 2022. Alle svar publiseres fortløpende på våre nettsider.

Forslag til endelig regional utviklingsplan legges frem for Helse Nord-styret 14. desember 2022.

Utdrag fra plandokumentet. Hovedutfordringer mot 2038

Helse Nord RHF har *sørge-for-ansvar* for om lag 9 % av befolkningen, spredt på nesten halvparten av Norges landareal. Mange små kommuner og lav forventet befolkningsvekst bidrar til en aldersforskyvning i befolkningen. Høyere levealder og

medisinske fremskritt gjør at flere lever lenger med ulike helseplager og sykdom. Medisinsk faglig utvikling og kostbart medisinsk teknisk utstyr gjør det krevende å opprettholde dagens desentrale struktur. Det er særlig vaktbærende og spesialiserte tilbud som enkelte typer kreftkirurgi, avansert kirurgi og sjeldne tilstander som krever et større befolkningsgrunnlag, spesialisert kompetanse og erfaring. Tilstrekkelig tilgang til kvalifisert helsepersonell er allerede i dag en foretaksovergrepene problemstilling og en godt belyst utfordring også i resten av landet.

De særegne utfordringene er illustrert i mosaikkbildet nedenfor;



Behov for omstilling

Den medisinsk-faglige utviklingen med stadig mer faglig spissing, spesialisering og grenspesialisering er allerede utfordrende. Skjerpede krav til spesialistkompetanse og mengdetrening, samt kostbart investeringskrevende høyspesialisert medisinsk-teknisk utstyr gjør det krevende å drive desentralt og med mange mindre enheter. Dagens nåværende struktur vil derfor ikke være bærekraftig eller mulig å opprettholde. Tilgangen til kvalifisert personell forventes å være en sterk driver for å samle flere funksjoner, da kompetente medarbeidere er en forutsetning for å levere kvalitativt gode spesialisthelsetjenester fremover.

I en endret struktur kan elektive sykehus inngå som del av fremtidens løsning. Knappe ressurser må vurderes i en regional sammenheng til det beste for innbyggerne i regionen og flere støttefunksjoner må samles for en bedre ressursutnyttelse. Det blir nødvendig å bygge opp større regionale kompetansmiljø, både av hensyn til bedre ressursutnyttelse, faglig utvikling og for å unngå dobbeltarbeid. For å lykkes fremover må vi fortsatt bygge struktur og kultur for lagspill og gode samarbeids- og samhandlingsformer som kan utvikle større fagmiljø på tvers av helseforetak, sektorer og omsorgsnivå.

Målområder mot 2038

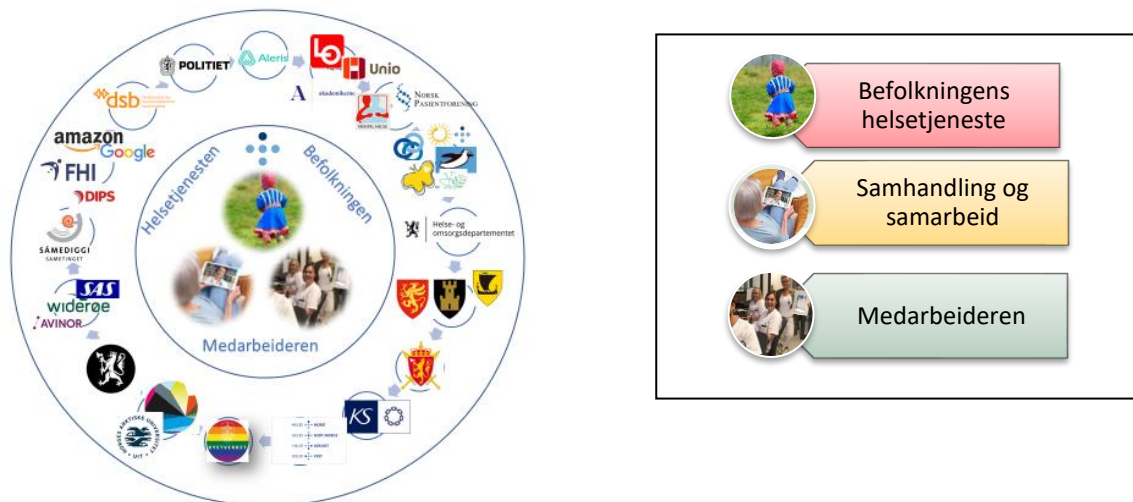
Regional utviklingsplan 2038 har valgt tre målområder frem mot 2038. Det første representerer pasientene, de pårørende og befolkningen. Målområdet omtales som vår felles helsetjeneste. For å bruke de samlede ressursene bedre, må det legges betydelig mer vekt på forebygging av sykdom og psykisk uhelse, og pasienter og pårørende må sterkere involveres i egen helse. Det forutsetter bedre helsekompetanse og videreutvikling av digitale helsetilbud. Bedre samhandling og samarbeid både innad i

spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, er nødvendig for å skape en helhetlig helsetjeneste og sammenhengende pasientforløp. I tillegg er samarbeid med andre sektorer nødvendig for å skape gode spesialisthelsetjenester.

Samhandling og samarbeid innad i det enkelte helseforetak, mellom helseforetak og med kommunene blir enda viktigere i årene som kommer. Høyere levealder, bedre behandlingsmuligheter og overlevelse har gjort at større deler av befolkningen vil trenge hjelp med flere samtidige sykdommer over lengre tid. Teknologisk utvikling gjør det mulig å flytte tjenester fra sykehus til hjemmet, noe som gir bedre og tryggere tjenester, og andre muligheter for medvirkning fra pasienter og pårørende. Utviklingen av helsefelleskapene og det kliniske samarbeidet for de prioriterte gruppene viser retning fremover.

Medarbeiderne er den viktigste innsatsfaktoren i helsevesenet og avgjørende for vår evne og mulighet til å levere gode spesialisthelsetjenester og stadig forbedre tjenesten. Medarbeidernes kunnskap og kompetanse er bærebjelken i spesialisthelsetjenesten og et sentralt målområde for utviklingsplanen. Målet er å sikre tilstrekkelig med kompetanse og attraktive arbeidsplasser for ledere og ansatte.

De tre målområdene er gjensidig avhengige av hverandre og sine omgivelser. Dette forholdet er illustrert i figuren nedenfor;



Konklusjon

Regional utviklingsplan for Helse Nord 2038 er en oppdatering av den første regionale utviklingsplanen, som var illustrert med en fyrlykt og omtalt som en fyrlykt for helsetilbudet. Det skal også den oppdaterte utviklingsplanen være. Det vil si en retningsviser og et instrument å navigere etter. Å lage en plan for utviklingen av helsetjenesten i et 15 års perspektiv er et vanskelig oppdrag, men også nødvendig og meningsfullt.

Regional utviklingsplan 2038 viderefører retningen fra den gamle planen, samtidig bygger den på *Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024* som etablerte prioriterte strategiske grep som er nødvendig å ta på kort sikt for å kunne nå de langsiktige målene i utviklingsplanen. Strategien ble et viktig grunnlag for revisjon av regional

utviklingsplan, som er Helse Nord RHF's førende strategi for langsiktig utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Det er læringspunkter fra arbeidet med den første utviklingsplanen, fra strategiarbeidet og erfaringer fra gjennomføringen så langt, som har ledet oss til forslag til høringsversjon som skal legges fram for styret. Høringsversjonen er kommet til gjennom involvering av de ansatte i det regionale helseforetaket og dialog med interessenter og samarbeidsparter. Høringsperioden vil benyttes til ytterligere involvering og forankring.

Den aller viktigste driveren for etterspørselen etter helsetjenester framover vil være endringer i befolkningssammensetningen. Den demografiske utviklingen har bidratt til en aldersforskyvning med flere eldre og færre yngre. Det er særlig de eldre som bruker mest helsetjenester. Å møte den største brukergruppen, mange med alvorlige og flere sykdommer, på en faglig god måte slik at de får hjelp for og redusert sine plager, blir helsetjenestens dominerende oppgave.

Dette er en oppgave som ikke bli mindre av at en betydelig utfordring framover vil være stabilisering og rekruttering av helsepersonell med riktig kompetanse. Tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse er en særlig utfordring. Innovasjon, digitalisering og bruk av ny teknologi vil imidlertid kunne gi nye muligheter og løsninger. Utvikling av teknologi og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for kompetanse og kompetanseutvikling og tverrfaglighet og kombinasjonsutdanninger blir viktigere.

Det er ingen tvil om at demografiutviklingen vil få betydelig større innvirkning på vår evne til å levere likeverdige spesialisthelsetjenester i årene som kommer. Befolkningsutviklingen i Nord-Norge viser nedgang, mens resten av landet vokser. Det får negative konsekvenser for inntektsrammene både for spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren.

Samfunnsmessige drivere og medisinsk-faglig utvikling fremmer økt spesialisering, stiller stadig større krav til formell kompetanse og etterlevelse av nasjonale retningslinjer og anbefalinger. Endring i befolkningens sykdomsbilde med bedre overlevelse øker behovet for samhandling med kommunene slik at pasientene får gode og sammenhengende pasientforløp. Det er i denne konteksten vi også fremover skal levere gode spesialisthelsetjenester til befolkningen i nord.

For å etterleve faglige krav til kvalitet og forsvarlighet er det nødvendig å omstille måten tjenester leveres på og skape nye samarbeidsformer. Det kan innebære både strukturendring og endret funksjonsdeling. Elektive sykehus kan inngå som del av fremtidens løsning. Mangelen på helsepersonell gjør at knappe ressurser må vurderes i en regional sammenheng til det beste for innbyggerne i regionen. Flere funksjoner må samles for å bedre ressursutnyttelsen og legge til rette for faglig utvikling. Tilstrekkelig tilgang til, og riktig anvendelse av kompetente medarbeidere er en sentral forutsetning for å kunne tilby gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det er et mål at pasientene skal møte en sammenhengende helsetjeneste.

Utviklingsplanen peker på behov for samarbeid og felles løsning av utfordringene, og at dette blir stadig viktigere. Dette gjelder i sykehusene, mellom helseforetak, og ikke minst

mellom helseforetak og de andre delene av helsetjenesten. Samarbeidet og samhandlingen må derfor videreutvikles i årene fremover.

Landsdelens sentrale beliggenhet i nordområdene taler for at Nord-Norge i årene fremover vil få en mer sentral rolle i et sikkerhetsperspektiv. Helse Nord er en stor samfunnsaktør og utøvende kapasitet i både forebygging, beredskap og krisehåndtering. Samarbeid skal gjøre oss bedre rustet til å møte det store utfordringsbildet, der informasjonssikkerhet, klimaendringer, ekstremvær og naturkatastrofer, migrasjon, pandemi og krig inngår. Det helhetlige utfordringsbildet stiller større krav til beredskap for å verne befolkningens liv og helse gjennom å sikre at befolkningen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester i hele krisespekteret. Det tverrsektorielle beredskapssamarbeidet, og totalforsvarsarbeidet, må derfor videreutvikles for å sikre tilstrekkelig robusthet for vår beredskap i spesialisthelsetjenesten.

Helse Nord skal innrette sin virksomhet i tråd med nasjonale mål og bærekraftig bruk av ressurser. Dette er en grunnleggende rettesnor og plassert som et fundament i vårt rammeverk for strategisk utvikling.

Forslag til vedtak

Det regionale brukerutvalget inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Det regionale brukerutvalget tar høringsbrevet om *Regional utviklingsplan 2023–2038* til orientering.
2. Det regionale brukerutvalget har følgende innspill til *Regional utviklingsplan 2023–2038*:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Styresak 121-2022 *Regional utviklingsplan 2023–2038 – høringsutkast*
2. Høringsbrev datert 30.09.2022
3. Mottakerliste av høringsbrev

Møtedato: 28. september 2022
Vår ref.:
2021/1005-6

Saksbehandler:
Gros/Hauge

Dato:
21.9.2022

Styresak 121-2022

Regional utviklingsplan 2023-2038 – høringsutkast

Saksdokumentene var ettersendt

Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til utkast til regional utviklingsplan 2023–2038.
2. Styret gir sin tilslutning til at utkast til regional utviklingsplan sendes på høring med høringsfrist 10. november 2022.

Bodø, 21. september 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Formål

Denne saken presenterer utkast til Helse Nord RHF's regionale utviklingsplan for perioden 2023–2038. Utkastet er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdragsdokumentet for 2020. Foretaksmøtet 14. januar 2020 ba Helse Nord om at:

- ▷ *det utarbeides regionale utviklingsplaner innen utgangen av 2022. Arbeidene med de lokale utviklingsplanene må tilpasses dette. Planene skal sendes på høring.*
- ▷ *de regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, innen utgangen av juni 2020 sikrer en revisjon av veilederen for arbeidet med utviklingsplaner i tråd med mål og føringer i NHSP.*

Iht. krav nr. 50 i Oppdragsdokument 2021 fra Helse Nord RHF skal helseforetakene

- ▷ *oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022 basert på nærmere bestilling fra Helse Nord RHF. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (2020) skal ligge til grunn for arbeidet.*

Regional utviklingsplan er det regionale helseforetakets øverste strategiske dokument, og understøttes av mer detaljerte delstrategier og planer. I tråd med veileder for arbeidet med utviklingsplaner, skal regional utviklingsplan danne grunnlag for utviklingen i spesialisthelsetjenesten i nord, og angi ønsket utviklingsretning med tiltak for å møte fremtidens utfordringer.

Prosess og mandat for arbeidet

Arbeidets mandat og innretning ble besluttet av styret i *styresak 121-2021 Regional utviklingsplan 2038 – premisser og innretning for arbeidet*, den 29. september 2021. Som del av prosessen ved utarbeidelse av høringsutkastet til Regional utviklingsplan 2023–2038, ble det dannet en regional nettverksgruppe sammensatt av deltakere fra alle helseforetakene i Helse Nord og Helse Nord RHF. Den regionale nettverksgruppen har vært et forum for gjensidig samarbeid, informasjons- og erfaringsutveksling underveis i prosessen.

Administrerende direktør har fulgt prosessen gjennom styringsgruppen som består av ledergruppen i Helse Nord RHF. I styringsgruppen ivaretas medvirkning gjennom deltakelse fra to konserntillitsvalgte og to brukerrepresentanter.

Det regionale helseforetaket vil legge større vekt på regional utviklingsplan som styringsdokument for eierstyring for å sikre forankring i helhetlig planlegging, i tråd med gjeldende strategi for Helse Nord RHF.

Høringsutkastets struktur jf. Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

Regional utviklingsplan angir både strategisk retning på lang sikt, mot 2038, og for de første fire årene. *Strategi for Helse Nord RHF (2021–2024)*, vedtatt av styret 24. februar 2021 vil i denne sammenheng dekke planperiodens første del.

Høringsutkastet består av to deler. Del 1 beskriver helseregionens særpreg og særegne utfordringer, behovet for omstilling og målområder for utviklingsplanen. Under hvert målområde skisseres en overordnet retning mot 2038.

Del 1 svarer således ut strategiske retningsvalg mot 2038, som i planperioden følges opp gjennom videre utredninger og handlingsplaner. I del 2 beskrives Helse Nord RHF's samfunnsoppdrag, Helse Nord RHF's strategi 2021-2024, Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023, delstrategier for Helse Nord RHF, det helhetlige utfordringsbildet, bærekraftsforutsetninger, fremskrivninger og øvrig planverk.

Videre prosess

Fremtidens helsevesen angår oss alle og høringen vil derfor holdes åpen for alle som ønsker å gi innspill. Informasjon om høringen finnes på Helse Nord RHF sitt nettsted www.helse-nord.no fra 30. september 2022. Høringsperioden er seks uker med frist 10. november 2022, og forslag til endelig regional utviklingsplan legges frem for styret i Helse Nord RHF i styremøtet 14. desember 2022. Alle høringssvar publiseres fortløpende på våre nettsider. Helseforetakene skal oversende sine lokale utviklingsplaner etter styrebehandling, slik at det regionale helseforetaket kan innarbeide disse planene i den regionale utviklingsplanen. Den styrebehandlede regionale utviklingsplanen oversendes deretter Helse- og omsorgsdepartementet.

Hovedutfordringer mot 2038

Helse Nord RHF har *sørge for*-ansvar for om lag 9 % av befolkningen, spredt på nesten halvparten av Norges landareal, Svalbard inkludert. Mange små kommuner og lav forventet befolkningsvekst bidrar til en aldersforskyvning med flere eldre og færre yngre i befolkningen. Høyere levealder og medisinske fremskritt gjør at flere lever lenger med ulike helseplager og sykdom. Medisinsk faglig utvikling og kostbart medisinsk teknisk utstyr gjør det krevende å drive dagens desentrale struktur. Det er særlig vaktbærende og spesialiserte tilbud som enkelte typer kreftkirurgi, avansert kirurgi og sjeldne tilstander som krever et større befolkningsgrunnlag, spesialisert kompetanse og erfaring. Tilstrekkelig tilgang til kvalifisert helsepersonell er allerede i dag en foretaksovergripende problemstilling og en godt belyst utfordring også i resten av landet.

De særegne utfordringene er illustrert i mosaikkbildet under.



Figur 1 Sammendrag av særskilte utfordringer for Helse Nord

Behov for omstilling

For å kunne levere likeverdige helsetjenester av god faglig kvalitet frem mot 2038 og sikre etterlevelse av nasjonale faglige retningslinjer, vil endret struktur og funksjonsdeling bli nødvendig. Skjerpede krav til spesialistkompetanse og mengdetrening krever både større fagmiljø og større pasientgrunnlag. Tilgangen til kvalifisert personell er en sterk driver for å samle flere funksjoner og bygge større fagmiljø, da kompetente medarbeidere er en forutsetning for å levere kvalitative gode spesialisthelsetjenester. Den medisinsk-faglige utviklingen skjer så raskt at fremtidig planlegging må ta høyde for en betydelig fleksibilitet for å håndtere endringer i faglig praksis og nye arbeidsformer.

I en endret struktur kan elektive sykehus inngå som del av fremtidens løsning. Knappe ressurser må vurderes i en regional sammenheng til det beste for innbyggerne i regionen, og flere støttefunksjoner må samles for en bedre ressursutnyttelse. Det blir nødvendig å bygges opp større regionale kompetansemiljø, både av hensyn til bedre ressursutnyttelse, faglig utvikling og for å unngå dobbeltarbeid. For å lykkes fremover må vi fortsatt bygge struktur og kultur for lagspill og gode samarbeids- og samhandlingsformer som kan utvikle større fagmiljø på tvers av helseforetak, sektorer og omsorgsnivå.

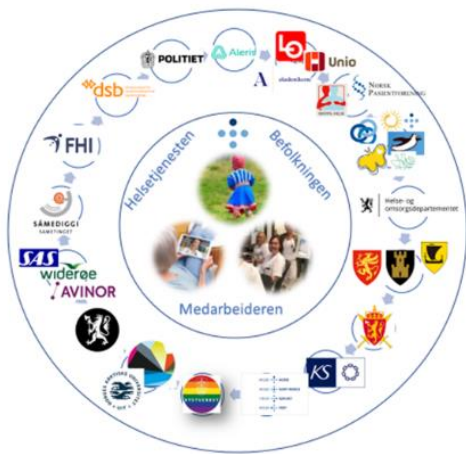
Målområder mot 2038

Regional utviklingsplan 2038 har valgt tre målområder frem mot 2038. Det første representerer pasientene, de pårørende og befolkningen. Målområdet omtales som *vår felles helsetjeneste*. For å bruke de samlede ressursene bedre, må det legges betydelig mer vekt på forebygging av sykdom og psykisk uhelse, og pasienter og pårørende må involveres sterkere i egen helse. Det forutsetter bedre helsekompetanse i befolkningen og videreutvikling av digitale helsetilbud. Bedre samhandling og samarbeid både med pasienter og pårørende, innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er nødvendig for å skape en helhetlig helsetjeneste og sammenhengende pasientforløp. I tillegg er samarbeid med andre sektorer nødvendig for å skape gode spesialisthelsetjenester.

Samhandling og samarbeid er vårt andre målområde. Samhandling og samarbeid innad i det enkelte helseforetak, mellom helseforetak og med kommunene blir enda viktigere i årene som kommer. Høyere levealder, bedre behandlingsmuligheter og overlevelse har gjort at større deler av befolkningen vil trenge hjelp med flere samtidige sykdommer over lengre tid. Teknologisk utvikling gjør det mulig å flytte tjenester fra sykehus til hjemmet, noe som gir bedre og tryggere tjenester, og andre muligheter for medvirkning fra pasienter og pårørende. Utviklingen av helsefelleskapene og det kliniske samarbeidet for de prioriterte gruppene må få enda større plass fremover.

Medarbeideren er vårt tredje målområde. Medarbeiderne er den viktigste innsatsfaktoren i helsevesenet, og er avgjørende for vår evne og mulighet til å levere gode spesialisthelsetjenester og stadig forbedre tjenesten. Medarbeidernes kunnskap og kompetanse er bærebjelken i spesialisthelsetjenesten og et sentralt målområde for utviklingsplanen. Målet er å sikre tilstrekkelig kompetanse og attraktive arbeidsplasser for ledere og ansatte.

De tre målområdene er gjensidig avhengige av hverandre og sine omgivelser. Dette forholdet er illustrert i figuren.



Figur 2 Illustrasjon av mangfoldet i Helse Nords omgivelser



Figur 3 Prioriterte innsatsområder mot 2038

Medbestemmelse

Det formelle drøftingsmøtet vil bli gjennomført etter høringsrunden og i forbindelse med at regional utviklingsplan 2023–2038 skal beslutes i styremøtet 14. desember 2022.

I styringsgruppen er medbestemmelse ivaretatt gjennom deltakelse fra to konserntillitsvalgte.

Styresaken *Regional utviklingsplan 2023–2038 – høringsutkast* vil bli diskutert med de konserntillitsvalgte og konsernverneombudet i Helse Nord RHF i et dialogmøte 27. september 2022.

Brukermedvirkning

I styringsgruppen er brukermedvirkning ivaretatt gjennom deltakelse fra to brukerrepresentanter.

Regional utviklingsplan 2023–2038 – høringsutkast ble behandlet i det regionale brukerutvalget (RBU) i Helse Nord RHF, den 19. september 2022. Formålet med saken var å gi utvalget en introduksjon til oppdatert regional utviklingsplan (høringsutkastet) som skal behandles i Helse Nord RHF's styremøte 28. september 2022. I saken ble det regionale brukerutvalg orientert om hovedelementene i planen og den forestående høringsrunden. Administrerende direktør ønsker innspill fra RBU og foreslo at høringsuttalelsen behandles som en egen sak i RBU-møtet i oktober. I tillegg ble RBU invitert til å utforme et særskilt forord til plandokumentet som skal skrives inn i forlengelsen av direktørens eget forord.

Følgende vedtak ble fattet i møte i Regionalt brukerutvalg 19. september 2022:

1. *Det regionale brukerutvalget tar høringsprosess om Regional utviklingsplan 2023–2038 til orientering.*
2. *Det regionale brukerutvalget tar imot invitasjonen om å skrive et eget forord til Regional utviklingsplan 2023-2038.*

Administrerende direktørs vurdering

Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023- 2038 er en oppdatering av den første regionale utviklingsplanen (Regional utviklingsplan 2035) som ble illustrert med en fyrlykt. Det er et mål at også denne utviklingsplanen skal være retningsviser og et instrument å navigere etter. Å lage en plan for utviklingen av helsetjenesten i et 15 års perspektiv er både krevende, nødvendig og meningsfullt.

Læringspunkter fra arbeidet med den første utviklingsplanen, fra strategiarbeidet og erfaringer fra gjennomføringen så langt, har ledet oss til høringsversjonen som nå foreligger. Høringsversjonen har kommet til gjennom involvering av de ansatte i det regionale helseforetaket, dialog med interessenter og med samarbeidsparter. Høringsperioden vil benyttes til ytterligere involvering og forankring.

Det er ingen tvil om at demografiutviklingen vil få betydelig større innvirkning på vår evne til å levere likeverdige spesialisthelsetjenester i årene som kommer. Befolkningsutviklingen i Nord-Norge viser nedgang, mens befolkningen øker i resten av landet. Det får negative konsekvenser for inntektsrammene både for spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren. Utviklingsplanen tar utgangspunkt i at dagens økonomiske rammer vil innsnevres ytterligere, og alle ledd i organisasjonen må derfor tenke nytt for å sikre bærekraften til å løse nåværende og fremtidige behov.

Den aller viktigste driveren for økte behov for helsetjenester framover er endringer i befolkningssammensetningen. Demografisk utvikling har ført til en aldersforskyvning med flere eldre og færre yngre, og den såkalte eldrebølgen har allerede inntruffet i deler av regionen. Forebygging av sykdom og psykisk uhelse og folkehelsearbeid må derfor vies betydelig mer plass fremover.

En vesentlig utfordring er å sikre tilstrekkelig tilgang til helsepersonell. Både landets kommuner og de øvrige helseregioner angir stabilisering og rekruttering av helsepersonell med riktig kompetanse som en av de aller største utfordringene i dag. Innovasjon, digitalisering og bruk av ny teknologi kan tilby nye muligheter og løsninger. Utvikling av teknologi og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for kompetanse og kompetanseutvikling, noe som gjør tverrfaglighet og kombinasjonsutdanninger viktigere.

Samfunnsmessige drivere og medisinsk-faglig utvikling fremmer økt spesialisering, stiller stadig større krav til formell kompetanse og etterlevelse av nasjonale retningslinjer og anbefalinger. Samtidig øker befolkningens behov for helsetjenester. For å etterleve faglige krav til kvalitet og forsvarlighet er det nødvendig å omstille måten tjenester leveres på og skape nye samarbeidsformer gjennom strukturendring og endret funksjonsdeling. Dette innebærer å samle enkelte behandlingstilbud på færre sykehus.

Elektive sykehus kan inngå som del av fremtidens løsning. Mangelen på helsepersonell gjør at knappe ressurser må vurderes i en regional sammenheng til det beste for innbyggerne i regionen. Flere funksjoner må samles for å bedre ressursutnyttelsen og legge til rette for faglig utvikling. Tilstrekkelig tilgang til og riktig fordeling av oppgaver mellom kompetente medarbeidere er en sentral forutsetning for å kunne tilby gode spesialisthelsetjenester til befolkningen. Det krever struktur og kultur for lagspill og forbedring gjennom samarbeid, samt gode samarbeids- og samhandlingsformer som kan

utvikle større fagmiljø på tvers av helseforetak, sektorer og omsorgsnivå med mål om at pasientene skal møte en sammenhengende helsetjeneste.

Utviklingsplanen peker på behov for samarbeid og felles løsning av utfordringene. Pasienter og pårørende må involveres sterkere i egen helse, tilbys flere brukerstyrte tjenester og løsninger der de selv deltar aktivt. Samarbeid og samhandling må videreutvikles i årene fremover, både innad i helseforetakene, mellom helseforetak, og ikke minst mellom helseforetak og andre kritiske samfunnsinstitusjoner av betydning for helsetjenesten.

Landsdelens sentrale beliggenhet i nordområdene taler for at Nord-Norge i årene fremover vil få en mer sentral rolle i et sikkerhetsperspektiv. Helse Nord er en stor samfunnsaktør og utøvende kapasitet i både forebygging, krisehåndtering, samfunnssikkerhet og beredskap. Samarbeid skal gjøre oss bedre rustet til å møte det store utfordringsbildet, der informasjonssikkerhet, klimaendringer, ekstremvær og naturkatastrofer, migrasjon, pandemi og krig inngår. Det helhetlige utfordringsbildet stiller større krav til samfunnssikkerhet og beredskap for å verne befolkningens liv og helse gjennom å sikre at befolkningen tilbys nødvendige spesialisthelsetjenester i hele krisespekteret. Det tverrsektorielle beredskapssamarbeidet, og totalforsvarsarbeidet, må derfor videreutvikles for å sikre tilstrekkelig robusthet for vår beredskap i spesialisthelsetjenesten.

Helse Nord skal innrette sin virksomhet i tråd med nasjonale mål og bærekraftig bruk av ressurser. Dette er en grunnleggende rettesnor og plassert som et fundament i vårt rammeverk for strategisk utvikling.

Administrerende direktør anbefaler at styret gir sin tilslutning til høringsversjonen av regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038.

Vedlegg:

1. Regional utviklingsplan 2023–2038. Analyse og veivalg. Del 1.
2. Regional utviklingsplan 2023–2038. Rammer og forutsetninger. Del 2.
3. Tiltak i Regional utviklingsplan 2035 – hva har vi oppnådd?

Vedlegg 1 til styresak 121-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038 høringsutkast,
del 1 analyse og veivalg

Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038

Sammen om helse i nord

DEL 1¹

Analyse og veivalg

¹ Helse Nord RHF's oppdaterte utviklingsplan for perioden 2023-2038 har to deler. Den første delen er vår analyse og vurdering av hvordan trender og utfordringer påvirker Helse Nords særpreg, behovet for omstilling, og langsiktige strategiske grep for å imøtekomme dette. I den andre delen beskrives rammer og forutsetninger som er en viktig del av premissene vi må handle ut fra. Sentrale nasjonale og regionale planer og strategier inngår i denne delen, samt en nærmere beskrivelse av trender, utviklingstrekk og framskrivninger.

|

1. Innledning	3
2. Helse Nords særpreg	4
3. Behov for omstilling	6
3.1 Vår felles helsetjeneste	10
3.2 Samhandling og samarbeid	11
3.3 Medarbeideren	12
4. Fremtidens helseberedskap	14

1. Innledning

Helse Nord RHF er det regionale helseforetaket for spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge, hvis hovedoppgaver er å planlegge, organisere, styre og samordne virksomheten i helseforetakene. Regionale helseforetak har et overordnet ansvar for å iverksette nasjonal helsepolitikk, legge til rette for pasientbehandling, forskning og undervisning, utdanning av helsepersonell, opplæring av pasienter og pårørende, samt utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.²

Helse Nord's regionale utviklingsplan er det øverste strategiske dokumentet for hvordan foretaksgruppen – Helse Nord – skal utvikle sin virksomhet for å møte befolkningens fremtidige behov for spesialisthelsetjenester. Helse Nord iverksetter nasjonal helsepolitikk i tråd med medisinsk utvikling og forbedringer av helsetjenesten for å gi befolkningen trygge og likeverdige tjenester, tilpasset landsdelen. Regional utviklingsplan skal ha som mål å fokusere på det viktigste, de største mulighetene og velge det som gir størst effekt, innen ytre krav og rammer.

Regional utviklingsplan skal ivareta overordnede, nasjonale, styringsmål, som blir gitt årlig i oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og angir Regjeringens og nasjonale helsemyndigheters helsepolitiske mål. Regional utviklingsplan anvender gjeldende *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024* som svar på oppdragets første fire år.³ Regional utviklingsplan 2038 består av to deler; del 1 beskriver helseregionens særpreg og særegne utfordringer, behovet for omstilling og målområder for utviklingsplanen. Under hvert målområde skisseres en overordnet retning mot 2038. Del 2 beskriver oppdraget, Helse Nord RHF's samfunnsoppdrag, andre regionale delstrategier, det helhetlige utfordringsbildet, bærekraftforutsetninger, framskrivninger og øvrig planverk som Helse Nord RHF's strategi 2021-2024 og Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. Del 1 svarer således ut strategiske retningsvalg mot 2038, som i planperioden følges opp gjennom videre utredninger og handlingsplaner.

Helse Nord har et særskilt ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Kompetanse om samisk helse, språk og kultur skal være tilgjengelig for befolkningen i alle deler av landet. Alle landets regionale helseforetak har vedtatt strategien om spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.⁴ Tiltaksplaner for å øke helsepersonells kompetanse om samiske språk og kultur er utarbeidet ved alle helseforetak i Helse Nord og er under implementering

²Lov om helseforetak § 2a. Regionale helseforetaks ansvar og oppgaver, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a. De regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester.

³ Strategi for Helse Nord RHF. Vedtatt 2021.

⁴ Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Vedtatt 2020.

2. Helse Nord's særpreget

Spesialisthelsetjenestens verdier er *kvalitet, trygghet og respekt*. I Helse Nord er verdiene utvidet til å omfatte *lagspill*. Lagspill og samarbeid innad i, og på tvers i foretaksgruppen og med kommunene er både mulig og ønskelig. Pasienter og pårørende er viktige medspillere. Som helseregion med en liten befolkning er Helse Nord særpreget av å være løsningsorientert, av optimisme og av dedikerte fagfolk med høyt fokus på kvalitet og forbedring. Gode tjenester skapes i samarbeid med brukere, pasienter og pårørende, og brukermedvirkning er sentralt for å lykkes med godt lagspill. Helse Nord som samfunnsaktør holder samarbeid sentralt, både innad i helsevesenet, med fylkeskommuner, statsforvaltere og, ikke minst, tverrsektorielt med landsdelens universitet, NAV og Bufetat. I tråd med FN's bærekraftsmål skal Helse Nord være ledende i sitt arbeid med miljø og bærekraft, og fremme god helse gjennom miljøvennlig drift. I tillegg er menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter og antikorrupsjon viktige områder det kontinuerlig jobbes med i alle landets helseforetak.⁵

Regions- og universitetssykehuset i Helse Nord er Helse Nord's største helseforetak, og har et opptaksområde på 193 000 personer. Universitetssykehusoppgaver er blant annet grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste fagområder, med krav til høy internasjonal kvalitet. Andre universitetssykehusoppgaver er å tilby forskningsbasert medisinsk utdanning. Blant regionssykehusoppgavene tilligger ansvar for å tilby og utvikle høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Dette er funksjoner som krever pasientgrunnlag og fagmiljø av tilstrekkelig størrelse. Nordlandssykehuset er landsdelens nest største helseforetak og har videreutviklet og videreført funksjoner fra tiden som sentralsykehus. Helseforetaket dekker flere funksjoner for Helgelandssykehuset og har et opptaksområde med om lag 138 000 innbyggere. Helgelandssykehuset er et lokalsykehus med et opptaksområde på om lag 78 000 innbyggere, mens Finnmarkssykehuset er et lokalsykehus med et opptaksområde på om lag 76 000 innbyggere. Finnmarkssykehuset har et nært samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge, som dekker flere spissfunksjoner for foretaket. Foretaksgruppen består videre av Sykehusapotek nord og Helse Nord IKT. Disse danner til sammen landsdelens største virksomhet og Helse Nord er regionens største arbeidsgiver.

Det er utviklet flere gode løsninger for samarbeid mellom helseforetakene, som for eksempel desentraliseringen av medisinerutdanningen.⁶ Helseforetakene i Helse Nord driver en betydelig utdanningsvirksomhet og utdanner hele 20 % av landets leger, og 16 % av landets sykepleiere.⁷ Helsetjenesten i nord må som hovedregel utdanne sitt eget personell og kan ikke hvile seg på at utdannet helsepersonell fra andre regioner fyller opp ledige stillinger. Nyansettelser innebærer derfor gjerne et lengre løp med opplæring, utdanning og kvalifisering. Allerede i dag er tilgangen til kvalifisert personell en foretaksovergripende utfordring, og lite tyder på at situasjonen vil endres til det bedre i årene fremover.

I Helse Nord har det over år vært arbeidet målrettet for å desentralisere pasienttilbudet til befolkningen. Samtidig dekker Helse Nord nesten halvparten av Norges landareal,

⁵ Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2021.

⁶ Tid for å utdanne flere leger desentralt. Olsen et. Al. Artikkel i Tidsskriftet (2021)

⁷ Styresak 63-2022 Virksomhetsrapport nr. 4-2022, 25. mai 2022

inklusive Svalbard, har *sørge for*-ansvar for om lag 9 % av befolkningen, krevende klimatiske forhold, god beredskap, et betydelig behov for luftambulans og et utbygget pasientreisetilbud. Den langstrakte geografien gir sterk avhengighet av fly som framkomstmiddel og et behov for utstrakte prehospitale tjenester.

Mange små kommuner og eldre befolkning gjør at den demografiske utviklingen tidligere slår negativt ut på befolkningens størrelse og sammensetning i nord. I enkelte områder har den såkalte eldrebølgen allerede inntruffet. En eldre befolkning gir lavere fødselstall, og bidrar til at befolkningen i Nord-Norge utgjør en stadig mindre andel av Norges befolkning. Aldersforskyvningen gjør at det blir færre innbyggere i kommunene i arbeidsfør alder, noe som svekker kommuneøkonomien, så vel som forsørgerbrøken og tilgangen til helsepersonell. Statistisk sentralbyrå sine befolkningsframskrivninger mot 2040 viser at kun 6 av 79 kommuner har en forventet befolkningsvekst. I regionen har bare 7 kommuner mer enn 10 000 innbyggere og det er først og fremst de yngre som flytter ut av regionen.⁸

Endringen i befolkningens alderssammensetning, vil bli svært utfordrende for den kommunale hjelpetjenesten da en eldre befolkning har større behov for helsetjenester.⁹ Samtidig mangler trolig over 200 000 personer fastlege.¹⁰ Mangelen er størst i de små distriktskommunene, og rammer derfor særlig vår landsdel.¹¹ På landsbasis antas antallet brukere av pleie- og omsorgstjenester over 80 år å tredobles de neste 40 årene, fra 220 000 brukere i 2018 til nærmere 700 000 i 2060.¹² I 2019 var det 39 466 sykehjemsplasser i Norge.¹³ 84,3 % av alle med sykehjemsplass har demens.¹⁴ Mens det i 2020 var 101 118 personer med demens, forventes antallet å stige til 236 789 i 2050.¹⁵ Analyser av ressursinnsats fra spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester viser at spesialisthelsetjenestens innsats synker etter fylte 70 år. Eldre innbyggere har derfor særlig behov for gode kommunale tjenester, samtidig som velfungerende kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegeordningen er sentrale forutsetninger for at spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere.

Helse Nords plassering og geografi setter oss i en sentral, men utsatt posisjon i nordområdene. Helse Nord RHF skal derfor ha en nøkkelrolle i arbeidet med helhetlig beredskap i nært samarbeid med andre sentrale samfunnsinstitusjoner. Det helhetlige utfordringsbildet handler om at klimaendringer, naturkatastrofer og ekstremvær også rammer oss som befolkning. Kriser i andre sektorer berører både helsevesenet og befolkningen når de inntreffer. Helse Nord inngår som en del av samfunnets beredskap, som i krisesituasjoner kan bli utfordret på prioritering av personell og pasienter, tilgang til kritiske ressurser, riktige og raske beslutninger. Helse Nord er del av totalforsvaret og forsvarrets redningstjeneste er viktig for helseberedskapen og helsetilbudet til befolkningen.

⁸ NOU 2020:15 Det handler om Norge. Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene.

⁹ Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021.

¹⁰ Handlingsplan for allmennlegetjenesten – årsrapport 2021. Helse direktoratet (2022), jf. Tall fra Helfo aug. 2022.

¹¹ Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten. Oslo Economics (2022).

¹² Regionale framskrivninger av etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester, 2017-2035, Leknes et. Al. SSB (2018).

¹³ <https://www.ssb.no/pleie/>

¹⁴ Demensplan 2025 (2020). Helse- og omsorgsdepartementet 2020.

¹⁵ Demensplan 2020. Forekomst av demens i Norge. Nasjonal kompetansetjeneste aldring og helse (2020).

Beskrivelsen av Helse Nords særpreg illustrerer både behovet for omstilling og fleksibilitet i tilbudet. Frem mot 2038 forventes ingen forbedring i de økonomiske rammebetingelsene.¹⁶ Utviklingsplanen tar derfor utgangspunkt i at dagens økonomiske rammer vil innsnevres ytterligere, og alle ledd i organisasjonen må tenke nytt for å sikre bærekraften til å løse nåværende og fremtidige behov.

Langstrakte geografiske områder kombinert med liten befolkning stiller store krav til beredskap, pasienttransport og prehospitaltjenester. Det er kostbart å gi et likeverdig pasienttilbud.¹⁷ Det blir derfor nødvendig å skape mer helse for mindre ressurser for å realisere vår felles helsetjeneste.

Helse Nords særlige utfordringer er illustrert i mosaikkbildet under.



Figur 1 Sammendrag av særskilte utfordringer for Helse Nord

3. Behov for omstilling

Den medisinsk-faglige utviklingen med stadig mer faglig spissing, spesialisering og grenspesialisering er allerede utfordrende. Av denne grunn er det behov for å videreutvikle pasienttilbudet i årene fremover for å møte den faglige utviklingen. Skjerpede krav til spesialistkompetanse og mengdetrening, samt kostbart investeringskrevende høyspesialisert medisinsk-teknisk utstyr gjør det krevende å drive desentralt og med mange mindre enheter. Dagens nåværende struktur er derfor ikke bærekraftig eller mulig å opprettholde. Tilgangen til kvalifisert personell forventes å være en sterk driver for å samle flere funksjoner, da kompetente medarbeidere er en forutsetning for å fremover levere kvalitative gode spesialisthelsetjenester. Den medisinsk-faglige utviklingen skjer så raskt at fremtidig planlegging må ta høyde for en betydelig fleksibilitet for å håndtere endringer i faglig praksis og nye arbeidsformer. I løpet av få år har f. eks. utviklingen i øyefaget gitt utslag i økt behov for behandling av aldersrelatert makuladegenerasjon (AMD).

¹⁶ NOU 2019:24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak (2019).

¹⁷ Ibid.

Ytterligere medisinsk spesialisering og økte krav til kvalitet gjør mange fagmiljø sårbare. Faglig utvikling skaper samtidig nye kompetansebehov innen andre fagområder som teknologi, informatikk, ingeniørvitenskap, helsepedagogikk og logistikk. Faglige fremskritt og utvikling har gitt andre muligheter innen diagnostiske fag og har skapt en betydelig vekst. Å fortsette som før vil ytterligere øke behovet for spesialisert kompetanse, og med det, behovet for omstilling.

Hvordan kan vi sikre bærekraftige vaktbærende tjenester, videreutvikle og optimalisere bruken av helsepersonell og samtidig tilby tjenester av god kvalitet? Innovasjon innen digitalisering, automatisering og AI (kunstig intelligens) kan tilby nye muligheter. Teknologien skaper muligheter for å flytte behandling og tilbud ut fra sykehus og hjem til pasientene slik som i PRO-oppfølgingen basert på Ambuflex i Danmark.¹⁸ Denne digitale hjemmeoppfølgingen av over 20 ulike pasientgrupper, gir fordeler som at pasienten slipper å reise og at pasientens egne data kan brukes for å forbedre behandlingen.¹⁹

Behovet for helsetjenester kan potensielt reduseres som følge av medisinske fremskritt og teknologisk utvikling, men samtidig øke som følge av naturkatastrofer, ekstremvær, migrasjon og utvidet mobilitet mellom landegrenser. Mulige trusler er blant annet urent vann som følge av klimaendringer, antibiotikaresistens og nye pandemier.²⁰ Samfunnssikkerhet og beredskap krever både regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Endringen i befolkningens alderssammensetning er den viktigste årsaken til endring i befolkningens helse.²¹ Økt levealder gjør at flere lever lengre med kroniske sykdommer og bidrar til å skape endringer i befolkningens sykdomsbyrde. Det er særlig kroniske sykdommer som KOLS og diabetes, senskader etter kreftbehandling, muskel- og skjelettlidelser og ruslidelser som forventes å øke. Psykiske lidelser rammer i større grad den yngre delen av befolkningen, og er den fjerde største årsaken til samlet sykdomsbyrde.²² Alderseffekten øker behovet for både spesialisthelsetjenester og kommunale tjenester, samtidig som kommunene får lavere skatteinntekter til å finansiere tjenestene. Folkehelseinstituttets analyser viser at det primært er befolkningen over 70 år som bruker fastlegetjenester og framskriver en vesentlig økning i behovet for fastlegetjenester ettersom eldre har forventet sterk vekst i årene fremover.²³ Den gjensidige avhengigheten mellom omsorgsnivåene viser at det er helt nødvendig å utvide samarbeidet om forebygging og bedret folkehelse også for spesialisthelsetjenesten. Framskrevne data på tvers av omsorgsnivå gir ny kunnskap om forbruksmønster over tid og fagområder, og analyser fra Helse Sør-Øst viser blant annet at 40 % av pasientene mottar tjenester fra både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.²⁴

¹⁸ <https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/ambuflex/>

¹⁹ Fifteen Years' Use of Patient-Reported Outcome Measures at the Group and Patient Levels: Trend Analysis. Hjøllund NHI, J Med Internet Res 2019;21(9):e15856

²⁰ DSB. Analyser av krisescenarioer 2019. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap. 2019.

²¹ Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer. Folkehelse rapportens temautgave 2022. FHI 2022.

²² Folkehelse rapporten – helsetilstanden i Norge. Folkehelseinstituttet (2021)

²³ Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer. Folkehelse rapportens temautgave 2022. FHI 2022.

²⁴ Analyser fra Helse Sør-Øst (2021) basert på data fra bla. NPR, KPR, befolkningsdata fra SSB mm.

For å kunne levere likeverdige helsetjenester av god faglig kvalitet frem mot 2038, vil endret struktur og funksjonsdeling bli nødvendig for å sikre etterlevelse av nasjonale faglige retningslinjer. Det er særlig vaktbærende og spesialiserte tilbud som enkelte typer kreftkirurgi, avansert kirurgi og sjeldne tilstander som krever et større befolkningsgrunnlag, spesialisert kompetanse og erfaring. Den gjensidige avhengigheten mellom enheter gjør at endringer i organisering og funksjonsfordeling berører helsevesenets øvrige tilbud, som prehospitale tjenester, rehabiliteringstilbud og pasienttransport. Landsdelens langstrakte geografi krever utstrakte prehospitale tjenester og god beredskap. Prehospitale tjenester må derfor organiseres på en hensiktsmessig og ressurseffektiv måte.

Befolkningen i nord utgjør en stadig mindre andel av Norges innbyggere. Faglige krav til kvalitet og forsvarlighet og medisinskfaglig utvikling med økt spesialisering og kostbart medisinsk-teknisk utstyr gjør det nødvendig å endre dagens desentrale struktur. Begrenset tilgang til kvalifisert helsepersonell vil bidra til å tvinge frem en omstilling i måten tjenester leveres på og skape nye samarbeidsformer. I en endret struktur kan elektive sykehus inngå som del av fremtidens løsning. Knappe ressurser må vurderes i en regional sammenheng til det beste for innbyggerne i regionen og flere støttefunksjoner må samles for en bedre ressursutnyttelse. Det er nødvendig å bygges opp større regionale kompetansemiljø, både av hensyn til ressursutnyttelse, faglig utvikling og for å unngå dobbeltarbeid. Gode spesialisthelsetjenester kan bare tilbys befolkningen ved tilstrekkelig tilgang til, og riktig fordeling av oppgaver mellom kompetente medarbeidere. Det krever struktur og kultur for lagspill og forbedring gjennom samarbeid, samt gode samarbeids- og samhandlingsformer som kan utvikle større fagmiljø på tvers av helseforetak, sektorer og omsorgsnivå.

God ledelse og evne til omstilling er sentralt for en kompleks organisasjon som helsetjenesten. Helse Nords særtrekk gjør det nødvendig å både forstå samfunnsoppgavet og nødvendigheten av samarbeid for en best mulig helsetjeneste. For medarbeiderne er faglig utvikling og det å inngå i attraktive fagmiljø viktige motivatorer og noe som virker både stabiliserende og rekrutterende. Større fagmiljø kan dannes ved å samle kompetanse, utdanning og pasienttilbud, og derigjennom bygge opp mer enn summen av delene. I SANKS og Sami klinikk møtes pasientene av fagpersoner som i tillegg til faget har kompetanse på samisk språk og kultur. Regionale samarbeid om felles undervisning, hospitering, veiledning med videre er gode løsninger som skaper større fagmiljø. Samtidig vil den spredte bosetningen i Nord-Norge gjøre at befolkningen også fremover vil ha behov for tilgjengelig tidskritisk beredskap som f. eks. innen akutt indremedisin og visse kirurgiske funksjoner.

Helse Nord RHF's visjon er *sammen om helse i nord*. Helse Nord RHF samarbeider med en rekke andre aktører, som kommuner, fylkeskommuner, forsvaret, NAV og Bufetat, pasienter og pårørende.

For å møte utfordringene, har regional utviklingsplan 2038 valgt tre målområder. Det første representerer pasientene, de pårørende og befolkningen. Målområdet omtales som vår felles helsetjeneste. For å bruke de samlede ressursene bedre, må det legges mer vekt på forebygging av sykdom og psykisk uhelse. Pasienter og pårørende må gis bedre opplæring og involveres sterkere i egen behandling og oppfølging. Det forutsetter god pasientkommunikasjon, strukturer for medvirkning, bedre helsekompetanse og

videreutvikling av digitale helsetilbud. Bedre samhandling og samarbeid både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er nødvendig for å skape en helhetlig helsetjeneste og sammenhengende pasientforløp. Her er helsefelleskapene sentrale. Samarbeidet med NAV om helse og arbeid pågår både regionalt og på helseforetaksnivå. Pasientene tilbys her tjenester som bidrar til å hindre funksjonsfall fra arbeid og utdanning, samtidig som det bedrer pasientens helse og livskvalitet. Samarbeidet favner også om en forebyggende del, som skal bidra til å unngå fremtidig behov for helsetjenester og spesialisthelsetjenester.

Frem mot 2038 vil større deler av befolkningen trenge hjelp med flere samtidige sykdommer over tid. Forebygging og folkehelsearbeid må derfor vies betydelig mer plass fremover også i spesialisthelsetjenesten. Samarbeid og samhandling med kommunene blir enda viktigere i årene som kommer. Teknologisk utvikling gjør det mulig å flytte tjenester fra sykehus til hjemmet. Det gir mer tilgjengelig og tryggere tjenester, og andre muligheter for medvirkning fra pasienter og pårørende. Utviklingen av helsefelleskapene og det kliniske samarbeidet for de prioriterte gruppene må ytterligere utvikles.

Medarbeiderne er den viktigste innsatsfaktoren i helsevesenet og avgjørende for vår evne og mulighet til å levere gode spesialisthelsetjenester og stadig forbedre tjenesten. Medarbeidernes kunnskap og kompetanse er bærebjelken i spesialisthelsetjenesten og et sentralt målområde for utviklingsplanen. Målet er å sikre tilstrekkelig med kompetanse og attraktive arbeidsplasser for ledere og ansatte.

De tre målområdene er gjensidig avhengige av hverandre og sine omgivelser. Figuren under illustrerer denne sammenhengen i en ikke-uttømmende oversikt.



Figur 2 Illustrasjon av mangfoldet i Helse Nord's omgivelser



Figur 3 Prioriterte innsatsområder mot 2038

3.1 Vår felles helsetjeneste

Våre pasienter er del av en familie med pårørende og et samfunn. Helse Nord RHF har *sørge for*-ansvar for at befolkningen får likeverdige, kvalitativt gode spesialisthelsetjenester. Ansvaret favner også om det å bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade.²⁵

Frem mot 2038 skal vi stadig utvikle tilbudet for å sikre kvalitativt gode og lett tilgjengelige tilbud til pasienter og pårørende. Aktiv pasient- og pårørendedeltakelse skal fremmes blant annet gjennom økt helsekompetanse i befolkningen. God helsekompetanse og pasientkommunikasjon danner grunnlag for informerte valg om egen helse, forebygging av sykdom og psykisk uhelse.²⁶ Pasientene er selv nærmest til å fortelle hvordan, og hvorvidt behandlingen virker, vurdere bivirkninger, tiltak og videre behandling. Det er de som vet hva de trenger for å mestre sykdom og uhelse, og hvordan sykdommen påvirker deres nærmeste.

Befolkningens forventninger til helsetjenesten er høye. Derfor skal pasienter og pårørende gis tilgang til flere brukerstyrte tjenester, velferdsteknologi og digitale hjelpemiddel for å overvåke egen helse, bringe helsetilbudet hjem og kunne kontakte helsetjenesten ved behov. Digitalisering, stedsuavhengige tjenester og nye arbeidsformer skal gjøre spesialisthelsetjenestetilbudet mer tilgjengelig, og bidra til at unødvendige reiser unngås. Sterkere involvering fra brukere og pårørende kan føre til styrket helsekunnskap, egenomsorg og funksjon, samt forbedrede kliniske resultater.

Krav til kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten forventes å øke. Systemet Nye metoder og Beslutningsforum gir trygghet for at nye metoder og legemidler i spesialisthelsetjenesten er virksomme, og tilfredsstillende kravene i forskriften om prioritering. Implementering og regional tilpasning av nasjonale faglige retningslinjer og behandlingsveiledere vil sette rammer for funksjonsdeling mellom helseforetak og fagmiljø, og sikre faglig god praksis. Bruk av analyser, kvalitetsindikatorer og helseatlas skal bidra til å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester. Forskning og innovasjon skal bidra til ny kunnskap, fagutvikling og nye måter å levere helsetjenester på.

Teknologiske fremskritt har gitt store pasientgrupper, som diabetespasienter, anledning til å selv overvåke effekten av behandling. Det gir sterkere involvering, bedre informasjon og forståelse av egen helse, samt mulighet til selv å sitte i førersetet. Pasientrapportert oppfølging bedrer særlig tilgjengeligheten til pasienter med sammensatte og langvarige behov. Digitalisering danner grunnlag for samarbeid og samhandling på tvers av geografiske enheter, omsorgsnivå og helseforetaksgrenser, og bidrar til å redusere fysiske avstander. Det danner grunnlag for å bygge større og mer robuste fagmiljø og nettverk.

Et sentralt mål i Nasjonal helse- og sykehusplan er at helsetjenestene skal oppleves sammenhengende og sømløse mellom omsorgsnivåene.²⁷ At kommuner og

²⁵ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, tredje ledd.

²⁶ Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023. Helse- og omsorgsdepartementet (2019)

²⁷ Nasjonal helse- og sykehusplan, Meld. St. 7(2019-2020), jf. Oppdragsdokumentets mål og føringer (2022).

spesialisthelsetjeneste samarbeider og samhandler om de som trenger det. De fire prioriterte pasientgruppene i helsefellesskapene har behov for samtidig og sammenhengende innsats på tvers av omsorgsnivå. Hurdalsplattformen har utvidet fokus fra pasientens helsetjeneste til vår felles helsetjeneste.²⁸ Det innebærer mer vekt på forebygging, samhandling og samarbeid mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten og leder oss videre til vårt neste målområde, samhandling og samarbeid.

Helse Nord RHF vil:

- Fremme bedre og mer aktiv bruker- og pårørendeinvolvering og opplæring.
- Legge større vekt på å fremme folkehelsen, forebygge sykdom, skade og uhelse.
- Bidra til flere brukerstyrte tjenester og tjenester med pasientrapporterte data.
- Utvikle fagmiljø for innovasjon, utvikling og implementering av nye metoder og teknologiske hjelpemiddel for å kunne flytte flere spesialisthelsetjenester hjem.
- Prioritere kvalitet og pasientsikkerhet gjennom regional implementering av faglige retningslinjer og veiledere, samt videreutvikling av datagrunnlag og analyser som helseatlas og framskrivninger.

3.2 Samhandling og samarbeid

Befolkningens forventninger til helsetjenesten vil øke i takt med den medisinske utviklingen, samtidig som de økonomiske og bemanningsmessige ressursene blir knappere. Dette dilemmaet gjør det nødvendig å utforske nye arbeidsformer, nye former for samhandling, samarbeid og samordning for å øke kvaliteten og gi bedre bruk av de samlede ressursene. Helse Nord skal bidra til å bedre og øke samarbeidet innad i, og mellom helseforetak, med kommuner og eksterne helsetjenesteleverandører. Helsevesenet skal fungere som en felles helsetjeneste. Faglig samarbeid, sykehus i nettverk og funksjonsdeling er viktige strategiske grep.

Høyere levealder, bedre overlevelse og nye medisinske muligheter gjør at mange vil trenge samtidige tjenester over tid. De såkalte stormottakerne har god nytte av integrerte helsetjenester som pasientsentrerte helsetjenesteteam og ordninger som ACT/FACT innen psykisk helsevern. Økt spesialisering bidrar til økt behov for samarbeid og samhandling for å sikre pasientene helhetlige tilbud.²⁹ Analyser av ressursinnsats viser at innsats fra de to tjenestenivåene må vurderes i sammenheng.

Samhandling og samarbeid omfatter både samarbeid på tvers av omsorgsnivå, innad i, og mellom helseforetak. Fagmiljø på tvers av foretaksgrensene skal til sammen danne større enheter. Gjennom involvering i hverandres planarbeid og samkjøring av planer, kan helheten og avhengigheten bedre ivaretas. Planlegging av helsevesenets dimensjonering skal skje med støtte i felles framskrivingsmodeller, på tvers av

²⁸ Hurdalsplattformen. Regjeringen.no

²⁹ Ukom: Spesialiseringens pris – samhandling ved uavklarte tilstander. August 2022.

omsorgsnivå og foretaksgrenser, til det beste for befolkningen.³⁰ En felles nasjonal framskrivingsmodell for psykisk helsevern og TSB ble vedtatt i 2021, og modellen for framskrivning innen somatiske fag er under revisjon.³¹ Helsefellesskapene skal skape nærere samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak, noe som skal føre til bedre tjenester.³² Det skal legges til rette for tettere faglig samarbeid mellom fagmiljø og helseforetak og derigjennom bygge større fagmiljø.

Spesialisthelsetjenester skal gjøres mer tilgjengelig gjennom videreutvikling av nødvendig digital infrastruktur og digitalisering som gjør det mulig å innføre digital hjemmeoppfølging, legge til rette for mer samvalg, og brukerstyrte tjenester. Det er i tråd med befolkningens ønsker.³³ Pasienter og pårørende skal kunne reise mindre for å gjøre undersøkelser som kan utføres lokalt, med støtte fra et større fagmiljø sentralt. Faglig samarbeid på tvers av geografiske lokasjoner og foretaksgrenser skal bidra til å sikre kvalitet og tilgjengelighet i hele regionen. Arbeidet med å nedprioritere behandling med lav og usikker nytte skal videreføres.

Det helhetlige utfordringsbildet stiller større krav til samfunnssikkerhet og beredskap for å verne befolkningens liv og helse og sikre tilgangen til nødvendige spesialisthelsetjenester i hele krisespekteret. Det tverrsektorielle beredskapssamarbeidet, og totalforsvarsarbeidet, må derfor videreutvikles for tilstrekkelig robusthet for vår beredskap i spesialisthelsetjenesten.

Helse Nord RHF vil:

- Utrede hvilke områder som egner seg for regional samordning og fellesfunksjoner på tvers av foretaksgrenser.
- Utrede hvilke områder som kan samordnes på tvers av kommune- og spesialisthelsetjeneste.
- Kartlegge omfang av behandling og diagnostikk med usikker nytteverdi.
- Utrede pilot for én felles, integrert tjeneste mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste innen et avgrenset geografisk og/eller faglig område.
- Støtte opp under helsefellesskapene og bidra inn i deres prosesser.
- Videreutvikle digitale løsninger for økt samhandling, samarbeid og tilgjengelighet til helsetjenester.
- Prioritere tverrsektorielt beredskapssamarbeid, og totalforsvarsarbeid, for å sikre robust beredskap for spesialisthelsetjenesten i hele krisespekteret.

3.3 Medarbeideren

Medarbeiderne er vår største ressurs og omfatter alle ansatte og ledere i spesialisthelsetjenesten. For å oppnå målet om tilstrekkelig og riktig kompetanse må vi tilby attraktive arbeidsplasser for alle ledere og ansatte. Det innebærer at godt

³⁰ Revidert Oppdragsdokument 2019 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

³¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/behovene-innen-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-i-arene-fremover/id2872387/>

³² Prop. 102 L 2020-2021. Endringer i helse- og omsorgstjenesteloven (nytt krav til samarbeidsavtalen mellom kommuner og helseforetak).

³³ Innbyggerundersøkelsen om e-helse 2021. Direktoratet for e-helse (2022).

arbeidsmiljø, arbeidsbelastning, sykefravær, fagmiljø og kapasitet til faglig utvikling er ivaretatt. Virkemidler for bærekraftige, stabile og helsefremmende arbeidsplasser på helseforetaksnivå er god ledelse, kontinuerlig, varig og virkningsfull forbedring av tjenestene, faglig utvikling og godt arbeidsmiljø. Andre eksempler er fleksibel oppgavedeling, tilpasset aktivitetsutvikling og livslang læring. Digitalisering kan bidra til at ressursene brukes bedre, faglig utvikling og nye arbeidsformer som kan gi rom for avlastning av helsepersonell.

Langsiktig planlegging vil bidra til en mer forutsigbar hverdag og tilstrekkelig bemanning. Eksempelvis ved å planlegge slik at det er tilstrekkelig og riktig kompetanse og tilstrekkelig med ressurser når aktiviteten er størst. Hjelpemiddel er blant annet nasjonal bemanningsmodell og avansert oppgaveplanlegging. Per i dag har helseforetakene i nord en langt høyere andel av innleie og vikarer enn andre helseregioner.³⁴

Større enheter gir andre muligheter for faglig utvikling og differensiering. Spesialisthelsetjenesten er først og fremst en kompetansevirksomhet, der muligheter for et godt fagmiljø og faglig utvikling er en viktig premisse for å stabilisere personellet. Faglig samarbeid innad i foretaksgruppen og mellom omsorgsnivå danner grunnlag for sammenhengende tjenester, fagutvikling og karriereløp. Det legger til rette for lærings på tvers av organisasjonsgrensene. Kompetente medarbeidere og ledere er viktige bestanddeler i robuste fagmiljø, som gjennom faglig samarbeid gir flere karriereløp og muligheter for faglig utvikling. Større enheter gir også rom for flere støttefunksjoner som kan avlaste helsepersonell og bedre kvaliteten.

Faglig samarbeid på tvers bidrar til attraktive arbeidsplasser med mulighet for meningsfylt utøvelse av faget, videre utvikling og læring gjennom livet.³⁵ Videreutvikling av samarbeidet med universitet og høyskoler danner grunnlag for god kvalitet i utdanning og i klinisk anvendelse. Godt faglig samarbeid innad i foretaksgruppen og på tvers av omsorgsnivåene bidrar til faglig god praksis. For våre høykompetente medarbeidere kan det fungere som viktige drivere for å utvikle attraktive arbeidsplasser.

God utøvelse av ledelse er helt avgjørende for de resultatene vi skal oppnå sammen. Ledelse skal styrkes som et selvstendig fag og det skal utvikles kompetanseplaner for alle ledernivå.

Helse Nord skal tilstrebe tilstrekkelig med helsepersonell til å takle kriser og beredskap uten å måtte belage seg på innleie fra utlandet.

Helse Nord RHF vil:

- Bygge fag- og arbeidsmiljø som gjør det attraktivt å være ansatt i Helse Nord.
- Prioritere god ledelse og et godt arbeidsmiljø, blant annet gjennom en felles regional plattform for effektiv lederutvikling og opplæring.
- Videreutvikle helseforetakenes faglige samarbeid.

³⁴ Styresak 63-2022 Virksomhetsrapport nr. 4-2022, 25. mai 2022

³⁵ Innspill fra Norsk legeförening, Psykologforeningen og Norsk sykepleierforbund til Helsepersonellkommissjonen (2022) fra helsepersonellkommissjonens nettsted.

- Stimulere til oppgavedeling, digitalisering og samhandling.
- Innarbeide regionalt system for behovsanalyser og planlegging av kompetanse og kapasitet.

4. Fremtidens helseberedskap

Godt samarbeid innad i, og mellom helseforetak, med kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere, sivilt-militært samarbeid og andre sentrale myndigheter er av stor betydning for befolkningens tilgang til helsetjenester og beredskap. Samarbeid skal gjøre oss bedre rustet til å møte det store utfordringsbildet, der informasjonssikkerhet, klimaendringer, ekstremvær og naturkatastrofer, migrasjon, pandemi og krig inngår. Hensynet til befolkningens liv og helse er helt sentralt i alle samfunnssikkerhets- og beredskapshendelser utover hensynet til å ivareta fred og frihet.

Det helhetlige utfordringsbildet endres hurtig, som erfart både under pandemien og krigen i Ukraina. Forsyningskjeden har vist seg sårbar for internasjonale forstyrrelser, og konsekvenser av den sikkerhetspolitiske situasjonen skaper et større behov for redundans i våre tjenester. Det gjelder hele krisespekteret, i fred, krise og i krig. Vi opplever en økende grad av hendelser der grensen mellom samfunnssikkerhet og statssikkerhet er utydelig.³⁶ Totalforsvarsarbeidet er derfor viktig for å sikre gode spesialisthelsetjenester til regionen i hele krisespekteret, sammen med et tett tverrsektorielt beredskapssamarbeid med relevante sivile aktører.

Helse Nord er en sentral aktør og utøvende kapasitet i både forebygging, beredskap og krisehåndtering. Vi har en rolle som nødetat, del av redningstjenesten, og som helsetjeneste med koordineringsvar ved terror- og kamphandlinger med masseskader, medisinsk evakuering i inn- og utland, smitteutbrudd/pandemi og hendelser med radioaktive og nukleære midler og andre kjemikalier, samt hendelser som berører kritisk infrastruktur som IKT, vann og strøm. Helseberedskapen er generisk og aktørene skal med utgangspunkt i planer som angir ansvar, roller, kompetanse og ressurser, kunne omstille seg og mobilisere for å håndtere alle typer hendelser. Av denne grunn deltar helsesektoren ofte i håndtering av kriser med ulik karakter og omfang. Det bidrar til en styrket samfunnssikkerhet og beredskap for å håndtere uønskede hendelser.

Dette er en dimensjon som spesialisthelsetjenesten, spesielt i Nord-Norge, i større grad enn tidligere må forholde seg til. Digital sikkerhet er bare ett eksempel på hvorfor vi i fremtiden må balansere ressursbruken mellom ordinær drift og samfunnssikkerhet og beredskap.

³⁶ St. Meld. 5 (2020-2021). Samfunnssikkerhet i en usikker verden.

Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038

Sammen om helse i nord

DEL 2¹

Rammer og forutsetninger

¹ Helse Nord RHF's oppdaterte utviklingsplan for perioden 2023-2038 har to deler. Den første delen er vår analyse og vurdering av hvordan trender og utfordringer påvirker Helse Nords særpreg, behovet for omstilling, og langsiktige strategiske grep for å imøtekomme dette. I den andre delen beskrives rammer og forutsetninger som er en viktig del av premissene vi må handle ut fra. Sentrale nasjonale og regionale planer og strategier inngår i denne delen, samt en nærmere beskrivelse av trender, utviklingstrekk og framskrivinger.

Innhold

1. Bakgrunn	4
1.1 Innledning	4
1.2 Spesialisthelsetjenester på omtrent halve Norges landareal	5
1.3 Overordnede føringer for utviklingsplanarbeidet	7
1.3.1 Om helseforetaksmodellen.....	7
1.3.2 Ansvarsforhold og styringsstruktur i helseforetaksmodellen	8
1.3.3 De regionale helseforetakenes funksjon og oppgaver – sørge for-ansvaret	9
1.3.4 Helseforetakenes funksjon og oppgaver.....	9
1.3.5 Nasjonal helsepolitikk	10
1.3.6 Veileder for arbeidet med utviklingsplaner	11
2. Historikk og status regional utviklingsplan 2035 (RU35)	11
2.1 Fra RU35 til RU38	11
2.2 Nåsituasjon - strategiske grep	12
2.2.1 Virkemidler på kort sikt – Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024.....	12
2.2.2 Helse Nord's strategiske rammeverk for utvikling	12
2.2.3 Visjonen: Sammen om helse i nord	13
2.3 Delstrategier	14
2.3.1 Kommunikasjon og budskapsbank.....	14
2.3.2 Forskning- og innovasjon	14
2.3.3 Kunstig intelligens	15
2.3.4 Digitalisering	15
2.3.5 Personell, utdanning og kompetanse	16
2.3.6 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	16
2.3.7 Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning.....	17
2.3.8 Legemiddelområdet	17
2.3.9 Klima og miljø.....	18
2.3.10 Medisinsk-teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler	18
2.3.11 Eiendom	19
2.4 Fagstrategier	19
2.4.1 Prehospitaltjenester i Helse Nord	19
2.4.2 Intensivmedisin	20
2.4.3 Smittevern.....	21
2.4.4 Regional strategi for kreftområdet	21
3. Lokale utviklingsplaner for helseforetakene i Helse Nord	21
3.1 Forholdet mellom lokale utviklingsplaner og regional utviklingsplan	21
3.2 Finnmarkssykehuset	22
3.3 Universitetssykehuset Nord-Norge	22
3.4 Nordlandssykehuset	23
3.5 Helgelandssykehuset	23
3.6 Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT	23
3.6.1 Sykehusapotek Nord	24
3.6.2 Helse Nord IKT.....	24
4. Trender og utviklingstrekk	25

4.1	Innledning	25
4.2	Norsk helsevesen anno 2022	26
4.3	Det helhetlige utfordringsbildet	27
4.4	Begrenset befolkningsvekst og flere eldre	29
4.5	Geografien og bosetningsmønsteret setter helsetjenesten under press	32
4.6	Mindre økonomisk handlingsrom i offentlig sektor og høyere forventninger til helsetjenesten i befolkningen	34
4.7	Rask teknologisk utvikling og ytterligere medisinsk spesialisering	35
4.8	Desentralisere det vi kan og samle det vi må	36
4.9	Nye kompetansekrav, konkurranse om kompetent arbeidskraft og kommunehelsetjeneste under press	37
4.10	Norge er et land med høy tillitskapital.	38
5.	Framskrivning	39
5.1	Innledning	39
5.2	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	40
5.3	Ny framskrivingsmodell innen psykisk helse og TSB	40
5.4	Betydelig variasjon gjør framskrivinger utfordrende	41
5.5	Somatikk	41
5.6	Aktivitet og kapasitet - har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?	42
5.7	Framskrivning av bemanning	43
6.	Målbilder og strategisk utvikling for felleseide helseforetak	44
6.1	Innledning	44
6.2	Hensikten med felleseide helseforetak	44
6.3	Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF - målbilde og strategisk utvikling	45
6.4	Luftambulansetjenesten HF - målbilde og strategisk utvikling for luftambulansetjenesten	46
6.5	Pasientreiser HF - målbilde og strategisk utvikling for pasientreiseområdet	47
6.6	Sykehusbygg HF- målbilde og strategisk utvikling	48
6.7	Sykehusinnkjøp HF - målbilde og strategisk utvikling	49
7.	Vedlegg 1	51

1. Bakgrunn

1.1 Innledning

Utviklingsplanen beskriver dagens situasjon, utfordringer og muligheter som virksomheten står overfor. Oppdatert regional utviklingsplan (også kalt RU38) er blant annet basert på den første [regionale utviklingsplanen for Helse Nord 2035](#)² som beskriver [bakgrunn og begrunnelse for valg av utviklingsretningen](#) for vår region³.

Helse Nord RHF's oppdaterte utviklingsplan for perioden 2023-2038 har to deler. Den første delen er vår analyse og vurdering av hvordan trender og utfordringer påvirker Helse Nord's særpreg, behovet for omstilling, og langsiktige strategiske grep for å imøtekomme dette. I den andre delen beskrives rammer og forutsetninger som er en viktig del av premissene vi må handle ut fra. Sentrale nasjonale og regionale planer og strategier inngår i denne delen, samt en nærmere beskrivelse av trender, utviklingstrekk og framskrivninger. Nåsituasjonen inngår også i denne delen gjennom henvisningen til de strategiske valg og prioriterte tiltak fra Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024.

Helse Nord RHF sitt *sørge for*-ansvar innebærer at befolkningen i Nord-Norge skal ha tilgang til likeverdige spesialisthelsetjenester. Nord-Norges befolkning utgjør kun om lag 9% men har nesten halvparten av Norges landareal (inkl. Svalbard). Flere byer vokser, mens befolkningen i de fleste små kommuner blir eldre og færre. Befolkningsutviklingen i Nord-Norge viser nedgang, mens resten av landet vokser. Det får konsekvenser for både for spesialisthelsetjenesten og kommunesektoren.

Landsdelen opplever sterk vekst i næringer som sjømat, industri og turisme. Eksportmeldingen i 2021 viser at en stor del av verdiskapingen skjer i de største byene, mens eksportverdien pr. sysselsatt er størst i bygdene. Arbeidsledigheten er lav, og både privat og offentlig sektor er avhengig av utenlandsk arbeidskraft.

Makrobildet for Nord-Norge de neste 15 år, taler for et stort potensial for videre vekst, der tilgangen til kvalifisert arbeidskraft kommer til å stå sentralt. Tilgjengelighet til robuste helsetjenester er grunnleggende for at landsdelen skal utvikle seg videre. Vi må derfor finne nye og smartere måter å levere tjenestene på.

Helse Nord sin visjon er [Sammen om helse i nord](#)⁴. Sykehusene må samarbeide mer med hverandre, og vi må samarbeide mer mellom sektorene i landsdelen. Spesialisthelsetjenesten, statsforvalteren, kommunesektoren, og forsvaret kan sammen finne løsninger som ingen klarer alene. Noen funksjoner må samles for å bygge robuste

² Regional utviklingsplan 2035 – hoveddokument <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/regional-utviklingsplan-2035>

³ Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord Bakgrunn og sammenheng – vedlegg til hoveddokumentet <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/Vedlegg%20Regional%20utviklingsplan%202035%20Helse%20Nord.pdf>

⁴ Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

fagmiljø. Vi må organisere oss på nye måter og ta i bruk ny teknologi for at befolkningen skal oppleve en sammenhengende helsetjeneste.

Landsdelens sentrale beliggenhet i nordområdene taler for at Nord-Norge i årene fremover vil få en mer sentral rolle i et sikkerhetsperspektiv. Vår videre utvikling må skje innen rammen av FNs bærekraftsmål. Vår økonomiske bæreevne setter premisser for hvilke muligheter som kan realiseres. Norsk helsevesen står seg godt i internasjonal sammenheng. Sammen skal vi sørge for videre utvikling av tjenesten til befolkningen i Nord-Norge.



Figur 1 FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030

1.2 Spesialisthelsetjenester på omtrent halve Norges landareal

Virksomheten i Helse Nord baserer seg på verdiene kvalitet, trygghet, respekt og lagspill. Helse Nord RHF har *sørge for*-ansvar for spesialisthelsetjenester til Nord-Norges befolkning, som bare utgjør 8,9 % av Norges befolkning, men på nesten halvparten av Norges landareal, Svalbard inkludert. Sørg-for-ansvaret omfatter vel 480 000 mennesker i to fylker, Nordland og Troms og Finnmark⁵ herunder 80 kommuner. Eventuelle endringer i fylkes- og kommunestruktur påvirker ikke automatisk organisering av sykehus og opptaksområder, men slike endringer fordrer blant annet avklaringer av organisering av prehospitaltjenester.

Helse Nord RHF eier seks helseforetak (HF). Helseforetakene har virksomhet på mange steder, herunder somatiske og psykiatriske sykehus, desentraliserte tilbud med distriktpsikiatriske sentre og poliklinikker og utstrakt samarbeid med kommuner, herunder helsefelleskapene. Helseforetakene er nærmere beskrevet her: [Våre helseforetak](#)

Universitetssykehuset Nord-Norge er regions- og universitetssykehuset i Helse Nord og er Helse Nord's største helseforetak med et opptaksområde på 193 000 personer. Universitetssykehusoppgaver er blant annet grunnforskning, translasjonsforskning og

⁵ Stortinget besluttet den 14. juni 2022 at Troms og Finnmark fylke skal deles med virkning fra 1. januar 2024.

klinisk forskning innen de fleste fagområder, med krav til høy internasjonal kvalitet. Andre universitetssykehusoppgaver er å tilby forskningsbasert medisinsk utdanning. Blant regionssykehusoppgavene tilligger ansvar for å tilby og utvikle høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Dette er funksjoner som krever pasientgrunnlag og fagmiljø av tilstrekkelig størrelse. Finnmarkssykehuset er et lokalsykehus med et opptaksområde på om lag 76 000 innbyggere. Finnmarkssykehuset har et nært samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge, som dekker flere spissfunksjoner for foretaket.

Nordlandssykehuset er landsdelens nest største helseforetak og har videreutviklet og videreført funksjoner fra tiden som sentralsykehus. Helseforetaket dekker flere funksjoner for Helgelandssykehuset og har et opptaksområde med om lag 138 000 innbyggere. Helgelandssykehuset er et lokalsykehus med et opptaksområde på om lag 78 000 innbyggere.

Foretaksgruppen består også av helseforetakene Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT. Sykehusapotek Nord HF eier og driver sykehusapotek som er samlokalisert og sørger for leveranse av legemidler og farmasøytiske tjenester til alle sykehusene i regionen. Helse Nord IKT understøtte helseforetakenes behov for IKT-tjenester og leverer teknologiske løsninger og tjenester til sykehusene i Helse Nord.

Private aktører er et viktig supplement til helseforetakenes leveranser av spesialisthelsetjenester. Offentlige avtaler med ideelle og kommersielle aktører som yter helsetjenester er helt avgjørende for å oppfylle Helse Nord's sørge-for-ansvar. Helse Nord RHF har et tett og forpliktende samarbeid med flere private ideelle og kommersielle aktører som leverer spesialisthelsetjenester i regionen. Helse Nord RHF har avtaler innen rehabilitering, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, somatiske tjenester, psykisk helsevern, radiologi m.fl.

Helse Nord RHF har driftsavtaler med omlag 90 avtalespesialister, som inngår som en integrert del av vår samlede spesialisthelsetjeneste. Avtalespesialister er viktige bidragsyttere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten og bidrar til økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester i regionen. Avtalespesialister er selvstendig næringsdrivende lege- og psykologspesialister som driftes gjennom offentlig finansiering. Avtalespesialister står for ca. 20 % av regionens samlede polikliniske aktivitet.

Et tett og forpliktende samarbeid mellom helseforetak, private aktører og avtalespesialister er essensielt for å skape pasientens helsetjeneste med fokus på tilgjengelighet, god kvalitet og samlet effektiv kapasitetsutnyttelse.



Figur 2 Nøkkeltall om Helse Nord

1.3 Overordnede føringer for utviklingsplanarbeidet

1.3.1 Om helseforetaksmodellen⁶

Staten overtok eierskapet til spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1. januar 2002. Formålet med reformen ble beskrevet slik i Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven):

«Reformen dreier seg i hovedsak om organisatoriske endringer. Den dreier seg ikke om endringer i helsepolitikkenes mål. Denne reformen må derfor sees på som en nødvendig, men ikke tilstrekkelig forutsetning for et bedre helsevesen i framtiden. Målet med proposisjonen er å legge grunnlaget for en helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og å lovfeste et tydelig statlig ansvar, foruten å legge til rette for bedre utnyttelse av de ressursene som settes inn i sektoren og derved sikre bedre helsetjenester til hele befolkningen. De helsepolitiske målene realiseres på lengre sikt gjennom den samlede bruken av virkemidler og ressurser, og ikke minst, gjennom den enkelte helsearbeiders innsats i møte med pasienten.»

Reformen var basert på to hovedelementer:

- Staten overtok eierskapet til de fylkeskommunale sykehusene og øvrige virksomheter innenfor spesialisthelsetjenesten. Det offentlige eierskapet av sykehusene ble dermed samlet.

⁶ Kilde til kapitlene 1.3.1–1.3.4 er NOU 2019:24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak, kapittel 3

- Virksomhetene ble organisert i foretak. De er egne rettssubjekter og dermed ikke en del av staten som juridisk person som er den vanlige tilknytningsformen i offentlig virksomhet. Overordnede helsepolitiske mål og rammer fastsettes av staten og ligger til grunn for styring av foretakene. Staten har et helhetlig ansvar for spesialisthelsetjenesten med både sektoransvaret, finansieringsansvaret og eierskapet på en hånd.

Helseforetaksloven ble behandlet og vedtatt av Stortinget 15. juni 2001.

1.3.2 Ansvarsforhold og styringsstruktur i helseforetaksmodellen

Gjennom helseforetaksreformen fikk staten gjennom sitt eierskap vesentlig større muligheter til å styre spesialisthelsetjenesten enn tidligere, selv om sykehusene ble organisert som foretak og egne rettssubjekter underlagt departementet, og dermed ble mer fristilt enn om de hadde vært forvaltningsorganer. Eierstyring er sammen med finansiering og rettslig regulering viktige virkemidler i den samlede styringen av spesialisthelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesteloven § 2–1 bestemmer at: «Staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste». Staten skal sette de regionale helseforetakene i stand til å oppfylle sine plikter og fastsette de overordnede helsepolitiske målsettingene. Staten har også ansvar for at de regionale helseforetakene oppfyller sine rettslige forpliktelser.

Stortinget styrer blant annet gjennom helselovgivningen og andre lover. Den mer detaljerte rettslige styringen gjennom forskrifter er overlatt til departementet, eventuelt Kongen i statsråd, og gjennom myndighetskrav, herunder veiledere og retningslinjer fra blant annet Helsedirektoratet.

Staten har videre ansvar for å finansiere spesialisthelsetjenesten. Dette gir Stortinget mulighet til styring gjennom å stille vilkår i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet. Lånetilsagn til store investeringer i sykehusbygg mv. vedtas av Stortinget. Den helsepolitiske bestillingen og tildelingen av midler skjer i hovedsak gjennom de årlige oppdragsdokumentene fra departementet. Her videreføres Stortingets vilkår overfor foretakene, og departementet kan stille ytterligere vilkår.

Eierstyring utøves gjennom oppnevning av styrer, fastsetting av vedtekter og vedtak i foretaksmøtene i regionale helseforetak. Departementet fører også tilsyn med at virksomheten drives i tråd med vilkår i oppdragsdokumentet og vedtak i foretaksmøter.

Staten styrer videre gjennom planer, som danner grunnlag for langsiktig innretning av finansiering, departementets oppdrag til de regionale helseforetakene og eierstyringen av disse. Stortingsmeldingene om Nasjonal helse- og sykehusplan er eksempler på dette. Et annet eksempel på statlig styring er Stortingsmeldingen om prioritering i helsetjenesten som ble lagt fram i 2016. I meldingen slås det fast hvilke prinsipper for prioritering som skal gjelde i helsetjenesten. Prinsippene skal være grunnlaget for

utforming av ulike regelverk, faglige beslutningsstøtteverktøy og ha en etisk veiledende rolle.

1.3.3 De regionale helseforetakenes funksjon og oppgaver – sørge for-ansvaret

Ifølge helseforetaksloven § 2 a har regionale helseforetak et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Mer konkret har de ifølge spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a første ledd ansvaret for å sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste. De skal sørge for at pasientenes rett til øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp oppfylles. Dette omtales ofte som et sørge for-ansvar. Tilbudet av spesialisthelsetjenester skal innrettes i tråd med overordnede helsepolitiske målsettinger og beslutninger, behovet i helseregionen og en effektiv forvaltning av tildelte ressurser.

Finansieringen av spesialisthelsetjenesten er regulert i spesialisthelsetjenesteloven kapittel 5. Sørge for-ansvaret ligger hos det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion. Sørge for-ansvaret kan oppfylles gjennom egne helseforetak, eller ved å kjøpe tjenester fra private tjenesteytere, institusjoner og privatpraktiserende spesialister, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a sjettedde ledd. Ifølge helseforetaksloven § 2 a plikter de regionale helseforetakene i forbindelse med langsiktig planlegging å vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv.

De regionale helseforetakene skal i henhold til helseforetaksloven § 1 planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten, og legge til rette for forskning og utdanning etter eiers retningslinjer. De regionale helseforetakene planlegger og styrer funksjonsfordeling, lokalisering, dimensjonering og investeringer for å ivareta et helhetlig regionalt tilbud. For å kunne legge konkrete planer for spesialisthelsetjenestens framtidige innretning må regionene vurdere blant annet endringer i befolkningens behov, teknologisk og medisinsk utvikling, investeringer og personellbehov. De regionale helseforetakene må innhente informasjon om befolkningens behov, tilbud av tjenester og områder med svikt og fare for svikt for å evaluere om planene følges, om målene nås og om noe må korrigeres. De kan delegerer oppgaver til helseforetakene, men ikke delegerer sørge for-ansvaret. De regionale helseforetakene er nivået som tar initiativ til og gjennomfører mange av de nødvendige omstillingene av tjenesten.

Øvrige rammer for de regionale helseforetakenes oppgaver framgår av vedtektene, vilkår for årlig bevilgning fra Stortinget og departementet (oppdragsdokumentet), og eiers vedtak i foretaksmøte. Fylkesmennene og Statens helsetilsyn fører tilsyn med at de regionale helseforetakene oppfyller det lovpålagte ansvaret.

1.3.4 Helseforetakenes funksjon og oppgaver

Helseforetakene er det utøvende leddet i spesialisthelsetjenesten og har arbeidsgiveransvaret for de ansatte i sykehusene. Helseforetakene har ikke det rettslige ansvaret for å sørge for et tilbud om spesialisthelsetjenester, men de er egne

rettssubjekter som har selvstendig ansvar for at det tilbudet de faktisk gir, oppfyller kravene til forsvarlighet, pasient- og brukerrettigheter mv.

Helseforetakene skal yte spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov. De enkelte helseforetakenes konkrete oppgaver framgår av vedtektene, vilkår for årlig bevilgning fra det regionale helseforetaket (oppdragsdokumentet) og eiers vedtak i foretaksmøte. I praksis har de regionale helseforetakene innrettet styringen slik at de fleste helseforetakene har ansvar for å yte spesialisthelsetjenester for befolkningen i sitt geografiske opptaksområde.

I 2013 ble det gjennom endringer i helseforetaksloven åpnet opp for at virksomhet som ikke er spesialisthelsetjeneste, men som er nødvendige og sentrale forutsetninger for utøvelse av spesialisthelsetjeneste, også kan organiseres som helseforetak. Det ble også adgang for de regionale helseforetakene til å eie helseforetak sammen.

1.3.5 Nasjonal helsepolitikk

Den nåværende regjeringen har gjennom [Hurdalsplattformen](#)⁷ erklært sin visjon for vår felles helsetjeneste i Norge. Regjeringen vil skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet.

Regional utviklingsplan er det regionale helseforetaket øverste strategiske dokument, og skal angi ønsket utviklingsretning, og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Regional utviklingsplan bygger på føringene [i nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 \(NSHP\)](#), som var regjeringen Solbergs plan, retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten⁸. Nasjonal helse- og sykehusplan har som overordnet formål å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte.⁹ Hovedtemaene i denne planen er samhandling mellom kommuner og helseforetak, psykisk helsevern, bruk av teknologi og digitalisering, kompetanse og akuttmedisinske tjenester.

Helse- og omsorgsdepartementet ga Helse Nord RHF i [foretaksmøtet 14. januar 2020](#) gjennom oppdragsdokumentet for 2020 frist for oppdatering av regional utviklingsplan innen utgangen av 2022. Oppdateringen legger til grunn de føringer som følger av gjeldende nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023). Samtidig vil RU38 være del av grunnlaget som Helse Nord RHF vil spille inn til departementets arbeid med den neste stortingsmeldingen om helsetjenesten; Regjeringen har startet arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan som etter planen skal fremmes høsten 2023.

Helse Nord RHF skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten gjennom helseforetakene det eier i tråd med nasjonal helsepolitikk og sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester. Virkemidlene for å nå overordnede

⁷ Regjeringen Jonas Gahr Støre 2021–2025. Regjeringsplattform for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Regjeringen Støre ble utnevnt av Kongen i statsråd 14. oktober 2021.

⁸ Regjeringen Erna Solberg 2017–2021 og ansvarlig statsråd, helseminister Bent Høie. NHSP ble vedtatt i Stortinget 14.05.20

⁹ Meld. St. 7 Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023, s. 10

helsepolitiske planer og målsetninger er regelverk og finansiering, organisering og eierstyring. Det regionale helseforetaket gjør disse planene til virkelighet gjennom eierstyring og/eller avtaler med sine helseforetak og eksterne helsetjenesteleverandører. Eierskapet innebærer et ansvar for å samordne og sikre en hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse og strukturstyring.

1.3.6 Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

[Veilederen for arbeidet med utviklingsplaner](#) er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet og i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene. Veilederen skal være til hjelp for arbeidet med utviklingsplaner og gir føringer for prosessen og til innholdet i utviklingsplanene i helseforetakene.

En utviklingsplan er ifølge veilederen en plan for hvordan helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for spesialisthelsetjenester. En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene (virksomheten) i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer. Helseforetakenes utviklingsplaner må ses i sammenheng med Nasjonal helse- og sykehusplan og den regionale utviklingsplanen. Helseforetakenes utviklingsplaner er foretakenes øverste strategiske dokument, og må understøttes av mer detaljerte planer på ulike fagområder. Dersom et regionalt eller lokalt helseforetak i tillegg til utviklingsplan har et eget strategidokument, skal sammenhengen mellom strategidokumentet og utviklingsplanen beskrives i utviklingsplanen. Planen må understøtte realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte.

Utviklingsplanene i helseforetakene skal avspeile de regionale helseforetakenes samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen, inkludert private helsetjenesteleverandører og forholdet til primærhelsetjenesten, og understøtte «sørge for»-ansvaret. Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene må ta utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

2. Historikk og status regional utviklingsplan 2035 (RU35)

2.1 Fra RU35 til RU38

Regional utviklingsplan 2035 ble vedtatt av styret for Helse Nord RHF 19. desember 2018. Hoveddokumentet (RU35) kan leses [her](#). Bakgrunn og sammenheng for Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord (vedlegg til hoveddokumentet) kan leses [her](#).¹⁰

Status for gjennomføring av tiltakene i RU35 er skjematisk listet opp i vedlegg 1. Følgende hovedtrekk fra regional utviklingsplan 2035 er lagt til grunn i oppdateringen mot regional utviklingsplan 2038 (RU38):

¹⁰ Jf. note 1 og 2

- 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 bærekraftig økonomisk drift som gir rom for nødvendige investeringer.

2.2 Nåsituasjon - strategiske grep

2.2.1 Virkemidler på kort sikt – Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 viser hvilke strategiske grep Helse Nord RHF vil prioritere disse årene. Dokumentet er overordnet og suppleres av delstrategier for spesifikke deler av virksomheten, regionale fagplaner og økonomisk langtidsplan. Strategien er et viktig grunnlag ved oppdateringen av regional utviklingsplan og gir anvisning på tiltak og virkemidler Helse Nord RHF vil benytte på kort sikt for å kunne oppnå langsiktige mål i regional utviklingsplan.

2.2.2 Helse Nord's strategiske rammeverk for utvikling

Helse Nord's regionale utviklingsplan er det øverste strategiske dokumentet for hvordan foretaksgruppen – Helse Nord – skal utvikle sin virksomhet for å møte befolkningens fremtidige behov for spesialisthelsetjenester. Helse Nord iverksetter nasjonal helsepolitikk i tråd med medisinsk utvikling og forbedringer av helsetjenesten for å gi befolkningen likeverdige tjenester, tilpasset landsdelen.

Regional utviklingsplan skal ivareta overordnede, nasjonale, styringsmål, som blir gitt årlig i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, og angir regjeringens og nasjonale helsemyndigheters helsepolitiske mål. Regional utviklingsplan vil bruke Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 som del av rammeverket for strategisk utvikling.

Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling er illustrert i figur 3.



Figur 3 Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling

2.2.3 Visjonen: Sammen om helse i nord

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 etablerte Helse Nord's visjon Sammen om helse i nord. Visjonen rommer verdien av å samarbeide – at vi får til mer, og forbedrer gjennom samarbeid både internt, mellom helseforetak, med kommunene og andre sektorer, og med pasienter og pårørende. Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 definerte fem innsatsområder som gir retning for ivaretagelse av sørge for-ansvaret både på kort og lang sikt (figur 5).



Figur 4 Fem innsatsområder som gir retning for ivaretagelse av sørge for-ansvaret

Innsatsområdene er retningsgivende og skal bidra til å sikre bærekraft til å fortsatt levere gode spesialisthelsetjenester også fremover. Utviklingsplanen skal sette retning mot 2038 og fungere som kompass for våre valg og innretning.

2.3 Delstrategier

2.3.1 Kommunikasjon og budskapsbank

Mål, prioriteringer og rammebetingelser er utførlig beskrevet i Helse Nord RHF's øverste strategi, regional utviklingsplan, som setter retning for utviklingen av helsetjenesten fram mot 2035. På bakgrunn av regional utviklingsplan har Helse Nord RHF utviklet en fireårsstrategi: Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024.

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 og kommunikasjonsstrategi for Helse Nord RHF går hånd i hånd. Kommunikasjonsstrategien er et bidrag til at Helse Nord RHF, og foretaksgruppa, skal nå sine mål og strekke seg mot vår visjon *sammen om helse i nord*.

Kommunikasjonsstrategien tar utgangspunkt i visjonen og forteller hvordan vi arbeider for å strekke oss etter den. Et hovedbudskap er at vi gir befolkningen gode helsetjenester ved å jobbe sammen i foretaksgruppa. Hvem er foretaksgruppa Helse Nord, hvem er det regionale helseforetaket, hvilke oppdrag har vi, hva får vi til og hva ønsker vi å få til? Dette trenger vi å bli tydeligere på. Kommunikasjonsstrategien viser hvordan vi jobber for å gi gode helsetjenester til befolkningen – i tråd med prioriteringene i Helse Nord RHF's overordnede strategier.

Budskapsbanken er kommunikasjonsstrategiens verktøykasse. Med den overordnede fortellingen om hvem foretaksgruppa Helse Nord er – og ønsker å være – setter vi rammen for de overordnede hovedbudskapene som vi skal formidle.

[Lenke til kommunikasjonsstrategi og budskapsbank \(intranett\)](#)

2.3.2 Forskning- og innovasjon

Ny forsknings- og innovasjonsstrategi ble vedtatt i styremøte 26. mai 2021. Strategien gjelder for Helse Nord RHF og er førende for det regionale arbeidet med forskning og innovasjon i foretaksgruppen i perioden 2021–2025. Strategien målbærer at det er avgjørende med god forskning og innovasjon som svarer på pasientenes og helsetjenestens behov, for å kunne utvikle tjenestene og gi pasientene den beste

behandlingen. Klinisk forskning og tjenesteinnovasjon er to av flere hovedfokus i strategiperioden. Forskning og innovasjon understøtter også de andre hovedoppgavene i sykehus, som utdanning og opplæring av pasienter og pårørende. Strategien har seks innsatsområder for at vi skal lykkes. De seks omfatter tilrettelegging for forskning og innovasjon internt i foretakene, samt samarbeid med parter utenfor eget helseforetak.»

[Her kan du laste ned Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021–2025](#)

2.3.3 Kunstig intelligens

Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord for 2022–2025 ble vedtatt i styremøte 22. juni 2021. Formålet med strategien er å gi overordnet retning til arbeidet med kunstig intelligens (KI) i Helse Nord, konkretisere tiltak og redegjøre for aktuelle satsingsområder innen feltet. Strategien er forankret både i overordnet strategi for Helse Nord RHF og strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025.

KI-strategien skal være førende for hele foretaksgruppen i arbeidet med å utprøve og implementere KI-løsninger i perioden 2022-2025. Målet med strategien er å legge til rette for utvikling og god klinisk bruk av kvalitetssikrede og validerte løsninger for kunstig intelligens, med sikte på å forbedre kvaliteten og effektivisere ressursbruken i helsetjenesten. Sentrale virkemidler og tiltak som pekes på i strategiperioden er medfinansiering av Senter for pasientnær kunstig intelligens, styrking av IKT infrastruktur, KI-løsninger innen radiologi og KI i utdanningsløp.

[Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord kan lastes ned fra Helse Nord's nettside her.](#)

2.3.4 Digitalisering

Digitaliseringsstrategien planlegges ferdigstilt innen utløpet av 2022. Strategien utledes av en innsiktsrapport basert på kunnskapsgrunnlaget for en digital visjon for Helse Nord 2038. Arbeidet har utgangspunkt i de samme utviklingstrekk og trender som – og har pågått i parallell med – RU38.

Den digitale utviklingen vil bidra til en bedre og mer effektiv pasientbehandling med lavere forbruk av ressurser. Pasientens pårørende vil være mer inkludert i behandlingen. Et digitalt Helse Nord kan bidra til at landsdelen vår kan knyttes tettere sammen samtidig som vi bidrar til alle i Norge får et bedre og mer likeverdig helsetilbud

På veien frem mot 2038 har Helse Nord lyktes med å utvikle ledere med et «digitalt tankesett» som evner å utvikle og høste gevinster av den digitale transformasjonen. For å nyttiggjøre seg av mulighetsrommet er kompetanse på omstilling og vilje til å endre organisering og struktur på virksomheten helt avgjørende. For å lykkes er Helse Nord avhengig av å etablere felles standardiserte digitale tjenester til det beste for pasientene. Innbyggernes digitale tjenester vil i 2038 være sammenvevd og skillet mellom nivåene i helsetjenesten vil fra innbyggerens ståsted være visket ut. Helse Nord vil utvikle digitale tjenester og digitalisere eksisterende tjenester slik at pasienter og pårørende opplever og får en god og sammenhengende helsetjeneste i nord og i Norge.

Det digitale 2038 skal bidra til god digital interaksjon med befolkningen, en god hverdag for de ansatte i et mer digitalt Helse Nord og en effektiv spesialisthelsetjeneste som leverer tjenester av høy kvalitet ved bruk av ulike digitale verktøy.

2.3.5 Personell, utdanning og kompetanse

Delstrategi for personell, utdanning og kompetanse planlegges ferdigstilt i løpet av 2022. Strategien adresserer de viktigste utfordringene og mulighetene innenfor personellområdet frem mot 2038. Den inneholder styringsmål fordelt på fem ulike delområder:

- Utdanning og kompetanse
- Rekruttering og stabilisering
- Ledelse og medarbeiderskap
- Helse, miljø, sikkerhet, inkluderende arbeidsliv og mangfold
- Arbeidsgiverpolitikk og medvirkning

Strategien tar utgangspunkt i at tilgangen på kvalifisert personell vil være begrenset. For å nå våre mål innen pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning og innovasjon må vi skaffe, utvikle, beholde og anvende denne knappe ressursen riktig.

Vi må sørge for at den samlede kompetansen blant våre 19 000 ansatte kommer til sin fulle rett. Ingen skal løpe raskere, men vi skal jobbe smartere. Medisinske fremskritt og stadig mer avansert teknologi gir mange nye muligheter, og vi står foran en rivende utvikling av digitale helsetjenester. Vi kan skape en enklere og bedre hverdag for både pasienter og ansatte, men det vil kreve et kompetanseløft.

Strategien vil bli retningsgivende for helseforetakene, men erstatter ikke deres egne strategier på området. Det skal utarbeides handlingsplaner med årlige oppdateringer for de fem delområdene i strategien. Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til sårbare fagmiljø vil bli prioritert.

2.3.6 Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal bidra til å realisere de strategiske innsatsområdene i Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 og Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Strategien er når dette skrives på høring¹¹ og planlegges ferdigstilt i løpet av 2022.

Gjennomføring av tiltakene i delstrategien skal bidra til å bedre forutsetningene for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Innsatsområdene i delstrategien vektlegger samarbeid med brukere og pårørende, og mellom foretakene i regionen. Vi skal lære av hverandres erfaringer når vi lykkes med forbedring, og etter

¹¹ [Strategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet \(utkast\).pdf](#)

uønskede hendelser. Vi skal redusere uønsket variasjon og aktiviteter med usikker nyttegevinst, blant annet gjennom økt regional faglig standardisering. Data til bruk i kvalitetsarbeid og styring skal utvikles slik at vi er enda bedre rustet til å se resultatet av tiltaksarbeid.

Delstrategien skal bidra til å sette retning for Helse Nord RHF sitt arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i perioden 2022-2025, og er uttrykk for prioriteringer som vil prege styringsdialogen og regionale satsninger for denne perioden.

2.3.7 Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning

I Norge har vi ett urfolk, den samiske befolkningen, og samiske pasienter har rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester på lik linje med øvrig befolkning.

Å tilby «pasientens helsetjeneste» til den samiske befolkningen innebærer at helsepersonell må ha tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur og at innholdet i, og organiseringen av tilbudet er tilpasset behovene til de samiske pasientene.

Vi vet at samiske pasienter kan møte utfordringer i spesialisthelsetjenesten på grunn av manglende kunnskap om samisk språk og kultur. Helse Nord RHF har i samarbeid med de andre regionale helseforetakene i landet og Sametinget, utarbeidet en strategi for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Strategien skal være med på å bidra til et likeverdig spesialisttjenestetilbud til den samiske befolkningen.

[Lenke til strategi for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#)

2.3.8 Legemiddelområdet

Helse Nord RHF legemiddelstrategi er en delstrategi som planlegges ferdigstilt i løpet av 2022. Helse Nord RHF trenger en strategi som tydeliggjør det regionale helseforetakets ansvar på legemiddelområdet. Dette gjelder fagfeltet i hele sin bredde både med hensyn til pasientsikkerhet og kvalitet, innkjøp, økonomi og analyser, og beredskap.

En enhetlig, regional strategi om legemiddelbehandling og en regional forankring underlagt Helse Nord RHF's ansvarsområde, vil føre til en bedre utnyttelse av den sykehusfarmasifaglige kompetansen i Helse Nord og mer koordinert samhandling mellom helseforetakene om pasientsikkerhet. Det vil si både god kvalitet på individuell legemiddelbehandling (riktig medisin til riktig pasient), og hele legemiddelforløpet fra innkjøp, distribusjon fra grossist og intern vareflyt, dvs kvalitetssikring i alle ledd og vekslinger (lukket legemiddelsløyfe).

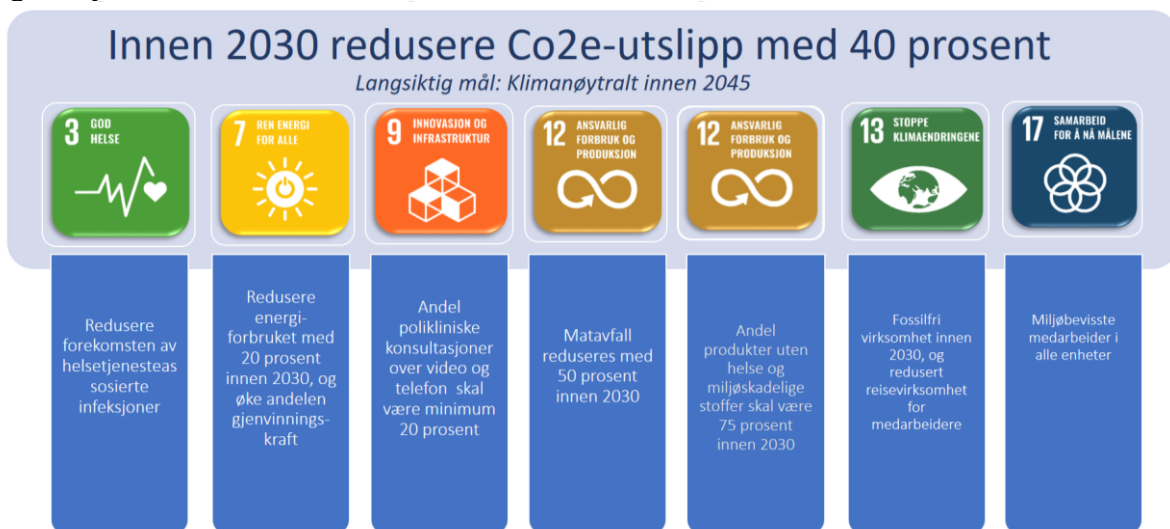
Strategien vil ha en overordnet bred ambisjon med mål for legemiddelområdet som skal understøtte nasjonale, legemiddelpolitiske mål. Legemiddelstrategien er en delstrategi som vil bruke innsatsområdene i Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 som rammeverk for utviklingen på dette fagområdet.

2.3.9 Klima og miljø

Helse Nord er en stor samfunnsaktør som må ha en bærekraftig drift og bruk av ressurser. Norsk helsevesen er estimert til å stå for ca. 4,3 prosent av Norges utslipp. Verdens helseorganisasjon (WHO) har erklært klimaendringer som den største helsetrusselen for menneskeheten 1 og ber om at helsesektoren tar en mer aktiv rolle. Helseforetakene skal bidra til en vesentlig reduksjon av klimagassutslipp. På grunn av betydningen og omfanget av Helse Nord's miljøsatsing er det utarbeidet en delstrategi for klima og miljø som skal utdype og støtte den overordnede strategien til Helse Nord 2. Siden miljøstyringen er felles for foretaksgruppen vil delstrategien være førende for alt miljøarbeid i Helse Nord, da også i hvert enkelt helseforetak.

[Rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten](#) gir føringer for Helse Nord's delstrategi for klima og miljø. Gjennom FNs bærekraftsmål og Parisavtalen er det satt globale mål for en bærekraftig utvikling. Det er særlig syv bærekraftsmål som er vesentlige, og disse danner grunnlaget for rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten.

I tråd med FNs bærekraftsmål, rammeverk for miljø og bærekraft i spesialisthelsetjenesten og kartlegging av miljøaspekt i Helse Nord er følgende områder og mål prioritert:



Figur 5 Felles nasjonale miljømål med indikatorer

[Lenke til delstrategi klima og miljø Helse Nord 2021–2024 \(styresak 171-2021\)](#)

2.3.10 Medisinsk-teknisk utstyr og behandlingshjelpemidler

Arbeidet med strategi for medisinsk-teknisk utstyr (MTU-strategien) er i hovedsak gjennomført. Det pågår gjennomgang og strukturering av innholdet og strategien planlegges ferdigstilt høsten 2022.

MTU-strategien har to fokusområder:

- Sammensetning av utstyrsporteføljen og samkjøring av anskaffelser

- Informasjonssikkerhet.

I dette arbeidet er det også sett på organisering av MTU-området samt forhold rundt vedlikehold og utskifting av utstyr.

Virksomheten innenfor behandlingshjelpemidler (BHM) er tett beslektet med MTU, likevel noe annerledes. Det er derfor besluttet å se spesielt på dette området med fokus på seks områder:

- Organisering
- Økonomi og finansieringsmodell
- Personvern og informasjonssikkerhet
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Utstyr og anskaffelser
- Forvaltningssystem

Strategiarbeidet BHM starter høsten 2022 og planlegges ferdigstilt i løpet av første halvår 2023.

2.3.11 Eiendom

Helse Nord har et pågående arbeid med etablering av en eiendomsstrategi. Eiendomsdriften har over år vært underfinansiert, noe som har medført et stort vedlikeholdsetterslep og dårlig funksjonalitet på mye av bygningsmassen. Strategien skal legges til rette for ambisjonen og å få på plass en bærekraftig forvaltning av bygg og eiendommer i Helse Nord.

Strategien har tre hovedmålsettinger:

1. utvikle og investere i bygg og infrastruktur for å etablere driftssikre og effektive lokaler for helsetjenester
2. ivareta egenkapitalen (bygningmassen) gjennom faglig god utvikling og vedlikehold
3. en samfunnsansvarlig og profesjonell forvaltning

Arbeidet med eiendomsstrategien gjøres i nært samarbeid mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene. Målsettingen er å ferdigstille denne senest første kvartal 2023.

2.4 Fagstrategier

2.4.1 Prehospitale tjenester i Helse Nord

Strategi for prehospitale tjenester i Helse Nord 2022-2025 er en delstrategi til Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 og konkretiserer hvilke tema og problemstillinger som skal prioriteres innenfor det prehospitale området. Delstrategien skal ivareta helheten i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus - med god nok kvalitet og kompetanse i alle ledd. Og videre skal den gi overordnede rammer og føringer for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, der de skal gjennomgå de akuttmedisinske tjenestene

utenfor sykehus i samarbeid med kommunene. Strategien følger også opp flere funn i Helsetilsynets rapport «tilsyn med ambulansedytjenesten» (2021)

Lenke til strategien:

[Strategi for prehospitaler tjenester i Helse Nord 2022-2026](#)

2.4.2 Intensivmedisin

Strategi for intensivmedisin skal styrebehandles i Helse Nord-styret 28. september 2022. Formålet med en strategi for intensivmedisin er at kritisk syke i Helse Nord skal ha tilgang til gode, likeverdig helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Delstrategien konkretiseres problemstillinger og tiltak som skal prioriteres innenfor fagområdet de neste 4 årene.

Grunnlagsdokumentasjonen for den strategiske retningen er utredet av en regional arbeidsgruppe 2021-2022. Utredningen viser at intensivbehandling gis til pasienter med de mest komplekse sykdomsbildene, og involverer mange ulike fagområder. Området stiller høye krav til tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlingen og til organisering og ledelse av virksomheten. Med økende gjennomsnittsalder for befolkningen i regionen vil behovet for intensivmedisin øke. Samtidig vil tilgangen til helsepersonell bli dårligere. Over tid har det vært utfordrende å rekruttere intensivsykepleiere ved enkelte av intensivavdelingene i Helse Nord. Vår desentraliserte struktur gir noen driftsmessige utfordringer. Mange små intensivavdelinger kreve mange intensivsykepleiere. Få alvorlig syke intensivpasienter spredt utover et stort geografisk område gir utfordringer når det kommer til å opprettholde og vedlikeholde kompetanse ved de mindre intensivavdelingene.

Strategien viser til innsatsområder og tiltak som kan sikre intensivavdelingene bedre kapasitet, heve kompetansen, bygge beredskap og kompensere for sårbarhet.

Dette er et utvalg av intensivstrategiens innsatsområder:

- Større grad av oppgavedeling med andre yrkesgrupper vil kunne ta ned noe av utfordringene ved intensivavdelingene.
- Økt innsats på tidlig rehabilitering vil kunne redusere liggetiden og øke prognosen i pasientbehandlingen.
- Bærbare monitører og andre former for digital overvåkning av pasienter vil kunne føre til mer fleksibel organisering av bemanningen.
- Et bedre samarbeid med moderpost om hvilke pasienter som kvalifiserer for behandling på intensiv vil sannsynligvis gi mindre press på intensivavdelingene.
- Økt samarbeid mellom lokalsykehusene og Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø vil kunne føre til tidligere overflytting til lokalsykehus, slik at kapasiteten ved lokalsykehusene utnyttes bedre og personellet ved lokalsykehuset vedlikeholder nødvendig kompetanse.
- Det er behov for å øke intermediærkapasiteten ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø

2.4.3 Smittevern

Strategi for smittevern i Helse Nord RHF 2022-2026, inkludert tuberkulosekontrollprogram er en delstrategi som planlegges ferdigstilt senhøsten 2022. Strategien har som hovedmål å redusere forekomsten av helsetjenesteassosierte infeksjoner og å bedre organisering og struktur av smittevernet i regionen.

Godt smittevern bidrar til bedre pasientsikkerhet og er en forutsetning for å begrense utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer i helsetjenesten og samfunnet. Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) er blant de vanligste uønskede hendelser ved sykehus i Norge, og over halvparten av infeksjonene kan forebygges.

[Smittevernplan Helse Nord 2016-2020](#) definerer strategiske mål for smittevernarbeidet i helseforetakene i regionen og er gjeldende inntil ny smittevernstrategi er vedtatt. Tuberkuloseprogrammet er en del av smittevernplan 2016-2020. Smittevernplanen skal oppdateres og vil utarbeides som en regional delstrategi, inkludert tuberkulosekontrollprogrammet som vedlegg.

2.4.4 Regional strategi for kreftområdet

Strategien konkretiserer hvilke tema og problemstillinger som skal prioriteres på kreftområdet. Revidert regional kreftplan er deskriptiv og angir dagens status på området.

Formålet med en strategi for kreftområdet er at kreftpasienten skal ha tilgang til gode, likeverdig helsetjenester i Helse Nord uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Målgruppen er befolkningen i Nord-Norge og de ulike aktørene med ansvar på kreftområdet, som for eksempel sykehus, kommuner og fastleger.

I revisjonen av kreftplanen har det kommet frem at det på noen områder er ulike oppfatninger om hva som er hensiktsmessig funksjonsdeling i regionen. Helsedirektoratet jobber med revisjon av [rapporten Kreftkirurgi i Norge \(IS 2284\)](#), hvor det vil komme nasjonale føringer som må inn i vurderingene om funksjonsdeling i regionen. Helse Nord har derfor besluttet å avvete videre behandling av funksjonsdeling i de saker hvor det ikke er konsensus frem til Helsedirektoratets anbefalinger foreligger. Revidert utgave av Kreftkirurgi i Norge er ventet slutført i løpet av høsten 2022.

[Regional kreftplan 2022-2026 \(utkast\) \(PDF\)](#)

[Prioriterte strategiske innsatsområder for kreftområdet i Helse Nord \(utkast\) \(PDF\)](#)

3. Lokale utviklingsplaner for helseforetakene i Helse Nord

3.1 Forholdet mellom lokale utviklingsplaner og regional utviklingsplan

I følge [veilederen for arbeidet med utviklingsplaner](#) må helseforetakenes utviklingsplaner ses i sammenheng med nasjonal helse- og sykehusplan og den regionale utviklingsplanen. Helseforetakene er de regionale helseforetakenes viktigste virkemidler for å oppfylle «sørge for»-ansvaret, og står for hoveddelen av helsetjenestene. Utviklingsplanene i helseforetakene skal avspeile det regionale helseforetakets samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen, inkludert private helsetjenesteleverandører og forholdet til primærhelsetjenesten, og understøtte «sørge for»-ansvaret.

Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene tar utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtter en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

I krav nr. 50 i Oppdragsdokument 2021 til helseforetakene ba Helse Nord RHF om at helseforetakene skal oppdatere egne utviklingsplaner innen 1.5.2022. Fristen for styrebehandlings av planene ble senere utvidet til 31.10.22 på grunn av omfattende drifts- og prosessarbeid i helseforetakene og for å få bedre tid til lokalt utviklingsplanarbeid.

Helse Nord RHF legger derfor fram høringsutkast regionale utviklingsplan basert blant annet på de lokale utviklingsplanenes egne høringsutkast. Endelige regional utviklingsplan vil i løpet av høringsperioden ta opp i seg helseforetakenes utviklingsplaner når de blir besluttet i de lokale HF-styrene, samt innkomne høringsinnspill. Omtalen av de lokale utviklingsplanene i punktene 3.2–3.5 nedenfor er således heller ikke basert på endelige vedtatte planer.

3.2 Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset tar utgangspunkt i gjeldende utviklingsplan og evaluering av tilknyttede handlingsplaner. Har holdt styreseminar om strategisk utvikling og overordnet retning for FIN i et fremtidsperspektiv. Helsefelleskapene er ikke etablert og første partnerskapsmøte er berammet til 2022. Organisering av Helsefelleskap er besluttet både i styret i FIN og i kommunene. Arbeidsgruppe er etablert for planlegging av første partnerskapsmøte. Vil bruke eksisterende samarbeidsfora som OSO og Lokalt faglig samarbeidsorgan øst og vest for samarbeidet med kommunene frem til etablering av helsefelleskap. Arbeider foreløpig med pasientens helsetjeneste, helhetlige pasientforløp, forskning og innovasjon, kompetanse og bemanning, teknologi, informasjonssikkerhet og beredskap.

3.3 Universitetssykehuset Nord-Norge

Universitetssykehuset Nord-Norge tar utgangspunkt i sin nåværende strategi, med gjennomgang av satsingsområdene. Planen for omstillingsarbeid knyttet til nye UNN Narvik vil inngå som del av kunnskapsgrunnlaget. Helsefelleskapene ble etablert april 2021. Eksisterende strukturer for samarbeid som strategisk samarbeidsutvalg blir sentrale. Vil etablere arbeidsgrupper for utvalgte områder. Helseforetaket ser det ikke som formålstjenlig å tematisere strukturendringer i planen, da det politisk er lite

realistisk at slike endringer lar seg gjennomføre. Gjennomgang av akuttmedisinske tjenester i samarbeid med kommunene må avventes til regional delstrategi for prehospitale tjenester er besluttet. Denne delen av utviklingsplanen vil derfor ikke inngå i denne runden av planarbeidet, men vil gjennomføres på et senere tidspunkt.

3.4 Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset vedtok gjeldende strategisk utviklingsplan i 2018, og har siden da arbeidet kontinuerlig med mål og tiltak, samt avgitt jevnlig statusrapporter til styret. Utviklingsplanen følger den nasjonale malen for utviklingsplaner. Er i gang med revideringen av utviklingsplanen og planlegger styrebehandling rundt årsskiftet. Har gjennomført intern prosess i alle klinikker og foretaksledelsen, og har nedsatt arbeidsgrupper for de strategiske satsningsområdene. Nye fokusområder for kommende planperiode er klinisk samhandling (som inkluderer tekning og arbeid i helsefelleskapene), beredskap og akuttfunksjoner, gode overganger og medarbeidere. Beholder satsningsområdene kontinuerlig forbedring og teknologi og e-helse fra gjeldende plan. Det skal også gjøres en gjennomgang av grunnmuren med revisjon av tiltakene. Helsefelleskapet etableres 23.9 med partnerskapsmøte. Jobber blant annet med felles nettsider for sårbare grupper som barn og personer med alvorlig psykisk lidelse etter mal fra Helse Fonna sine samhandlingsforløp. Helseforetaket ønsker ikke å tematisere større strukturendringer i planen.

3.5 Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset har i 2021 utarbeidet faglig strategisk utviklingsplan knyttet til nye Helgelandssykehuset., Utviklingsplanen omhandler blant annet lokalsykehusfunksjoner, samhandling, hjemmebaserte tjenester, kompetanse, teknologi mv, samt fagområdene. Det er også utarbeidet egen strategiplan for prehospital klinikk. Helseforetaket har 23.08.2021 endret organisering av somatisk virksomhet fra stedlig ledelse ved sykehusene til gjennomgående klinisk organisering med opprettelse av 4 nye klinikker. Helsefelleskapene er ikke etablert og det er ikke avholdt partnerskapsmøte. Skyldes at kommunene trenger mer tid. Helseforetaket ønsker ikke å tematisere strukturendringer i planen.

3.6 Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT

Det fremgår av veilederen at det kun er det regionale helseforetaket og helseforetak som driver med pasientbehandling skal ha utviklingsplaner. Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT er regionale samhandlingsforetak med de fire sykehusforetakene i foretaksgruppen, men har ikke et selvstendig ansvar for å utarbeide utviklingsplaner.

Sykehusapotek Nord (SANO) og Helse Nord IKT (HN IKT) innretter seg likevel mot hvordan regional utviklingsplan angir ønsket utviklingsretning gjennom egne strategiske planer.

3.6.1 Sykehusapotek Nord

I følge [Sykehusapotek Nord sin strategi](#) skal trygg legemiddelhåndtering være en integrert del av pasientforløpet. Gjennom kontinuerlig oppbygging og utvikling av kunnskap skal SANO bidra til god kvalitet i legemiddelbehandlingen.

For å oppnå trygg legemiddelbehandling gjennom hele pasientforløpet for alle pasienter i Helse Nord, arbeider SANO målrettet mot å være en sikker leverandør av apotekvarer til helseforetakene i Helse Nord; drive apotekutsalg med reseptekspedisjon og selvvalg; tilvirke legemidler til den enkelte pasient; rådggi helsepersonell og pasienter om riktig legemiddelbehandling, håndtering og bruk av legemidler; utøve forskning og ta i bruk resultatene; og samordne og kvalitetssikre sykehusapotektjenestene i Helse Nord.

For å oppfylle visjonen og formålet er SANO avhengig av trygge og kompetente ansatte, hensiktsmessige lokaler, utstyr, organisering, felles organisasjonskultur og godt medarbeiderskap. Dette utgjør fundamentet i foretaket. I strategiperioden 2022-2025 er søkelyset satt på fem satsingsområder med definerte underområder. De fem satsingsområdene legemiddelforsyning; legemiddelbehandling; ansatte; organisasjonsutvikling og kvalitet; samt digitalisering og nye apotek, skal bidra til at SANO oppfyller visjon og formål, tilpasser oss endringer, møter forventninger og utnytter nye muligheter. Kontinuerlig fagutvikling skal støtte opp under satsingsområdene og er en viktig forutsetning for å vedlikeholde fundamentet i foretaket.

3.6.2 Helse Nord IKT

Helse Nord IKT sin virksomhet berører hele foretaksgruppen og har for tiden særlig fokus på informasjonssikkerhet og -løsninger. I foretakets [målilde og strategikart](#) for 2023 skal Helse Nord IKT levere fleksibel og stabil IKT på moderne og standardiserte plattformer; være den mest kostnadseffektive av de regionale IKT enhetene; være en lærende organisasjon som arbeider helhetlig, smart og forsvarlig; og ha kompetente og motiverte medarbeidere.

Helse Nord IKT beskriver i strategikartet disse målsetningene slik:

I 2023 opplever helsearbeideren og øvrige brukere at relevant informasjon på sikre løsninger er tilgjengelig der de er. Vi opprettholder og videreutvikler stabil drift og tilgjengelighet på en moderne og sikker plattform, og HN IKT tilpasser seg raskt til nye og endrede behov. Det er etablert selvbetjeningsløsninger som gir brukerne kort ledetid og høy kvalitet. HN IKT bidrar til god og sikker informasjonsflyt mellom aktørene i helsetjenestene, og leverer digitale innbyggertjenester i tråd med nasjonale/overordnede mål.

Gjennom effektiv ressursbruk, smarte leverandørstrategier og gode leveranseprosesser er vi i 2023 fortsatt den mest kostnadseffektive IKT-enheten i spesialisthelsetjenesten. HN IKT har god oversikt over ressursbruk og kostnader på ulike tjenester, og gevinstplanene er realisert. Sammen med helseforetakene har vi utviklet og forbedret samhandlings- og forvaltningsmodellen.

HN IKT tilpasser kompetansen til ny teknologi kontinuerlig, og tilbyr løsninger til beste for brukerne gjennom kontinuerlig forbedring av prosesser, tjenesteforvaltning og produktutvikling. HN IKT kommuniserer godt med interne og eksterne interessenter, og har et godt omdømme, i tråd med kjerneverdiene i Helse Nord.

HN IKT har riktig kompetanse for å kunne levere framtidsrettede tjenester med høy kvalitet. Helse Nord IKT oppfattes som en attraktiv arbeidsplass som driver målrettet utvikling og rekruttering av medarbeidere.

4. Trender og utviklingstrekk

4.1 Innledning

Både nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og helseforetakene peker i sine utviklingsplaner på trender og utviklingstrekk som vil treffe helsetjenesten i årene som kommer. Strukturelle forandringer i samfunnet forårsaket av drivkrefter utenfor vår kontroll, som demografisk og teknologisk utvikling har betydning for våre rammebetingelser. Noen er globale, og vi kan være relativt sikre på at de vil vedvare selv innenfor en lang planperiode. Andre er mer usikre.

Følgende forhold har særlig stor betydning:

- Det helhetlige utfordringsbildet (klima, pandemi, krig m.m.)
- Begrenset befolkningsvekst og flere eldre
- Fortsatt sentralisering mot større sentra
- Lavere innsats fra pårørende
- Mindre økonomisk handlingsrom i offentlig sektor
- Høyere forventninger til helsetjenesten i befolkningen
- Økte krav til likeverdige tjenester
- Økte krav til pasientsikkerhet og kvalitet
- Rask teknologisk utvikling
- Ytterligere medisinsk spesialisering
- Skjerpede krav til kompetanse og større konkurranse om kompetent arbeidskraft
- Kommunehelsetjeneste og fastlegeordningen under press
- Samfunnet taper tillit

Mosaikkbildet nedenfor illustrerer noen sentrale samfunnstrekk som må tas hensyn til.



Figur 6 Mosaikkbildet illustrerer noen sentrale samfunnstrekk som må tas hensyn til

4.2 Norsk helsevesen anno 2022

Norsk helsevesen leverer gode resultat og det satses på helse. Befolkningen har høy levealder, lav spedbarnsdødelighet, god kreftoverlevelse og overlevelse ved behandlingsbar sykdom. Helsevesenet har et godt grunnlag for å håndtere kritiske hendelser som koronapandemien og befolkningen har høy tillit til myndighetene. Sammenlignet med andre land i OECD har Norge verdens høyeste dekning av sykepleiere og blant den høyeste andelen leger. Digitaliseringen har kommet langt, med innbyggertjenester som helsenorge.no, digital samhandling og strukturer for samarbeid mellom omsorgsnivåene. Spesialist- og primærhelsetjenesten i Norge viser svært gode resultater i nyere internasjonale sammenligninger.^{12 13}

Samtidig med at helsetjenesten er god, indikerer undersøkelser at vi også har forbedringsområder. Dette gjelder for pasientforløpet for pasienter med kroniske lidelser, forebygging, pasientmedvirkning og lik tilgang til helsetjenester. Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud gjøres både med analyse av trender og utviklingstrekk og gjennom framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Det er nå etablert felles tallgrunnlag og metode for framskrivninger, som omtales nærmere i [kapittel XX nedenfor](#). Det vises også til bakgrunn og sammenheng for [Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord](#), hvor framskrivninger er grundig omtalt.

Mosaikkbildet under gir en illustrasjon av status for norsk helsevesen anno 2022.

¹² Schneider et al. (2021). Mirror, mirror 2021. Reflecting poorly: Health care in U.S. compared to other high-income countries.

¹³ <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/norway-country-health-profile-2021>



Figur 7 Status for norsk helsevesen anno 2022

4.3 Det helhetlige utfordringsbildet

Den regionale utviklingsplanen må utformes innenfor rammen av et helhetlig utfordringsbilde. Det helhetlige utfordringsbildet handler om at klimaendringer, naturkatastrofer og ekstremvær også rammer oss som befolkning. Gjennom de siste årene har vi fått flere ubehagelige påminnelser om at verden er i hurtig, negativ endring. Pandemi, krig i Ukraina og økt økonomisk migrasjon er noen eksempler på denne utviklingen, samtidig som en varslet miljøkrise kommer stadig nærmere.

Verdenssamfunnet står overfor en enorm, felles utfordring med å redusere utslippene av klimagasser. Klimaendringene gir oss nedsmelting av havisene, mer flom, hetebølger og tørke. Norges befolkning har generelt god helse, og helsemessig står vi relativt godt rustet mot virkninger av klimaendringer. Likevel vil klimaendringer påvirke den fysiske og psykiske helsa vår i negativ forstand, viser en studie offentliggjort i tidsskriftet Nature Climate Change.¹⁴ Studien viser at klimaet påvirker menneskers helse i omfattende grad, og forskere fant at 218 av 375 kjente infeksjonssykdommer hos mennesker ser ut til å forverres av ekstremvær knyttet til klimaendringene.

Helse Nord har forpliktet seg til å bidra til å løse noen av disse utfordringene. Som det for eksempel fremgår av [Helse Nord delstrategi klima og miljø](#) Helse Nord RHF 2021–2030 skal spesialisthelsetjenesten være ledende i sitt arbeid med miljø og bærekraft, og fremme god helse gjennom miljøvennlig drift. Hovedmålet for Helse Nord sammen med en samlet spesialisthelsetjeneste er å nå målsetningene i FNs bærekraftsmål og gjennomføre et utslippskutt på 40 prosent på direkte CO₂-utslipp fra drift av sykehus innen 2030.

Helse Nord plassering og geografi setter oss i en sentral, men utsatt posisjon i nordområdene. I tråd med gjeldende strategi for Helse Nord RHF skal vi derfor ha en nøkkelrolle i arbeidet med helhetlig beredskap i nært samarbeid med andre kritiske samfunnsinstitusjoner. Endringer i omliggende omgivelser har vesentlig betydning, og virksomheten må derfor være fleksibel og tilpasningsdyktig.

¹⁴ <https://www.nature.com/articles/s41558-022-01426-1>

Slike omliggende hendelser i andre sektorer viser at både helsevesenet og befolkningen rammes av terror som 22. juli, koronapandemien eller krigen i Ukraina. Helse Nord inngår som en del av samfunnets beredskap, som i krisesituasjoner kan bli utfordret på prioritering av personell og pasienter, tilgang til kritiske ressurser og riktige og raske beslutninger.

Vi har sett hvordan det helhetlige utfordringsbildet endrer seg fort, både under pandemien og krigen i Ukraina. Forsyningskjeden har vist seg sårbar for internasjonale forstyrrelser, og konsekvenser av den sikkerhetspolitiske situasjon skaper et større behov for redundans i våre tjenester. Dette gjelder hele krisespekteret, i fred, krise og i krig, og vi opplever en økende grad av hendelser der grensen mellom samfunnssikkerhet og statsikkerhet er uklar. Totalforsvarsarbeidet vil derfor være et viktig fokusområde for Helse Nord for å sikre gode spesialisthelsetjenester til vår region i hele krisespekteret, sammen med et tett tverrsektorielt beredskapssamarbeid med relevante sivile aktører. Dette vil bidra til en styrket totalberedskap for å håndtere uønskede hendelser.¹⁵

Godt samarbeid innad og mellom helseforetak, med kommuner, fylkeskommuner, statsforvaltere, sivilt-militært samarbeid og andre sentrale myndigheter er av stor betydning for befolkningens tilgang til helsetjenester og beredskap. Samarbeid skal gjøre oss bedre rustet til å møte det store utfordringsbildet, der informasjonssikkerhet, klimaendringer, ekstremvær og naturkatastrofer, FNs bærekraftsmål, migrasjon, pandemi og krig inngår. Hensynet til befolkningens liv og helse er helt sentralt i alle slags samfunnssikkerhets- og beredskapshendelser utover hensynet til å ivareta fred og frihet.

I Nord-Norge er Helse Nord en sentral premissleverandør og utøvende kapasitet i både forebygging, beredskap og krisehåndtering; som nødetat og del av redningstjenesten, som helsetjeneste og som folkehelsemyndighet ved terror- og kamphandlinger med masseskader, medisinsk evakuering i inn- og utland, smitteutbrudd/pandemi og hendelser med radioaktive og nukleære midler og andre kjemikalier, samt hendelser som berører kritisk infrastruktur som IKT, vann og strøm.

Helseberedskapen er generisk og aktørene skal med utgangspunkt i planer som angir ansvar, roller, kompetanse og ressurser, kunne omstille seg og mobilisere for å håndtere alle typer hendelser. Som følge av ansvarsområdet deltar helsesektoren ofte i håndtering av kriser med ulik karakter og omfang.

Helse Nord's samfunnsansvar innebærer at vi lytter og samhandler med politiske myndigheter i kommuner og fylkeskommuner. Vårt grunnlag for å tenke helhetlig og langsiktig legges i gode prosesser med involverte aktører for å sikre best mulige løsninger for pasienten.

¹⁵ Totalforsvaret er en fellesbetegnelse for det militære forsvaret og den sivile beredskapen i Norge. Begrepet omfatter gjensidig støtte og samarbeid mellom sivil og militær side for å forebygge, planlegge for, og håndtere kriser i fred, sikkerhetspolitiske kriser, væpnet konflikt og krig.

Trygghet og trivsel er to viktige faktorer for at folk vil bo et sted. Helsetjenesten bidrar med trygghet for at hjelpen er der når folk trenger den. Folk i nord bor over alt, og helsetjenesten bidrar til at vi får benyttet hele landsdelens ressurser og muligheter. Vi samarbeider med andre samfunnsaktører om utviklingen av landsdelen (tverrsektorielt samarbeid).

Vi vet at det kreves virkemidler og løsninger som er tilpasset vår landsdel, for å gi folk og næringsliv i Nord-Norge de samme forutsetninger for å lykkes som ellers i landet. Regional koordinering og samarbeid mellom sektorer, forvaltningsnivåer og landegrensener er nødvendig i nord. Helse Nord RHF tar ansvar for å etablere felles situasjonsforståelse, dele informasjon, samordne og samhandle med helseforetakene, kommuner, statsforvaltere, nasjonale myndigheter, forsvaret og andre beredskapsaktører.

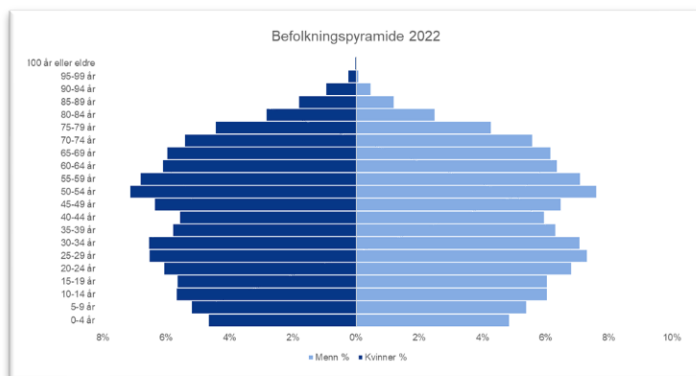
4.4 Begrenset befolkningsvekst og flere eldre

Befolkningsvekst, sentralisering og aldring i distriktene. Dette er noen av hovedtrekkene fra de regionale befolkningsframskrivingene. Det er forventet en befolkningsvekst på 11 prosent fra 2020 til 2050, i hovedalternativet. Denne veksten er ikke jevnt fordelt utover landet. Framskrivningene viser at sentrale kommuner vokser mest og at befolkningsveksten er særlig sterk i og rundt de store byene. Mange distriktskommuner med lav sentralitet får derimot fall i folketallet. Befolkningen blir stadig eldre, og særlig markant er aldringen i distriktene. Allerede i dag utgjør eldre (70+) rundt 20 prosent av befolkningen i mange distriktskommuner.¹⁶

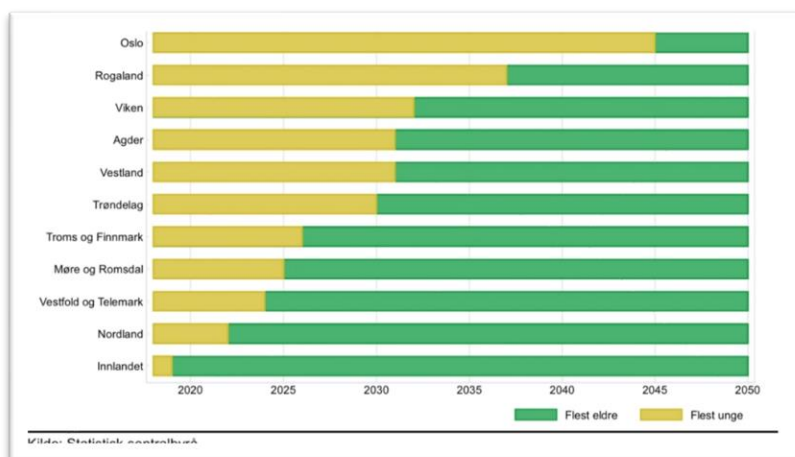
Levealderen har fortsatt å øke i Norge, og er forventet å øke med omtrent 5,5 år fram til 2050. Forventet gjenstående levealder er særlig forventet å øke i eldre aldersgrupper. Sammen med lav fruktbarhet resulterer dette i en økt aldring av befolkningen på sikt. Dette er en utvikling som eksempelvis har implikasjoner for kommunale finanser, tilbud av arbeidskraft og næringsutvikling, samt etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester.

Balansen mellom den yngre og eldre del av befolkningen er i endring. Som illustrert under treffer utviklingen oss dobbelt ved at vi samtidig blir flere eldre og færre yngre.

¹⁶ Befolkningsframskrivinger for kommunene, 2020-2050 (Statistisk sentralbyrå, 2020)
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-for-kommunene-2020-2050>



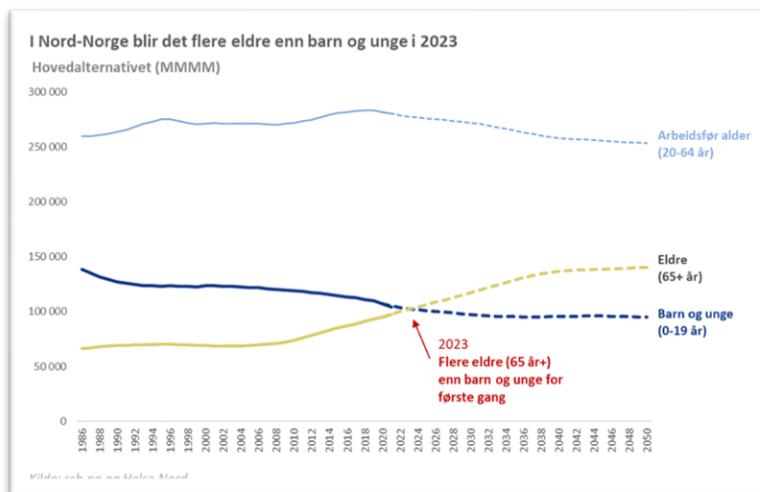
Figur 8 Befolkningspyramide for Nord-Norge 2022



Figur 9 Flest yngre (0-19 år eller flest eldre i fylkene, 2019-2050

Aldringen av befolkningen er ujevnt fordelt utover Norge. I figur 9 ser vi når antall personer 65 år og eldre passerer antallet personer under 20 år. Vi ser at Innlandet fikk flere eldre enn unge personer allerede i 2019. Vestfold og Telemark, Møre og Romsdal er forventet å ha flere eldre enn yngre rundt 2025. Trøndelag, Vestland, Agder og Viken er framskrevet å ha relativt flere eldre enn yngre rundt 2030. Rogaland lar vente på seg til 2037, mens Oslo er forventet å nå dette punktet i 2045.

I Nord-Norge samlet blir det flere eldre enn barn og unge i 2023, se figur 10. Nordland er forventet å nå milepælen i 2022 og Troms og Finnmark er forventet å ha flere eldre enn yngre rundt 2025.



Figur 10 I Nord-Norge blir det flere eldre enn barn og unge i 2023

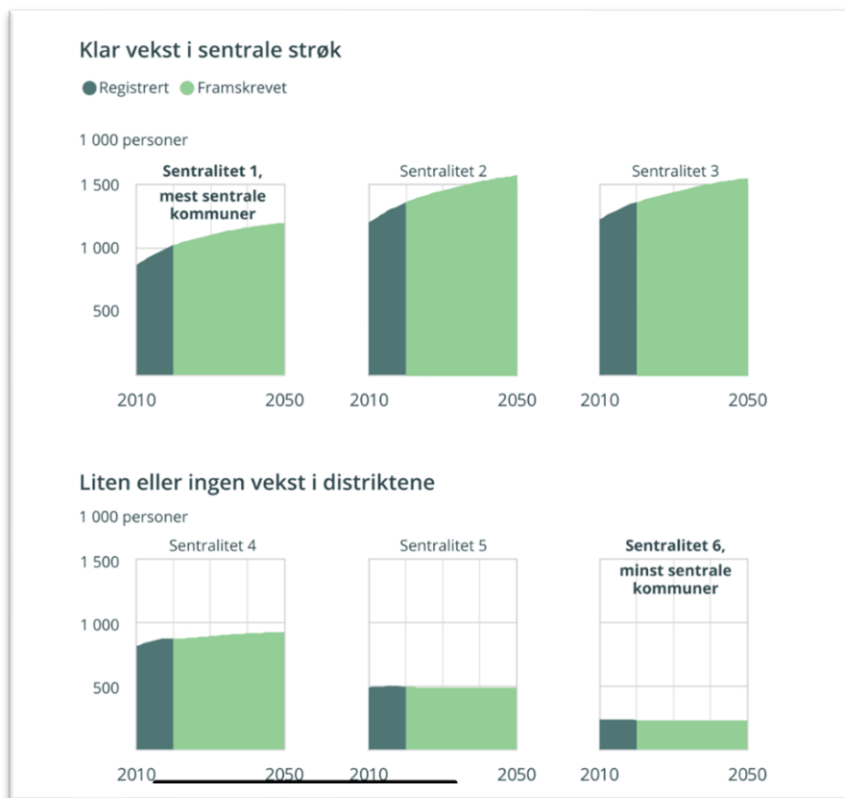
Modeller som framskriver befolkningens helsetilstand, behov for helsetjenester og effekten av ulike helsefremmende tiltak blir stadig bedre. I [Perspektivmeldingen 2021](#) drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse og omsorgstjenester. Det er et ubetinget gode at vi lever lenger. Det er et tegn på at vi har lykket med å skape gode og trygge levevilkår. Samtidig blir det relativt sett færre i arbeidsdyktig alder til å ta hånd om pleietrengende og eldre, og til å skape verdiene som skal betale for økende utgifter til folketrygden og helse- og omsorgstjenester. Meldingen legger til grunn at flere eldre også betyr flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder, men at medisinske fremskritt vil gjøre det lettere å leve med sykdom. Det antas at en aldrende befolkning vil trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner, men eldreomsorg for en kortere periode.

Den andre siden av problemstillingen er at det blir for få yngre. For at befolkningstallet skal holde seg stabilt må det fødes 2,1 barn per kvinne. Fruktheten/valget om å føde i Norge har sunket med et halvt barn per kvinne siden 2009, og antall fødte barn per kvinne i Norge var 1,48 i 2020. Det er det laveste som noen gang er målt. Utviklingen fører også til færre yrkesaktive per trygdemottaker og færre som kan rekrutteres til helsetjenesten.

Vi har fått flere nye innbyggere fra land med dårligere tilgang på utdanning og lavere arbeidsdeltakelse. Vi har også mange utenfor arbeidsstyrken på ulike helserelaterte ytelser. Særlig bekymringsfullt er det når unge faller varig utenfor arbeidsmarkedet. Det er alvorlig for både den enkelte og for samfunnet. Flere tiår med produktiv deltakelse i arbeidslivet kan gå tapt. Velferdsordningene er basert på at forholdet mellom de som yter og de som mottar, ikke kan bli for skjevt

4.5 Geografien og bosetningsmønsteret setter helsetjenesten under press

En tydelig trend i befolkningsutviklingen i Norge er sentralisering.¹⁷ Det vil si at innbyggerne i stadig større grad bor nærmere hverandre. Dette er en trend som har foregått over lang tid og har en klar vekst i sentrale strøk, liten eller ingen vekst i distriktene.



Figur 11 Kilde SSB. Registrert og framskrevet folkevekst i kommuner med ulik sentralitet, 2010–2050

Unge mennesker bidrar til sentralisering, ikke bare til de store byene, men også sentralisering rundt tettstedene i distriktene. De unge flytter mer enn de eldre, og kvinner flytter mer enn menn. Dette reiser problemstillingen om hvordan helsetjeneste best understøttes i distriktene. Det er mye som tyder på at det vil være en utfordring, særlig for mindre kommuner, at antallet barn og unge reduseres i antall og som andel, andel yrkesaktive blir lavere, mens antallet og andel eldre vokser. Fra 2020 til 2040 vil antallet yrkesaktive per 80-åring halveres. I utredningen [Det handler om Norge](#) (NOU 2020:15) beskrives situasjonen slik: «Distriktskommuner har i dag en eldre befolkning enn resten av landet. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten

¹⁷ Befolkningsframskrivinger for kommunene, 2020-2050 (Statistisk sentralbyrå, 2020) <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/befolkningsframskrivinger-for-kommunene-2020-2050>

double seg. Distriktskommuner får dermed en eldrebølge på toppen av en allerede relativt gammel befolkning».

Geografien og bosetningsmønsteret i Norge gjør det krevende for både kommuner og spesialisthelsetjenesten å yte likeverdige helsetjenester. Utviklingen av befolknings-sammensetningen har konsekvenser for hvilke muligheter som finnes for oppgavedeling, rekruttering og bærekraft. Det blir en økt etterspørsel etter helse- og omsorgstjenester frem mot 2038. Det er det en rekke årsaker til. Vi blir flere eldre, vi får en ny sykdomsmiks og flere medisinske gjennombrudd. Den høye alderen i distriktskommunene vil gi kommunene relativt høyere forpliktelser til pleie og omsorg, et større behov for helsepersonell og en mindre rekrutteringsbase.

Dette bildet forsterkes ytterligere av at innsatsen fra pårørende forventes å gå ned. Pårørende og frivillige yter en betydelig innsats i omsorgsarbeid. Uten pårørendes og frivilliges innsats ville dagens kapasitet i helsetjenesten vært for liten. Mange pasientorganisasjoner tilbyr for eksempel likepersonarbeid, mentorordninger og ledsagertjenester. Dette gis av frivillige som bidrar med sin kunnskap og livserfaring til å støtte og hjelpe andre. Pårørende innsats vil reduseres som følge av at den demografiske utviklingen. Det blir færre pårørende igjen til å ta vare på eldre familiemedlemmer. Pårørendes innsats påvirker dessuten de pårørendes egen mulighet for å selv være yrkesaktive.

Den gjensidige avhengigheten mellom omsorgsnivåene viser at det er nødvendig å samarbeide om forebygging, og hvorfor forebygging bør ha et langt sterkere fokus i spesialisthelsetjenesten. Analyser viser blant annet at 40 % av pasientene mottar tjenester fra både kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Framskrivninger av aktivitet viser at økningen i belastning trolig blir større for kommunale helse-, pleie og omsorgstjenester enn for spesialisthelsetjenesten. Dette er tydeligst knyttet til en aldrende befolkning og deres tjenestebehov.

Spesialisthelsetjenesten må derfor i større grad spørre hvordan sykehusene kan understøtte og avlaste pleie- og omsorgstjenestene. Morgendagens kapasitetsutfordringer løses ikke innenfor sykehusenes vegger alene. Spesialisthelsetjenesten må ta en mer aktiv rolle også i forebyggende helsearbeid. Det er ikke lenger riktig å tenke at forebygging er en oppgave for andre deler av helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har særlig ansvar for videre forebygging der sykdom allerede har oppstått, men vi må også bruke vår kunnskap til primærforebygging.

Med uendrede arbeidsformer vil bemanningsbehovet fortsette å øke betydelig både i spesialisthelsetjenesten og i kommunal helse- og omsorgssektor. En slik bemanningsvekst er neppe realistisk og heller ikke bærekraftig i et samfunns-perspektiv. Dersom vi ikke samarbeider, vil vi i økende grad konkurrere om de samme ressursene. Vi bør derfor finne løsninger som både kan virke på tvers av nivåene, og som kan være attraktive for medarbeidere både i kommuner og spesialisthelsetjenesten.

Folkehelseinstituttets analyser viser at det primært er befolkningen over 70 år som bruker fastlegetjenester og framskriver en vesentlig økning i behovet for fastlegetjenester ettersom denne aldersgruppen har forventet sterk vekst i årene

fremover. Nord-Norge består av mange små kommuner, der kun syv kommuner har over 10 000 innbyggere. Dekning av kommunale tilbud som fastlegetjenester, helsesykepleiere og kommunepsykologer er svakere i små distriktskommuner og lite tilsier at dette vil endres i fremtiden.

Fastlegeordningen er en viktig del av grunnmuren i norsk helsetjeneste. Stadig flere personer mangler fastlege og i mars 2022 manglet 150 000 personer fastlege. De små distriktskommunene har flere fastlegevakanser enn større bykommuner. Rekrutteringen til nye fastlegestillinger er imidlertid vanskelig selv i sentrale områder, og mindre enn 10% av dagens legestudenter sier de vil bli fastlege. Utfordringen forsterkes av at en eldre befolkning har større behov for helsetjenester. Økende arbeidsbelastning og stadig flere arbeidsoppgaver har bidratt til at ordningen i dag er kritisk utfordret. Konsekvensene av en svekket fastlegeordning vil være alvorlige for spesialisthelsetjenesten. Analyser av ressursinnsats fra spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester viser at spesialisthelsetjenestens innsats synker etter fylte 70 år. Det viser at eldre innbyggere har behov for god tilgang til kommunale tjenester, samtidig som velfungerende kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegeordningen er sentrale forutsetninger for at spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere.

4.6 Mindre økonomisk handlingsrom i offentlig sektor og høyere forventninger til helsetjenesten i befolkningen

Helse Nord står i en svært krevende økonomisk situasjon i 2022. Foretaksgruppen har hatt en bemanningsvekst i løpet av pandemien i 2020-2021 som ikke er bærekraftig verken økonomisk eller mht tilgang på arbeidskraft. Et omfattende omstillingsarbeid er allerede helt nødvendig.

Produktivitetsvekst blir viktig for å møte svekkede statsfinanser. Økte forventninger og økt beredskapsbehov gjør utfordringen større. I Norge står vi overfor en kjent utfordring: Kombinasjonen av reduserte petroleumsinntekter og flere eldre. Resultatet er pressede statsfinanser. Staten får dermed et trangere økonomisk handlingsrom fremover, noe som påpekes i Perspektivmeldingen 2021¹⁸:

Over tid vil petroleumsinntektene avta, og pensjonsfondet vil snu fra å vokse raskere til å vokse saktere enn resten av økonomien. Usikkerhet og svingninger i verdens aksjemarkeder påvirker verdien av pensjonsfondet, som har finansiert en stadig større andel av statsbudsjettene. Det taler for å være forsiktig i bruken av oljepenger innenfor de rammene som handlingsregelen setter. Sammen med lavere vekst i skatteinntektene fremover og økte utgifter til pensjoner, helse og omsorg, bidrar det til at handlingsrommet i budsjettene vil bli trangere. Om få år vil statens utgifter øke raskere enn inntektene, og frem mot 2060 vil det ifølge framskrivninger i

¹⁸ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/?ch=1> (kapittel 1.1.2 De langsiktige utfordringene)

denne meldingen være et udekket finansieringsbehov over statsbudsjettet på om lag 5 mrd. kroner årlig.

Handlingsrommet som Norge har hatt de siste årene for å prioritere nye formål ser ut til å reduseres ettersom inntektene reduseres. I følge Perspektivmeldingen 2021 vil dette medføre betydelig økte utfordringer for alle deler av offentlig sektor.

Utfordringen med svekket produktivitetsvekst blir forsterket når midlertidige tiltak for å møte kriser, ender opp med å bli varige. Politikernes evne og vilje til å reversere midlertidige tiltak avhenger av befolkningens forventninger. Det kan være vanskelig å få gehør for å kutte oppnådde goder. Kravet fra velgerne stopper dessuten heller ikke her. Det er en innebygget forventning om forbedringer, likeverdige tjenester og til pasientsikkerhet og kvalitet.

Ny diagnostikk, nye og oftest dyre behandlingsformer, et globalisert helsemarked, der både vl informasjon og diagnostikk vil bevege seg over landegrenser, vil bidra til at befolkningens forventninger stiger. Et godt, tilgjengelig og brukervennlig helsetilbud er en nødvendig forutsetning for å opprettholde en offentlig helsetjeneste som befolkningen er villig til å betale for. Økende bruk av private helseforsikringer påvirker også utvikling og forventninger.

Redusert ressurstilgang i den offentlige helsetjenesten vil samtidig medføre strammere prioriteringer omkring hvem som skal ha tilgang til tjenestene. Behandlingstilbud med usikker eller liten helsegevinst, og overforbruk må reduseres. Uønsket geografisk variasjon i pasientbehandlingen må jevnes ut.

For å sikre økonomisk og kompetansemessig bærekraft til å løse nåværende og fremtidige behov må alle ledd i organisasjonen innstille seg på å tenke nytt. Det samme gjelder eksterne interessegrupper som har viktige roller i samfunnsutviklingen. Fra økonomisk bærekraft i seg selv til bærekraft som omfavner både personell, økonomi, kapasitet og kvalitet sammen.

4.7 Rask teknologisk utvikling og ytterligere medisinsk spesialisering

Frem mot 2038 forventes en endring av rollene til pasient og fagprofesjonelle som vil medføre systemendringer¹⁹. En transformasjon fra en diagnosefokuset, episodisk og reaktiv helsetjeneste til personsentrert, integrert og proaktive helsetjeneste gir retning for digitalisering og digital transformasjon av Helse Nord.

Det digitale målbildet for Helse Nord vil påvirkes sterkt av ny teknologi samtidig som den ikke tar stilling til hvilke teknologier og systemer som skal velges. Det antas at kunstig intelligens, Internet of Things (IoT), virtuell helsehjelp, robotics, 3D-teknologier og 5G vil skape muligheter fremover og gjøre det mulig for pasienter i stor grad å overvåke sin egen helse og kommunisere direkte med internasjonale helsedatabaser, kompetansesentre og tilbydere av helsetjenester. Den medisinske utviklingen antas å gå i retning av personlig medisin, stamcellebehandling, nanomedisin og genterapi. Om eller

¹⁹ Berntsen G, Chetty M, Ako-Egbe L, Yaron S, Phan P, Curran C, et al. Person-Centred Care Systems: From Theory to Practice. A White paper for ISQUA. (in press). ISQUA; 2022. Report No.: ISBN 978-0-9955479-2-6.

når trendene slår til, vil avhenge av både teknologiske, politiske og organisatoriske valg. Mange av mulighetene eksisterer allerede i dag.

Digitalisering gir store muligheter til å utvikle helse- og omsorgstjenesten til det beste for pasienter, helsepersonell og innbyggere. For å kunne gi best mulig helsehjelp er det en forutsetning at relevante og nødvendige opplysninger om sykdomshistorie og legemiddelbruk følger pasienten gjennom hele pasientforløpet og forvaltes og lagres på en trygg måte.

Digitale løsninger understøtter en helhetlig samhandling mellom helsepersonell og styrker pasienter og innbyggers mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg. Pasientene vil og får dermed mulighet til å medvirke mere. Innovative e-helseløsninger og digitalisering kan bidra til bedre forebygging, raskere tilfriskning, og bidra til en trygg og effektiv helse- og omsorgstjeneste. Bedre tilgjengelig helseinformasjon, og fremveksten av nye, digitale verktøy rettet direkte mot den enkelte pasient, understøtter denne utviklingen. Kombinasjonen av brukernes ønske om å delta aktivt i beslutninger og nye teknologiske muligheter, gir et stort potensial for å finne nye løsninger innen helse. Noen oppgaver kan flyttes til pasientene, og andre oppgaver kan løses bedre og mer effektivt innen helsetjenesten.

Betydelige gevinster av digital hjemmeoppfølging, både for pasientene og for helsetjenesten, driver utviklingen. I tillegg kommer nye typer sensorer, i kombinasjon med kunstig intelligens, som muliggjør avansert, medisinsk overvåking av pasientene, uten behov for innleggelse.

Det forventes en større treffsikkerhet i forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter. Det er flere drivere bak denne utviklingen. For det første tillater genetisk innsikt persontilpasset medisin. For det andre muliggjør kunstig intelligens smartere pasientvalg, hvor beste behandling kan velges basert på AI-analyser av utfall for andre. For det tredje vil stadig mer avanserte teknologi gjøre robotkirurgi aktuelt på nye og mer krevende områder.

En stabil, sikker og skalerbar IKT infrastruktur og felles standardiserte systemer er en forutsetning for å gjennomføre en digital transformasjon. Helse Nord har de senere årene investert betydelig i å sikre en god infrastruktur og felles kliniske systemer. Dette gjør at Helse Nord har et solid og godt utgangspunkt når Helse Nord skal fortsette på reisen med digital transformasjon.

4.8 Desentralisere det vi kan og samle det vi må

I praksis har sentraliseringstrenden lenge vært sterk innen organisering av helsetjenester. Mantraet har vært å samle det vi må på grunn av kvalitet og desentralisere det vi kan. Ny teknologi medfører imidlertid potensial for nytenkning, jf. for eksempel oppdragsdokumentet 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene:

For å opprettholde et likeverdig tilbud til befolkningen må helseforetakene styrke arbeidet med å tilby tjenester digitalt. Sykehusene skal legge til grunn at nærmere definerte oppgaver som utgangspunkt skal gjennomføres digitalt, og i større grad benytte ledig

kapasitet på de mindre enhetene. Et eksempel kan være å legge elektive tjenester til en eller flere av de mindre enhetene.

Kommunikasjonsteknologi fører til at det blir lettere å samle kompetanse fra ulike sykehus og ulike nivåer i helsetjenesten rundt pasienten i stedet for å sende pasienten mellom aktørene. Bedre kommunikasjon om og elektronisk oppfølging av en pasient kan i en region brukes til å overføre oppgaver fra sykehus til fastlege. Et annet sted kan mangel på fastleger gjøre at samme løsning flytter oppgaver til lokalsykehusene. Ambulerende team møter pasienten hjemme og får dermed andre forutsetninger både for diagnostikk og behandling. Dette åpner også for utvidet samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Uansett handler det om å bruke teknologi til å flytte behandling så nær pasienten som mulig. Det er samtidig viktig at det hele tiden søkes etter nye områder som lar seg desentralisere, også fra regionssykehuset og til andre helseforetak i regionen. Det styrker helseforetakene samtidig som det åpner for faglig nyutvikling på regionalt nivå.

4.9 Nye kompetansekrav, konkurranse om kompetent arbeidskraft og kommunehelsetjeneste under press

Trendanalyser (blant annet Spekter og InFuture, 2022²⁰) peker på en rekke trender hvor digitalisering og teknologi gir endringer. Det fører til nye kompetansekrav, blant annet økt krav til digitalkompetanse. Det er mange eksempler på at utvikling av teknologi og nye arbeidsformer vil påvirke behovet for kompetanse og kompetanseutvikling. I tillegg til teknologisk kompetanse vil kompetanse på samvalg, samhandling, koordinering, logistikk, ledelse og organisering bli stadig viktigere. Selv om ny teknologi blir tilgjengelig vil pasienters og helsepersonells behov stå i sentrum og forutsetter nye måter å samarbeide på. Da blir tverrfaglighet og nye kombinasjonsutdanninger viktigere. I tillegg vil nye måter å jobbe på også bety at maskiner blir våre nye kollegaer, som kan overta noen av våre jobboppgaver. Da blir fire fremtidskompetanser viktigere: skaperkraft, informasjonskyndighet, fordypningsevne og sosial kompetanse.

Tilstrekkelig antall ansatte med riktig kompetanse er den største utfordringen framover. Pandemien har vist sårbarheten i spesialiserte fagmiljøer, og vi har muligheten til å lære både av våre erfaringer og av hvordan andre land fordeler arbeidet. Det er et stort potensial for å avlaste den mest kritiske kompetansen i sykehus ved økt bruk av støttepersonell. Pandemien satte kraftig fart i bruken av nye teknologiske løsninger, og har samme potensial for å sette fart i arbeidet med oppgavedeling.

En forutsetning for å møte denne utviklingen er at vi evner å tilpasse oss og lære hele livet. Drivere for denne trenden er både at folk skifter jobb oftere enn før, og at kunnskap utdateres raskere. På mulighetssiden vokser det frem undervisningsteknologi (edtech), som både kan bidra til bredere distribusjon av læringsmidler og fornyet

²⁰ Fremtidens helse- og omsorg 2030 <https://www.spekter.no/getfile.php/1313103-1655887769/Dokumenter/Rapporter%20og%20analyser/Rapporter/inFuture%202022%3A%20Fremtidens%20helse%20og%20omsorg%202030.pdf>

pedagogikk. På den måten kan det gå kortere tid fra et kompetansebehov har oppstått, til undervisning er tilgjengelig og læring er inntatt.

I følge inFutures trendanalyse estimeres det at antall årsverk må øke med 35 % frem mot 2035 dersom behovet skal dekkes med dagens måte å løse oppgavene på. Det vil i så fall bety at over halvparten av all forventet vekst i den generelle arbeidsstyrken må tilfalle helsetjenesten, og at helsesektoren legger beslag på en langt høyere andel av sysselsatte enn i dag.

Vi blir flere eldre, og dermed økes etterspørselen etter helsetjenester fra denne gruppen. I tillegg til flere eldre, gir en ny sykdomsmiks også økt etterspørsel, som slår ut i økt behov for helsepersonell, eller andre måter å organisere og/eller produsere tjenestene på. Planlagt oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten vil åpne for flere lærlinger og fagarbeidere og vil også bidra at mange nye fagutdanninger finner sin plass i sykehus. Dette vil trolig gjøre rekruttering enklere og også være bra for samfunnet.

Framskrivninger av aktivitet viser at økningen i belastning trolig blir større for kommunale helse-, pleie og omsorgstjenester enn for spesialisthelsetjenesten. Dette er tydeligst knyttet til en aldrende befolkning og deres tjenestebehov. De fleste kommuner har allerede i dag utfordringer når det gjelder å beholde og rekruttere helsearbeidere.

Kapasitetsutfordringene knyttet til en aldrende befolkning vil treffe kommunehelsetjenesten mest. Spesialisthelsetjenesten må derfor i mindre grad planlegge for hvordan de skal overføre oppgaver til primærhelsetjenesten, og heller spørre hvordan sykehusene kan understøtte og avlaste pleie- og omsorgstjenestene. Tverrfaglige team på tvers av omsorgsnivåene vil bli nødvendig. Dette vil være en felles utfordring for alle utdanninger, og tverrprofesjonelle utdanningsløp må utvikles i større grad. Det vil være behov for å forske mer på effekt av tiltak som iverksettes, og utdanningsløpene må tilrettelegges for dette. Ny teknologi i diagnostikk, behandling og oppfølging gir kontinuerlig behov for å utvikle kompetanse.

4.10 Norge er et land med høy tillitskapital

Tillit er en ressurs som gjør endringer gjennomførbare og dermed basis for politisk styring. Når befolkningen har tillit til sine myndigheter, følger de gjerne pålegg og anmodninger fra politisk hold, noe vi for eksempel erfarte under koronapandemien. Her skilte Norges gode håndteringen av pandemien seg ut i internasjonal sammenheng, selv om landet på forhånd ble vurdert som dårligere forberedt enn andre land. Ved utgangen av 2020 hadde Norge kommet bedre ut både helsemessig og økonomisk, enn for eksempel land som England og USA, som ble vurdert som langt mer beredt på en pandemi. En del av forklaringen er tillit til myndigheter og mellom folk som gjorde at pandemirelaterte tiltak hadde stor tilslutning i befolkningen.

«Det beste med Norge er den høye tilliten vi har til hverandre, og det sterke fellesskapet som binder oss sammen», sier regjeringen Støre i Hurdalsplattformen. Norge omtales ofte som et land med høy tillitskapital og et at landene i verden med mest tillit mellom mennesker og mellom innbyggere og myndigheter. Høy tillit i Norge er en styrke for politisk styring. Imidlertid, forsterkede konfliktlinjer kan gjøre brede forlik vanskeligere

og dermed svekke vår omstillingsevne. Økende avmakt og økende ulikhet tærer på tillitskapitalen. Dette er en samfunnsutvikling som trolig vil bidra til at det blir vanskeligere å gjennomføre nødvendige endringer i samfunn og i helsetjeneste.

5. Framskriving

5.1 Innledning

Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger. Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Metoden for framskrivninger er omtalt i detalj i den første utgaven av regional utviklingsplan for Helse Nord ([Regional utviklingsplan Helse Nord 2035](#)).

Spesialisthelsetjenesten har blitt enige om felles framskrivningsmodeller. Utviklingsplanene skal derfor bygge på felles metodikk for framskrivning med nødvendig tilpasning til lokale forhold. Det er etablert et nasjonalt fagnettverk som utvikler og forvalter modellene og som ledes av Helse Sør-Øst RHF. Nettverket består av representanter fra de regionale helseforetakene, Sykehusbygg HF, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet og KS.

Framskrevet aktivitetsbehov beregnes ved å ta utgangspunkt i et gitt basisår. Aktiviteten framskrives så med Statistisk sentralbyrå (SSB) sine framskrivninger av demografi og befolkningsvekst, kvalitative vurderinger av forventet sykdomsutvikling og andre endringsfaktorer. Hvilke faktorer vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten? Hvordan vil nye arbeidsformer, økt brukerstyring, digitalisering og bruk av teknologi, bedre samarbeid med andre deler av helsetjenesten med mere påvirke kapasitetsbehov?

«Andre endringsfaktorer» har i stor grad vært uendret siden 2014. De omfatter for eksempel samhandling med primærhelsetjenesten, overføring fra døgn til dag og poliklinikk og generell effektivisering. Disse gjennomgås nå på nytt. Det arbeides med en videreutvikling av framskrivningsmodellen, der alle RHF-ene bidrar. Dette arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF. For eksempel vil brukerstyrt og digital hjemmeoppfølging trolig komme inn som nye endringsfaktorer.

Framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er imidlertid ny. Modellen ble godkjent av de regionale helseforetakenes administrerende direktører 16. juni 2021 før de ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. I tilleggskildokument til Oppdragsdokument 2022 (Foretaksmøtet 23. juni 2022) ble de regionale helseforetakene på bakgrunn av en fornyet helhetlig analyse og framskrivning av behov for tjenester, personell og kompetanse innen psykisk helsevern og TSB, bedt om å foreslå konkrete tiltak for å styrke spesialisthelsetjenestens innsats innen disse to fagområdene. Helse Nord RHF skal i samarbeid med de andre helseregionene levere en rapport med innspill om behov og tiltak fra alle regioner innen 20. oktober 2022.

Datagrunnlaget skal i størst mulig grad være nasjonalt

- Befolkningsutvikling hentes fra Statistisk sentralbyrås prognoser
- Sykdomsutvikling baseres på Folkehelseinstituttets analyser
- Aktivitetsutvikling baseres på data fra Norsk pasientregister

Aktuelle endringsfaktorer er for eksempel

- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og samhandling mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste, innspill fra helsefelleskapene)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, hjemmesykehus etc.)
- Økt digitalisering, arbeidssparende teknologiske løsninger og endret bruk av kompetanse
- Generell effektivisering, tiltak for å redusere uønsket variasjon, bedre prioritering, reduksjon i interne ventetider (bedre flyt)
- Pasienten som aktiv deltaker, helsekompetanse og befolkningens etterspørsel etter tjenester
- Krav til beredskap – mangelsituasjoner og mulige trusler/pandemi
- Endringer i bemanningsbehov ut fra sammensetning av ansatte, forventet aktivitetsendring, oppgavedeling, teknologisk utvikling og andre modifierende faktorer

5.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Epidemiologiske studier tyder på at forekomsten av diagnostiserbare psykiske lidelser og ruslidelser i befolkningen er stabil over tid. Det danner grunnlag for å vurdere forekomst sammenholdt mot aktivitetsdata for å identifisere tilstandsgrupper som kan ha udekket behov for helsetjenester.

Behovet for helsehjelp for psykiske lidelser møtes av en tjeneste som er i endring gjennom økende kvalitetskrav, faglig utvikling, med nye behandlingsformer og teknologisk utvikling. Disse faktorene er derfor lagt inn i modellen. Modellen justerer videre for endringer i demografisk sammensetning fram mot 2040.

Forekomst av psykiske lidelser og ruslidelser er stabil over tid, men er tilbudene riktig plassert og dimensjonert?

5.3 Ny framskrivingsmodell innen psykisk helse og TSB

Det er, gjennom et bredt nasjonalt prosjekt, utviklet en ny framskrivingsmodell for psykisk helsevern og TSB siden den forrige regionale utviklingsplanen.

Hovedresultatene av modellen er en styrking av døgnkapasitet for kombinerte rus og psykiatri lidelser (ROP), alvorlige psykiske lidelser og for barn- og unge. Det vektlegges fremdeles en tydelig satsning på det polikliniske forløpet, tidlig intervensjon og

koordinerte helsetjenester for de mest alvorlige syke. Variasjonen innen deler av disse tjenesteområdene er stor, og det vil være vanskelig å justere dette uten større grep.

5.4 Betydelig variasjon gjør framskrivinger utfordrende

Det er betydelig og vanskelig forklarlig variasjon i tilbudet til pasienter innen psykisk helsevern og rusområdet. Fordi variasjonen er så stor, vil en ujustert framskriving gi store forskjeller over tid. Det er derfor gjort en «normalisering» innen voksenpsykiatri, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og vedtaksbaserte tjenester, der forbruket i et helseforetak som er under 20-persentilen løftes til 20-persentilen før framskriving. For de samme områdene reduseres forbruket i et helseforetak til 80-persentilen hvis forbruket i dag er over.

Dette har skapt diskusjon i fagmiljøene, og vil måtte evalueres i framtidige gjennomganger av kapasiteten i psykisk helsevern og TSB. Et annet moment er at det innen TSB vektlegges særlig en satsing på basistjenester (for eksempel øyeblikkelig hjelp). Denne satsingen vil ikke nødvendigvis utløse flere liggedøgn, men kreve en annen bemanningssammensetning.

Spesialisthelsetjenesten i Norge behandler om lag en av tre med diagnostiserbar psykisk lidelse og ruslidelse. Mange får oppfølging hos fastlege og i kommune, og et relativt stort volum ønsker ikke behandling. Større samfunnsmessige svingninger vil kunne påvirke etterspørselen til disse behandlingstjenestene. Den nye framskrivingsmodellen forsøker å adressere dette ved å se særlig på tilstandsgrupper med lavere dekning i spesialisthelsetjenesten. Av flere årsaker anbefales å tilrettelegge for en økt kapasitet for behandling av alkoholproblemer og spiseforstyrrelser.

Framskrivningene viser at tilbudet innen psykisk helse og rus fortsatt må prioriteres og at vi må lære oss å måle effekten av behandlingen vi gir. Foreløpige analyser kan indikere at kortere liggetid ved enkeltopphold kan gi et høyere antall samlede liggedøgn når pasienten følges over tid. Dette trenger vi å forstå bedre. Vi må også utvikle indikatorer på behandlingseffekt. Kanskje har vi hatt for mye oppmerksomhet på diagnoser og ikke hva som er viktig for pasienten. Der somatikken preges av diagnosespesifikke kvalitetsregistre må vi kanskje tenke annerledes innen psykisk helse og rus med mer vekt på pasientenes funksjonsnivå.

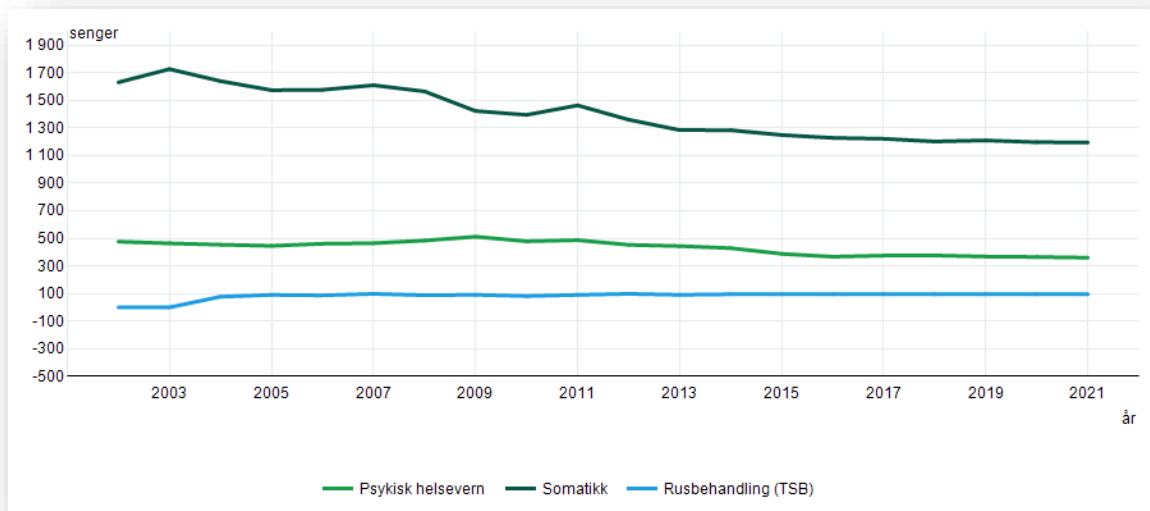
5.5 Somatikk

En systematisk gjennomgang av modell for somatiske sykehusfunksjoner planlegges ferdigstilt i 2022, men er betydelig forsinket grunnet pandemi. Arbeidet vil utføres av representanter fra fagmiljøer i helseforetakene, sentrale aktører i det regionale utviklingsplanarbeidet og fagnettverket for framskrivinger. Arbeidet eies av det interregionale administrerende direktørmøtet. De første produktene av denne gjennomgangen vil belyse de mest sentrale aspektene ved den forventede sykdoms- og befolkningsutvikling i Norge. Samtidig er det flere nasjonale og regionale prosjekter som vil få en konsekvens for framtidig dimensjonering av somatiske sykehusfunksjoner. En vurdering av behov for strålekapasitet er ferdig, mens blant annet intensivkapasitet og fordeling av invasiv kardiologi er under arbeid.

5.6 Aktivitet og kapasitet – har reduksjon i sengeantall nådd bunnen?

Antall sengeplasser har blitt redusert over tid, både innen somatikk og psykisk helse. Dette har vært en villet utvikling ettersom mer og mer behandling gjøres poliklinisk eller utenfor sykehuset.

Utvikling i sengekapasitet per tjenesteområde i Helse Nord



Figur 12: Utvikling i liggedøgn pr fagområde i Helse Nord i perioden 2002-2021. Kilde: SSB

Den nye framskrivingsmodellen innen psykisk helsevern og TSB gir et resultat som innebærer at kapasiteten korrigert for befolknings sammensetning er stabil. Tabellen under beskriver forventet utvikling per sykehusområde fra 2019 til 2040 for liggedøgn og polikliniske konsultasjoner for somatikk, psykisk helsevern og TSB. Sykehusområde brukes fordi tallene også inkluderer aktivitet som håndteres ved bruk av avtalespesialisert og private leverandører.

Framskrivninger av liggedøgn

Liggedøgn	Tjenesteområde											
	BU P				TSB				VOP			
	Liggedøgn 2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for endringer i sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring	Liggedøgn 2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for endringer i sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring	Liggedøgn 2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for endringer i sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Opptaksområde												
Finnmarkssykehuset HF	2 082	1 955	1 835	-12 %	13 182	12 701	9 408	-29 %	20 398	20 523	18 996	-7 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	2 898	2 555	2 679	-8 %	24 915	23 475	21 602	-13 %	49 999	49 728	48 420	-3 %
Nordlandssykehuset HF	2 938	2 608	2 588	-12 %	18 105	17 205	16 139	-11 %	25 891	26 830	26 508	2 %
Helgelandsykehuset HF	2 460	1 990	1 650	-33 %	10 340	9 312	8 831	-15 %	13 541	12 683	12 928	-5 %
Totalsum	10 378	9 108	8 752	-16 %	66 542	62 693	55 980	-16 %	109 829	109 764	106 852	-3 %

Figur 13: Framskrivning av liggedøgn innen psykisk helsevern og TSB i Helse Nord etter nasjonal framskrivingsmodell

Liggedøgn	Tjenesteområde			
	Liggedøgn 2019	Liggedøgn etter demografi 2040	Korrigert for endringer i sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Opptaksområde				
Finnmarkssykehuset HF	56 698	82 195	64 003	13 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	129 073	186 113	148 506	15 %
Nordlandssykehuset HF	90 172	129 921	102 522	14 %
Helgelandssykehuset HF	54 587	73 656	57 683	6 %
	330 530	471 886	372 713	13 %

Figur 14: Framskrivning av liggedøgn innen somatisk område i Helse Nord etter nasjonal framskrivningsmodell

Framskrivninger av poliklinisk aktivitet

Opptaksområde	Tjenesteområde				TSB				VOP			
	Poliklinikk 2019	Poliklinikk etter demografi 2040	Korrigert for endringer i sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring	Poliklinikk 2019	Poliklinikk etter demografi 2040	Korrigert for endringer i sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring	Poliklinikk 2019	Poliklinikk etter demografi 2040	Korrigert for endringer i sykdomsutvikling og endringsfaktorer	Endring
Finnmarkssykehuset HF	12 908	10 903	12 829	4 %	1 694	1 598	2 567	52 %	25 417	24 219	28 079	10 %
Helgelandssykehuset HF	15 425	12 609	14 884	-4 %	3 324	2 951	3 925	18 %	32 970	29 828	34 410	4 %
Nordlandssykehuset HF	24 090	20 757	24 412	1 %	5 452	5 383	7 686	41 %	51 283	49 257	57 252	12 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	32 138	28 599	33 665	5 %	12 672	12 449	17 281	36 %	73 693	71 101	83 409	13 %
Totalsum	83 961	72 868	85 790	2 %	23 142	22 381	31 459	36 %	183 363	174 405	203 150	11 %

Figur 15: Framskrivning av poliklinikk innen psykisk helsevern og TSB etter nasjonal framskrivningsmodell

Det forventes altså reduksjon i antall liggedøgn innen psykisk helse og TSB, mens vi forventer en økning innen somatikk. I dag er 87 % av pasientene innen psykisk helsevern under 50 år. Den demografiske framskrivningen av befolkningen viser at denne aldersgruppen forventes å falle med 13 % innen år 2050. Dette forventes å medføre redusert behov for liggedøgn innen psykisk helsevern. Økningen i antall eldre forventes imidlertid å øke behovet for somatiske liggedøgn.

5.7 Framskrivning av bemanning

Kvaliteten i norske helsetjenester er god, og menneskene er den viktigste ressursen. Den sannsynlige befolkningsutviklingen i Norge vil medføre at vi må forvente færre helsepersonell per pasient. For å opprettholde den gode kvaliteten må vi legge til rette for å bruke de ressursene vi har på beste måte. Dette vil kunne ha konsekvenser for hvordan vi planlegger bygg, digital infrastruktur og utdanning.

Innen flere områder er det stor konkurranse om arbeidskraft, men utdanningen er sentralisert til spesialisthelsetjenesten. Dersom vi ikke bruker felles modeller både i primær- og spesialisthelsetjenesten, vil vi ikke se det samlede utdanningsbehovet. Det er allerede i dag rekrutteringsutfordringer på enkelte stillingsgrupper i noen områder i Helse Nord. Dette krever en særskilt langsiktig strategi for å sikre likeverdige helsetjenester i framtiden.

Det er nødvendig å sammenstille behovet for personell, utdanningskapasitet og forventet sykdoms- og behandlingsutvikling. Særlig innen deler av fødselstjenestene,

psykisk helsevern og rus, samt en del medisinske områder, er det nødvendig at vi får en god felles utnyttelse av ressurser på tvers av nivåer. Deler av dette arbeidet er godt i gang i tråd med oppdraget til de regionale helseforetakene om å utarbeide analyser for framtidig behov for spesialsykepleiere på kort, mellomlang og lang sikt. Helse Nord vil ta i bruk nye modeller for framskrivninger som bedrer vår kunnskap om framtidig behov for personell.

6. Målbilder og strategisk utvikling for felleseide helseforetak

6.1 Innledning

Felles målbilder og strategisk retning for de felleseide skal inngå som en del av de regionale helseforetakenes langsiktige utviklingsplaner. Felles målbilder ble besluttet i [Helse Nord RHF-styret sak 101-2022](#). Bakgrunnen for dette er at de felleseide helseforetakene er virkemidler for å ivareta oppgaver innenfor en avgrenset del av RHF-enes ansvarsområde, og strategisk retning for de felleseide helseforetakene følger av et felles målbilde for hele området og som settes av RHF-ene.

6.2 Hensikten med felleseide helseforetak

De felleseide helseforetakene skal bidra til å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Det er i dag etablert fellestjenesteselskaper/-enheter både i de enkelte regioner og som et samarbeid mellom de fire regionene (felleseide helseforetak). De fem felleseide helseforetakene er:

- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett (HDO)
- Luftambulansetjenesten
- Pasientreiser
- Sykehusbygg
- Sykehusinnkjøp

Hensikten med slike fellestjenester er å oppnå forskjellige former for gevinster, herunder:

- utnytte stordriftsfordeler innenfor såkalt transaksjonstunge aktiviteter, for eksempel fakturabehandling mv.
- utnytte storskalafordeler for å oppnå økt kvalitet til lavere kostnader enn om en skulle gjøre dette hver for seg
- samordne aktiviteter for å oppnå en bedre markedsposisjon. Innkjøp er et typisk eksempel på dette
- oppnå standardisering både regionalt og på tvers av regionene

Det siste vil være viktig på områder hvor det er vanskelig å forsvare at det etableres ulike regionale standarder og løsninger. Det er også et argument for å etablere

fellestjenesteenheter at det bidrar til at helseforetakene i større grad kan fokusere på sin kjernevirksomhet. Samtidig vil aktivitetene i fellestjenesteenheten også bli kjernevirksomhet for denne enheten, og vil dermed kunne få større ledelsesmessig fokus enn når de samme aktivitetene er en del av et helseforetak.

God styring og oppfølging av fellestjenesteenheter er nødvendig for å sikre at de forventede gevinster, både økonomiske og kvalitative, oppnås. Selskapene må underlegges god kostnadskontroll og det må være minst samme krav til effektivisering i fellestjenesteenheter som i helseforetak.

I de regionale helseforetakene og helseforetakene må det gjøres nødvendige kostnadstilpasninger på områder hvor det er etablert fellestjenesteenheter. Hvis ikke slik tilpasning skjer er det en betydelig risiko for at ønskede økonomiske effekter ikke oppnås, og at det samlede kostnadsbildet blir for høyt.

Det vil være viktig å utvikle en god kunderelasjon til helseforetakene/de regionale helseforetakene, slik at det innenfor gitte rammer og standarder oppleves at fellestjenesteleverandører gir merverdi.

Det vil kunne være ulike interesser mellom enkeltforetak og hensynet til helheten som skal ivaretas av fellestjenesteenheten og det regionale helseforetaket. Forholdet må derfor balanseres slik at helseforetakene opplever stor grad av merverdi samtidig som tilpasningen til den enkelte kunde må skje innenfor rammer og standarder som ikke medfører suboptimalisering.

Av denne grunn er det viktig at de felleseide helseforetakene inngår i de regionale helseforetakenes utviklingsplaner, og at de rammes inn i en felles kontekst som viser helheten i spesialisthelsetjenesten.

Følgende målbilder for de felleseide helseforetakene er tatt inn i regional utviklingsplan 2038 i alle regioner.

6.3 Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF - målbilde og strategisk utvikling

Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede organisatoriske, personellmessige og materielle beredskap som yter befolkningen akutt helsehjelp. Nødnettet setter spesialist- og kommunehelsetjenesten i stand til å kommunisere med publikum og nødetatene imellom.

HDO HF er tjenesteleverandør for både spesialist- og kommunehelsetjenesten, og samarbeider tett med Direktoratet for og samfunnssikkerhet og beredskap (DSB), Helsedirektoratet, Direktoratet for e-Helse og nødetatene. HDO HF's erfaring og kompetanse skal brukes for å understøtte dagens og fremtidens samhandlingsbehov mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i forbindelse med akutt helsehjelp.

Helsesektoren står foran store endringer innen arbeidsformer, organisering og bruk av teknologi. Dette vil ha innvirkning på hvordan tjenester til nødmeldetjenesten utvikles de kommende årene.

Mål for HDO HF:

Helseforetaket skal sørge for utvikling av fremtidsrettede, effektive og stabile nødmeldetjenester, og skape merverdi for helseforetak og kommuner.

Helseforetaket skal sikre at tjenestene som leveres har fremtidsrettede driftskonsept som muliggjør stordriftsfordeler og som støtter økt bredde i porteføljen av tjenester som tilbys nødmeldetjenesten. Det er videre nødvendig at HDO HF deltar i arenaer for informasjonsdeling i helsesektoren og med nødetatene for å understøtte gode sømløse tjenester, samt bidrar i utvikling av nyskapende løsninger i samarbeid med andre helseforetak, kommuner, forskningsmiljø, private aktører og akademia.

De regionale helseforetakene vil at HDO HF skal etablere fremtidsrettede tjenester som understøtter:

- Dagens og fremtidens kommunikasjonsformer mellom publikum og nødmeldetjenesten
- Dagens og fremtidens kommunikasjonsformer internt i nødmeldetjenesten og mellom akutt-tjenesten og sykehus/legevakt
- Mulighetene i dagens- og fremtidig nødnett
- Robuste tekniske løsninger for nødmeldetjenesten, gjennom god informasjonssikkerhet, redundans og reserveløsninger
- Gjenbruk av felleskomponenter og sømløs samhandling internt i den medisinske nødmeldetjeneste og på tvers av nødetater
- Mulighetene som ligger i bruk av sensorteknologi gir for rask og riktig respons ved akutte varslinger
- Innsikt, kunnskapsgenerering og forskning innen medisinsk nødmeldetjeneste

6.4 Luftambulansetjenesten HF - målbilde og strategisk utvikling for luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er en viktig del av den samlede akuttmedisinske kjeden. Tjenesten skal flyte sømløst over grensene mellom helseforetak, og er en knapp og kostbar ressurs. God utnyttelse av ressursene krever god samhandling mellom helseforetak, operatører og Luftambulansetjenesten HF.

Mål for luftambulansetjenesten

Befolkningen kunne motta gode og likeverdige luftambulansetjenester døgnet rundt. Bruken av luft- og bilambulansetjenesten, og samspillet mellom disse, mellom helseforetak og regioner må standardiseres og harmoniseres. Organisering av tjenesten må understøtte dette, bl.a. gjennom felles standarder og retningslinjer, god organisering av koordinerende funksjoner og effektiv kompetansedeling mellom prehospitalt,

akuttmedisinske og flyoperative miljøer. Forskning og utvikling må bidra for å gi riktig respons, med riktig kvalitet, til hver hendelse.

Digital utveksling av pasientinformasjon og automatisering av virksomhetsdata fra alle aktørene er nødvendig for å sikre at tjenesten er forsvarlig og likeverdig, og at ressursene anvendes effektivt.

De regionale helseforetakene ønsker å videreutvikle Luftambulansetjenesten HF, og sikre høy kvalitet gjennom gode anskaffelser og oppfølging av kontrakter. Anskaffelsesprosessene skal forbedres i tråd med evalueringen av forrige anskaffelse.

De regionale helseforetakene vil at Luftambulansetjenesten HF skal:

- Videreutvikle organisering av tjenesten i tråd med pasientenes behov
- Utvikle helseforetakets rolle som premissleverandørrolle for å effektivisere og kontrollere tjenesten basert på helhetlige virksomhetsdata
- Standardisere retningslinjer for bruk av luftambulansetjeneste og sikre god koordinering av ressursene
- Styrke forskning, utvikling og kompetansedeling mellom, og innen, de prehospitale tjenestene
- Videreutvikle samarbeidet mellom operatørene, sykehusforetakene og Luftambulansetjenesten HF
- Sørge for at virksomhetsdata fra alle deler av den akuttmedisinske kjeden blir tilgjengelig i et felles system, og utnyttes til kontinuerlig forbedring.
- Utvikle forslag til fremtidig anskaffelsesstrategi i samarbeid med relevante fagmiljøer

6.5 Pasientreiser HF - målbilde og strategisk utvikling for pasientreiseområdet

Pasientreisene håndteres av pasientreisekontorer i 17 helseforetak. Disse har ansvar for bestilling og planlegging av pasientreiser med rekvisisjon, og skal sørge for at befolkningen møter gode og likeverdige tjenester på pasientreiseområdet, uavhengig av hvor de bor i landet og egen økonomi. Pasientreiser HF er en felles enhet for de fire regionale helseforetakene og har ansvaret for saksbehandling og utbetaling av stønad til reiser uten rekvisisjon. Pasientreiser HF har også ansvar for drift og forvaltning av IKT-fagsystemer innenfor pasientreiseområdet, yter juridisk rådgivning, utarbeider opplæringsmateriell og bidrar til standardisering for å sikre likebehandling.

Mål for pasientreiseområdet og Pasientreiser HF

Pasienter og pårørende skal oppleve forutsigbarhet og trygghet. Det er et mål at pasientene skal være aktive deltakere, og oppleve kvalitet og sammenhengende tjenester. Uønsket variasjon skal reduseres. Pasientreiseordningen skal legge til rette for at flest mulig organiserer sin egen reise, slik at ressursene kan rettes inn mot de som trenger det mest. Digitalisering og interregional styring av IKT-utviklingen er sentrale virkemidler for å effektivisere og videreutvikle tjenesten.

Følgende samfunns- og brukereffekter skal leveres innenfor pasientreiseområdet:

1. En aktiv og deltakende bruker
2. En enkel pasientreise
3. En tilgjengelig og tilpasset pasientreise
4. En kostnadseffektiv pasientreise

Reiser med rekvisisjon:

- Pasienten er en aktiv ressurs og veiledes før, under og etter reisen av en selvbetjeningsløsning
- Rekvirering er en digital prosess og behandler foretar kun unntaksvis vurdering av behov for tilrettelagt transport
- Transport ses samlet og gir optimal utnyttelse av ressursene med rett kvalitet og servicenivå i et fremtidig transportmarked

Reiser uten rekvisisjon:

- Rettigheten utløses ved automatiserte tjenester
- Pasienten får umiddelbart svar hvis det ikke er behov for skjønn
- Pasienten kan gi informasjon og få svar digitalt

De regionale helseforetakene vil at Pasientreiser HF skal bidra til at:

- Pasienten har en aktiv rolle i utformingen av pasientreisen
- Behandlerkapasitet frigjøres
- Aktørene realiserer økt grad av samordning og samhandling
- Arbeidsprosesser standardiseres
- Digital samhandling er primær kanal for dialog med pasientene
- IKT-løsninger benyttes for å oppnå forenkling, selvbetjening og automatisering
- Reiserutene planlegges optimalt med samkjøring, og at offentlig betalt persontransport koordineres
- Pasienter med størst behov for hjelp gis tilpasset oppfølging

6.6 Sykehusbygg HF- målbilde og strategisk utvikling

Gode sykehusbygg er en viktig rammebetingelse for god og effektiv pasientbehandling. Det er derfor viktig at planlegging og bygging/ombygging av sykehusbygg blir gjort på en god måte, og at byggene deretter blir forvaltet, driftet og videreutviklet profesjonelt.

Hovedhensikten med Sykehusbygg HF er å utvikle og forvalte relevant kompetanse på et nivå som det ikke er hensiktsmessig at alle helseforetak håndterer i egen regi. Ved å samle ressurser og kunnskap i ett helseforetak som kan samarbeide med flere helseforetak på tvers av regiongrenser, er det lettere å drive erfaringsoverføring mellom prosjekter, og mellom helseforetak/regioner. Med utgangspunkt i blant annet erfaringer fra prosjektene skal Sykehusbygg HF, i samarbeid med eierne, utvikle standarder der dette gir verdi.

Det er de enkelte helseforetakene som eier byggene, og som har det totale ansvaret for sine egne bygninger og eiendommer. Dette innebærer ansvar for prioritering og planlegging av investeringsprosjekter innenfor faglige og økonomiske rammer, samt

forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og avhending av bygningsmassen. De regionale helseforetakene gir strategiske føringer for hvordan helseforetakene skal utøve dette ansvaret.

Mål for Sykehusbygg HF

Sykehusbygg HF skal bidra til framtidsrettet utvikling av sykehusutbyggingen i Norge gjennom læring, innovasjon og erfarings- og kompetanseoverføring.

De regionale helseforetakene vil at Sykehusbygg HF skal:

- Være en verdiskapende partner
- Skape merverdi ved bidra i utvikling og planlegging, samt gjennomføre byggeprosjekter til avtalt kvalitet og innenfor budsjett og tidsrammer. Prosesser og løsninger skal være kostnadseffektive
- Benytte kunnskapsbaserte metoder og verktøy. Gjennom standardisering og bruk av innovative løsninger skal dette bidra til en framtidsrettet utvikling av sykehusbyggingen
- Være det ledende fagmiljøet i landet for utvikling og gjennomføring av sykehusbyggeprosjekter. Helseforetaket skal kjennetegnes av et sterkt faglig engasjement og ha en kultur for læring og deling
- Sykehusbygg HF skal arbeide prosjektnært. Fokus skal være dynamisk kunnskaps- og erfaringsdeling med utgangspunkt i valgte løsninger og gjennomførte prosjekter, evalueringer og prosesser
- Utarbeide og forvalte standarder og veiledere der dette gir verdi, og ha fokus på deling og tilgjengeliggjøring av løsningsvalg som utvikles i prosjektene
- Være kunnskapsbanken for helseforetakene når det kommer til løsninger og konseptvalg for sykehusbygg. Kunnskapen og erfaringen skal deles når den oppstår, og gjøres lett tilgjengelig i digitalt, søkbart format

6.7 Sykehusinnkjøp HF - målbilde og strategisk utvikling

I norsk målestokk er helseforetakene store innkjøpere av utstyr, varer og tjenester. Samlet kjøper helseforetakene varer og tjenester for flere milliarder kroner i året. Sykehusinnkjøp HF's formål er å utøve en spesialisert og profesjonell innkjøpstjeneste for spesialisthelsetjenesten.

Mål for Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF skal skape resultater som bidrar til, leveransesikkerhet, økonomisk handlingsrom og fremtidsrettede helsetjenester i helseforetakene. Helseforetaket skal ha høy leveringspresisjon og bidra til stabil og sikker drift for helseforetakene og kontinuerlig forbedring.

Innkjøpstjenesten skal være profesjonell, spesialisert og tilgjengelig for brukerne. Helseforetaket skal sørge for at anskaffelsene skjer på en korrekt og samfunnsansvarlig måte. Helseforetaket skal være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp. Innovasjon skal fremmes, og det skal tilrettelegges for bruk av nye innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

De regionale helseforetakene vil at Sykehusinnkjøp HF skal:

1. Utvikle et sømløst og tett samspill med helseforetakene

For å oppnå dette skal foretaket arbeide med fire satsingsområder:

- Møteplasser og samhandlingsarenaer
- Samhandling med fagmiljøene
- Styringsmodell for anskaffelser
- Være en faktabasert samarbeidspartner

2. Videreutvikle organisasjonens kompetanse og gjennomføringsevne innen offentlige anskaffelser

For å oppnå dette skal Sykehusinnkjøp HF arbeide med fem satsingsområder:

- Kunnskap og kompetanse
- Felles og standardiserte prosesser
- Kategoribaserte anskaffelser
- Digitalisering
- Kvalitets- og risikostyring

3. Drive innkjøpsarbeid som skaper målbare resultater

For å skape målbare resultater er det behov for å peke ut en retning for hva som vil være de viktigste innkjøpsfaglige områdene og hvordan de skal utvikles videre. Disse områdene er:

- Samordning og tilpasning av anskaffelser
- Kategorianalyser og - planer
- Markeds- og leverandørutvikling
- Medvirkning
- Innovative anskaffelsesmetoder
- Kontraktstyring
- Leveranse og forsyningssikkerhet

7. Vedlegg 1

Tiltak i Regional utviklingsplan 2035 – hva har vi oppnådd?

Tiltak i Regional utviklingsplan 2035

- hva har vi oppnådd?

Innhold

Styrets vedtak sak 158-2018	2
1. Helse Nord møter utfordringene.....	4
2. Pasientens helsetjeneste.....	6
3. Kvalitet i pasientbehandling	7
4. Samhandling med primærhelsetjenesten	13
5. Utvikling av helsetjenesten for den samiske befolkning	16
6. Bemanning og kompetanse.....	19
7. Forskning og innovasjon.....	22
8. Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling.....	25
9. Teknologi	28
10. Bygg og kapasitet.....	31

Styrets vedtak sak 158-2018

Styret i Helse Nord RHF behandlet regional utviklingsplan i sak 158-2018, med følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord med de endringer og innspill som kom frem under behandling av saken. Planen 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. Styret presiserer behovet for å styrke tilbudet til den samiske befolkningen. Dette krever at helseforetakene på ledelsesnivå viser bevissthet om de særlige utfordringer den samiske befolkningen har i møte med helsetjenesten.
4. 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.
5. Styret vil understreke behovet for å utdanne og beholde helsepersonell. Arbeidsdelingen mellom helsepersonellgrupper må utvikles slik at vi bruker medarbeidernes kompetanse på best mulig måte. Det er nødvendig med et forpliktende samarbeid med utdanningsinstitusjonene om vurdering av kapasitet og gjennomføring av utdanning, også gjennom desentraliserte tilbud.
6. Styret vil presisere viktigheten av et vel fungerende forskningsmiljø i foretaksgruppen. Ressursbruk og aktivitet innen forskning må løftes minimum opp på samme nivå som i de andre regionale helseforetakene.
7. 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.
8. 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.

9. Det må legges stor vekt på samhandlingen med kommunene og fleksible løsninger i nybygg og renoveringsprosjekt. Styret ber adm. direktør om å sørge for at behovet for framtidig kapasitet utredes nærmere.

10. 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.

11. Styret ber adm. direktør halvårlig presentere en sak om status for arbeidet med å følge opp 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 (UNN) 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:	Gjennomført	Kommentar/Eksempel
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2019 		<p>ØLP 2019</p> <p>I kommende planperiode har vi prioritert:</p> <p>Etablere systemer for å måle brukerfornøydhets, livskvalitet og effekt av behandling. Opplysningene skal brukes for å styre og utvikle tjenestetilbudet i regionen.</p> <p>Videreutvikle digitale pasienttjenester.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2020 		<p>ØLP2020</p> <p>I kommende planperiode vil vi prioritere:</p> <p>Å organisere tjenestene slik at pasientene opplever kontinuitet i forløpene (standardiserte pasientforløp/pakkeforløp/Helsefelleskap).</p> <p>Etablere systemer for å måle brukerfornøydhets, livskvalitet og effekt av behandling. Opplysningene skal brukes for å styre og utvikle tjenestetilbudet og bedre brukermedvirkning i egen behandling.</p> <p>Videreutvikle og ta i bruk digitale pasienttjenester.</p> <p>Utvikle bedre psykiske helsetjenester. Tjenesten skal møte befolkningens samlede behov for psykiske helsetjenester, og pasientene skal motta et bærekraftig tilbud på rett nivå. Kvalitet og fagutvikling skal prioriteres.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Helse Nord skal: 	Gjennomført	Kommentar/Eksempel

<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle samvalgsløsninger på flere områder og ta det i bruk i hele regionen. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Involvere brukerne oftere og tidligere i forbedringsarbeid og utviklings- og omstillingsprosjekter. 	Ja	Brukermedvirkning er blitt en stadig mer integrert del av omstillings- og utviklingsarbeidet.
<ul style="list-style-type: none"> • Ta i bruk ny teknologi for å sikre desentrale spesialisthelsetilbud, egenderdiagnostikk/egenbehandling og digital dialog mellom pasient og helsetjeneste. 	Ja, startet opp i ulik utstrekning	Drevet ikke minst av pandemien
<ul style="list-style-type: none"> • Organisere tjenestene slik at pasienter opplever samarbeidet sykehusene imellom og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten som sømløst og forutsigbart. 	I prosess	Må vel si at en er på vei, men samtidig et langt stykke å gå. Betydelige kulturforskjeller mellom kommune og spesialisthelsetjenesten skaper utfordringer
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Delvis	Pakkeforløpene er i hovedsak godt organisert. Utfordringene er å holde tidsfristene

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. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) 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 helsetjenesteteam 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 legemiddel er hyppige, ofte alvorlige og kan i stor grad unngås ved å etterleve gode prosedyrer og kontrolltiltak.

Helse Nord skal:	Er tiltaket gjennomført?	Kommentar/eksempel
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2019 		ØLP 2019 I kommende planperiode har vi prioritert: Etablere nettverk mellom fagområder og virksomheter og styrke fagrådene. Prøve ut og ta i bruk digital teknologi til medisinsk avstandsoppfølging ved etablering av e-helsepoliklinikker mv. Bruke regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet for å støtte og fremme arbeidet med pasientsikkerhet i helseforetakene. Betydelig satsing på IKT-investeringer.
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2020 		ØLP2020 I kommende planperiode vil vi prioritere:

		<p>Forbedre kvalitetssystemet og utvikle ny felles forvaltningsmodell for regionale prosedyrer og rutiner.</p> <p>Å organisere prehospitaltjenester slik at de er tilpasset vårt desentrale bosetningsmønster.</p> <p>Etablere et prosjekt for utarbeidelse av regional legemiddelstrategi.</p> <p>Iverksette et regionalt strategiarbeid på beredskaps- og legemiddelområdet</p> <p>Bruke regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet for å støtte og fremme arbeidet med pasientsikkerhet i helseforetakene.</p> <p>Etablere et prosjekt for utarbeidelse av regional legemiddelstrategi.</p>
--	--	--

• Helse Nord skal:	Er tiltaket gjennomført?	Kommentar/eksempel
• Etablere nettverk mellom fagområder og virksomheter og styrke fagrådene.		
• Gjennomføre kliniske fagrevisjoner.	I prosess	Har en litt usikker fremtid. Ingen revisjoner er fullført under pandemien
• Bruke resultater fra kvalitetsregistre for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.	I prosess	Her har vi blitt bedre, og utvikler oss stadig.
• Bruke regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet for å støtte og fremme arbeidet med pasientsikkerhet i helseforetakene.	I prosess	organiserer forbedringsutdanningen QI-nord, arrangerer pasientsikkerhetskonferansen, Nettverk for GTT
• Bruke resultater fra helseatlas for å redusere uønsket variasjon, oppnå god kvalitet og prioritering og sikre likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester for befolkningen.	I prosess	Vi blir bedre
• Utvikle kvalitetssystem og metodikk som sikrer:		

<ul style="list-style-type: none"> • Læring fra meldte avvik og alvorlige hendelser 	I prosess	Jobber med anskaffelse. Foretakene har fått oppdrag
<ul style="list-style-type: none"> • Brukervennlige løsninger for melding og håndtering av avvik meldt fra kommune, pasient eller pårørende 	I prosess	Kommer forhåpentligvis i nytt kvalitetssystem. Har hatt aktiviteter på dette
<ul style="list-style-type: none"> • Redusert variasjon ved flere felles regionale prosedyrer og retningslinjer 	Planlagt	
<ul style="list-style-type: none"> • 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ha systemer for spredning og rask implementering av ny kunnskap i fagmiljøene på alle sykehus. 		
<ul style="list-style-type: none"> • I samarbeid med kommunene utvikle og systematisere tilbudet til pasientene som trenger og bruker helsetjenestene mest. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere etablering av nye hjemler for avtalespesialister der dette gir et godt tilbud og effektiv ressursbruk. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Organisere og koordinere samarbeidet mellom sykehus, private leverandører og avtalespesialister slik at ressursene brukes effektivt. 		

<ul style="list-style-type: none"> • Organisere prehospitaltjenester slik at den er tilpasset vårt desentrale bosettingsmønster. Endringer skal risikovurderes i samarbeid med berørte kommuner. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester. Barne- og ungdomspsykiatri skal ha særlig oppmerksomhet. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre et godt faglig tilbud i psykisk helsevern gjennom: 		
<ul style="list-style-type: none"> • Implementering av pakkeforløp 		
<ul style="list-style-type: none"> • System for pasientopplevd nytte og effekt av behandling 	planlagt	Anskaffet system, er i ferd med å utvikle forvaltning
<ul style="list-style-type: none"> • Satsning på forskning og felles faglige standarder 		
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere kvalitetsregister, kvalitetsindikatorer og pasientskaderegister i psykisk helsevern og TSB og anvende resultatene til utvikling av tjenestene lokalt og regionalt. 	planlagt	Er i ferd med å etablere nasjonalt BUP-register i UNN
<ul style="list-style-type: none"> • Utvikle tilbudet til pasienter med senskader etter kreft i Helse Nord. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ha geriatriisk kompetanse eller tilsvarende tilgjengelig i alle helseforetak. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide en strategi for legemiddelforsyningen og bruk av farmasøytisk kompetanse i regionen 	Nei	I prosess, ferdigstilles 2022

• 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 Nord's datavarehus som en sentral kilde for datagrunnlag i beslutningsstøtte og forbedringsarbeid.	I prosess	Kontinuerlig arbeid. God utvikling

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:	Gjennomført	Kommentar/Eksempel
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2019 		<p>ØLP 2019</p> <p>I kommende planperiode har vi prioritert:</p> <p>I samarbeid med kommunene (og private) utvikle og systematisere tilbudet til pasientene som trenger og bruker helsetjenestene mest. Etablere en regional enhet som forvalter og utvikler løsninger for brukerstyrte poliklinikker og medisinsk avstandsoppfølging.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2020 		<p>ØLP2020</p> <p>I kommende planperiode har vi prioritert å følge føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 ved å:</p> <p>Etablere fire helsefelleskap hvor kommuner og helseforetak utvikler og planlegger tjenestene sammen som likeverdige partnere. Helsefelleskapene bør prioritere utvikling av tjenester til barn og unge, personer med flere kroniske lidelser, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer og skrøpelige eldre. Helsefelleskapene skal finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger, og vil spille inn til neste Nasjonale helse- og sykehusplan.</p> <p>Skape det utadvendte sykehus. Utadvendte sykehus skal yte mer helsehjelp hjemme hos pasienten, samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og jobbe tettere med andre sykehus.</p> <p>Sikre en sammenhengende og koordinert akuttmedisinsk kjede. Angi retning for bruk av teknologi i spesialisthelsetjenesten og tilpasse nasjonale rammebetingelser til nye måter å yte tjenester på.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Ha samhandling tydelig på dagsorden i alle deler av virksomheten. 	Delvis	<p>Pandemien har tatt mye oppmerksomhet. I tillegg er nok samhandling i varierende grad et tema som står høyt på dagsorden i ledelsen av de kliniske miljøene</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Tilrettelegge for gode prehospitaltjenester i samarbeid med kommunene. 		Trygg akuttmedisin prosjektet i UNN som også spres videre til andre er et godt eksempel på tiltak på dette felt
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Nei	Samhandlingsarbeidet har nok stått noe i stampe på grunn av covid og ikke minst etableringen av helsefelleskapene som har tatt mye lengre tid enn ønsket. Samtidig er målet hårete og det er et langt lerret å bleike som vi nok vil ha som prioritet i mange år framover. Viktig at dette blir med i neste plan også
<ul style="list-style-type: none"> • Stimulere til at digital teknologi prøves ut og tas i bruk til medisinsk avstandsoppfølging ved etablering av e-helsepoliklinikker mv. 	I prosess	
<ul style="list-style-type: none"> • Ta initiativ til etablering av felles arenaer for fastleger og sykehusleger for å utvikle omforent praksis bl.a. for henvisninger, epikriser, mv. 		
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Delvis	Dialogfunksjonalitet i gang
<ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for bedre integrerte og samhandlende journalsystemer 	Nei	
<ul style="list-style-type: none"> • I samarbeid med kommunene dokumentere og analysere utviklingstrekkene i kommuner og helseforetak, blant annet gjennom løpende oppdatering, videreutvikling og bruk av samhandlingsbarometeret. 	Delvis	Felles analysearbeid skulle være en viktig metodikk i helsefelleskapenes arbeid. Fordi det har tatt mye lengre tid enn ønsket å etablere disse er en i svært liten grad kommet i gang med felles analysearbeid. Samhandlingsbarometeret er i liten grad i bruk. Felles analysearbeid blir nødvendig framover og her må RHFet bidra

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.

Helse Nord skal:	Gjennomført	Kommentar/Eksempel
<ul style="list-style-type: none">• ØLP 2019		<p>ØLP 2019</p> <p>I kommende planperiode har vi prioritert:</p> <p>Implementere tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Dette i henhold til prosjektet «Strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen».</p> <p>Videreutvikle tolketjenesten på nord-, sør- og lulesamisk språk for å gjøre tilbudet tilgjengelig i hele foretaksgruppen og gjøre skriftlig informasjon tilgjengelig.</p> <p>Opprette tre nye stillinger i nasjonalt team i SANKS.</p> <p>Styrke tilbudet innen eldremedisin og utvikle kompetansesenterfunksjon for eldremedisin i Såmi klinihkka i Finnmarkssykehuset.</p> <p>Utrede strategier for å beholde og rekrutter medarbeidere med samisk språk- og kulturkompetanse.</p>
<ul style="list-style-type: none">• ØLP 2020		<p>ØLP2020</p> <p>I kommende planperiode har vi prioritert:</p> <p>Implementere tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Dette i henhold til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» med spesielt</p>

		fokus på strategi for økt kompetanse og kvalitet i spesialisthelsetjenesten.
<ul style="list-style-type: none"> Involvere ledelsesnivå i helseforetakene om de særlige utfordringer den samiske befolkning har i møte med helsetjenesten. 	Gjennomført	<p>Dette er gjennomført og skal videreføres fortløpende der det er naturlig. Strategidokumentet har vært fremlagt for Direktørmøte, styreledermøte og på styreseminar. Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen blir involvert på ledelsesnivå i alle våre helseforetak i forskjellige saker og strategier. Neste sak som vil bli fremlagt for direktørmøte 21. april er opprettelse av et kompetansenettverk for samiske spesialisthelsetjenester. Se saksnotat direktørmøte. 27. april skal rapport med tiltaksplaner – spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen behandles i styret til Helse Nord RHF. Se rapport og ledermøtesak fra 22. mars 2022</p>
<ul style="list-style-type: none"> Utvikle tolketjenesten på nord, sør og lulesamisk språk for å gjøre tilbudet tilgjengelig i hele foretaksgruppen og gjøre skriftlig informasjon tilgjengelig. 	I prosess	<p>Helse Nord RHF har i samarbeid med HDO og Finnmarkssykehuset igangsatt prosjektet «Nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste for samisk språk» Det er HDO som har prosjektledelsen og Finnmarkssykehuset har leder arbeidsgruppen som bistår prosjektet.</p> <p>Prosjektet skal utrede muligheten for å opprette en nasjonal døgnkontinuerlig tolketjeneste. Tilbudet må dekke både nord, lule- og sørsamisk. Tilbudet må ses i sammenheng med samisk tolketjeneste på Sámi klinihkka ved for eksempel hjelp av teknologi. Tilbudet skal dekke ordinær tolketjeneste, men også være tilgjengelig for AMK-sentraler.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ta initiativ overfor utdanningsinstitusjonene for å få samisk kulturforståelse inn i grunnutdanningen av alt helsepersonell i Nord-Norge. 		<p>Dette jobber HR med, litt usikker på hva og hvor langt de er kommet.</p> <p>Her er vi en pådriver og tar dette opp i samarbeidsmøter med utdanningsinstitusjonene når vi har mulighet.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ta initiativ overfor Samisk høgskole for å få utviklet et utdanningstilbud i samisk kulturforståelse bl.a. gjennom e-læring. 	Ikke gjennomført.	Vi kommer ikke til å jobbe videre med dette punktet i første omgang. Vi planlegger å lage et eget interregionalt E-læringsprogram i samarbeid med Sámi klinihkka. Se rapport og ledermøtesak.
<ul style="list-style-type: none"> • Utrede strategier for å beholde og rekruttere medarbeidere med samisk språk og kulturkompetanse. 	Ikke gjennomført,	men vi er i dialog med Samisk legeforening og dette er et av våre samarbeidspunkter.
<ul style="list-style-type: none"> • Styrke tilbudet innen eldremedisin og utvikle kompetansesenterfunksjon for eldremedisin i Samisk helsepark. 	Gjennomført	Sámi klinihkka har opprettet geriatrisk team, men har for tiden utfordringer med å rekruttere geriater til teamet.
<ul style="list-style-type: none"> • Utrede organisering av LMS-tilbud som er tilrettelagt for den samiske pasient og pårørende. 	Utført	LMS-tilbud er organisert under Sámi klinihkka og det er opprettet en stilling som samisk LMS-koordinator.
<ul style="list-style-type: none"> • Utrede tjenestetilbud som kan tilbys som konsultasjon via Skype/videoløsninger fra samisk helsepark/andre virksomheter. 	Ikke utredet,	men Sámi klinihkka benytter seg av konsultasjoner via lyd/bilde spesielt innenfor hud og psykiskhelsevern.
<ul style="list-style-type: none"> • Utrede organisering av ressursgrupper, basert på egne medarbeidere, som helsepersonell kan få støtte hos. 	Gjennomført	Alle helseforetak i Helse Nord, foruten Helse Nord IKT har opprettet egne ressursgrupper som jobber med å øke kompetansen om samisk språk og kultur.
<ul style="list-style-type: none"> • Sikre samisk representasjon i helseforetakenes styrer og i brukerutvalgene. 	Gjennomført	

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 Nords egen regionale plan for rekruttering og stabilisering¹.

Helse Nord skal:	Gjennomført	Kommentar/Eksempel
<ul style="list-style-type: none">• ØLP 2019		<p>ØLP2019</p> <p>Basert på dette prioriteres følgende satsningsområder fra Helse Nords regionale utviklingsplan knyttet til bemanning:</p> <p>Styrke regionalt samarbeid tilknyttet lederutvikling (KLAR ledelse). Etablere regionalt sykefraværsteam for utprøving av en helhetsmodell for reduksjon av sykefravær. Øke utdanningskapasitet ABIOK og sikre desentraliserte sykepleierutdanning. Prøve ut muligheter for oppgavedeling og automatisering/robotisering. Etablere tverrfaglig regionalt team for bemanningsplanlegging og analyse, dedikerer ressurser og utvikle metodikk. Etablere styringssystem og gode rammebetingelser for utvikling av teknologistøttet læring. Utvikle målrettet stillingsmarkedsføring og omdømmebygging (Smart annonsering).</p>

¹ Regional handlingsplan for rekruttering og stabilisering (2016)

		Utvikle regional plan for inkluderingsdugnad hvor 5 % av alle nyansettelser skal være personer med nedsatt funksjonsevne/hull i CV (nasjonalt oppdrag).
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2020 		<p>ØLP2020</p> <p>Basert på dette prioriteres følgende satsningsområder fra Helse Nords regionale utviklingsplan knyttet til bemanning:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Styrke regionalt samarbeid tilknyttet lederutvikling (KLAR ledelse). ▪ Etablere regionalt sykefraværsteam for utprøving av en helhetsmodell for reduksjon av sykefravær. ▪ Øke utdanningskapasitet ABIOK og sikre desentraliserte sykepleierutdanning. ▪ Prøve ut muligheter for oppgavedeling og automatisering/robotisering. ▪ Etablere tverrfaglig regionalt team for bemanningsplanlegging og analyse, dedikerer ressurser og utvikle metodikk. ▪ Etablere styringssystem og gode rammebetingelser for utvikling av teknologistøttet læring. ▪ Utvikle målrettet stillingsmarkedsføring og omdømmebygging (Smart annonsering). ▪ Utvikle regional plan for inkluderingsdugnad hvor 5 % av alle nyansettelser skal være personer med nedsatt funksjonsevne/hull i CV (nasjonalt oppdrag).
<ul style="list-style-type: none"> • I samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene ta initiativ til at det utarbeides en mer enhetlig praksis for å analysere og beskrive framtidig bemanningsbehov. 	I prosess, ok	SAMUT orientert om metodikk (NBM). Følges opp med konkrete framskrivinger på ulike fagområder.
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeide for økt utdanningskapasitet for sykepleiere og spesialsykepleiere i Helse Nord, også som desentraliserte utdanningstilbud. 	Fullført	Økt kapasitet 30-40 % fra 2019. Godt utbygd desentraliserte tilbud, inkludert samisk sykepleierutdanning i Kautokeino.

<ul style="list-style-type: none"> • Sikre rekrutteringen av helsefagarbeidere og kontorfaglig personell gjennom blant annet å øke antall lærlingeplasser. 	I prosess, utfordringer	Antall helsefaglæringer økt fra 61 i 2020 til 77 i 2022. Med unntak av FIN har alle nådd målet om minimum 20 % økning allerede (ref. OD 2020). FIN forventer å nå målet innen 2023. Andelen helsefagarbeidere er likevel synkende.
<ul style="list-style-type: none"> • Ta initiativ til et forpliktende samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner om utvikling av etablerte og nye utdanningstilbud 	I prosess, ok	Eksempler: Master i digitale helsetjenester, øremerkede utdanningsstillinger for ALIS i sykehus, diabetessykepleie, utdanningstilbud innen KI-helse.
<ul style="list-style-type: none"> • Styrke rekrutteringsarbeidet og arbeide for å beholde helsepersonell over lengre tid. Hovedregelen ved ansettelse i Helse Nord skal være faste og hele stillinger. 	I prosess, utfordringer.	Bemanningsvekst forsterker rekrutteringsutfordringene. Helgehyppighet og vaktlengde hindrer heltid. ¾ av de som jobber deltid ønsker det selv.
<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre årlige forbedringsundersøkelser for helsefremmende arbeidsmiljø, HMS og pasientsikkerhet. 	Fullført	Foretakene i Helse Nord samarbeider gjennom regionalt forvaltningsforum. Lokale gjennomføringsgrupper i hvert HF, Forvaltningsforum regionalt og interregionalt samarbeid.
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere tverrfaglige regionale samhandlingsarenaer for økt kunnskap og samhandling innen arbeid HMS og sykefraværsoppfølging. 	Fullført	Etablert <i>Regional koordineringsgruppe for ivaretagelse av eget personell, Regionalt nærværnettverk, Bransjeprogram sykefravær, Regionalt og interregionalt inkluderingsnettverk,</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide en regional handlingsplan for ledelse og lederutvikling og etablere et regionalt nettverk lederutviklere for å følge opp. 	I prosess, ok	Etablert regionalt arbeid med styringsgruppe. Deltar også i interregionalt arbeid. Handlingsplan oppdateres 2022.
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	I prosess, ok	RPA – Robotisering av opptil 70 % reiseregning, kjørebok, utleggsskjema med mer. Oppgavedeling er prøvd ut flere steder med godt resultat, må breddes ut mye mer.
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	I prosess, ok	QI nord ruster ansatte til forbedringsarbeid. Etablert utdanning av forbedringsveiledere 2021. Økt satsning på forskning og innovasjon, ref. Ny strategi for forskning og innovasjon.

<ul style="list-style-type: none"> • Gjennom samarbeid i regionen tilby en fullverdig og fullstendig utdanning for langt de fleste legespesialiteter. 	I prosess, utfordringer	Fullverdige løp i 34 spesialiteter. Fremdeles få godkjente utdanningsvirksomheter, sen prosess i Hdir.
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeide for at IKT/teknologi får sin berettigede plass i utdanning av helsepersonell og utvikle kvalifiseringstiltak i egen organisasjon. 	I prosess, ok	Etablert regional kompetansetjeneste for digital læring etablert. Master i digitale helsetjenester. Utvikler nye utdanningstilbud innen KI-helse.
<ul style="list-style-type: none"> • Bygge opp Kompetansemodulen til å bli et komplett IKT-verktøy for ressursplanlegging som sikrer dokumentasjon, planlegging og oppfølging av kompetanse. 	I prosess, ok	Utrulling startet 2017 og utbredelse i bruk øker typisk spesialsykepleiere, LIS og lærlinger. Økt bruk under pandemien.

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:	Gjennomført	Kommentar/Eksempel
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2019 		ØLP2019

		<p>Styret vedtok i 62-2019 pkt 6 at:</p> <p>«Styret vil presisere viktigheten av et vel fungerende forskningsmiljø i foretaksgruppen. Ressursbruk og aktivitet innen forskning må løftes minimum opp på samme nivå som i de andre regionale helseforetakene.»</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2020 		<p>ØLP2020</p> <p>De neste årene vil Helse Nord særlig prioritere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klinisk forskning. • Stimulering til nasjonalt og internasjonalt samarbeid. • Brukermedvirkning i forskning og innovasjon. • Tjenesteinnovasjon, ny bruk av teknologi og smarte organisatoriske løsninger • Å opprettholde og øke ressursbruken til forskning (jf. styrets vedtak om regional utviklingsplan 2035).
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	<p>Gjennomført.</p> <p>I prosess.</p>	<p>Økt forskningsaktivitet i mindre HF.</p> <p>UNN – samarbeid med noen HF på noen områder.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Understøtte universitetssykehusets særskilte rolle innen forskning og innovasjon. 	<p>Gjennomført.</p>	<p>Krav i OD</p> <p>Ivaretatt i forsknings- og innovasjonsstrategi 2021-2025</p> <p>Mye strategisk samarbeid i USAM, regionalt forskningslederforum, regionalt innovasjonsnettverk, og annen kontakt, for eksempel er UNN med i noen nasjonale prosjekter/prosesser med RHF.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for at flere pasienter tilbys deltakelse i kliniske studier, blant annet gjennom deltakelse i nasjonalt og internasjonalt samarbeid. 	Gjennomført	<p>Det er kommet nasjonal handlingsplan for kliniske studier</p> <p>Krav i OD - NorTrials</p> <p>Styresaker med dette kravet i fokus</p> <p>RHF-enes strategigruppe</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Gjennomført I prosess - utfordringer	<p>Strategi for forskning og innovasjon – krav om tilrettelegging og ressursbruk</p> <p>Regionen er ikke kommet opp på ressursbruk og aktivitet (særlig ressursbruk) på samme nivå som de andre regionene, jf aktivitetsindikatorer og ressursmåling/regnskapstall. Gjelder alle HF, også universitetssykehuset.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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 forskningsfinansiererne nasjonalt og internasjonalt. 	Gjennomført I prosess - utfordringer	<p>UNN tilslag på to store prosjekt innen klinisk forskning (KLINBEFORSK)</p> <p>For lite søking og tilslag fra Forskningsrådet og EU samlet sett (NSE/UNN, NLSH og Helgelandssykehuset tilslag på EU-prosjekt)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Gjennomført I prosess	<p>Ikke helt i mål mht å slippe brukerne til med å velge forskningstema og innflytelse i noen faser av forskningsprosessen</p> <p>Kan vise til system for bmv, måler faktisk bruk av bmv</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Videreføre det formaliserte samarbeidet mellom Helse Nord og universitetene. Selve forskningen skal skje i samarbeid med aktive akademiske miljøer. 	Gjennomført	
<ul style="list-style-type: none"> • Tillegge forskningskompetanse vekt ved tilsetning i ledende stillinger. 	I prosess-utfordringer	Vektlegges ikke alltid
<ul style="list-style-type: none"> • Drive tjenesteinnovasjon ved å sette ny teknologi inn i gode organisatoriske løsninger. Dette vil begrense unødvendig reisevirksomhet for pasienter og ansatte, forbedre 	I prosess - utfordringer	Må ha stort fokus framover, og i neste RU

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 produktivitsutvikling i regionen og vi har et høyt kostnadsnivå. Utviklingen er svært bekymringsfull. Foretaksgruppen må iverksette tiltak, også av foretaksovergrepene 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:	Gjennomført	Kommentar/Eksempel
<ul style="list-style-type: none">ØLP 2019		ØLP2019 Økonomisk langtidsplan forutsetter at omstillingsarbeidet i foretakene fortsetter med uforminsket kraft. Særlige forventninger knyttes til forbedringsarbeid innenfor anskaffelsesfeltet, hvor vi tror det er betydelige potensialer for å redusere kostnader. Dersom det viser seg at omstillingsarbeidet ikke lykkes, vil planlagte investeringer måtte utsettes og/eller reduseres.

		I de nærmeste årene vil det prioriteres å ta ut mulige gevinster knyttet til nasjonale og regionale prosjekter, mer effektive arbeidsprosesser og gevinster knyttet til innkjøp
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2020 		<p>ØLP2020</p> <ul style="list-style-type: none"> • I de nærmeste årene vil det prioriteres å ta ut mulige gevinster knyttet til nasjonale og regionale prosjekter, mer effektive arbeidsprosesser og gevinster knyttet til innkjøp. Reviderte konsernbestemmelser for investeringer er et viktig verktøy for å sikre rett prioritering og investeringsregimet vil bli utviklet i tråd med dette. • I styresak 43-2020 – Prosjekt Styrke økonomisk bærekraft, fase 2 – utkast til mandat, oppfølging av styresak 122-2019 ble det besluttet å videreføre to regionale prosjekter; <ul style="list-style-type: none"> «Redusere antall AMK-sentraler» og «Bedre styring og kontroll med ressursplanleggingen». Den første er knyttet til muligheter som oppstår knyttet til innføring av ny teknologi i AMK-sentralene. Den andre er et større prosjekt som skal bidra til bedre kapasitetsutnyttelse og redusert innleie av personell.
<ul style="list-style-type: none"> • Ha en utvikling av virksomheten som er økonomisk bærekraftig. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Iverksette tiltak for å sikre likviditet til planlagte prosjekter og gi handlingsrom for videre satsning innen teknologi og omstillings- og innovasjonsarbeid. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Bruke investeringsregimet for vurdering av effekt kontra kostnad som grunnlag for en endelig prioritering. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ha en felles tilnærming til gevinstrealisering og derved oppnå større effekter av vedtatte tiltak. 		

<ul style="list-style-type: none"> • Videreutvikle partssamarbeidet med arbeidstakernes representanter ved god involvering i forbedrings- og omstillingsarbeid. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere en samarbeidskultur som involverer medarbeiderne i arbeidet med forbedring og omstilling. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Ha kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon ved forvaltning og oppfølging av gjeldende innkjøpsavtaler 	<p>For SANO: i prosess/ok</p> <p>For sykehusene: i prosess/utfordringer (her må sykehusene gjøre egen vurdering)</p>	<p>Etter at SANO overtok legemiddelleveransene til alle sykehusene gjennomfører vi stedlig kontroll med at bestillinger til grossist er i henhold til LIS-avtaler. Vi har i tillegg ansatt i vårt foretak alle LIS-kontaktene i regionen og koordinerer disse. En omforent samarbeidsavtale/innkjøpshåndbok mellom Sykehusinnkjøp divisjon legemidler og RHF, hvor SANO samt LIS-kontaktens rolle tydeliggjøres, kan bidra til ytterligere effektivisering av forvaltning av innkjøpsavtalene og redusere kostander i lagerhold av legemidler.</p> <p>Flere sykehusforetak i regionen har startet et arbeid med å sikre at forskrivning på H-resept er i henhold til gjeldende anbefalinger fra LIS sine spesialistgrupper.</p> <p>Ved å etablere flere sykehusapotek, kan distribusjonsleddet fra grossist til sykehus bli mer kostnadseffektivt, blant annet som følge av at antall fordyrende hasteleveranser vil gå ned. Det vil også bidra til at behovet for lokal beredskap i sykehusene går ned (overføres til SANO). Interndistribusjonen i sykehusene effektiviseres gjennom et stedlig legemiddellager i apoteket</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Øke andelen av faglige likeverdige og rimeligere legemidler i henhold til grossistavtaler og avtaler inngått gjennom legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS). 	<p>For SANO: i prosess/ok</p>	<p>Se kommentar ovenfor. Internt i sykehusene er gjennomføringsgraden høy, mer å hente på forskrivning av H-resepter.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Intensivere innkjøpsamarbeidet og iverksette tiltak for å sikre lojalitet til inngåtte avtaler 		
<ul style="list-style-type: none"> • 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. Utdfordringen 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:	Gjennomført	Kommentar/Eksempel
• ØLP 2019		ØLP2019 I likhet med å gjøre pasientjournalinformasjon tilgjengelig for pasientene, som beskrevet i kap. 2.1, er det selvfølgelig naturlig å stille alle journaler, bilder, prøveresultater, etc. tilgjengelig for andre behandlere i andre deler av helsetjenesten ved tjenstlige behov.

	<p>Noe som spesialisthelsetjenesten og særskilt Helse Nord har arbeidet aktivt for å realisere fra 2009 og frem til nå. Dette er i tråd med behovet som er beskrevet sektoren og i tråd med regjeringens målsetning beskrevet i stortingsmelding 9, 2012/136: Regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten er: Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger. Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2020 	<p>ØLP2020</p> <p>Deling av utvalgte pasientdokumenter mellom sykehus, allmennleger, legevakt og pleie- og omsorgssektoren kommer på plass i 2020 hvor disse blir tilgjengelig via kjernejournal. Pasientene har allerede hatt slik tilgang i flere år via helsenorge.no. Bruk av video med tilhørende timevisning og timedialog mellom pasient og behandler på helsenorge.no er klar for innføring ved foretakene og forventes tatt i bruk ila 2020.</p> <p>Samtidig som elektroniske dialogmeldinger mellom allmennleger og sykehus er klart til pilotering med Helgelandssykehuset som første foretak ut i Helse Nord.</p> <p>Alle tiltakene representerer delmengder for oppfyllelse av ambisjonen rundt digitale poliklinikker ila 2021, og en større satsning på desentraliserte tjenester. Samtidig som det forventes at tiltakene vil understøtte ambisjoner rundt etablering av helsefelleskap samt forbedret samhandling både med pasient og andre deler av sektoren slik skissert i kap. 212-2.4.</p> <p>I tillegg innføres nå elektroniske skjema i Helse Nord til bruk i behandlingen. Primært er fokuset i første runde lagt på Psykisk helsevern og rus hvor tjenesten får tilgang til en rekke elektroniske skåringsinstrumenter (1 100 stk.). I tillegg vil den regionale skjemaløsningen benyttes innen somatikken for bedre kunne ta stilling til hvilke pasienter som bør inn til kontroll på sykehus. I denne sammenhengen benyttes enkle algoritmer for å selekere pasienter og er benyttet noe tid i Danmark</p>

		<p>Samhandling mellom pasient og helsetjenesten har gjennom covid-19-pandemien forsterket helsenorge.no posisjon som den sentrale inngangsporten for helseopplysninger. En slik utvikling er gledelig og understøtter Helse Nord's historiske satsing på og finansiering av helsenorge.no.</p> <p>Regjeringens overordnede mål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger • Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester • Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning • Videreutvikle digitale pasienttjenester og helsenorge.no • Øke automatiseringsgraden i samspillet mellom pasient og sykehusene samt fjerne større deler av de papirer som i dag sendes fysisk til pasienter.
<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide en samlet strategi og handlingsplan for teknologi 		
<ul style="list-style-type: none"> • Innføre stimulerings tiltak slik at velprøvde og fungerende løsninger raskt kan tas i bruk 		
<ul style="list-style-type: none"> • Bruk felles og utprøvd metodikk ved innføring av ny teknologi 		
<ul style="list-style-type: none"> • Legge bruk av teknologi inn som styringsmål for helseforetakene. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Etablere et teknologiråd som stimulerer tjenesteinnovasjon og bruk av teknologi. 		
<ul style="list-style-type: none"> • 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.		
• 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:	Gjennomført	Kommentar/Eksempel
• ØLP 2019		<ul style="list-style-type: none"> • ØLP2019 • I kommende planperiode er følgende prosjekter prioritert: • Nye UNN Narvik og Nye Finnmarkssykehuset Hammerfest Begge disse er i forprosjektfase. Det arbeides med fleksibilitet, riktig dimensjonering på antall senger og i sum en bærekraftig økonomi. • Helgelandssykehuset 2025

		<p>Prosjektet utreder framtidig sykehusstruktur på Helgeland. Det samles inn et omfattende beslutningsgrunnlag. Styret i Helgelandssykehuset skal gi sin anbefaling om ny sykehusstruktur, før saken skal til Helse Nord-styret og deretter til Helse- og omsorgsdepartementet, jf. helseforetaksloven om saker av vesentlig betydning (§ 30).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nytt sykehus for psykisk helsevern og rus UNN Organisasjonsutviklingsprosjektet er intensivert for å avklare lokalisering, noe som har betydning for hvilke tiltak som må iverksettes med dagens eiendom og bygningsmasse på Åsgård. • Det er også iverksatt tiltak for bedre vedlikehold av eksisterende og nye bygningsmasser
<ul style="list-style-type: none"> • ØLP 2020 		ØLP2020, det samme som i 2019
<ul style="list-style-type: none"> • Utrede nærmere behovet for framtidig kapasitet i spesialisthelsetjenesten på basis av en avklart arbeidsdeling med kommunene. 		<p>Dette har kanskje noe med helsefellesskapene å gjøre og der har jeg lite informasjon. Innenfor mine ansvarsområder er det ikke startet arbeid på dette området</p>
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Pågår	<p>Dette er prinsipper som legges til grunn i hvert enkelt byggeprosjekt og så varierer mulighetene for å få det til ut fra om det er nybygg eller ombygginger, økonomiske rammer etc</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Samlokalisere psykisk helsevern med somatiske helsetjenester, universitets- og kommunale funksjoner ved nybyggprosjekter, der det ligger til rette for det. 	Pågår	<p>Dette er gjort i Nye Narvik sykehus, nye Hammerfest sykehus og vurderes også i nye Helgelandssykehuset. Unntaket er PHR Tromsø (ref gårdagens vedtak i UNN-styret)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Planlegge og gjennomføre utbyggingsprosjekter i tråd med langsiktig plan. 	Pågår	<p>Frem til nå er planen fulgt</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Sørge for at bygningsmassen vedlikeholdes tilfredsstillende. 		<p>Økonomien er ikke tilstrekkelig til å ivareta dette. Manglende vedlikehold har pågått over mange år og det er ingen utsikter til bedring ut fra definisjonen av hva som er forsvarlig, verdibevarende vedlikehold</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Legge til rette for at bygningsmassen på Åsgård kan utvikles/ erstattes med nye arealer på nåværende eller annet sted. 	Pågår	Ref beslutning i UNN-styret i går
<ul style="list-style-type: none"> • Utrede framtidig behov for reovering av den eldste bygningsmassen ved NLSH psykiatri. 	Pågår	Konseptfase steg 1 er gjennomført. Prosjektet vil ikke komme inn på ØLP før etter 2028
<ul style="list-style-type: none"> • Vurdere behov for reovering/nybygg av UNN Harstad. 	Ikke startet	Det er gjennomført en idefase i tilknytning til salg av tomt til helsehus Harstad kommune. Et eventuelt prosjekt vil ikke komme inn på ØLP før etter 2028

«MOTTAKERNAVN»
«ADRESSE»
«POSTNR» «POSTSTED»

«Kontakt»

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler Dato:
«REF» 2021/1005-7/676 Cecilie Daae/ Bodø, 30.09.2022

Høring - regional utviklingsplan Helse Nord 2023 - 2038

Regional utviklingsplan er det regionale helseforetakets øverste strategiske dokument som viser hvordan foretaksgruppen – Helse Nord – skal utvikle sin virksomhet frem mot 2038. Helse Nord RHF iverksetter nasjonal helsepolitikk i tråd med medisinsk utvikling og forbedringer av helsetjenesten for å gi befolkningen likeverdige tjenester, tilpasset landsdelen.

Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023- 2038 er en oppdatering og videreutvikling av den første regionale utviklingsplanen (regional utviklingsplan Helse Nord 2035) som ble illustrert med en fyrlykt. Det er et mål at også den oppdaterte utviklingsplanen skal være retningsviser og et instrument å navigere etter. Derfor skal planen adressere utfordringene vi vil møte i 2038, og hvordan vi skal møte disse. Å lage en plan for utviklingen av helsetjenesten i et 15 års perspektiv er både krevende, nødvendig og meningsfullt.

Vi vil gjerne at dere er med og hjelper oss med å finne svarene. Fremtidens helsevesen angår oss alle og vi har derfor valgt å holde høringen åpen for alle som ønsker å gi innspill. Flere er direkte invitert til å avgi høringssvar, men alle er velkomne til å uttale seg. Hovedorganisasjoner bes videresende til sine aktuelle medlemsorganisasjoner.

I høringsuttalelsen er det ønskelig med begrunnelse og eventuelt forslag til endringer. Vi ønsker spesielt synspunkter på:

- om beskrivelsen av utfordringsbildet i hovedsak er dekkende for den reelle situasjonen
- om utfordringsbildet passer med vår beskrivelse av Helse Nord's særpreg og behov for omstilling
- om de foreslåtte målområdene og tiltaksområdene er hensiktsmessige for å møte utfordringsbildet
 - Kommenter gjerne hvert målområde særskilt:
 - Vår felles helsetjeneste (befolkningsperspektivet)
 - Samhandling og samarbeid (tjenesteperspektivet)
 - Medarbeideren (ansatte- og ledelsesperspektivet)

- Helse Nord særskilte ansvar for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning
- Helse Nord's samfunnssikkerhetsansvar og kapasitet i helseberedskap og krisehåndtering
- om dere har andre innspill og tilbakemeldinger?

Regional utviklingsplan angir både strategisk retning på lang sikt, mot 2038 og for de første fire årene. [Strategi for Helse Nord RHF \(2021–2024\)](#), vedtatt 24. februar 2021 vil i denne sammenheng dekke første del av planperioden.

Høringsutkastet ble godkjent av styret for Helse Nord RHF i styremøtet 28. september 2022 og kan lastes ned på Helse Nord's nettside for styresaker ([styresak 121-2022 Regional utviklingsplan 2023–2038 – høringsutkast](#)). Planen består av to deler:

Del 1 beskriver helseregionens særpreg og særegne utfordringer, behovet for omstilling og målområder for utviklingsplanen. Under hvert målområde skisseres en overordnet retning mot 2038. Del 1 dekker det veilederen omtaler som analyse og veivalg og svarer således ut strategiske retningsvalg mot 2038 som i planperioden følges opp gjennom videre utredninger og handlingsplaner.

I del 2 beskrives oppdraget, det helhetlige utfordringsbildet, Helse Nord's samfunnsansvar, bærekraftsforutsetninger, framskrivninger og øvrig planverk som Nasjonal helse- og sykehusplan, Helse Nord RHF's strategi og regionale delstrategier. I del 2 er det også tatt inn en oversikt over målbilder og strategisk utvikling for de nasjonale helseforetakene som de fire RHF-ene eier sammen (de felleseide HF-ene).

Helseforetakene skal oppdatere sine lokale utviklingsplaner innen 31.10.2022 på bestilling fra Helse Nord RHF og skal avspeile det regionale helseforetakets sørge for-ansvar for spesialisthelsetjenester. Den nasjonale veilederen med utviklingsplaner ligger til grunn for arbeidet. Helseforetakene skal oversende de lokale utviklingsplanene etter styrebehandling, slik at de regionale helseforetakene kan innarbeide disse i den regionale utviklingsplanen.

Høringsuttalelser sendes til postmottak@helse-nord.no og merkes «Høringsuttalelse regional utviklingsplan 2038». Høringsfristen er 10. november 2022. Alle svar publiseres fortløpende på våre nettsider.

Forslag til endelig regional utviklingsplan legges frem for Helse Nord-styret 14. desember 2022.

Vi ser frem til å høre fra dere i høringsrunden

Vennlig hilsen

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

- 1 Styresak 121-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038 - høringsutkast
- 2 Mottakerliste høring regional utviklingsplan Helse Nord 2023-2038

Høringsmottakere regional utviklingsplan Helse Nord 2023-2038

Helseforetakene
Finnmarkssykehuset
Universitetssykehuset Nord-Norge
Nordlandssykehuset
Helgelandssykehuset
Sykehusapotek Nord
Helse Nord IKT
Felleseide helseforetak
Sykehusbygg
Sykehusinnkjøp
Luftambulansetjenesten
Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett
Pasientreiser
Regionale helseforetak
Helse Midt-Norge RHF
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Private helsetjenesteleverandører
Samarbeidsutvalget for avtalespesialistene
Samarbeidsutvalget for psykologene
Helgeland rehabilitering
Helsepartner Nord-Norge
Nordtun HelseRehab
ViGør rehabiliteringssykehus
Røysumtunet
Valnesfjord Helsesportsenter
Stiftelsen RIBO
Finnmarkskollektivet
Fossumkollektivet, Valnesfjord
Kirkens Bymisjon Veslelien
Blå kors klinikk rus og avhengighet, Tjeldsund
Aleris Helse AS
Volvat Medisinske Senter AS
Kløveråsen utrednings og kompetansesenter
Modum Bad
Viken senter
Evidia AS
Unilabs AS

Pasient- og brukerorganisasjoner (paraplyorganisasjonene)
Kreftforeningen
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Samarbeidsforumet for funksjonshemmedes organisasjoner (SAFO)
RIO-en landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet
A-larm, Helsehuset
proLAR Nett
Brukerutvalg Helse Nord
Regionalt Brukerutvalg (RBU)
Lokale brukerutvalg i HF-ene
Ungdomsråd i HF-ene
Pasient- og brukerombud
Troms og Finnmark
Nordland
Fagforeninger
Norsk Sykepleierforbund
Den Norske Legeforening
Unio
Akademikerne
Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)
SAN
Konserntillitsvalgte/-verneombud Helse Nord
Foretakstillitsvalgte/-verneombud Helse Nord RHF
Politikere/kommuner i Nord-Norge
Troms og Finnmark Fylkeskommune
Nordland Fylkeskommune
Sametinget
Regionrådene
Kommuner
Alstahaug
Alta
Andøy
Balsfjord
Bardu
Beiarn
Berlevåg
Bindal
Bodø

Brønnøy
Bø
Båtsfjord
Deatnu-Tana
Dyrøy
Dønna
Evenes
Fauske-Fuosko
Flakstad
Gáivuotna-Kåfjord-Kaivuono
Gamvik
Gildeskål
Grane
Gratangen
Guovdageaidnu-Kautokeino
Hadsel
Hamarøy
Hammerfest
Harstad - Hárstták
Hasvik
Hattfjelldal
Hemnes
Herøy (Nordl.)
Ibestad
Kárášjohka-Karasjok
Karlsøy
Kvæfjord
Kvænangen
Lebesby
Leirfjord
Loabák - Lavangen
Loppa
Lurøy
Lyngen
Lødingen
Meløy
Moskenes
Målselv
Måsøy
Narvik
Nesna
Nordkapp
Nordreisa
Porsanger-Porsáŋgu-Porsanki
Rana
Rødøy

Røst
Salangen
Saltdal
Senja
Skjervøy
Sortland
Steigen
Storfjord-Omasvuotna-Omasvuono
Sømna
Sørfold
Sørreisa
Sør-Varanger
Tjeldsund
Tromsø
Træna
Unjárga-Nesseby
Vadsø
Vardø
Vefsn
Vega
Vestvågøy
Vevelstad
Værøy
Vågan
Øksnes
Statsinstitusjoner
Statsforvalteren i Troms og Finnmark
Statsforvalteren i Nordland
Forsvaret
Politi
Syssemesteren på Svalbard
Universiteter og høyskoler
Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet
Nord universitetet
Samisk høyskole
Arbeids-/næringslivsorganisasjoner
Kommunenes sentralforbund KS
Arbeidsgiverforeningen Spekter
Hovedorganisasjonen Virke
Næringslivets hovedorganisasjon NHO

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Janny Helene Aasen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 81-2022

Internrevisjon for 2023-2024 – innspill til plan

Innledning/bakgrunn

Internrevisjonen i Helse Nord RHF er en uavhengig bekreftelses- og rådgivningsfunksjon med ansvar for internrevisjon i alle foretakene i helseforetaksgruppen, jf. helseforetakslovens § 37a. Internrevisjonen er organisert under styret i Helse Nord RHF, og har som oppgave å evaluere og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

Internrevisjonen gjennomfører revisjonene med utgangspunkt i toårsplan vedtatt av styret i Helse Nord RHF. Utkast til plan settes opp basert på en samlet vurdering og prioritering av innspill fra ulike interessenter og egne vurderinger. Planen rulleres årlig, og revisjonsplanen for 2023-2024 skal vedtas av styret i desember i år. Ved rulleringen blir det alltid vurdert om gjenstående temaer skal videreføres eller tas ut, i tillegg til at nye temaer tas inn i planen.

Til orientering vedlegges gjeldende toårsplan (2022-2023), med kort angivelse av status for de enkelte temaer, samt internrevisjonens årsrapport for 2021. Rapporter fra gjennomførte revisjoner kan leses via denne lenken til Helse Nord RHF's nettsider; <https://helse-nord.no/om-oss/styret-i-helse-nord-rhf/internrevisjonen-i-helse-nord-rhf#internrevisjonsrapporter>.

Formål

Regionalt brukerutvalg (RBU) inviteres til å gi innspill om temaer som ønskes tatt inn i revisjonsplanen for perioden 2023-2024. Dette kan også omfatte resterende temaer fra innværende planperiode. Det er ønskelig at innspillene begrunnes ut fra et pasient- og pårørendeperspektiv.

Konklusjon

Internrevisjonen oppfordrer RBU til å prioritere de tre viktigste innspillene til revisjonstemaer i 2023-2024, ut fra et pasient- og pårørendeperspektiv.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg foreslår at det gjennomføres internrevisjon innen følgende temaer i perioden 2023-2024:

1. ...
2. ...
3. ...

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:

1. Plan for internrevisjon 2022-2023, med status per oktober 2022
2. Årsrapport Internrevisjonen 2021

Plan for internrevisjon 2022-2023, med status per oktober 2022

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.

Styret i Helse Nord RHF vedtok i sak 169-2021 følgende plan for internrevisjon 2022-2023:

	Tema	Formål	
1	Virksomhetsstyring	Bekreftede at det er etablert en helhetlig virksomhetsstyring i Helse Nord, i samsvar med regelverk og anerkjente rammeverk.	Behandlet i styret 28.09.22
2*	Gjennomføring av omstillingstiltak	Bekreftede at sykehusforetakene i Helse Nord gjennomfører vedtatte omstillingsplaner, herunder reduksjon i innleie, slik at planlagte økonomiske effekter av tiltak kan oppnås. Revisjonen skal også bekrefte at Helse Nord RHF har en hensiktsmessig oppfølging av sykehusforetakenes omstilling.	Pågår
3	Registreringspraksis i DIPS	Bekreftede at foretakene har et pålitelig datagrunnlag for rapportering om ventetider, fristbrudd og forløpstider innen somatisk virksomhet, samt kartlegge årsaker til eventuelle svakheter.	
4	Kontinuerlig forbedring av pasientforløp	Bekreftede at foretakene jobber systematisk med å optimalisere og standardisere pasientforløp, slik at forløpene bidrar til god kvalitet og god kapasitetsutnyttelse.	
5	Opplæring i legemiddelhåndtering	Bekreftede at foretakene sørger for at helsepersonell får nødvendig opplæring og kompetanseutvikling i legemiddelhåndtering, jf. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.	
6	Innleie av helsepersonell	Bekreftede at anbefalinger oppsummert i Internrevisjonsrapport nr. 6-2020, Innleie av helsepersonell i Helse Nord, er fulgt opp.	
7	Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	Bekreftede at det gis et tilfredsstillende tilbud om døgnrehabilitering for pasienter med betydelige funksjonstap.	

* Endret i Revisjonsutvalgssak 16/2022, 05.09.2022, ved at nytt revisjonsoppdrag, Sykehusforetakenes gjennomføring av omstillingstiltak, prioriteres inn i planen som tema nr. 2.

INTERNREVISJONENS ÅRSRAPPORT FOR 2021

1) Innledning

a) Internrevisjonens plass i organisasjonen, organisasjonsmessig uavhengighet

Internrevisjonen er funksjonelt underlagt styret i Helse Nord RHF. Styret har oppnevnt et revisjonsutvalg med formål å styrke styrets fokus på virksomhetsstyring, tilsyn og kontroll i foretaksgruppen, blant annet ved å se etter at Helse Nord har en uavhengig og effektiv internrevisjon. Administrativt er internrevisjonen organisert under adm. direktør.

b) Formål med internrevisjonens arbeid

Formålet med internrevisjonens arbeid fremgår av pkt. 1 i internrevisjonens instruks: *Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Nord RHF evaluere og bidra til forbedringer i det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.*

Oppgaven utdypes i instruksens kap. 4, hvor pkt. 4.1 er sentralt:

Internrevisjonen skal evaluere det regionale helseforetakets og foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll. I dette ligger bl.a. å se etter at risikostyring og internkontroll er tilpasset risikoen i foretaksgruppen og bidrar til å sikre

- *målrettet og kostnadseffektiv bruk av ressurser*
- *pålitelig rapportering av økonomiske data og andre virksomhetsdata*
- *etterleving av regelverk, eierkrav og øvrige kvalitetskrav.*

Internrevisjonen har også en rådgiverfunksjon, beskrevet i instruksens pkt. 4.2:

Internrevisjonen skal gi uavhengige og objektive uttalelser, råd og veiledning for å bidra til forbedringer i foretaksgruppens virksomhetsstyring, risikostyring og internkontroll.

2) Personalressurser

Bemanningen i internrevisjonen har vært noe ujevn i 2021. I første halvår disponerte avdelingen 2,6 årsverk, noe som er 0,4 årsverk mindre enn gjeldende bemanningsplan. I siste halvår har imidlertid bare 2 fulle årsverk vært virksomme. Det er inngått timebasert arbeidsavtale med tidligere revisjonssjef, som sikrer leveranse av tjenester til Sykehusinnkjøp, jf. 6 a) nedenfor. På bakgrunn av langvarig fravær, har internrevisjonen ansatt vikar i 100 % stilling i ett år fra januar 2022.

3) Internrevisjonens arbeid

Internrevisjonen har tre hovedoppgaver: å utføre bekreftelsesoppgaver (revisjon) i foretaksgruppen, yte rådgivning i foretaksgruppen, og ivareta sekretærfunksjon for

revisjonsutvalget. I tillegg ivaretas oppgaven som internrevisjon for Sykehusinnkjøp HF. Arbeidet i Helse Nord i 2021 kan oppsummeres slik:

a) Bekreftelsesoppgaver:

Internrevisjonen arbeider ut fra styrevedtatte toårsplaner som rulleres årlig. Planen for 2021-2022 ble vedtatt av styret i sak 170-2020 og inneholdt ni bekreftelsesoppdrag, hvorav ett var pågående ved årsskiftet 2020-2021. Ett av oppdragene er fullført og styrebehandlet i Helse Nord RHF i 2021, og ett oppdrag er fullført i januar 2022. Av de resterende sju temaene er tre videreført i planen for 2022-2023. Status for oppdragene i revisjonsplanen er som følgende:

Nr	Plan 2021-2022: Tema	Gjelder særlig mål nr. *	Status gjennomføring og styrebehandling	Status styrets videre oppfølging
1	Psykisk helsevern voksne - ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse	1	Fullført, rapport 05/21 Styresak 111-2021	Under oppfølging
2	Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer	3	Fullført, rapport 06/21 Styrebehandling 23. februar 2022	
3	Innleie av helsepersonell	5	Videreført i plan 2022- 2023	
4	Samarbeidsavtaler med kommunehelsetjeneste	1-3	Ikke videreført i plan 2022-2023	
5	Regionale funksjoner i helseforetakene	3	Ikke videreført i plan 2022-2023	
6	Forskrift om Ledelse og Kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten	3 og 6	Ikke videreført i plan 2022-2023	
7	Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten	3	Videreført i plan 2022- 2023	
8	Helseforetakenes opplæringsplaner innen legemiddelhåndtering	3 og 4	Videreført i plan 2022- 2023	
9	Funksjonell forvaltning av regionale IKT-systemer	3 og 5	Ikke videreført i plan 2022-2023	

* Mål: Refererer til Helse Nord's overordnede mål for planperioden, jf. styrevedtatt *Økonomisk langtidspan for Helse Nord 2021-2024*:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

I tillegg har internrevisjonen tatt med følgende mål i forbindelse med risikovurderingen:

4. Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell.
5. Innfri de økonomiske mål i perioden.
6. Etterlevelse av gjeldende regelverk.

Kort beskrivelse av fullførte oppdrag i 2021:

1. Psykisk helsevern voksne - ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse

Internrevisjonen konkluderte i revisjonen med at tre av helseforetakene ikke har etablert en tilfredsstillende styring og kontroll med ventetidsutviklingen, og at ingen av foretakene har en tilfredsstillende styring med kapasitetsutnyttelsen. De vesentligste svakhetene er at risikovurderinger ikke er gjennomført eller er mangelfulle, at tiltaksplaner er fragmenterte og ufullstendige, og at lederoppfølgingen er noe mangelfull. Internrevisjonen ga hvert foretak anbefalinger som omhandler blant annet risikovurderinger, bruk av vurderingssamtaler, tiltaksplaner, intern rapportering, ledelsesoppfølging, bruk av styringsindikatorer og analyser i forbedringsarbeidet, samt informasjon til styret. I tillegg ble Helse Nord RHF anbefalt å sørge for at helseforetakenes registreringspraksis i forbindelse med vurderingssamtaler innen psykisk helsevern for voksne, samsvarer med nasjonale føringer, samt å styrke oppfølgingen av helseforetakenes risikostyringsprosesser.

Alle internrevisjonens rapporter legges fortløpende ut på Helse Nord RHF's hjemmeside.

b) Rådgivningsoppgaver:

Internrevisjonen ivaretar sin rådgivningsfunksjon primært gjennom anbefalinger i revisjonsrapporter, besvaring av fagspørsmål og innlegg/presentasjoner i møter, seminarer og konferanser. Her nevnes noen slike innlegg/presentasjoner som internrevisjonen har avholdt i 2021:

- Presentasjon av IIAs *Veileder for virksomhetsstyring* for RHF-ets ledergruppe den 23. februar og for Revisjonsutvalget den 2. juni.
- Tematime for styret den 28. september, basert på *Internrevisjonsrapport 05/2021: Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppsummering*.
- Innlegg om helhetlig risikostyring, som del av styreseminar i Sykehusapotek Nord HF den 29. september.

I tillegg har revisjonssjefen gitt råd i forbindelse med videreutvikling av Helse Nord RHF's risikostyring og bidratt som rådgiver i evalueringen av beredskapsarbeidet i Helse Nord under covid-19-pandemien også i 2021.

c) Sekretariat for revisjonsutvalget:

Internrevisjonen er sekretariat for revisjonsutvalget i Helse Nord RHF. Funksjonen ivaretas av revisjonssjef med bistand fra nestleder, og går blant annet ut på å sette opp sakliste i samarbeid med utvalgets leder, forberede sakene og presentere dem i møtene. I tillegg ivaretar internrevisjonen de praktiske sidene rundt møteavviklingen, skriver protokoll og sørger for arkivering. Revisjonsutvalget har ansvar for å følge opp den eksterne revisjonens arbeid, jf. instruks for styrets revisjonsutvalg pkt. 4 C. Det er ekstern revisor selv som presenterer revisjonens utførelse og vesentlige forhold knyttet til foretaksgruppens årsregnskap, uten internrevisjonens involvering.

Revisjonsutvalget avholdt seks møter i 2021, hvorav alle ble gjennomført digitalt grunnet pandemien. Revisjonssjef og nestleder har deltatt i alle møtene. I tre av møtene har også en av internrevisjonens øvrige medarbeidere deltatt.

4) Samarbeid og kontakter

Revisjonssjefen møter i utvidet ledergruppe i Helse Nord RHF en gang i måneden. Revisjonssjefen er også til stede i styremøtene i Helse Nord RHF.

Internrevisjonen har i 2021 deltatt i ledergruppemøter i alle de seks helseforetakene, for å diskutere risikobildet på kort og lang sikt, samt aktuelle temaer for fremtidige revisjoner.

Kontakt og samarbeid med relevante fagmiljøer er viktig, og foregår bl.a. slik:

a) RHF-internrevisorforum

Det er etablert et forum hvor alle de ansatte i de fire regionale helseforetakenes internrevisjoner utveksler erfaringer og drøfter faglige og praktiske spørsmål. Grunnet pandemien er det i 2021 kun avholdt et digitalt dagsmøte, hvor ulike faglige temaer ble presentert og diskutert. Det er også avholdt egne møter for revisjonssjefene der aktuelle temaer ble diskutert.

b) Regionalt internrevisjonsnettverk i Helse Nord:

Internrevisjonen i Helse Nord RHF leder et internrevisjonsnettverk i foretaksgruppen, hvor mandatet går ut på utveksling av erfaringer og informasjon, kompetanseheving og samordning av revisjonsaktiviteter på de ulike nivåer i Helse Nord. Det er gjennomført to møter i 2021, begge digitalt grunnet covid-19-pandemien. Vårmøtet omfattet informasjonsutveksling og diskusjon om interesse for regional fagdag om interne revisjoner, mens i høstmøtet ble aktuelle temaer for internrevisjonens plan for 2022-2023, diskutert. I tillegg ble det besluttet å gjennomføre en regional fagdag om interne revisjoner i perioden mai/juni 2022, og det ble nedsatt en arrangementskomité.

c) Revisorforeninger:

De ansatte i internrevisjonen er medlemmer av IIA Norge. Tidligere revisjonssjef er fortsatt medlem av foreningens fag- og metodekomité, som i 2021 har ferdigstilt og utgitt *Veileder for virksomhetsstyring*. Revisjonssjefen er også medlem av Revisorforeningen, som gir tilgang til relevant faginformatjon, kurs, tidsskrifter og annen faglitteratur.

d) Nord Universitetet:

Revisjonssjefen har i april 2021 holdt en digital 2,5 times forelesning på Nord Universitetet i Bodø under tittelen «Internal Audit – As a profession and in Health Sector». Dette bidrar til et tett samarbeid med universitetet innen fagområdet risikostyring.

e) Andre kontaktpunkter:

Internrevisjonen legger vekt på å ha god kontakt med Helse Nord's eksterne revisor (BDO), Riksrevisjonen og ulike tilsynsmyndigheter. Slike kontakter er bl.a. viktig for å oppnå en best mulig ressursutnyttelse, bli oppmerksom på risikoområder og unngå

overlappende revisjons-/kontrollarbeid. Revisjonssjefen deltok i det faste, årlige møtet mellom Riksrevisjonen og RHF-enes internrevisjoner i Oslo i oktober.

f) Annet:

Tidligere revisjonssjef holdt foredrag om internkontroll og virksomhetsstyring på jubileumskonferansen til Norges Kommunerevisorforbund den 26. oktober.

5) **Faglig oppdatering og utvikling**

Det følger av instruksen at internrevisjonen i Helse Nord RHF skal ha høy revisjonsfaglig kompetanse. Internrevisjonens ansatte er diplomerte internrevisorer eller statsautoriserte revisorer.

Revisjonssjef og nestleder deltok på IIA Norges årskonferanse, *En verden i endring*, i Oslo i november. Ansatte fra internrevisjonen har også deltatt på diverse digitale konferanser, eksempelvis om sosial manipulasjon og digitale utfordringer, økt modenhet på styring og kontroll, helsefelleskap, pasientsikkerhet og faglig oppdatering via Revisorforeningen.

I tillegg til faglig utvikling via kurs, jobber internrevisjonen kontinuerlig med utvikling av metodikk og arbeidsprosesser. Det er gjennomført egenervaluering i samsvar med IIA-standardene i juni 2021, som del av intern fagdag. Forbedringstiltak er besluttet iverksatt, og flere av disse er også gjennomført. I 2021 er det imidlertid ikke gjennomført «kundeevaluering» etter utførte revisjoner.

Internrevisjonen tilstreber å øke bruken av dataanalyser i sine revisjoner, og dette ble benyttet i internrevisjonen om ventetidsutvikling og kapasitetsutvikling innen psykisk helsevern for voksne. Dataanalyser er også noe vi vil videreutvikle i årene fremover i samarbeid med analysemiljøet i Helse Nord RHF.

6) **Budsjett, ressursbruk**

Budsjettet for 2021 har gitt internrevisjonen nødvendig rom for å planlegge og gjennomføre arbeidet hensiktsmessig og effektivt. Internrevisjonen har drevet godt innenfor de gitte rammene. Internrevisjonen har i 2021 ikke benyttet seg av eksterne konsulenter. De positive erfaringene ved bruk av digitale møter og intervjuer er videreført fra 2020, og har bidratt til lave reisekostnader også i 2021.

a) Evaluering av konsekvenser av leveranse av eksterne internrevisjonstjenester

I sak 20/2019 ga revisjonsutvalget sin tilslutning til at det ble inngått avtale om levering av internrevisjonstjenester til Sykehusinnkjøp HF. Revisjonsutvalget ba i tillegg om at det foretas en årlig evaluering av konsekvensene for Helse Nord av tjenesteleveransene til Sykehusinnkjøp, som framlegges for revisjonsutvalget i forbindelse med internrevisjonens årsrapport. Internrevisjonen har i 2021 gjennomført og rapportert ett revisjonsoppdrag som internrevisor for Sykehusinnkjøp HF. All revisjonsaktivitet i form av oppstartsmøte, intervjuer, samtaler og oppsummeringsmøte har vært gjennomført digitalt, noe som har bidratt til stor grad av effektivitet og fleksibilitet. Ved å benytte arbeidsavtalen med tidligere revisjonssjef, har internrevisjonen kun benyttet egne ressurser til gjennomføringen av oppdraget, og all tidsbruk er blitt registrert. Selv med begrenset med ressurser, har internrevisjonen klart å prioritere gjennomføring av

oppdraget, og revisjonssjefens vurderinger er at dette ikke har hatt konsekvenser for internrevisjonen i Helse Nord.

7) Oppsummering

Internrevisjonen har i 2021 jobbet i henhold til vedtatt plan. Vi blir godt mottatt i hele foretaksgruppen og har et klart inntrykk av at det oppfattes som positivt at vi evaluerer internkontroll, risikostyring og virksomhetsstyring i regionen og yter faglig bistand. Vår opplevelse er at foretakene og de berørte medarbeiderne gjør sitt beste for å legge til rette for en effektiv gjennomføring av revisjonsoppdragene.

Internrevisjonens uavhengighet

Revisjonssjefen bekrefter med dette at Internrevisjonen i Helse Nord RHF er uavhengig og vurderer at revisjonsarbeidet er utført i overensstemmelse med de internasjonale standardene for profesjonell utøvelse av internrevisjon.

Bodø, 20. januar 2022

Janny Helene Aasen

Møtedato: 17. oktober 2022

Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Lars Alvar Mickelsen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 82-2022

Behandlingshjelpemidler - mandat konseptutredning

Bakgrunn for saken

I direktørmøtet 12. mai 2022 ble *direktørmøtesak 66-2022 Behandlingshjelpemidler – status og veien videre* behandlet med følgende konklusjon:

- Adm. direktører i Helse Nord RHF og helseforetakene i Helse Nord anbefaler at BHM tas med i pågående og kommende prosesser knyttet til hjemmebehandling og avstandsoppfølging.*
- Adm. direktører i Helse Nord RHF og helseforetakene i Helse Nord ser behovet for en gjennomgang av organiseringen av BHM-enhetene, og ber BHM-forum ta initiativ til en prosess der også helsefag involveres.*

Vurdering

Samlet sett for Helse Nord fikk man i 2003 ansvar for rundt 10 000 utstyrsenheter og samme antall pasienter. Denne listen har i årene etter blitt tilført ytterligere ansvarsområder som insulinpumper i 2004 og CGM i 2019, kompresjonsplagg for brystkreftopererte med lymfødem i 2011, utstyr til pasienter med kjønnsdysfori med mer. Dette gjør at behandlingshjelpemidler (BHM) i dag har ansvar for ca. 40 000 utstyrsenheter og 27 000 pasienter. Gjennom alle år har man sett en årlig økning på mellom 8-11% i antall pasienter og utstyrsenheter, dette gjelder også regnskapene.

Dagens BHM-enheter er ikke dimensjonert og rigget for utviklingen som skjer på dette fagområdet, og det er derfor behov for en gjennomgang med tanke på en bedre dimensjonering av BHM-enhetene til å håndtere fremtidig utvikling.

Oppsummering

Det foreslås å starte et arbeid med en konseptutredning for området behandlingshjelpemidler (BHM) der fokuset legges på følgende tema:

- Organisering
- Økonomi og finansieringsmodell
- Personvern og informasjonssikkerhet
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Utstyr og anskaffelser
- Forvaltningssystem

Arbeidet må også ta hensyn til det arbeidet som pågår vedrørende forsyningsikkerhet da BHM-området omfatter mye utstyr med stort behov for forbruksmateriell. I tillegg er miljø og bærekraft sentralt for alle områder, også for BHM, og miljøstrategien må derfor være en sentral føring i dette arbeidet.

Forslag til vedtak

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjon om konseptutredning for om rådet behandlingshjelpemidler til orientering

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:
Mandat konseptutredning behandlingshjelpemidler (BHM) v 0.1 - 221003

Mandat for konseptutredning behandlingshjelpemidler (BHM) Helse Nord

Oppdatert sist 03/10/22

Prosjektnummer i Agresso:	Saksnummer i Elements:	
Behandlet dato: <dato>	Behandlet av (ansvarlig linjeleder): <navn>	Utarbeidet av: <navn>
Beslutning: <Skriv inn beslutning, av hvem, dato>		
Bemanning av neste fase Leder av utredningsarbeidet, prosjektleder: Andre:		Ferdigstilles dato: <dato>
Signatur ved godkjenning:		

Innhold

1. Bakgrunn.....	3
2. Formål med arbeidet.....	4
3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen.....	5
4. Avgrensing og avhengigheter.....	6
5. Krav til resultat.....	6
6. Tidsramme og ressursbehov.....	6
7. Finansiering.....	6
8. Organisering og ansvar.....	6
9. Kommunikasjon og interessentoppfølging.....	7
10. Vedlegg.....	7

1. Bakgrunn

I brev av 16.09.02 varslet Helsedepartementet at ansvaret for enkelte behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell skulle overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 01.01.2003. Forslaget ble vedtatt ved behandling av Statsbudsjettet for 2003.

Reformen innebar bl.a. at de regionale foretakene skulle overta ansvar for vedtak om og tildeling av behandlingshjelpemidler og forbruksmateriell til spesialisert behandling i hjemmet som tidligere ble ivaretatt av Hjelpemiddelsentralene (1 i hvert fylke) og de lokale trygdekontor.

I november 2002 ble de enkelte helseforetakene i Helse Nord informert om overtakelsen. Ansvaret for daglig oppfølging av reformen ble lagt til de enkelte helseforetakene i Helse Nord.

Oppgaven med implementering av ansvaret for behandlingshjelpemidler har vært oppfattet som komplisert av alle helseforetakene, og med svært kort tidsramme for å få organisering og drift på plass. Rett før årsskiftet 2002/2003 ble det etablert et samarbeid mellom Helse Nord og helseforetakene for å oppnå en kvalitativt bedre tjeneste og en mer rasjonell drift.

I Helse Nord RHF`s styringsdokument til helseforetakene for 2003 sies om området:

”Behandlingshjelpemidler til hjemmeboende er et virksomhetsområde som antas å være økende i omfang og betydning. Samtidig tilsier områdets kompleksitet at det vil være krevende å overføre denne virksomheten til helseforetakene. Det foreslås derfor at det under ledelse av Helse Nord RHF etableres et prosjekt der det i samarbeid med helseforetakene avklares hvordan denne virksomheten kan innpasses. Denne avklaringen omfatter også spørsmålet om samling av enkelte funksjoner til færre foretak.”

Definisjon på BHM er:

«En naturlig forståelse av begrepet behandlingshjelpemidler er at det omfatter alle hjelpemidler som benyttes i forbindelse med medisinsk behandling, ikke bare behandling i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakenes ansvar skal i utgangspunktet omfatte bare de behandlingshjelpemidler som benyttes i spesialisert medisinsk behandling samt det forbruksmateriell som er nødvendig for å benytte hjelpemidlet. Ansvaret er en del av sørge-for ansvaret, og det foreligger ingen nærmere regulering av hva som omfattes.»¹

¹ Sitert fra NOU IS-1531

Hva er behandlingshjelpemidler:

- Behandlingshjelpemidler er medisinsk utstyr og forbruksmateriell som benyttes utenfor sykehuset, oftest i hjemmet.²
- Behandlingshjelpemidler er nødvendig i forbindelse med medisinsk behandling, helsehjelp, som er initiert av spesialisthelsetjenesten.³
- Det gjelder også spesialisert behandling i hjemmet, som alternativ til behandling ved sykehusene.⁴

Behandlingshjelpemidler er spesialisthelsetjeneste; tildeling og bruk av behandlingshjelpemidler er å anse som helsehjelp.

«I tillegg til utredning av behov for behandlingshjelpemidler og formidling av disse har de regionale helseforetakene ansvaret for opplæring av bruker og kommunen, vedlikehold og oppfølging av bruker i samarbeid med kommunen.»⁵

Samlet sett for Helse Nord fikk man i 2003 ansvar for rundt 10 000 utstyrsenheter og samme antall pasienter. Denne listen har i årene etter blitt tilført ytterligere ansvarsområder som insulinpumper i 2004 og CGM i 2019, kompresjonsplagg for brystkreftopererte med lymfødem i 2011, utstyr til pasienter med kjønnsdysfori med mer. Dette gjør at BHM i dag har ansvar for ca 40.000 utstyrsenheter og 27.000 pasienter. Gjennom alle år har man sett en årlig økning på mellom 8-11% i antall pasienter og utstyrsenheter, dette gjelder også regnskapene

De senere år har fokus i både oppdragsdokumenter og utviklingsplaner (kortsiktige og langsiktige) helt fra departement til hvert foretak dreid mer og mer over på økt bruk av avstandsoppfølging og medisinsk hjemmebehandling. Dette har igjen økt etterspørselen etter nye og mer avanserte utstyrstyper/-grupper til bruk utenfor sykehusene. Foretakene etablerer i større grad hjemmesykehus/avansert hjemmesykehus som vil kreve til dels svært avansert utstyr. Dette utfordrer BHM enhetene både på økonomi, teknisk kompetanse, IKT-sikkerhet og personvern.

2. Formål med arbeidet

Dagens BHM-enheter er ikke dimensjonert og rigget for utviklingen som skjer på dette fagområdet. Gjennom en BHM-strategi blir det viktig å ha fokus på utviklingen slik at

²Dokument nr. 15.9 (2018-2019) Stortingets spørretime, Helseminister Bent Høie besvarte skriftlig spørsmål fra Olaug V. Bollestad (KrF)

³ St.prp.nr.1 (2002-2003) s.119 og 234

⁴ St.prp.nr.1 (2002-2003) s.13

⁵ Brev fra HOD til RHFene, 2002.09.16

BHM-enhetene organiseres på en måte som tar høyde for endringer og vekst. I tillegg skal økonomimodellen vurderes slik at den er tilpasset driften.

Denne prosessen skal resultere i en strategi for utviklingen av BHM i Helse Nord.

3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen

Strategien skal vurdere tiltak på følgende områder:

- 1. Organisering*
Dagens organisering må vurderes i forhold til den utviklingen som skjer innen BHM-området. Pasient- og utstyrsvekst har økt kraftig siden oppstart og denne økningen fortsetter. Dette får konsekvenser for kapasitet og struktur innen BHM-enhetene.
- 2. Økonomi og finansieringsmodell*
Økning av pasienter og utstyr medfører også en betydelig økning i kostnader. Kostnadene kan ikke BHM-enhetene påvirke da utlevering styres av klinikkene og henvisning fra lege. Det er derfor nødvendig å se på modellen for økonomistyring samt hva som skal legges til grunn for budsjettprosessene.
- 3. Personvern og informasjonssikkerhet*
Utstyrmengden øker og det blir stadig mer avansert utstyr med mulighet for å sende pasientinformasjon over nettet og i sky. Dette stiller store krav i forhold til personvern og informasjonssikkerhet. Dette må belyses i arbeidet med strategien
- 4. Samhandling med primærhelsetjenesten*
Alt utstyr fra BHM-enhetene er ute hos den enkelte pasient hvilket innebærer at en del også befinner seg på kommunale sykehjem og andre kommunale institusjoner. BHM-enhetene har allerede et samarbeid med primærhelsetjenesten gjennom at de driver noe opplæring til helsepersonell på utstyret som er ute. Dette samarbeidet kan bli bedre og tettere, blant annet bør man se på hvilken rolle BHM-enhetene kan ha i arbeidet med helsefelleskapene. Dette vurderes nærmere i strategiarbeidet.
- 5. Utstyr og anskaffelser*
BHM-enhetene forvalter store mengder utstyr og mye av dette anskaffe allerede på avtaler inngått av Sykehusinnkjøp HF. Det kan være gevinster på en bedre samordning av anskaffelser i regionene og dette skal vurderes nærmere i strategiarbeidet.
- 6. Forvaltningssystem*
Medusa er valgt som nasjonalt forvaltningssystem for medisinteknisk utstyr og behandlingshjelpemidler. Det er etablert en regional systemforvaltning i Helse Nord og i arbeidet med strategien vil det drøftes hvordan bruken av Medusa skal utvikles og hvordan regional systemforvaltning skal støtte opp under dette.

4. Avgrensning og avhengigheter

Pågående aktiviteter i forhold til avstandsoppfølging og stormottakerprosjektet vil kunne ha sammenheng med dette, og avklaringer mot disse må gjøres underveis i arbeidet.

Det vil være kobling mellom klassifikasjonssystemet til Sykehusinnkjøp, ClockWork i Helse Nord for kjøp av ulike produkter og tjenester (inkl. IKT-utstyr) og Medusa for medisinteknisk utstyr og behandlingshjelpemidler. I tillegg kommer oppkobling mot en rekke medisinske fagsystemer.

BHM-strategien må også ta hensyn til arbeidet med forsyningsikkerhet da BHM-området omfatter mye utstyr som krever fast tilførsel av forbruksmateriell.

For at spesialisthelsetjenesten skal oppnå den reduksjon av CO₂-utslipp som myndighetene har besluttet er fokus på miljø og bærekraft helt avgjørende på alle områder, også innen BHM. I arbeidet med strategien må derfor miljø og bærekraft stå sentralt.

5. Krav til resultat

Det er en rivende utvikling innen digitale helsetjenester og hjemmebehandling, noe som i stor grad påvirker BHM-enhetene. Utviklingen går fort og den får konsekvenser for økonomi og ressurser, og det er derfor viktig å få på plass en strategi for utvikling av BHM-enhetene i Helse Nord, som vil være resultatet av arbeidet.

6. Tidsramme og ressursbehov

Tidsramme for konseptfasen er satt til September 2022 – mars 2023 og gjennomføres med interne ressurser i RHF og HF-ene.

7. Finansiering

Noen møte- og reisekostnader vil tilkomme, disse dekkes av respektive foretak

8. Organisering og ansvar

Det foreslås en organisering etter modell som beskrevet nedenfor.

Styringsgruppe:

Fagdirektørmøtet foreslås som styringsgruppe for arbeidet.

Prosjektgruppe:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------|
| • XXXXX | Helse Nord RHF |
| • XXXXX | Helse Nord RHF |
| • Nils Otto Pleym | Finnmarkssykehuset HF |
| • Jon Bruun-Hanssen | UNN HF |
| • Leif Arne Rask | Nordlandssykehuset HF |
| • Jackline Katumbi Mwinzi Iversen | Helgelandssykehuset HF |
| • (XXXXX | Sykehusapotek Nord HF) |
| • (XXXXX | Helse Nord IKT HF) |

Rapportering underveis til prosjekteier skjer på avtalt format.

9. Kommunikasjon og interessentoppfølging

HF-direktørene og stedlige ledere for sykehusene innenfor BHM, kliniske enheter som tildeler behandlingshjelpemidler, videre er RHF- og HF-direktørene ansvarlige overfor sine styrer som igjen rapporterer til eier for RHF. Bruker og kommuner er interessenter i dette.

Arbeidsgruppen vil utarbeide en kommunikasjonsplan som ivaretar øvrige interessenter.

10. Vedlegg

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Siw Skår

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 84-2022

ParkinsonNet i Helse Nord – orientering om status for etablering

Formål

Formål med saken er å orientere regionalt brukerutvalg om status for implementeringen av ParkinsonNet. Saken er en oppfølging av *RBU-sak 22-2021 Implementering av ParkinsonNet*, vedtakspunkt 3:

1. *Regionalt brukerutvalg vurderer ParkinsonNet som en meget god modell for oppfølging av mennesker med Parkinson sykdom.*
2. *Regionalt brukerutvalg ønsker at denne modellen på sikt vurderes brukt også til andre pasientgrupper.*
3. *RBU ber om å få saken til ny behandling i november 2021.*

Beslutningsgrunnlag

ParkinsonNet er en nederlandsk modell med formål om å styrke tilbudet til pasienter med Parkinsons sykdom, ved å etablere fagnettverk for å bygge kompetanse hos behandlere (sykepleiere, fysioterapeuter, logopeder og ergoterapeuter), i nært samarbeid med brukerne.

Etter pilotering i 2017-2019 ble modellen anbefalt videreført som nasjonal modell. I tråd med plan for nasjonal implementering (vedlegg) er det etablert to nettverksområder i Helse Nord, knyttet til de to nevrologiske avdelingene ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø.

Det er etablert nasjonal koordineringsenhet ved Stavanger universitetssykehus. Koordineringsenheten er en viktig støtte for de lokale koordinatorene ved at de bistår i planlegging og delvis i gjennomføring av nettverkssamlingene, koordinerer bruk av fagveiledere, deler erfaringer på tvers av regionene og bidrar til at implementeringen blir mest mulig lik i landet.

Nettverksområde UNN og Finnmarkssykehuset

Nettverksområdet ble etablert høsten 2021, etter en forsiktig oppstart allerede våren 2021. Området består av UNN og Finnmarkssykehuset med tilhørende kommuner, brukere og private aktører. Det er utpekt lokal koordinator, og på tross av manglende kontinuitet pga. permisjon er funksjonen godt ivaretatt. Det er gjennomført grunnkurs, først digitalt i samarbeid med Helse Sør-Øst, så digitalt for bare dette nettverksområdet

med 96 deltakere. I mai 2022 ble det den praktiske delen av grunnkurset gjennomført med fysisk deltakelse. Lokal brukerorganisasjon har vært med i planlegging og gjennomføring av nettverkssamlingene, og ved siste samling var ti brukerdeltakere med.

Det er flere positive erfaringer så langt:

- Godt samarbeid med den nasjonale koordineringsenheten.
- Sterk brukermedvirkning.
- Grunnkursene har hatt deltakere fra helseforetakene, primærhelsetjenesten og private aktører.
- Både fagpersoner og brukere vurderer grunnkurset som engasjerende, lærerikt og nyttig.
- Implementeringsgruppe er etablert.

Noen forhold vurderes som utfordrende:

- Få deltakere fra Finnmark, både fra helseforetaket, primærhelsetjenesten og private aktører.
- Ergoterapeuter er en liten, men viktig gruppe, som har vansker med å prioritere tid til deltakelse. Foreløpig ikke med i implementeringsgruppen.
- Lite tid avsatt til å delta i nettverket og i implementeringsgruppen. Gjelder alle faggrupper.

Nettverksområde Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset

Dette nettverksområdet er etablert som planlagt og har gjennomført grunnkurs i april 2022 med 68 deltakere. Også her har lokal brukerorganisasjon vært med i planlegging og gjennomføring. Rollen som lokal koordinator er midlertidig tillagt sykepleier ved sengeposten, og det er foreløpig uklart når fast lokal koordinator er på plass.

Positive erfaringer så langt er sammenfallende med erfaringene i det andre nettverket:

- Godt samarbeid og god støtte fra nasjonal koordineringsenhet.
- Deltakere fra både helseforetak, kommuner og private.
- God brukermedvirkning med stor interesse for å delta.
- Både fagpersoner og brukere vurderer grunnkurset som lærerikt og nyttig.

Utfordringer for nettverket:

- Ikke etablert implementeringsgruppe.
- Lav deltakelse fra Helgelandssykehuset.
- Størst deltakelse fra de store kommunene i Salten og omegn, få fra de øvrige.
- Lite tid avsatt til å delta i nettverket. Gjelder alle faggrupper og lokal koordinator.

Konklusjon

Implementeringen av ParkinsonNet i Helse Nord er tidsmessig i tråd med den nasjonale planen.

ParkinsonNet er godt mottatt, og både fagpersoner og brukere som har deltatt på grunnkursene gir gode tilbakemeldinger.

Samarbeidet med den nasjonale koordineringsenheten er god, og det er viktig å bruke koordineringsenheten for å dele erfaringer og sikre en mest mulig lik implementering i hele landet.

Som planlagt er det foreløpig brukt fagveiledere fra Helse Sør-Øst og Helse Vest. Neste skritt i arbeidet er å utdanne egne fagveiledere i Helse Nord, for så mange av faggruppene som mulig, noe som vil styrke kompetansen og forankringen i regionen. Økt kompetanse i hele regionen vil bidra til mest mulig likeverdig tilbud til brukere, uavhengig av bosted. En robust forankring av ParkinsonNet i helseforetakene er nødvendig for at nettverkene skal fungere. En forutsetning for å få til det er at lokal koordinator og kommende fagveiledere får tilstrekkelig tid til å utføre oppgavene på en god og forutsigbar måte.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om status for implementering av ParkinsonNet til orientering.

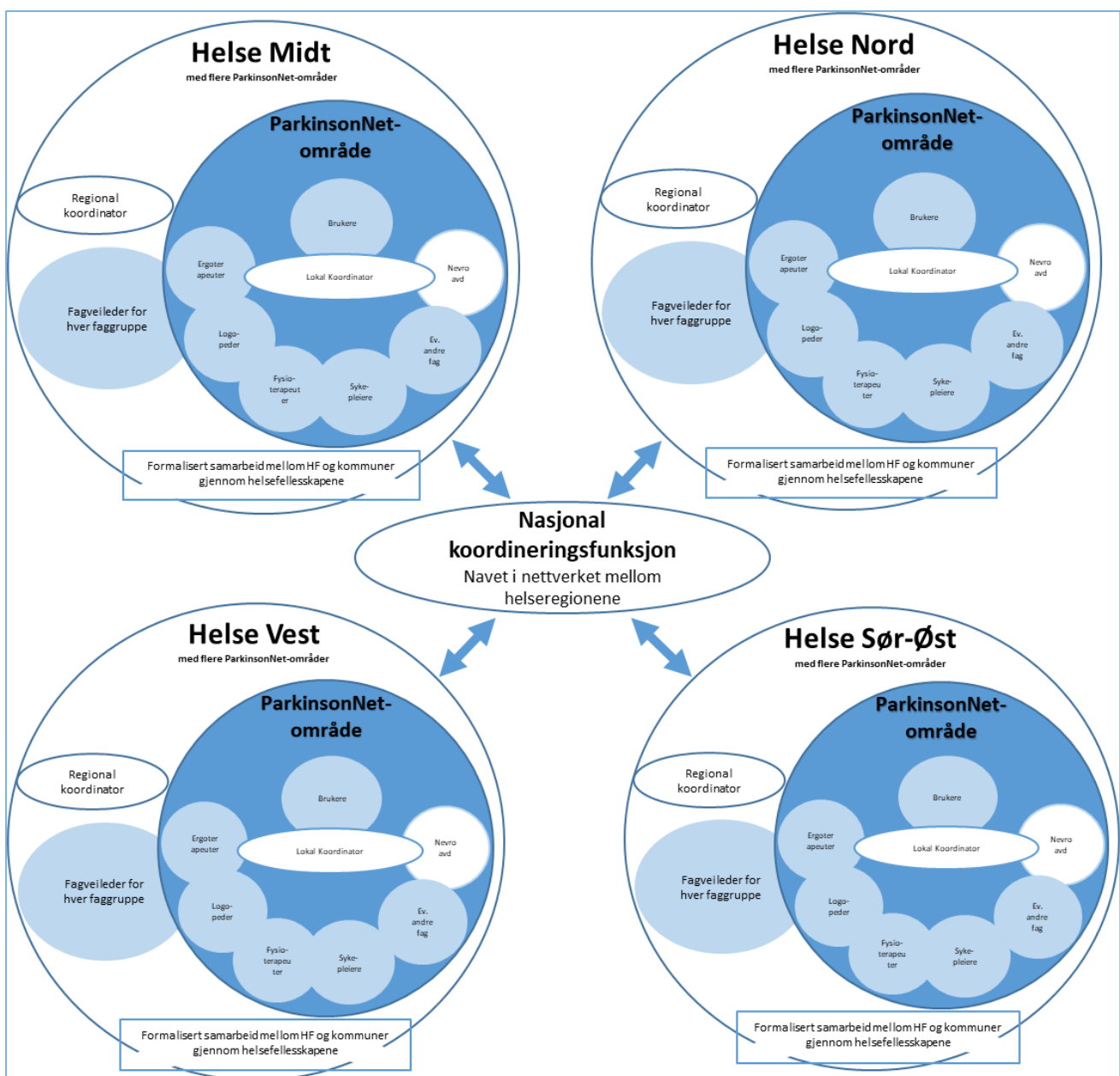
Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg: Plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet

PLAN FOR NASJONAL IVERKSETTING AV PARKINSON-NET

Rapport fra interregionalt prosjekt
Desember 2020



Kolofon

Til godkjenning i styringsgruppen
18. januar 2021

Tittel:
Plan for nasjonal iverksetting av Parkinson-Net

Kontakt
[Kontaktperson]

Rapport kan lastes ned på:
[Link for nedlastning]

INNHold

Sammendrag	3
1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn for arbeidet	4
1.2 De regionale helseforetakenes sørge for-ansvar	5
1.3 Mandat for prosjektet	5
1.4 Organisering og gjennomføring av prosjektet	5
2. Modellen Parkinson-Net	6
2.1 Parkinsons sykdom og atypisk parkinsonisme	6
2.2 Nederlandsk modell	6
2.3 Pilotprosjekt	6
3. Parkinson-Net i helseregionene	7
3.1 ParkinsonNet-områder	8
3.2 Regional koordinator	8
3.3 Fagveiledere	8
3.4 Samarbeid	9
4. Nasjonal koordineringsfunksjon	9
4.1 Oppgaver	9
4.2 Styringsgruppe	10
4.3 Estimert ressursbehov	10
4.4 Lokalisering	10
4.5 Evaluering	11
5. Brukermedvirkning i Parkinson-Net	11
5.1 Systemnivå	12
5.2 Tjenestenivå	12
6. Nasjonal iverksetting av Parkinson-Net	13
6.1 Inndeling i ParkinsonNet-områder	13
6.2 Samarbeidet med kommuner	15
6.3 Informasjon og kommunikasjon	17
6.4 Framdriftsplan for iverksetting	18
7. Felles verktøy og utviklingsoppgaver	19
7.1 Bruk av digitale løsninger	20
7.2 Fagpersonregister	20
7.3 E-læring	21
8. Kostnadsestimer og delingsmodell	22
8.1 Estimerte årlige kostnader i implementeringsfasen	22
8.2 Forslag til delingsmodell	23
Vedlegg	25

SAMMENDRAG

I oppdragsdokumentet for 2020 fikk de regionale helseforetakene et felles oppdrag om å utarbeide en plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet. Fristen for å starte nasjonal iverksetting er 30. juni 2021. ParkinsonNet skal knytte sammen fagpersoner gjennom tverrfaglige nettverk på tvers av nivå og bidra til kompetanseheving. Nettverket skal bidra til at personer med Parkinsons sykdom får bedre tilgang til tverrfaglig kompetanse. Nettverksmodellen er hentet fra Nederland, og ble i 2018-2019 prøvd ut i Rogaland og Oslo i regi av Helsedirektoratet.

For å svare ut oppdraget ble det satt i gang et prosjekt i samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Norges Parkinsonforbund, ledet av Helse Vest RHF. InnoMed har bistått prosjektet.

Prosjektet har tilpasset ParkinsonNet til norske forhold ut fra føringer i oppdragsdokumentet. Løsningsforslagene er utformet i samsvar med styringsmodellen for RHF-ene og HF-ene, og har som mål å bidra til nasjonal likhet i det faglige innholdet i ParkinsonNet. Det legges opp til å integrere ParkinsonNet i eksisterende systemer i spesialisthelsetjenesten og i kommunene, så langt det er mulig. Løsningsforslagene er overordnede prinsipper og utgjør en ramme for lokale tilpasninger i implementeringen i helseregionene.

Oppdragsdokumentet slår fast at det skal etableres en nasjonal koordineringsfunksjon som finansieres av regionene i fellesskap. Prosjektet har skissert en funksjon som skal være navet i et interregionalt nettverksamarbeid for å sikre helhet i en nasjonal utvidelse av ParkinsonNet, og faglig samarbeid om videreutvikling av modellen. Funksjonen vil bestå av leder og administrativ støtte, og skal evalueres etter endt iverksetting. Funksjonen foreslås lokalisert til Helse Vest ved Helse Stavanger HF, samlokalisert med kompetansemiljøet ved Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser.

Brukermedvirkning er vesentlig i modellen, og knyttes både til den nasjonale koordineringsfunksjonen, til implementeringsarbeidet på regionsnivå og til de enkelte ParkinsonNet-områdene. ParkinsonNet kan bidra til at pasient/pårørende bedre mestrer egen livssituasjon, både gjennom å gi bedre oversikt over helsepersonell med relevant kompetanse, og ved at fagpersoner i nettverkssamarbeidet får økt kjennskap til møteplasser for pasient/pårørende.

Parkinsonpasienter er avhengige av et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune for å få et helhetlig tilbud, og samarbeidet er en grunnleggende forutsetning for ParkinsonNet. Deltakelse fra kommunene er et suksesskriterium for den nasjonale iverksettingen.

InnoMed har skaffet innsikt som grunnlag for en implementering som kan legge til rette for kommunedeltakelse. Basert på innsikten vil involvering og formalisering av samarbeid med kommuner finne sin form i iverksettingen i helseregionene, tilpasset lokale forhold. Rapporten inneholder forslag til framgangsmåter. Helsefellesskapene vil være en viktig innfallsport for samarbeid om ParkinsonNet.

Det antas mulig å starte opp 4-5 nye nettverksetableringer i året, og implementeringsfasen vil vare fra 2021 og ut 2024.

Tilgang til fagveilederressurser er en vesentlig forutsetning for å holde tempoet i nasjonal iverksetting. Basert på erfaringer fra pilotene, antas det å være behov for om lag 0,2 årsverk fagveileder per faggruppe for å etablerer et ParkinsonNet-område. Det foreslås at fagveilederressurser brukes fleksibelt mellom regionene, særlig i implementeringsfasen før kompetanse er bygd opp. Det er et mål at hver helseregion i en driftsfase har ansatt en fagveileder per faggruppe (fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie). Det foreslås at kostnaden til fagveiledere som skal brukes fleksibelt mellom regionene, deles likt mellom regionene i implementeringsfasen, ut fra en antakelse om like store behov i alle helseregioner.

Videreutvikling av fagpersonregister og e-læringsprogram er viktig for ParkinsonNet, og blir foreslått prioritert parallelt med nasjonal iverksetting.

Kostnadsestimater og forslag til hvordan felles kostnader til ParkinsonNet kan deles mellom helseregionene, framgår av kapittel 8.

1. INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for arbeidet

De regionale helseforetakene har i oppdragsdokumentet for 2020 fått følgende felles oppdrag:

De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Vest RHF, utarbeide en plan for ParkinsonNet og starte en nasjonal iverksetting i 2020. Erfaringene fra pilotprosjektene og Helsedirektoratets evalueringsrapport legges til grunn for arbeidet, og Parkinsonforbundets bidrag til systematisk brukermedvirkning videreføres. Helsedirektoratet bidrar med sin erfaring som prosjektleder for pilotprosjektene. De regionale helseforetakene etablerer en nasjonal koordineringsfunksjon, i tråd med erfaringene fra Nederland og anbefalingen i Helsedirektoratets evalueringsrapport. Koordineringsfunksjonen skal ha oppgaver i utvikling og vedlikehold av ParkinsonNet i alle deler av landet, og skal finansieres av regionene i fellesskap. Parkinsonforbundets arbeid med systematisk brukermedvirkning knyttes til den nasjonale koordineringsfunksjonen og finansieres fra denne. De regionale helseforetakene vurderer for øvrig behov for tilpasninger av den nederlandske modellen til norske forhold ut fra f.eks. lokal kapasitet, organisering og faglige og geografiske betingelser.

I justert oppdragsdokument for 2020 er fristen for å starte nasjonal iverksetting forlenget til 30. juni 2021.

Til grunn for arbeidet skal de regionale helseforetakene legge evalueringsrapporten *Helsedirektoratets anbefaling til Helse- og omsorgsdepartementet vedrørende videre utvikling av ParkinsonNet i Norge (15.05.2019)*.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) omtaler ParkinsonNet som en nettverksmodell for deling av kompetanse på tvers. Det kan bidra til bedre samhandling og større muligheter til å unngå dobbeltbehandling, unødige innleggelses og reinnleggelses. ParkinsonNet vil gjøre det enklere for pasienter å komme i kontakt med andre pasienter/pårørende i samme situasjon og

med helsepersonell som har relevant kompetanse, og vil med det kunne bidra til at pasient/pårørende bedre mestrer egen livssituasjon.

Nasjonal helse- og sykehusplan påpeker at det er et mål å vurdere om arbeidsformen i ParkinsonNet også kan benyttes overfor andre pasientgrupper. Oppdraget i 2020-21 er avgrenset til å gjelde innføring av modellen for parkinsonpasienter.

1.2 De regionale helseforetakenes sørge for-ansvar

Det er en forutsetning at nasjonal iverksetting av modellen ParkinsonNet gjøres innenfor rammen av de regionale helseforetakenes sørge for-ansvar. RHF-ene ivaretar sørge for-ansvaret gjennom egneide helseforetak og gjennom avtaler med private aktører. Det innebærer at ansvar for oppfølging, operasjonalisering og iverksetting i regionene ligger til hvert regionale helseforetak. Ansvar for drift i pilotområdene fram til ParkinsonNet er i ordinær drift, ligger på samme måte til det aktuelle RHF.

Styringsbudskap gis gjennom årlige oppdrags/styringsdokumenter og budsjetter til helseforetakene. Oppdrag om iverksetting og varig drift av ParkinsonNet-modellen vil på denne måten kunne gis til aktuelle helseforetak.

Gjennomføring forutsetter deltakelse fra kommunene.

1.3 Mandat for prosjektet

Prosjektet har i mandat å utarbeide en plan for iverksetting av ParkinsonNet i Norge. Planen skal legge grunnlaget for videre utvikling av modellen, og skal omfatte:

- etablering av en nasjonal koordineringsfunksjon som finansieres av regionene i fellesskap
- tilpasning av ParkinsonNet til norske forhold ut fra blant annet lokal kapasitet, faglige og geografiske forhold
- utarbeiding av en framdriftsplan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet
- håndtering av større utviklingsoppgaver knyttet til ParkinsonNet

Planen skal sikre at nasjonal iverksetting følger de samme prinsippene i alle helseregionene, slik at det faglige innholdet i ParkinsonNet blir tilnærmet likt over hele landet.

Beskrivelse av mandat og oppgaver for prosjektet følger av vedlegg 1 Prosjektdirektiv.

1.4 Organisering og gjennomføring av prosjektet

Prosjekteier er administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene og styringsgruppe for prosjektet er fagdirektører, supplert med brukerrepresentant og konserntillitsvalgte. Prosjektgruppen har representanter fra RHF-ene, HF-ene der pilotprosjektene var lokalisert, Norges Parkinsonforbund og Helsedirektoratet. Oversikt over deltakere går fram av vedlegg 1.

Etter innspill fra styringsgruppen ble InnoMed knyttet til prosjektet, og har gitt prosess-veiledning og bidrag til løsningsforslag for bl.a. involvering og samarbeid med kommuner (se vedlegg 3).

Prosjektarbeidet har pågått fra september til desember 2020, med videomøter omtrent annent hver uke. InnoMed har deltatt i prosjektmøtene. I tillegg har undergruppen av prosjektgruppen hatt møter og jobbet med ulike deloppgaver i mandatet.

2. MODELLEN PARKINSON-NET

2.1 Parkinsons sykdom og atypisk parkinsonisme

Parkinsons sykdom rammer mellom 100 og 150 personer per 100.000 innbyggere. Man antar derfor at om lag 7-8000 personer har sykdommen i Norge. Menn rammes oftere av sykdommen enn kvinner. Debutalder ligger vanligvis mellom 50 og 70 år, men varierer betydelig. Generelt øker forekomsten av sykdommen med økende alder. På grunn av at befolkningen blir stadig eldre, forventes derfor at antall personer med Parkinsons sykdom fordobles frem mot 2040. Atypiske parkinsonistiske lidelser er mindre hyppige og antas å utgjøre 10-20 % av alle parkinsonistiske lidelser.

2.2 Nederlandske modell

ParkinsonNet er en nederlandske modell med mål om best mulige behandlingstjenester til personer med Parkinsons sykdom. Dette oppnås gjennom systematisk sær- og tverrfaglig, praksis-nær opplæring av helsefagpersonell og med stort fokus på kommunikasjon på tvers av faggruppe, helsetjeneste og kommunegrense.

2.3 Pilotprosjekt

I april 2017 ble Oslo og Rogaland utpekt som pilotregioner til utprøving av den nederlandske modellen. Et tett samarbeid med bruker og brukerorganisasjon i alle ledd kjennetegnet arbeidet med piloten. Pilotprosjektet ble evaluert ett år etter oppstart.

Den praktiske gjennomføringen av pilotprosjektet ParkinsonNet for ergoterapeuter, fysioterapeuter og logopeder startet med et e-læringskurs etterfulgt av et tredagers grunnkurs. Spørreskjema for evaluering av deltakerens kompetanse ble fylt ut før oppstart og etter ett år. En evaluering av grunnkurset ble også gjennomført. Første grunnkurs (kull I) ble holdt i oktober 2017 i Rogaland og i januar 2018 i Oslo. Grunnkurs II (kull II) ble holdt i januar og mars 2019 i henholdsvis Rogaland og Oslo. Deltakere har i det påfølgende året deltatt på tre dagsamlinger med både tverrfaglige og særfaglige sesjoner. 57 sykepleiere fra hjemmetjenesten og ulike sykehjem deltok på dag 1 av grunnkurset ParkinsonNet Rogaland 2017, etterfulgt av et heldags sykepleierkurs om Parkinsons sykdom i regi av Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser. Sykepleiere er fra og med 01.01.2019 inkludert i pilotprosjekt ParkinsonNet og deltok i grunnkurs II i både Rogaland og Oslo.

Per 01.03.2019 hadde pilotprosjektet samlet totalt 238 deltagere fra 4 ulike fagprofesjoner i Oslo og Rogaland. Antall deltagere i prosjektet var meget stabilt med lite frafall.

- Det er gitt generelt gode tilbakemeldinger og evaluering for alle gjennomførte grunnkurs. Hele 97 % av deltakerne ville anbefalt kurset til sine kollegaer.
- Alle faggrupper rapporterte klart bedre kompetanse og bedre kunnskap om hva egen og andre faggrupper kan yte for pasientgruppen.
- 98 % av deltakerne anga at de sannsynligvis kommer til å endre klinisk praksis. Dette gjenspeiles etter 1 år der antall konsultasjoner per pasient per år er endret. For fysioterapeuter er frekvensen klart redusert, mens den er noe redusert for ergoterapeuter og vesentlig økt for logopeder. Det er imidlertid stor individuell variasjon.

- Antall pasienter sett i løpet av et år har i snitt steget med 1 til 2 brukere for alle faggrupper. Dette til tross for at 34-47 % av deltakerne ved grunnkurset så utfordringer med henblikk på å øke antall pasientkonsultasjoner.
- Alle faggrupper opplevde hinder for kunne å yte best mulig tjenester. Blant de hyppigst nevnte hinder etter 1 år var:
 - for sent mottatt henvisning til behandling
 - Ingen/begrenset mulighet for å se brukere utenfor egen klinikk/institusjon
 - for lite tid / utilstrekkelig refusjon

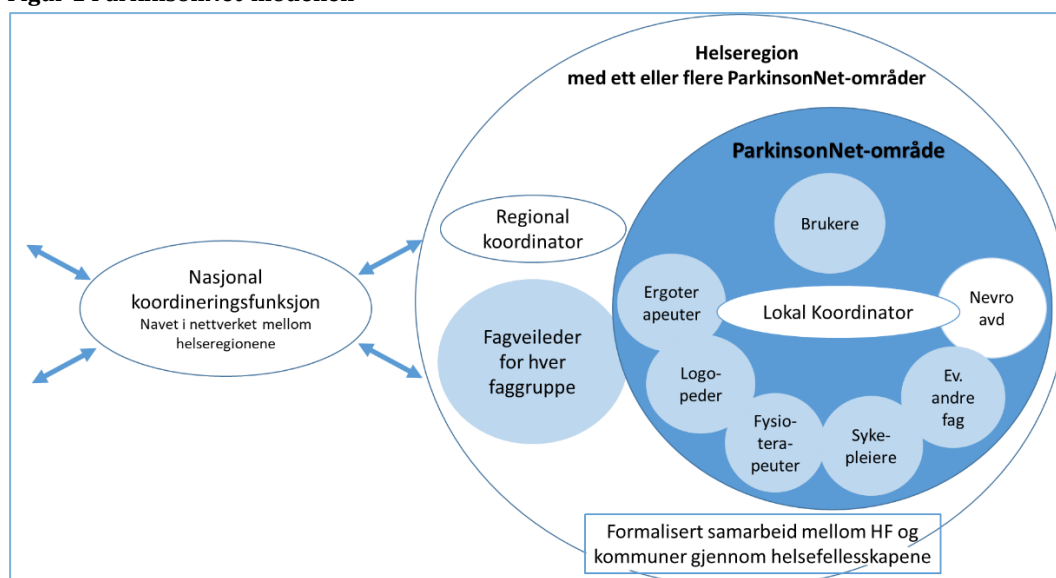
I tillegg har UiO gjennomført en kvalitativ undersøkelse. Hensikten med evalueringen var å få innsikt i erfaringene til pasienter (eventuelt pårørende) som er berørt av ParkinsonNet. Totalt ble 47 pasienter og 5 pårørende i Oslo og Rogaland intervjuet gjennom 3 fokusgruppeintervju og 22 individuelle intervju. Undersøkelsen tyder på at ParkinsonNet erfares og beskrives av informantene som et viktig tiltak som bør videreføres og videreutvikles. I en samlet totalvurdering mente Helsedirektoratet at nåværende kunnskapsgrunnlag er godt nok til å gjøre en vurdering og anbefale videre arbeid med modellen.

3. PARKINSON-NET I HELSEREGIONENE

Prosjektet foreslår løsninger for å tilpasse ParkinsonNet til norske forhold, i samsvar med føringer i oppdragsdokumentet. Løsningsforslagene er utformet for å passe inn i styringsmodellen for RHF-ene og HF-ene, og har som mål å bidra til nasjonal likhet i det faglige innholdet i ParkinsonNet. Forslagene er relativt overordnede og detaljeres etter behov i implementeringen i helseregionene.

ParkinsonNet skal knytte fagpersoner sammen gjennom tverrfaglige nettverk på tvers av nivå, og bidra til kompetanseheving. Modellen skal bidra til at pasientene får behandling fra helsepersonell med relevant faglig kompetanse.

Figur 1 ParkinsonNet-modellen



3.1 ParkinsonNet-områder

Hver helseregion etablerer nettverk i ParkinsonNet-områder:

- Et ParkinsonNet-område inkluderer en koordinator, en tilknytning til en nevrologisk avdeling og en tilknytning til en fagveileder innen hvert fagområde. Det bør være en fast tilknyttet lokal nevrolog.
- ParkinsonNet-deltakere er fagpersoner (fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped og sykepleiere) som melder seg på ParkinsonNet og forplikter seg til å delta aktivt i nettverket. Fagpersonene kan være ansatt i kommune, i spesialisthelsetjeneste, privat eller være selvstendig næringsdrivende.
- Hvert ParkinsonNet-område må ha en implementeringsgruppe.
- Hver helseregion vurderer antall ParkinsonNet-områder i helseregionen ut fra lokale forhold (for eksempel ut fra helsefelleskapsområder, jf. kapittel 6.1)

3.2 Regional koordinator

Hver helseregion vil trenge en regional koordinator. Denne bør være ansatt ved en nevrologisk avdeling, og det vil være hensiktsmessig at en av de lokale koordinatorene i helseregionen ivaretar funksjonen som regional koordinator. Det gjelder følgende administrative/ koordinerende oppgaver:

- Samarbeide med andre regionale koordinatorene, samt nasjonal koordineringsfunksjon, for å sikre helhet i en nasjonal utvidelse, samt tilstrebe nasjonal likhet i kompetanse og tilbud. Særlig viktig å samarbeide om fagveiledere og sikre hensiktsmessig rekruttering.
- Opprette det som i regionen ansees som en hensiktsmessig implementeringsgruppe
- Systematisk brukermedvirkning skal ivaretas.
- Informere regionalt om ParkinsonNet
- Opprettholde og etablere kontakt med relevante institusjoner
- Samarbeid med kommuner, jf. beskrivelse i kapittel 6
- Følge utarbeidet implementeringsveileder med detaljert oppsett for planlegging og gjennomføring av grunnkurs. Vurdere behov for antall grunnkurs, hyppighet og lokalisasjon for disse.
- Koordinere og lede gjennomføringen av 2-4 fagsamlinger årlig for fagpersoner
- Rekruttere fagpersoner og potensielle fagveiledere
- Ledet oppstart og bidra til drift av nettverk/nettverksområder i egen helseregion
- Bidra i gjennomføringen av kvalitetssikring, bl.a. utlevering og innhenting av spørreskjema fra deltakere
- Ivareta ved behov samarbeid med fagorganisasjoner som er involvert i ParkinsonNet

Ressursbehovet for å løse oppgavene med regional koordinering vurderes i hver helseregion basert på lokale forhold. Behov for lokal koordinator vurderes også lokalt.

3.3 Fagveiledere

Det er et mål at hver helseregion i en driftsfase har ansatt en fagveileder per faggruppe (fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleie), som:

- har fagansvar, holder grunnkurs og veileder innenfor sitt fagområde
- har spisskompetanse innenfor Parkinson sykdom

- bidrar til nettverksbygging
- har regionale oppgaver – kan dekke ett eller flere ParkinsonNet-områder
- kan ha nasjonale oppgaver – kan brukes fleksibelt mellom helseregionene

I implementeringsfasen, før fagveileder-kompetanse er bygd opp i alle helseregioner, bør fagveileder-ressursene brukes fleksibelt mellom regionene. Også i en driftsfase vil det kunne være hensiktsmessig med samarbeid over regionsgrensene om fagveiledere. Koordineringen gjøres i tett samarbeid mellom nasjonale koordineringsfunksjon og regionale koordinatorene.

For hvert nettverksområde som etableres antas det å være behov for om lag en 20 prosent stillingsressurs for fagveileder for hver faggruppe. Dette baseres på erfaringer fra pilotene.

Hver region vurderer ressursbehovet for fagveiledere med regionale/lokale oppgaver ut fra lokale forhold. Dersom et ParkinsonNet-område ikke har egen fagveileder, bør det være en lokal fagkontakt som koordinerer egen faggruppe.

3.4 Samarbeid

Det er viktig med gjensidig og forpliktende nettverkssamarbeid mellom regionale koordinatorene, fagveiledere og den nasjonale koordineringsfunksjonen for å sikre det nasjonale samarbeidet om bl.a. faglig utvikling i ParkinsonNet-modellen. Samarbeid med brukerne beskrives nærmere i kapittel 5 og kommuner i kapittel 6.

4. NASJONAL KOORDINERINGSFUNKSJON

Det følger av føringene i oppdragsdokumentet at det skal etableres en nasjonal koordineringsfunksjon i tråd med erfaringene fra Nederland og anbefalingen i Helsedirektoratets evalueringsrapport. Koordineringsfunksjonen skal finansieres av regionene i fellesskap.

4.1 Oppgaver

Oppgavene som legges til en nasjonal koordineringsfunksjon skal bidra til at intensjonen med modellen ParkinsonNet spres til alle deler av landet. Målet er selvstendig virksomhet i de enkelte nettverksområdene når struktur og kompetanse er etablert.

Oppgavene til den nasjonale koordineringsfunksjonen vil være i endring over tid. Det skilles her mellom en 3-4 års implementeringsfase og en påfølgende varig driftsfase.

Implementeringsfasen:

- Koordinere samarbeidet mellom regionale koordinatorene og fagveiledere for å sikre helhet i en nasjonal utvidelse, samt tilstrebe nasjonal likhet i kompetanse og tilbud. Dette innebærer å knytte sammen og koordinere et nettverkssamarbeid på tvers av helseregionsgrenser.
- Bistå helseregionene med kunnskap om ParkinsonNet, der nødvendig, for eksempel i rekruttering av regional/lokale koordinatorene
- Overordnet samarbeid med brukerorganisasjon
- Revidere og videreutvikle en implementeringsveileder
- Koordinere kvalitetssikring av faglig innhold i kurs i samarbeid med fagveiledere

- Sikre nasjonal tilgang til kompetansekartlegging, evalueringer, invitasjonsbrev, påmeldingslister, implementeringsveileder, informasjonsmateriale etc.
- I samråd med fagveiledere utarbeide opplæringsprogram for nye fagveiledere, samt arrangere årlige nasjonale møter for regionale fagveiledere.
- Ivareta ved behov samarbeid med fagorganisasjoner som er involvert i ParkinsonNet
- Ivareta nødvendig kontakt til ParkinsonNet International.

Den nasjonale koordineringsfunksjon revurderes etter implementeringsfasen (kap. 4.5 om evaluering). I driftsfasen vil oppgaver definert under implementeringsfasen delvis endres. Drift av etablerte nettverk i helseregionene er et regionalt ansvar.

Uendrede oppgaver vil være:

- Koordinere nettverkssamarbeidet på tvers av helseregionsgrenser mellom regionale koordinatorene og fagveiledere for å sikre helhet nasjonalt
- Overordnet samarbeid med brukerorganisasjon
- Sikre nasjonal tilgang til kompetansekartlegging, evalueringer, invitasjonsbrev, påmeldingslister, implementeringsveileder etc.
- Ivareta ved behov samarbeid med fagorganisasjoner som er involvert i ParkinsonNet
- Ivareta nødvendig kontakt til ParkinsonNet International.

Den nasjonale koordineringsfunksjonen vil i tillegg følge opp:

- Overføring av fagpersonregister til annen plattform (jf. kapittel 7)
- Utvikling av norske e-læringsprogrammer (jf. kapittel 7)
- Eventuell utvidelse mht. antall faggrupper

Den nasjonale koordineringsfunksjonen leverer årlig en handlingsplan og rapport med oversikt over hovedaktiviteter og resultat. Rapporten godkjennes av styringsgruppen, jf. nedenfor.

4.2 Styringsgruppe

Det foreslås å etablere en styringsgruppe for den nasjonale koordineringsfunksjonen. Styringsgruppen kan bestå av alle de regionale helseforetakene, KS, brukere og konserntillitsvalgte, og kan ledes på omgang av RHF-ene. Styringsgruppen går årlig gjennom handlingsplan, budsjett og årsrapport.

4.3 Estimert ressursbehov

For å ivareta oppgavene vurderer prosjektet at det i implementeringsfasen vil være behov for følgende bemanning ved en nasjonal koordineringsfunksjon:

- Leder av koordineringsfunksjonen (nasjonal koordinator) i 60 prosent stilling i implementeringsfasen. Lederen bør ha kompetanse på Parkinsons sykdom og ParkinsonNet.
- Administrativ støttefunksjon tilsvarende 150 prosent stillingsressurs

For kostnadsestimat og forslag til delingsmodell vises det til kapittel 8.

4.4 Lokalisering

Anbefalingen i Helsedirektoratets rapport er at den nasjonale koordineringsfunksjonen legges i tilknytning til Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser (NKB) ved Stavanger universitetssykehus, Helse Stavanger HF.

Det foreslås at oppgaven som nasjonal koordineringsfunksjon lokaliseres til Helse Stavanger HF, og at den samlokaliseres med kompetansemiljøet ved NKB. En slik samlokalisering vil samle kompetanse på tverrfaglig behandling og oppfølging av pasienter med Parkinsons sykdom på tvers av helsetjenestene og kan gi positive ringvirkninger.

Med denne løsningen vil Helse Stavanger HF vil få i oppdrag fra Helse Vest RHF å ivareta oppgaven som nasjonal koordineringsfunksjon og knytte funksjonen til kompetansemiljøet ved NKB. Oppgaven vil ivaretas uavhengig av eventuelle endringer i organiseringen av nasjonale kompetansetjenester, samtidig som koplingen til kompetansemiljøet beholdes.

Som en konsekvens foreslås det at funksjonen bemannes og finansieres adskilt fra de primære kompetansetjenesteoppgavene til NKB (nærmere redegjørelse for kompetansetjenesteoppgavene til NKB i vedlegg 2).

4.5 Evaluering

Det foreslås at den nasjonale koordineringsfunksjonen evalueres ett år etter avsluttet implementering av ParkinsonNet i alle regioner. I samsvar med framdriftsplanen (kap. 6.4) foreslås det at evalueringen initieres i 2024. I evalueringen vurderes behovet for videreføring i en driftsfase, og evalueringen bør omfatte både oppgaver og organisering av den nasjonale koordineringsfunksjonen. Evalueringen initieres av styringsgruppen for den nasjonale koordineringsfunksjonen, og bør gjennomføres av de regionale helseforetakene i fellesskap.

5. BRUKERMEDVIRKNING I PARKINSON-NET

Oppdragsdokumentet slår fast at:

- «Parkinsonforbundets bidrag til systematisk brukermedvirkning videreføres» og
- «Parkinsonforbundets arbeid med systematisk brukermedvirkning knyttes til den nasjonale koordineringsfunksjonen og finansieres fra denne.»

Helsedirektoratet skriver i sin evalueringsrapport at «ParkinsonNet har brukermedvirkning som en sentral del av treningen og opplæringen som gis til alle fagpersoner i nettverket. Oppfølgingen som gis skal baseres på den enkeltes behov og ønsker. Tilnærmingen hver fagperson skal ha skal gjøre den enkelte pasient bedre i stand til å mestre egen situasjon.»

Når ParkinsonNet er implementert og kjent både i nevrologiske avdelinger og kommunene, vil det være lettere for pasienter og pårørende å komme i kontakt med helsepersonell med relevant kompetanse. Fagpersonregisteret gjør det enklere å få oversikt over aktuelt helsepersonell.

Kontakten mellom pasienter og pårørende er viktig, og vil bidra til at ParkinsonNet blir bedre kjent. Gjennom ParkinsonNet får fagpersoner kjennskap til arbeidet som gjøres i Norges Parkinsonforbund lokalt og sentralt for å skape møteplasser mellom pasienter og pårørende. Dette skjer blant annet gjennom deltakelse på grunnkurs, dagsamlinger og gjennom informasjon i ulike kanaler. ParkinsonNet-områdene og Norges Parkinsonforbunds fylkes- og lokalforeninger kan samarbeide om informasjonsformidling og ulike tiltak. I pilotperioden er det flere konkrete eksempler både i Oslo og Rogaland, på aktiviteter som har blitt til i samarbeid mellom

fagpersoner og brukerforeningen, blant annet treningsgrupper og foredrag for brukerne ledet av fagpersonene.

I Helsedirektoratets anbefaling står det videre at «ParkinsonNet vil være avhengig av et tett samarbeid med Norges Parkinsonforbund. I pilotprosjektet har de bidratt på systemnivå i koordineringen av prosessen. Tilsvarende brukerkompetanse vil være avgjørende for en kvalitetsbasert implementeringsprosess, og være nødvendig ved varig drift av ParkinsonNet. Hvordan denne brukerkunnskapen på overordnet nivå skal organiseres, må avklares og avgrenses ved overgang til en utvidelse av ParkinsonNet. Samtidig er det helt klart at kompetansen må kjøpes og ikke kan forventes levert uten økonomisk kompensasjon.»

I ParkinsonNet-modellen skjer brukermedvirkningen på tre ulike nivå: Systemnivå i den nasjonale koordineringsfunksjonen, på tjenestenivå i ParkinsonNet-områdene og eventuelt på regionsnivå og på individnivå i møtet mellom pasient/bruker og fagperson.

I dette dokumentet beskrives brukermedvirkningen på system- og tjenestenivå innenfor rammene som de regionale helseforetakene har for oppnevning, opplæring og godtgjørelse (jf. nasjonal retningslinje for brukermedvirkning).

5.1 Systemnivå

For deltakelse i arbeidet i den nasjonal koordineringsfunksjon oppnevnes det to brukerrepresentanter (med vara) med maks funksjonstid på 6 år.

Oppnevning: Helse Vest RHF ved Nasjonal koordineringsfunksjon kontakter Parkinsonforbundet nasjonalt og ber om forslag til representanter. Helse Vest RHF ved Nasjonal koordineringsfunksjon oppnevner representantene.

Nasjonale koordineringsfunksjon har ansvar for taushetserklæring og opplæring av brukerrepresentantene.

Takster for honorering av brukermedvirkning på systemnivå fastsettes av Helse Vest RHF. Den nasjonale koordineringsfunksjonen budsjetterer brukermedvirkningen på systemnivå (honorar, reise, eventuelt tapt arbeidsfortjeneste). Kostnaden fordeles på de fire RHF-ene iht avtalt fordelingsnøkkel. Et estimat på kostnader til brukermedvirkning på systemnivå beskrives i kapittel 8.

Brukermedvirkning på systemnivå deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak som er lagt til den nasjonale koordineringsfunksjonen i ParkinsonNet-modellen. Det legges også opp til brukerrepresentasjon i styringsgruppen for den nasjonale koordineringsfunksjonen.

5.2 Tjenestenivå

På regionalt nivå vurderes oppnevning av brukerrepresentanter (med vara) i forbindelse med implementeringsarbeidet.

I ParkinsonNet-områdene oppnevnes det to brukerrepresentanter (med vara) med funksjonstid på maks 6 år.

Oppnevning: Brev til alle Parkinson lokalforeninger i fylkene som omfattes av det enkelte nettverk. Foreningene spiller inn kandidater. Helseforetaket ved koordinator for ParkinsonNet-

området oppnevner to brukerrepresentanter, i tråd med nasjonal veileder for brukermedvirkning.

- Lokalt helseforetaket ved koordinator har ansvar for taushetserklæringer.
- Alle brukerrepresentantene som oppnevnes bør ha gjennomført nettkurs for brukeropplæring.
<https://www.helse-sorost.no/brukermedvirkning#digital-grunnopplaering-for-brukerrepresentanter-pa-systemniva>
- Nasjonal koordineringsfunksjon har ansvar for generell opplæring knyttet til ParkinsonNet. Parkinsonforbundet bidrar i opplæringen.
- Lokalt helseforetak ved koordinator har ansvar for opplæring som er knyttet til lokale forhold.
- Takster for honorering følger rutinen i det enkelte RHF. Hver enkelt region må budsjettere med prosjektmidler til brukermedvirkningen på tjenestenivå (honorar, reise, eventuelt tapt arbeidsfortjeneste).

Brugermedvirkning på tjenestenivå omfatter planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak som er lagt til dette nivået i ParkinsonNet-modellen.

6. NASJONAL IVERKSETTING AV PARKINSON-NET

I dette kapitlet foreslås noen hovedprinsipper og løsninger med formål om å understøtte iverksettingen i helseregionene av ParkinsonNet-modellen slik den beskrives kapittel 3-5.

6.1 Inndeling i ParkinsonNet-områder

Ansvar for inndeling og etablering av ParkinsonNet-områder ligger til den enkelte helseregion. I det følgende pekes det på noen prinsipper for inndeling, som grunnlag for videre planlegging og iverksetting i regionene.

Tilknytning til en nevrologisk avdeling

Et ParkinsonNet-område forutsettes også å ha en tilknytning til en nevrologisk avdeling. I tabell 1 følger en oversikt over potensielle ParkinsonNet-områder basert på etablerte samarbeidsområder, som også inkluderer et helseforetak/sykehus med en nevrologisk avdeling.

Organisering, herunder mulige parkinsonområder, er så langt ikke drøftet med helseforetakene i regionene.

Tabell 1 Potensielle/mulige ParkinsonNet-områder

Helseregion	Inkluderer følgende helseforetaks-/sykehus-områder med samarbeidende kommuner	Nevrologisk avd. ved følgende sykehus/HF, som kan knyttes til ParkinsonNet-området
Helse Nord	Finnmarkssykehuset HF UNN HF	UNN Tromsø
Helse Nord	Nordlandssykehuset HF Helgelandssykehuset HF	Nordlandssykehuset Bodø
Helse Midt	St. Olavs hospital	St. Olavs hospital
Helse Midt	Helse Møre og Romsdal	Molde sykehus
Helse Midt	Hele Nord-Trøndelag	Sykehuset Namsos

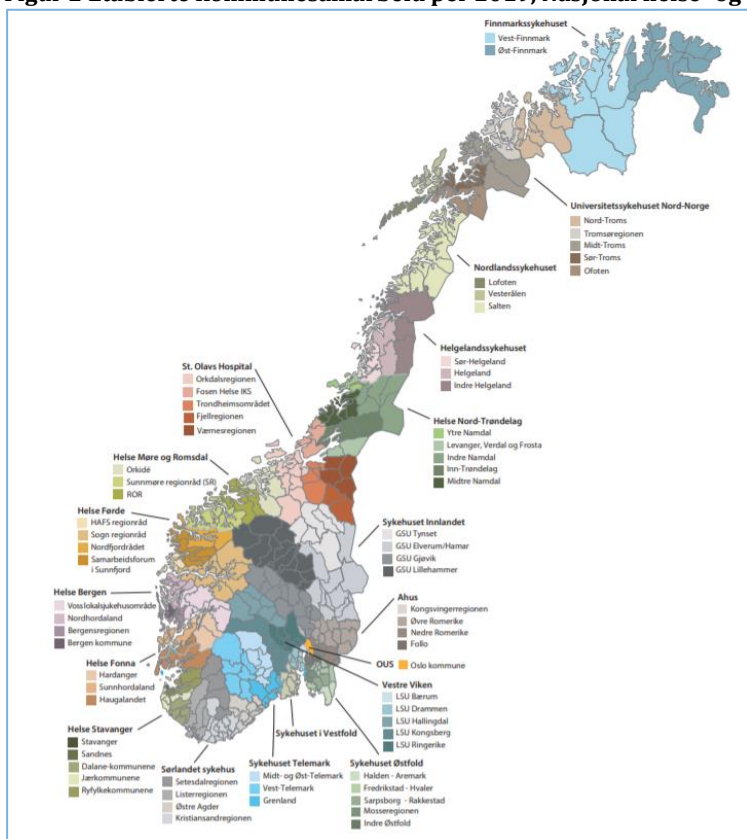
Helseregion	Inkluderer følgende helseforetaks-/sykehus-områder med samarbeidende kommuner	Neurologisk avd. ved følgende sykehus/HF, som kan knyttes til ParkinsonNet-området
Helse Vest	Helse Stavanger HF	Stavanger universitetssykehus
Helse Vest	Helse Fonna HF	Haugesund sjukehus
Helse Vest	Helse Bergen HF	Haukeland universitetssykehus
Helse Vest	Helse Førde HF	Førde sentralsjukehus
Helse Sør-Øst	Akershus	Akershus universitetssykehus HF
Helse Sør-Øst	Oslo sykehusområde	Oslo universitetssykehus HF
Helse Sør-Øst	Telemark og Vestfold sykehusområde	Sykehuset Telemark HF
Helse Sør-Øst		Sykehuset Vestfold HF
Helse Sør-Øst	Innlandet sykehusområde	Sykehuset Innlandet HF
Helse Sør-Øst	Østfold sykehusområde	Sykehuset Østfold HF
Helse Sør-Øst	Sørlandet sykehusområde	Sørlandet sykehus HF
Helse Sør-Øst	Vestre Viken sykehusområde	Vestre Viken HF

Tilknytning til etablerte samarbeidsstrukturer

Samarbeid mellom kommuner og helseforetak er en grunnleggende forutsetning for et ParkinsonNet-område. Det kan derfor være hensiktsmessig å ta utgangspunkt i etablerte samarbeidsområder. Kartet (figur 2) er hentet fra Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) og illustrerer etablerte samarbeidsstrukturer per 2019 (det tas forbehold om endringer). Etablering av helsefelleskap (jf. NHSP) tar utgangspunkt i disse strukturene. Det vises til kapittel 6.2 for mer om samarbeidet og mulig tilknytning til helsefelleskapene.

Ved etablering av et ParkinsonNet-område kan det vurderes en tilknytning til relevante private aktører som har avtale med et regionalt helseforetak.

Figur 2 Etablerte kommunesamarbeid per 2019, Nasjonal helse- og sykehusplan (forbehold om endringer)



Hensiktsmessige sammenslåinger

For mest mulig fleksibel bruk av begrenset kompetanse og ressurser knyttet til ParkinsonNet, vil det trolig være hensiktsmessig at flere helseforetaksområder/samarbeidsområder inngår i samme ParkinsonNet-område. Særlig i en oppstartsperiode, før kompetanse er bygd opp og spredt, vil dette være aktuelt. Hva som er den mest hensiktsmessige inndelingen i hver helseregion vil vurderes ut fra lokale forhold i det videre arbeidet med iverksetting i regionene.

Samlet sett er det rimelig å anta at det kan være rundt regnet 10-12 ParkinsonNet-områder i landet når implementeringen er ferdigstilt. Antall områder og inndelinger vil imidlertid kunne være i endring over tid, tilpasset lokale forhold.

6.2 Samarbeidet med kommuner

Parkinsonpasienter er avhengige av et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune for å få et helhetlig tilbud. Kommunenes egen vurdering av deltakelse i ParkinsonNet er et suksesskriterium og en risikofaktor i den nasjonale iverksettingen.

Muligheter og barrierer

For å få et innblikk i muligheter og barrierer for deltakelse fra kommunene, har InnoMed bistått prosjektet og intervjuet med et utvalg små og store kommuner, sykehus og privatpraktiserende som har vært en del av piloten, og også noen som ikke har deltatt i piloten. I tillegg er Utviklingssenter for hjemmetjenester og sykehjem, KS regionalt, Parkinsonforbundet og fagforbund intervjuet (se mer om InnoMeds innsiktsarbeid i vedlegg 3).

Det pekes på noen muligheter, eller risikodempende tiltak, for å bidra til vellykket iverksetting:

- Sørge for god lederforankring og involvering
- Koble ParkinsonNet på eksisterende initiativer, nettverk og strukturer
- Kommunisere/informere tydelig om:
 - gevinster som økt kunnskap og kompetansedeling
 - kunnskapsgrunnlaget
 - hvordan nettverket organiseres og hva kommunen må bidra med for å lykkes
- Ta i bruk digitale løsninger i økende grad (f.eks. e-læring)

Eksempler på barrierer som er identifisert:

- Kommunene stiller spørsmål ved nytten og lønnsomheten av deltakelse i nettverket
- Kommunene fokuserer på funksjon og ikke på diagnose
- Det er begrenset kapasitet i kommunene
- Deltakelse i nettverkssamlinger går ut over direkte pasientrettet tid

Etablering av samarbeidet

Samarbeidet må finne sin form i arbeidet med iverksettingen i helseregionene, tilpasset lokale forhold. Forslagene her er bidrag til å bygge ned barrierer og utnytte muligheter som er identifisert.

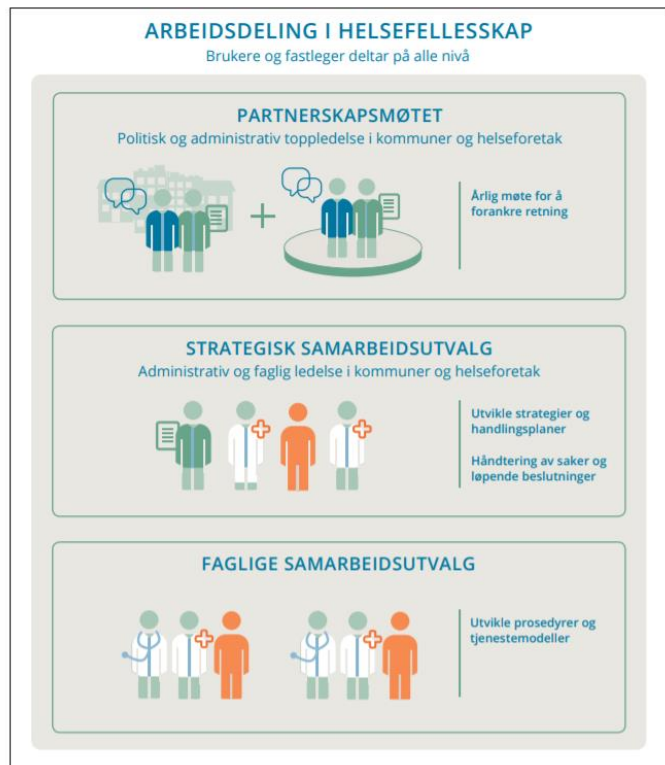
Det anbefales at helseforetakene bruker etablerte samarbeidsavtaler og -strukturer mellom helseforetak og kommuner som en inngangsport for å formalisere samarbeidet (det vises til f.eks. delavtale om gjensidig kunnskapsoverføring, informasjonsutveksling, faglige nettverk og hospitering).

Samarbeidet om tilbud til parkinsonpasienter foreslås lagt til helsefelleskapene. I Nasjonal helse- og sykehusplan blir strukturen i helsefelleskap illustrert som i figur 3. Forankringen kan skje i gjennom disse strukturene eller gjennom andre etablerte samhandlingsstrukturer. Helseforetak og kommune må lokalt bli enige om hvilket forum som er egnet til samarbeid om utvikling av ParkinsonNet.

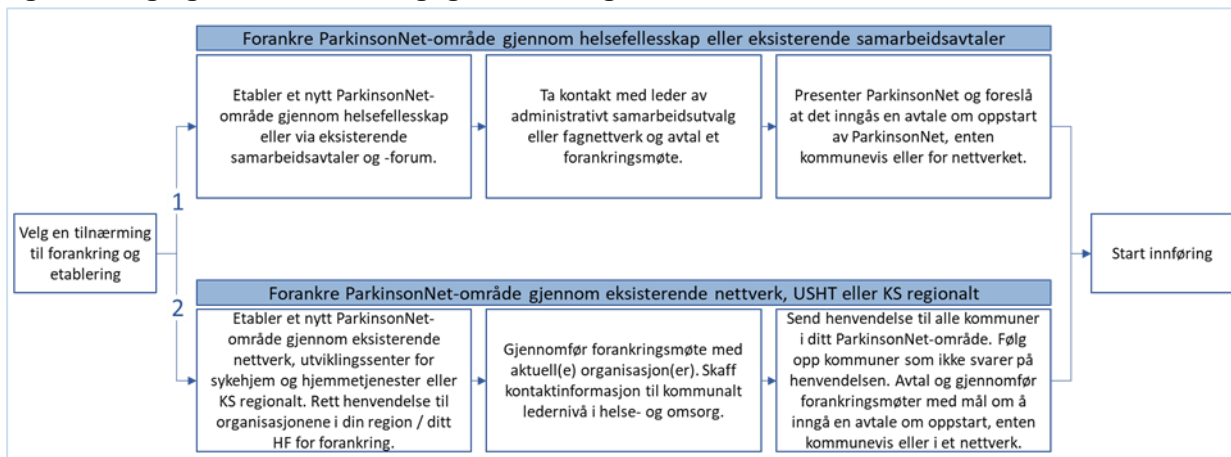
Det forutsettes at forankring på ledernivå resulterer i praktisk gjennomføring på klinisk nivå. Likevel foreslås det i tillegg å undersøke om ParkinsonNet kan knyttes til eksisterende nettverk/strukturer, som f.eks. Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) eller KS regionalt. Regionale koordinatorene bør skaffe innsikt i relevante strukturer i sitt område.

Forslag til framgangsmåte for forankring og formalisering av samarbeidet i et ParkinsonNet-området illustreres i figur 4:

Figur 3 Helsefelleskap, Nasjonal helse- og sykehusplan

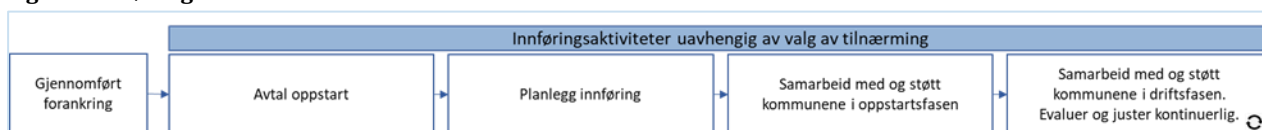


Figur 4 Framgangsmåte for forankring og formalisering av samarbeidet i et ParkinsonNet-området



Etter at samarbeidet med kommuner i et ParkinsonNet-område er forankret og formalisert, kan oppstart av nettverkssamarbeidet ta til.

Figur 5 Innføring av ParkinsonNet



Alle kommunene bør utnevne ressursperson for ParkinsonNet. Koordinatoren kan avtale oppstart med kommunene i nettverket, enten enkeltvis eller i grupper. Plan for innføring drøftes med kommunene, bl.a. for å forstå hva den enkelte kommunen trenger for å komme i gang. Det er avgjørende at kommunene får tett oppfølging i oppstartsfasen. I driftsfasen kan f.eks. ressurspersoner i kommunene og fagpersonregisteret brukes aktivt for å følge med på om nettverket lykkes. For mer om involvering av kommuner vises det til vedlegg 3.

6.3 Informasjon og kommunikasjon

Interessentanalyse og kommunikasjonsplan regionalt/lokalt

Et ParkinsonNet-område vil ha mange aktører, og gode strukturer for kommunikasjon og samhandling i nettverket blir derfor viktig for å lykkes. Et suksesskriterium og et risikodempende tiltak kan være å utarbeide en interessentanalyse og kommunikasjonsplan.

Kommunikasjonsplanen består av en liste med informasjons- og kommunikasjonsaktiviteter, og viser hva som skal kommuniseres til hvilke interessenter, når og hvilke kanaler som er hensiktsmessige å benytte. Målet er å sikre bevissthet og forankring hos de ulike interessentene for ParkinsonNet.

Prosjektet har utarbeidet et utgangspunkt for kommunikasjonsaktiviteter og kartlegging av interessenter (vedlegg 4). Denne kan bearbeides videre i det lokale/regionale implementeringsarbeidet. Interessentanalysen og kommunikasjonsplanen bør fungere som et levende dokument både underveis i implementeringen og når nettverket er over i drift. Nye aktiviteter bør kartlegges underveis, og justeres basert på innsikt i hva som fungerer og hva som ikke fungerer, og det bør defineres frister og ansvarlige for hver av aktivitetene.

Informasjon om ParkinsonNet på nett

Det vil være viktig å få på plass kortfattet informasjon om ParkinsonNet som er lett tilgjengelig på nett, kvalitetssikret og oppdatert. Det gjelder informasjon rettet mot pasienter, pårørende og befolkning, og informasjon for fagpersoner i helseforetak, kommuner og private.

Nettinformasjon bør gjøres tilgjengelig parallelt med nasjonal iverksetting av ParkinsonNet. Informasjonen kan i første omgang være kortfattet, og videreutvikles på sikt ut fra erfaringer og behov som avdekkes underveis i iverksettingen.

Informasjonen bør finnes på Helsenorge.no og på nettsider til helseforetak rundt om i landet i takt med iverksetting. Nettsidene til RHF-ene er også en aktuell kanal. I tillegg bør det være en nettside for den nasjonale koordineringsfunksjonen (tilknyttet aktuelt HF). Helseforetakenes intranettside kan eventuelt benyttes som kanal for informasjon til sykehusansatte. For å nå fagfolk i kommuner og private, kan Helsebiblioteket være en aktuell kanal.

Det faglige innholdet kan koordineres av den nasjonale koordineringsfunksjonen. Fagveiledere og koordinatorene knyttet til ParkinsonNet bidrar til videreutvikling og vedlikehold av det faglige innholdet i informasjonen.

Kommunikasjonsfaglig tilrettelegging kan ivaretas av kommunikasjonsavdeling i RHF/HF der den nasjonale koordineringsfunksjonen er lokalisert. Disse bidrar til publisering på Helsenorge.no og/eller på HF-enes nettsider gjennom felles nasjonal nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Som del av dette kan det gis bistand til tilrettelegging av tekst/presentasjon som gjøres tilgjengelig i sykehusenes felles database for informasjon til nettsider.

Tabell 2 Informasjon om ParkinsonNet på nett

Målgruppe	Kanal	Kommunikasjonsfaglig tilrettelegging	Faglig innhold	Når
Pasienter Pårørende Befolkning	Helsenorge.no HF-enes nettsider	Nasjonale felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten v/ RHF-ene og HF-enes kommunikasjonsavdelinger	Spilles inn fra nasjonal koordineringsfunksjon	Kortfattet parallelt med iverksetting. Videreutvikles på sikt i tråd med behov/erfaring
Fagpersoner i helseforetak, kommuner og private	Nettside for nasjonal koordineringsfunksjon RHF-nettside Intranett HF Helsebiblioteket	RHF-ene og HF-enes kommunikasjonsavdelinger	Spilles inn fra nasjonal koordineringsfunksjon	

6.4 Framdriftsplan for iverksetting

Før nasjonal iverksetting med nye nettverksetableringer kan starte opp, må følgende være på plass:

- Plan for nasjonal iverksetting av ParkinsonNet må være godkjent i styringsgruppe og interregionalt AD-møte (denne rapporten)
- Infrastrukturen for ParkinsonNet-modellen som beskrevet i kapittel 3-5, må være på plass:
 - Informasjon og forankring på RHF- og HF-nivå, bl.a. inndelingen i ParkinsonNet-områder
 - Nødvendige ressurser må være ansatt:
Ved oppstart i 2021 legges det i hovedsak opp til å bruke eksisterende fagveilederressurser fleksibelt mellom regionene (p.t. ansatt i Helse Sør-Øst og i Helse Vest). Disse er i dag knyttet til vedlikehold av pilotområdene (i Helse Vest tas det derfor sikte på å utvide fagveilederressursen så snart praktisk mulig for å dekke noe av det økende behovet). Parallelt bør videre oppbygging av fagveilederkompetanse i helseregionene starte, med sikte på målet om at hver helseregion i en driftsfase (etter 2024) har ansatt en fagveileder per faggruppe.
 - Grunnleggende materiell må være oppdatert og ferdigstilt:
Implementeringsveileder inklusive tidslinje, digitalt verktøy for påmelding og besvarelse av standardisert spørreskjema, tentativt program for det første året,

informasjonsbrev, påmelding, tilgang til e-læringskurs (kap. 7.3), samtykkeskjema for deltagelse i fagpersonregister (kap. 7.2), kortfattet informasjon om ParkinsonNet på internettsider (kap. 6.3).

Deretter kan nettverksetableringer starte. Vi antar at det vil ta om lag 1,5 til 2 år fra oppstart av en nettverksetablering til nettverket er i selvstendig drift. Dette er et estimat for tiden det vil ta å få på plass samarbeid med kommuner (kap. 6.2 og 6.3), samt gjennomføre de første kursene og fagsamlingene i et nettverksområde. Dette vil kunne ta mer tid de første årene av implementeringsperioden, og mulig noe mindre tid for de siste nettverksetableringene når erfaringer er vunnet.

De eksisterende pilot-områdene i Helse Sør-Øst og Helse Vest er i selvstendig drift fra 2020. I 2021 foreslås det å starte etablering av nye ParkinsonNet-områder der infrastrukturen er lettest tilgjengelig. Det er i praksis i pilotregionene. Parallelt gjøres forberedelser til nettverksetableringer i Helse Nord og Helse Midt, slik at disse kan starte opp høsten 2021.

Det foreslås å starte opp 4-5 nye nettverksetableringer i året, slik at alle er i gang med etablering i løpet av våren 2023. Gitt at det kan ta 1,5 til 2 år fra oppstart av et nettverket til det er i selvstendig drift, antas det at implementeringsfasen vil vare fra 2021 og ut 2024.

Tabell 3 Tentativ oppstart nye nettverksetableringer

	Helse Nord	Helse Midt	Helse Vest	Helse Sør-Øst
Vår 2021			✓ *	✓
Høst 2021	✓	✓		
Vår 2022	✓		✓	✓
Høst 2022				✓
Vår 2023				✓

* Gjelder mulig utvidelse av eksisterende pilot-område, som vurderes i Helse Vest

Forutsetninger for tempoet i framdriften

En vesentlig forutsetning for å holde dette tempoet i nasjonal iverksetting av ParkinsonNet, er tilgang til fagveileder-ressurser. Det vises også til kostnadsestimater i kapittel 8.

En annen vesentlig forutsetning er at kommunene finner det formålstjenlig å delta i nettverkssamarbeidet. Det vises til risikodempende tiltak i kapittel 6.2 og 6.3. Utvikling av felles verktøy beskrevet i kapittel 7 vil også kunne virke risikodempende.

7. FELLES VERKTØY OG UTVIKLINGSOPPGAVER

Evalueringsrapporten fra Helsedirektoratet beskriver utviklingsoppgaver som knyttes til nasjonal iverksetting av ParkinsonNet. Det gjelder blant annet informasjon til pasienter og pårørende på helsenorge.no, digital samhandlingsplattform og læringsplattform.

Prosjektet har vurdert håndtering av utviklingsoppgaver og prioritert mellom dem, og peker særlig på videreutvikling av fagpersonregisteret (kap. 7.2) og e-læringsprogram (kap. 7.3) som vesentlige for ParkinsonNet-modellen. Det foreslås at disse oppgavene prioriteres, og at

utviklingen så langt det er praktisk mulig går parallelt med nasjonal iverksetting. Så langt det er mulig legges det opp til å integrere løsningene for ParkinsonNet i eksisterende systemer.

7.1 Bruk av digitale løsninger

Når det gjelder digitale møteformer og samhandlingsplattform vil det for ParkinsonNet handle om å ta i bruk generiske IKT-løsninger som er/blir utviklet nasjonalt og/eller regionalt, og som er tilgjengelig gjennom Norsk helsenett.

Pandemisituasjonen har gjort kommunene og helseforetakene bedre rustet for å utnytte digitale plattformer for kompetanseheving og nettverksaktiviteter, både grunnet økt tilgang på utstyr og økt forståelse og erfaring med teknologiske verktøy. ParkinsonNet har potensiale for å utnytte denne muligheten i enda større grad framover. Økt bruk av digitale verktøy kan senke terskelen for kommunenes deltakelse og bidra til at nettverkene lykkes. Utvikling av e-læringsprogrammer er en viktig del av en digital satsing.

Digitalt verktøy for påmelding og besvarelse av standardisert spørreskjema for fagpersoner i nettverket, er tatt i bruk (corporate surveyor).

Når det gjelder håndtering av informasjon til pasienter og pårørende på helsenorge.no, vises det til kapittel 6.3 som beskriver hvordan informasjon om ParkinsonNet på ulike nettsider foreslås ivaretatt.

7.2 Fagpersonregister

I piloten ble det etablert et fagpersonregister etter modell fra Nederland. Registeret vurderes som vesentlig i ParkinsonNet-modellen for å knytte fagpersonene sammen, og i tillegg gi informasjon til pasienter og pårørende.

Fagpersonregisteret ligger i dag på Parkinsonforbundets nettsider og består av en liste med fagpersoner og tilhørende informasjon (bilde, yrke, kontaktinformasjon, kompetanse, arbeidsgiver og fylke): parkinson.no/behandling-og-rehabilitering/fagpersoner-i-helsetjenesten/fagpersonregister.

Driften av registeret i den midlertidige løsningen fra piloten ivaretas per i dag av Parkinsonforbundet. Drift i denne løsningen må ivaretas fram til en mer varig løsning/plattform er på plass, trolig av den nasjonale koordineringsfunksjonen. InnoMed har vurdert ulike muligheter for å få fagpersonregisteret over på ny og mer hensiktsmessig plattform.

Prosjektet foreslår følgende:

Behovet for å utvikle en løsning for fagpersonregisteret meldes inn i styringslinjen for styringsinformasjon i Helse Vest. Det anbefales at registeret etableres som en egen nettside, og at det lenkes til registeret fra ulike nettsider som omtaler ParkinsonNet (kap. 6.3). Det foreslås å legge opp til at nettsiden kan fungere som en app (web app). I ny løsning bør det være mulig å få til en kopling mellom adresseregisteret og en kartløsning.

Forventet leveringstid er i løpet av 1. halvår 2021. Ansvar for vedlikehold og drift av registeret kan legges til den nasjonale koordineringsfunksjonen. Estimerte kostnader framgår i kapittel 8.

7.3 E-læring

E-læringskurs for ulike faggrupper fra både helseforetak, kommuner og private er en vesentlig del av kompetansespredningen i ParkinsonNet. Bruk av e-læring gjør ParkinsonNet tilgjengelig, kostnadseffektiv og brukervennlig for deltakerne, og kan øke nytten for bl.a. kommunene.

Gjennom medlemskap i ParkinsonNet International har pilotene hatt tilgang til e-læringsmateriell på engelsk utviklet i Nederland. Det er knyttet kostnader til bruken, både for medlemskapet og en avgift den enkelte deltaker må betale for å få tilgang.

Det anbefales at e-læringsmaterialet tilpasses den norske modellen for ParkinsonNet, og oversettes til norsk språk. Det gjelder generelt kurs om Parkinson sykdom og spesifikke kurs for hver av faggruppene fysioterapi, ergoterapi, logopedi og sykepleier. Dette vil understøtte både faglig utvikling av modellen og behovet i kommunene.

Utvikling av e-læringskurs kan gjøres ved hjelp av regional kompetanse på digital læring (i Helse Vest: [Team for digital læring](#)). Det faglige innholdet kan videreutvikles og tilpasses norske forhold av fagpersoner knyttet til ParkinsonNet, koordinert av nasjonal koordineringsfunksjon.

Kursene kan gjøres tilgjengelig for ansatte i spesialisthelsetjenesten, i kommuner og private gjennom læringsportaler i hver helseregion:

- Helse Sør-Øst: Kompetansebroen som brukes av sykehus og kommuner (www.kompetansebroen.no)
- Helse Vest: Læringsportalen der kurs kan gjøres tilgjengelig for alle, og gjennomføring av kurs kan dokumenteres for alle (www.laeringsportalen.no)
- Helse Midt-Norge: Læringsportalen med tilgang til å ta kurs for ulike brukergrupper, som primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten (andre helseregioner), pasienter, pårørende, studenter, vikarer, nyansatte og andre (kurs.helse-midt.no/Sider/start.aspx)
- Helse Nord: kurs publiseres i læringsportalen Campus og kursgjennomføring dokumenteres i Kompetansemodulet (Dossier)

Andre alternative plattformer for deling av e-læringskurs er:

- KS Læring som brukes av mange kommuner for deling på tvers av organisasjoner (www.kslaring.no)
- Helsebiblioteket som drives av FHI og gir helsepersonell i Norge gratis tilgang til nyttige kunnskapsressurser på nett (Helsebiblioteket.no)

Det foreslås å sette av ressurser til dette utviklingsarbeidet i 2022-2023 (se kostnadsestimat i kapittel 8). Nasjonal koordineringsfunksjon initierer og koordinerer utviklingsarbeidet og har ansvar for ev. vedlikehold.

Fram til norsk e-læring er på plass, er det behov for at medlemskapet i ParkinsonNet International videreføres. Deretter kan det vurderes om medlemskapet kan avvikles. Det foreslås at vurderingen gjøres av styringsgruppen for den nasjonale koordineringsfunksjonen.

8. KOSTNADSESTIMATER OG DELINGSMODELL

Forslagene i prosjektrapporten er overordnede prinsipper og utgjør en ramme for lokale tilpasninger i implementeringen i helseregionene. Dette gjenspeiles i kostnadsestimatene og forslag til delingsmodell. Kostnadsestimater vil gjennomgås årlig av styringsgruppen for den nasjonale koordineringsfunksjonen.

8.1 Estimerte årlige kostnader i implementeringsfasen

For en 3-4 års implementeringsperiode er det estimert følgende årlige kostnader:

Fagveileder-ressurser, jf. kapittel 3.3

- Det er foreslått at fagveileder-ressurser brukes fleksibelt mellom regionene, og at det vil være behov for om lag 0,2 årsverk fagveileder per faggruppe for å etablere et ParkinsonNet-område (kap. 3.3). Det samlede behovet for fagveileder-ressurser vil dermed avhenge av hvor mange nettverksområder som etableres per år. Framdriftsplanen for nasjonal iverksetting foreslår 4-5 nye nettverksetableringer i året, færrest det første året (kap. 6.4).
- Det tilsvarer et antatt samlet behov for om lag 0,8 – 1,0 årsverk fagveileder per faggruppe i implementeringsfasen 2021-2024.
- Estimert årlig kostnad: kr 3,0 – 3,8 mill.

Nasjonal koordineringsfunksjon, jf. kapittel 4:

- Leder 0,6 årsverk
- Administrativ støttfunksjon 1,5 årsverk
- Estimert årlig kostnad: kr 2,2 mill.

Brukermedvirkning ved den nasjonale koordineringsfunksjonen, jf. kapittel 5:

- Estimert årlig kostnad: kr 100 000

Felles verktøy og utviklingsoppgaver, jf. kapittel 7:

- For utvikling av norske e-læringskurs i regionalt opplegg for e-læring (kap. 7.3), anslås et behov for kr 200 000 i 2022 og 2023. Når dette er på plass kan medlemskapet i ParkinsonNet International vurderes avvirket. Vedlikehold av norske e-læringskurs antas at kan ivaretas innenfor den økonomiske rammen for nasjonal koordineringsfunksjon.
- For overgang til ny plattform for fagpersonregisteret i 2021 (kap. 7.2) foreslås det å sette av kr 200 000. Deretter kr 100 000 årlig til vedlikehold og drift. For drift i eksisterende løsning fram til registeret er over på ny plattform settes det av kr 100 000 i 2021. Se tabell 4.

Tabell 4 Estimerte kostnader felles verktøy og utviklingsoppgaver				
	2021	2022	2023	2024
Medlemskap ParkinsonNet International	150 000	150 000	150 000	0
Utvikling norsk e-læring	0	200 000	200 000	0
Fagpersonregisteret - midlertidig drift i eksisterende løsning	100 000	0	0	0
Fagpersonregisteret - overgang til ny plattform i 2021, deretter vedlikehold	200 000	100 000	100 000	100 000
Sum	450 000	450 000	450 000	100 000

Regionale kostnader, jf. kapittel 3:

- I tillegg vil det være kostnader i hver helseregion knyttet til regional og ev. lokale koordinatorene, fagveiledere med regionale/lokale oppgaver, grunnkurs, ev. andre fagsamlinger og brukermedvirkning. Dette ressursbehovet vurderes i hver helseregion basert på lokale forhold.

8.2 Forslag til delingsmodell

I vurderingen av hvordan felles kostnader til ParkinsonNet kan deles mellom helseregionene, har prosjektet sett på tre ulike delingsmodeller, som er i bruk. Det er:

- Nasjonal inntektsmodell:
HSØ: 53,83 prosent, HV: 18,98 prosent, HMN: 14,36 prosent, HN: 12,84 prosent
- Firedeling
- Fordeling 40 - 20 - 20 - 20 prosent

Det foreslås å bruke en kombinasjon av inntektsmodellen og firedeling.

Nasjonal inntektsmodell er i samsvar med fordeling mellom regionene av tildelte midler over statsbudsjettet og gjenspeiler regionenes befolkningsgrunnlag. Det foreslås derfor at inntektsmodellen legges til grunn for deling av kostnader knyttet til nasjonal koordineringsfunksjon, brukermedvirkning ved nasjonal koordineringsfunksjon og felles verktøy/utviklingsoppgaver.

Tabell 5 Estimert årlig kostnad i implementeringsperioden og forslag til fordelingsmodell					
	2021	2022	2023	2024	Forslag til delingsmodell
Nasjonal koordineringsfunksjon	2 200 000	2 200 000	2 200 000	2 200 000	Fordeles etter nasjonal inntektsmodell
Brukermedvirkning på systemnivå	100 000	100 000	100 000	100 000	Fordeles etter nasjonal inntektsmodell
Felles verktøy og utviklingsoppgaver	450 000	450 000	450 000	100 000	Fordeles etter nasjonal inntektsmodell
Fagveiledere	3 000 000	3 800 000	3 800 000	3 800 000	Firedeling
Sum	5 750 000	6 550 000	6 550 000	6 200 000	

Det foreslås at kostnad til fagveiledere som skal brukes fleksibelt mellom regionene, deles likt mellom regionene. Dette baseres på at alle regioner trolig vil ha behov for å bruke like mye av fagveilederressursene i implementeringsfasen. Ved oppstart i 2021 vil fagveiledere være ansatt i Helse Sør-Øst og i Helse Vest. Endelig størrelse på fakturaen mellom regionene må avklares i det interregionale nettverkssamarbeidet, basert på faktisk tempo i utrulling.

Tabell 6 Forslag til delingsmodell fagveiledere, estimert kostnad 2021					
Firedeling	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	Sum
Antatt bruk av fagveiledere med nasjonale oppgaver 2021	750 000	750 000	750 000	750 000	3 000 000

Basert på estimerte kostnader og forslag til delingsmodell, ser samlet kostnadsbilde for de fire implementeringsårene slik ut:

Tabell 7 Estimert samlet del av felleskostnader og bruk av fagveiledere 2021-2024				
	2021	2022	2023	2024
Helse Sør-Øst	2 235 000	2 435 000	2 435 000	2 240 000
Helse Vest	1 270 000	1 470 000	1 470 000	1 400 000
Helse Midt	1 145 000	1 345 000	1 345 000	1 300 000
Helse Nord	1 100 000	1 300 000	1 300 000	1 260 000
Sum	5 750 000	6 550 000	6 550 000	6 200 000

VEDLEGG

- Vedlegg 1 Prosjektdirektiv
- Vedlegg 2 Ansvarsområde til Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser
- Vedlegg 3 Involvering av kommuner i etablering og drift av ParkinsonNet
- Vedlegg 4 Interessentanalyse og kommunikasjonsplan – utgangspunkt for implementeringsarbeidet

Helse Vest Postboks
303 Forus
4066 Stavanger

Telefon: 51 96 38 00
helse-vest.no

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Jan-Petter Monsen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 85-2022

Oppfølging av pasientbetalinger

Formål:

RBU har bedt om informasjon om hvordan helseforetakene i Helse Nord følger opp utestående fordringer fra pasienter, for eksempel egenandeler for time og pasientreiser, forbruksmateriell, uteblitt time og parkeringsgebyr.

Beslutningsgrunnlag

Regelverk og praksis

Helseforetakene skal følge gjeldene regelverk, herunder spesialisthelsetjenesteloven¹, og *Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta*².

*Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket*³ og *Rundskriv I-3/2017 Dekning av utgifter ved helsehjelp i helseinstitusjoner under den offentlige spesialisthelsetjenesten blant annet for personer som ikke er bosatt i Norge*⁴ er andre aktuelle regelverk. Regelverk på nettsidene til HELFO har har nærmere beskrivelser av egenandelbetalinger og unntak; <https://www.helfo.no/regelverk-og-takster/henvisning-og-pasientbetaling/henvisning-og-betaling-for-sykehuspasienter>. Regelverkene definerer hvem som betale egenandel for hvilke helsetjenester.

Forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta angir i § 5, punkt d at pasienten ikke skal betale egenandel ved behandling der tilstanden til pasienten er til hinder for å krevje eigendelen, til dømes ved alvorlege sinnslidingar, behandling etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, større akutt skade, medvitsløyse og dødsfall. Behandler ved helseforetaket kan, dersom det er vurdert et medisinsk grunnlag for det, angi at det ikke skal kreves egenandel i pasientsystemet. Dette kan gjøres dersom behandler vurderer at innkreving av egenandel kan være uheldig for personens medisinske tilstand/behandling. Helseforetakene og klinikker kan ha etablert egne rutiner, for eksempel ved at det ikke kreves egenandeler for hele pasientgrupper (psykosepasienter er et eksempel). Det er ikke gjennomgående rutiner for dette i foretaksgruppen.

¹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>

² <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-20-1848>

³ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1255>

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/dekning-av-utgifter-ved-helsehjelp-i-helseinstitusjoner-under-den-offentlige-spesialisthelsetjenesten-blant-annet-for-personer-som-ikke-er-bosatt-i-norge/id2539897/>

Så lenge behandler ikke aktivt har tatt bort krav om egenandel i pasientsystemet vil pasienten kreves for egenandel. Etter konsultasjoner vil man som regel få tekstmelding med krav om betaling i løpet av 48 timer, forutsatt at man har godkjent SMS-varslings i pasientsystem⁵. Dersom denne ikke betales innen 48 timer, vil det sendes faktura uten fakturagebyr til pasienten.

Innkrevning av ubetalte krav

Krav om pasientbetaling som sendes per faktura skal ha 21 dagers forfall. 10-12 dager etter forfall vil det sendes purring. For egenandeler for time, forbruksmateriell og uteblitt time sendes purring fra helseforetakenes felles avtaleleverandør for innfordringstjenester (for tiden er denne leverandøren LOWELL). Purringen har 14 dager forfall og purregebyr på kroner 35. Dersom purringen ikke er betalt på forfall sendes inkassokrav, med inkassosalær på 168,75 kroner. Purregebyr på 35 kroner blir da slettet. Ved 2. inkassovarsel er salæret økt til 437,50 kroner. For egenandelskrav for pasientreiser sendes 1. purring uten purregebyr fra det enkelte helseforetak⁶.

Dersom pasientene tar kontakt og protesterer på kravet, for eksempel protesterer på ikke-møttgebyr med begrunnelse i at de ikke har fått innkalling, så vil det være en vurdering fra sak til sak om kravet skal frafalles. Det skal ikke faktureres ikke-møttgebyr dersom pasienten ikke møter til digital konsultasjon.

Helseforetakene har felles nasjonal rammeavtale om leveranse av innfordringstjenester, hvor leverandøren forplikter seg til å følge nasjonal standard for innfordring utarbeidet og godkjent i direktørmøte 4. september 2014. Standarden er senere oppdatert med aktuelle endringer i lover, satser og god inkassoskikk.

Nasjonal standard for innfordring skal på tvers av regioner og foretak sikre:

- Rask og effektiv innfordring av helseregionens utestående krav med tilhørende redusert omfang av tap på fordringer
- At egenandeler fastsatt av Stortinget innkreves og innfordres iht. gjeldende regler
- Likebehandling av pasienter uavhengig av behandlingssted, bosted, økonomi mv.
- Like rutiner for behandling av andre debitorgrupper

I henhold til *Pasient- og brukerrettighetsloven*⁷ er det et krav at pasienter skal behandles likt, uavhengig av økonomisk bakgrunn. Dette bør også innebære likebehandling vedrørende økonomiske forhold etter at fordring er forfalt. Helseforetakene vil på faktureringsstidspunktet ikke ha noe informasjon om pasientens betalingsevne og det vil være urimelig å la være å sende faktura eller slette krav basert på antagelser om pasientens betalingsevne.

Standarden for innfordring regulerer når og hvilke kundegrupper som skal pures, samt hvilke rutiner som skal legges til grunn før krav sendes til rettslig inkasso. Først på dette tidspunktet vil det være grunnlag for å vurdere om det er økonomiske vurderinger som tilsier at innfordringsprosessen skal stanses.

⁵ Egenandeler kan også betales på automater på sykehusene.

⁶ Det er noen forskjeller for egenandel for pasientreiser. Her sendes 1. purring uten purregebyr.

⁷ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Generelt om egenandeler

Helse Nord krevde inn i underkant av 200 millioner kroner i egenandeler i 2021, fordelt som følger mellom fagområder;

Egenandeler 2021 per område	Beløp
Pasienttransport	34 136 902
Somatiske tjenester - Behandling	107 256 905
Somatiske tjenester - (Re-) habilitering	2 462 470
Radiologiske tjenester	32 461 491
Laboratorietjenester	1 010 355
VOP-psykisk helse for voksne; sykehus	3 831 870
VOP-psykisk helse for voksne; DPS og annet	14 851 236
BUP-psykisk helsevern for barn og unge	64 268
RUS-tverrfag spesialisert behandling	699 375
Sum	196 774 870

I tillegg fikk Helse Nord om lag 212 millioner kroner refundert fra HELFO som følge av at pasientene hadde nådd egenandelstaket (frikort).

Et grovt anslag tilsier at det kreves inn om lag 2 milliarder kroner nasjonalt i egenandeler, og at staten kompenserer helseregionene 2 milliarder kroner i refusjoner hvor egenandelstaket er nådd.

Helse Nord hadde om lag 37 000 ikke-møtt konsultasjoner i 2021, hvorav om lag 22 000 innen psykisk helsevern og rus. Det er fremdeles en betydelig utfordring med pasienter som ikke møter til avtalt time. Det er et betydelig administrativt arbeid med fakturering og innkreving av pasientbetalinger.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar saken til orientering.

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Tarald Sæstad

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 86-2022

Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 – oppnevning av representanter

Formål

Formålet med behandling av saken er å oppnevne representanter til arbeidet med Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030.

Innledning/Bakgrunn

Det vises til *RBU-sak 68-2022 Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 - mandat* og Helse Nord RHF styresak 124-2022 *Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 – mandat*. Mandatet er nå vedtatt og arbeidet med delstrategien starter umiddelbart.

Organisering

Arbeidet med utarbeidelse av delstrategien skal ledes og driftes av Helse Nord RHF. Det skal etableres styringsgruppe, arbeidsgruppe og andre berørte organisasjoner vil bli invitert til å delta i en referansegruppe.

Styringsgruppe:	Direktørmøtet i Helse Nord, bruker-/pårørenderepresentant, KTV/KVO
Arbeidsgruppe:	Fire representanter fra Helse Nord RHF (helsefag, analyse, HR og økonomi), fire representanter fra hvert sykehusforetak (lederlinje, voksen, barn/ungdom, TSB), ansvarlige for utbyggingsplaner ved UNN, Nordlandssykehuset og ved Helgelandssykehuset, to brukerrepresentanter, KTV/KVO, to representanter for KS/kommuner (en stor og en liten kommune)
Referansegruppe:	Kommuner, fylkeskommuner, Pasient og brukerombud, Bufetat region nord, NAV, Mental helse, Statsforvalteren, RIO/Marborg, avtalespesialister, LPP, Ivareta

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner *NN* og *NN* som medlemmer av arbeidsgruppen, og *NN* som medlem til styringsgruppen i utarbeidelse av Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030.

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlegg:
Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 –
Mandat

Mandat for:

Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord i perioden 2023-2030

Versjon. 1.95

Oppdatert 30/08/22

Prosjektnummer i Agresso:	Saksnummer i Elements: 2022/997	
Behandlet dato: <dato>	Behandlet av (ansvarlig linjeleder): Jon Tomas Finnsson	Utarbeidet av: Kari Bøckmann/ Tarald Sæstad
Beslutning:		
Bemanning av neste fase Leder av utredningsarbeidet, prosjektleder: Andre:		Ferdigstilles dato: <dato>
Signatur ved godkjenning:		

Innhold

1. Bakgrunn.....	3
2. Formål med arbeidet.....	3
3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen.....	4
4. Avgrensing og avhengigheter.....	4
5. Krav til resultat.....	4
6. Tidsramme og ressursbehov.....	5
7. Finansiering.....	5
8. Organisering og ansvar.....	6
9. Kommunikasjon og interessentoppfølging.....	6
10. Vedlegg.....	6

1. Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF har bedt om en felles regional strategi for hvordan utfordringene med bemanning/rekruttering, kapasitet og organisering av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern for voksne, barn og unge og TSB kan møtes i årene som kommer (Styresak 64-2022). Styret fattet følgende vedtak:

- 1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om å styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, plan for oppfølging av målområdet til orientering.*
- 2. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør styrke innsatsen knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennom tettere oppfølging av måloppnåelse og etablering av ny delstrategi med vurdering av økonomiske rammer for å styrke nødvendig kapasitet og kvalitet. Styret ber adm. direktør starte arbeidet med delstrategien høsten 2022. Øremerking av midler kan brukes som virkemiddel der det vurderes at dette kan ha en effekt. Styret forventer at delstrategien også omtaler bredt vurderinger av dagens struktur og innhold innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.*
- 3. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør prioritere noen områder der man raskt utarbeider konkrete handlingsplaner, og om å bli holdt oppdatert på dette arbeidet.*
- 4. Styret ber adm. direktør legge frem for styret mandat for arbeidet med delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling høsten 2022.*

2. Formål med arbeidet

Delstrategi for psykisk helsevern og TSB er en revisjon og videreutvikling av *Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB (2016-2025)* og vil erstatte denne. Delstrategien vil også være et supplement til *Fagplan TSB (2019-2025)*.

Delstrategien skal beskrive en fremtidsrettet organisering av behandlingstilbudet i regionen. Nødvendig kvalitet, kapasitet og kompetanse i tjenestetilbudene skal ligge til grunn for anbefalinger om:

- fordeling og tilgjengelighet av spesialpsykiatriske tjenestetilbud
- fordeling og tilgjengelighet av tjenestetilbudet i TSB
- fordeling og tilgjengelighet av døgnbehandlingsplasser
- fordeling og tilgjengelighet av polikliniske tjenestetilbud, inkludert intensiv poliklinisk behandling, dagbehandling og ambulant behandling

Strategien skal beskrive tilbudet både til barn, ungdom og voksne og særlig vurdere organiseringen av helhetlige og sammenhengende tjenester til pasienter som har behov for dette, for eksempel barn, ungdom og unge voksne.

Endringer som kan forbedre arbeids-, funksjons- og oppgavedeling innad i spesialisthelsetjenesten skal beskrives. Systemer for samhandling og oppgavedeling

med kommunale helse- og omsorgstjenester skal omtales og vurderes med mål om gode og forutsigbare pasientforløp i helsetjenesten som helhet.

Hensiktsmessig bruk av digitale tjenester skal omtales.

Den ferdige delstrategien skal være styrende for Helse Nord RHF sine prioriteringer innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Den vil derigjennom også være et styrende dokument for helseforetakene.

Alle tiltak i delstrategien skal begrunnes ut fra faglige, økonomiske og demografiske forhold, samt redegjøre for mulige konsekvenser for pasienter/pårørende og medarbeidere.

3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen

Arbeidsgruppen skal gjennom arbeidet med delstrategien:

- kartlegge nåværende struktur og organisering av tjenestetilbudet i regionen
- beskrive utfordringsbilde i planperioden, inkludert demografiske endringer og rekrutteringsutfordringer
- anbefale områder hvor det i dag er for dårlig kvalitet og/eller kapasitet i tjenesten og hvor det bør utarbeides kortsiktige tiltaksplaner
- kartlegge og evaluere dagens tilbud til den samiske befolkningen

Beskrivelsen av nåværende struktur og organisering skal presenteres som delleveranse for styringsgruppen og som orienteringssak for styret til Helse Nord RHF.

Status og progresjon for prosjektet skal presenteres for styret til Helse Nord RHF kvartalsvis.

4. Avgrensning og avhengigheter

Regjeringen har påbegynt arbeid med tre sentrale stortingsmeldinger¹ som omhandler de tre fagområdene, henholdsvis nasjonal helse- og samhandlingsplan, opptrappingsplan for psykisk helse og forebyggings- og behandlingsreform for rusfeltet. De tre stortingsmeldingene skal lanseres i løpet av 2023. Delstrategien for psykisk helsevern og TSB vil tilpasses eventuelle endringer i nasjonale føringer og beskrive områder med behov for særegne regionale tilpasninger.

5. Krav til resultat

Det skal utarbeides en delstrategi som skal godkjennes av styret til Helse Nord RHF. Arbeidet med delstrategien skal følge Helse Nord RHF sine retningslinjer for prosjektarbeid og utføres i tråd med veileder for funksjonsdeling i Helse Nord RHF for somatikk, psykisk helsevern og TSB (RL XXXX).

¹ <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/behovene-innen-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-i-arene-fremover/id2872387/>

Delstrategien skal anbefale tiltak og strategiske veivalg for hvordan fagfeltet psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal utvikles i perioden 2023 – 2030. Presisering av innhold i arbeidet skal beskrives gjennom en prosjektplan som godkjennes av styringsgruppen. Prosjektplanen vil inneholde en tentativ tidsplan for når tiltakene kan og bør iverksettes. Delstrategien vil bli lagt ut på høring høsten 2023.

Delstrategi for psykisk helsevern og TSB skal drøftes med KTV/KVO og behandles i Regionalt brukerutvalg før styrebehandling.

6. Tidsramme og ressursbehov

Tidsramme:

Arbeidet skal gjennomføres innen 12 måneder fra oppstart. Det forventes oppstart oktober/november 2022 og en overlevering av styresak med ferdig utarbeidet delstrategi innen desember 2023.

Ressursbehov:

Det er behov for å sikre bred medvirkning og god dialog med helseforetakene og med eksterne interessenter. Det er behov for en styringsgruppe, arbeidsgruppe og en bredt sammensatt referansegruppe. Ved oppstart vil det utarbeides en interessentanalyse og en kommunikasjonsplan for arbeidet.

Styringsgruppe:	Direktørmøtet i Helse Nord, bruker-/pårørenderepresentant, KTV og KVO
Arbeidsgruppe:	Representanter fra Helse Nord RHF (helsefag, analyse, HR og økonomi), fire representanter fra hvert sykehusforetak (ledelse/administrasjon, voksen, barn/ungdom, TSB), to brukerrepresentanter, KTV og KVO, to representanter for KS/kommuner (en stor og en liten kommune)
Referansegruppe:	Kommuner, Fylkeskommuner, Pasient og brukerombud, Bufetat region nord, NAV, Mental helse, Statsforvalteren, RIO/Marborg, avtalespesialister, LPP, Ivareta.

Organisering av arbeidsgruppe:

Det vil bli opprettet undergrupper, én av disse gruppen skal i hovedsak skal jobbe med spørsmål vedrørende struktur og organisering.

7. Finansiering

Helse Nord RHF stiller med prosjektleder og dekker kostnader til samlinger, workshops, ev. honorar mv. Det forventes at helseforetakene dekker utgifter deltakerne i arbeidsgruppen har i forbindelse med reise/opphold, og at deltakerne blir fristilt til å delta i aktiviteter innen rammen av prosjektet.

Samlet finansiering fra Helse Nord RHF er begrenset oppad til 1,5 millioner kroner over hele prosjektperioden.

8. Organisering og ansvar

Helse Nord RHF ved Helsefagavdelingen ivaretar ansvaret for å skrive delstrategien.

Prosjekteier: Administrerende direktør Cecilie Daae HN RHF

Styringsgruppe:

Cecilie Daae	Leder av styringsgruppen
NNN	bruker-/pårørenderepresentant
Sissel Alterskjær	KTV
Jeanett Mikalsen	KVO

Direktørmøtet i Helse Nord

Styringsgruppen skal foreta nødvendige avklaringer og fatte beslutninger for prosjektgruppen. Styringsgruppen har også ansvar for at prosjektet følger oppsatt tidsplan, samt leverer et produkt i henhold til mandat.

Arbeidsgruppe:

NNN	Prosjektleder HN RHF
NNN	Prosjektdeltaker HN RHF (helsefag, analyse og økonomi)
NNN	Nordlandssykehuset
NNN	UNN
NNN	Finnmarkssykehuset
NNN	Helgelandssykehuset
NNN	Bruker- og pårørenderepresentant
MartinØien Jenssen	KTV
NNN	KS/kommuner

Referansegruppen skal være bredt sammensatt, og kan utvides ved behov. Medlemmene i referansegruppen skal gis mulighet til å gi innspill til delstrategien ved minst to anledninger.

9. Kommunikasjon og interessentoppfølging

Arbeidsgruppen vil i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen i Helse Nord RHF utarbeide en kommunikasjonsplan som ivaretar relevante interesser.

10. Vedlegg

Møtedato: 17. oktober 2022

Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 87-2022

Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Statsbudsjettet 2023 – *mundlig*
5. Varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn fra Helse Nord
6. Digital strategi for Helse Nord – prosess for innspill - *mundlig*
7. Pasientreiser med rekvisisjon – *høringssvar*
8. Nasjonal helse- og samhandlingsplan – innsendte innspill fra Regionalt brukerutvalg
9. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
10. Oppnevninger siden forrige RBU-møte

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Geir Tollåli

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 87-2022/5

Varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn fra Helse Nord

Formål

Det legges frem en årlig orientering om alvorlige hendelser i foretaksgruppen.

Bakgrunn

Statens helsetilsyn skal i henhold til *Spesialisthelsetjenesteloven §3-3a¹* varsles etter alvorlige hendelser som dødsfall og betydelig skade på pasient, der utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Dette skal omgående sendes til Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn per e-post eller telefon.

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har *plikt* til å varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Pasienter, brukere og nærmeste pårørende har en *rett* til å varsle Helsetilsynet om dødsfall og svært alvorlige skader etter hendelser som har sammenheng med helsehjelpen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i spesialisthelsetjenesten.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

Helse Nord stiller krav til kvalitet i pasientbehandling og ønsker å etablere en god meldingskultur. Varsler til Statens helsetilsyn og avviksmeldinger for øvrig skal behandles seriøst og gi grunnlag for læring og forbedring.

En grundig gjennomgang i 2018 viste at alle helseforetakene i Helse Nord har rutiner for å følge opp alvorlige hendelser. Det er utarbeidet dokumentasjon i ulike former som beskriver hvordan oppfølging av alvorlige hendelser skal skje på systemnivå.

Alle helseforetakene i nord har system for formell hendelsesanalyse og hendelsesgjennomgang. Alvorlige hendelser blir regelmessig drøftet i fagsjefmøtet med tanke på læringspunkter. Spesielt alvorlige saker blir tatt opp med foretakene i formelle oppfølgingsmøter. For øvrig har Helse Nord RFH halvårlige møter med Statsforvalterne i nord for utveksling av informasjon på systemnivå.

¹ <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Antall varsler fra regionene

VarslForetakOmfattetAv	2019	2020	2021	2022	Totalt
spesialisthelsetjenesteloven i helseregion Midt-Norge	104	86	93	54	337
spesialisthelsetjenesteloven i helseregion Nord	82	77	76	39	274
spesialisthelsetjenesteloven i helseregion Sør-Øst	373	448	468	247	1536
spesialisthelsetjenesteloven i helseregion Vest	112	113	125	88	438
Totalt	671	724	762	428	2585

Tabell 1. Antall varsel fra regionene

Samlet sett har antall varsel etter § 3-3a til Statens helsetilsyn vært stabilt de siste tre år og så langt i 2022. Antallet samsvarer godt med befolkningsandelen.

Antall varsler per Helseforetak (7 mnd)	2010												2022
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	(1. tertial)	
Helse Nord	9	15	26	33	47	47	87	70	83	74	71	20	
Finnmarkssykehuset HF		1	3	6	5	7	7	7	7	12	9		
Helgelandssykehuset HF	1	2	5	6	4	5	11	13	9	15	22	4	
Nordlandssykehuset HF	4	4	4	10	13	15	12	15	15	23	18	10	
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	2	2	5	7	12	21	22	51	34	43	29	6	
Ideell eller kommersiell virksomhet		1				2	1	1	1	1			
Privatpraktiserende spesialist							1						

Tabell 2: Antall varsel i Helse Nord

Universitetssykehuset Nord-Norge hadde en periode flere varsel enn landsgjennomsnittet, men de siste to til tre år har antall varsel vært på et stabilt lavere nivå. De øvrige helseforetakene har mindre variasjonen på et lavt antall.

SkadegradPasient	2019	2020	2021	2022	Totalt
				3	3
Annet		2			2
Dødsfall	54	53	48	18	173
Kunne ført til svært alvorlig skade	7	5	5	5	22
Svært alvorlig skade	13	8	12	6	39
Usikkert	6	8	6	5	25
Totalt	82	74	71	37	264

Tabell 3: Skadegrad i Helse Nord

Det er flest dødsfall som har vært utgangspunktet for et varsel til Statens Helsetilsyn og i mindre grad svært alvorlig skade eller hendelser som har hatt potensiale til svært alvorlig skade.

FagområdeKategorier	2019	2020	2021	2022	Totalt
Psykiatri/rus	37	31	23	10	101
Somatikk	45	42	47	27	161
Somatikk, Psykiatri/rus		1	1		2
Totalt	82	74	71	37	264

Tabell 4: Fordeling psykisk helse/somatikk i Helse Nord

Det er innen somatisk varsomhet at de fleste 3-3a meldingene kommer med en nærmest konstant rate over de siste årene. Alvorlige hendelser i samband med kirurgiske inngrep meldes hyppigst. Tallene i de øvrige kategoriene er små og gir ikke grunnlag for noen sikker konklusjon.

Rate for varsler fra psykisk helsevern er avtagende. Alle selvmord og forsøk på selvmord blir varslet i henhold til §3-3a. Tabell 5 viser en markert nedgang i antall selvmord og forsøk på selvmord.

TypeHendelse	2019	2020	2021	2022	Totalt
				3	3
Akutt livreddende behandling	4	8	3	1	16
Annet	8	6	5	2	21
Bruk av blod / blodprodukter	1				1
Bruk av legemidler		2	2	1	5
Bruk av medisinsk utstyr	1	2	3	2	8
Fall	2	2	3	1	8
Fødsel	4	4	4	4	16
Ikke registrert	2				2
Infeksjon	3	2	3		8
Intensivbehandling / overvåkning	3	2	4	1	10
Kirurgisk inngrep / operasjon	11	15	14	3	43
Medisinsk behandling	8	1	3	7	19
Medisinsk undersøkelse / diagnostikk	2	6	8	5	21
Overdose / intoks		7	2	1	10
Selvmord	25	13	13	4	55
Selvmordsforsøk / selvskading	8	4	4	2	18
Totalt	82	74	71	37	264

Tabell 5: Hendelsestyper i Helse Nord

KonklusjonUtfallBeskrivelse	2019	2020	2021	2022	Totalt
				6	6
Annen tilsynsmessig oppfølging			1	2	3
Avsluttet etter innledende undersøkelser	37	19	12	1	69
Oversendes til statsforvalteren for vurdering av videre tilsynsmessig oppfølging	42	53	58	27	180
Stedlig tilsyn	3	2		1	6
Totalt	82	74	71	37	264

Tabell 6: Oppfølging fra Helsetilsynet

De siste årene er flere varsler blitt sendt fra Statens helsetilsyn for oppfølging hos Statsforvalter. I 2017 ble 56 % av varslene avsluttet etter innledende undersøkelser, mens tilsvarende tall i 2021 var 17 %. I første halvår av 2022 ble det bebudet ett stedlig tilsyn i Helse Nord.

Konklusjon

Helsetjenesten er avhengig av åpenhet og seriøst arbeid etter uheldige pasienthendelser for å dra lærdom og oppnå bedre pasientsikkerhet. Negativ oppmerksomhet etter uønskede pasienthendelser bidrar til redusert omdømme. Pasientene etterspør kvalitet, trygghet og respekt når de skal velge sykehus i Helse Nord som sitt behandlingssted.

En sammenstilling på aggregert nivå viser at helseforetakene i nord har en stabil meldekultur. Det er spesielt betryggende at antall selvmord og forsøk på selvmord har kommet på et lavere nivå sammenlignet med tidligere år.

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 87-2022/7

Pasientreiser med rekvisisjon - høringssvar

Bakgrunn

I RBU-sak 69-2022 *Pasientreiser med rekvisisjon - høring*, ble det fattet følgende vedtak;

1. *Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar gjennomgangen av saken om høring til pasientreiser til rekvisisjon til orientering.*
2. *Regionalt brukerutvalg ved Gunnhild Berglen utarbeider et høringssvar innen 23. september 2022.*

Vedlagt er innsendt høringssvar.

Vedlegg:

Pasientreiser med rekvisisjon – høringssvar. Skjema for utfylling av tilbakemeldinger fra Regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF til Pasientreiser.

Pasientreiser med rekvisisjon - hørings svar

Skjema for utfylling av tilbakemeldinger fra Regionalt brukerutvalg Helse Nord RHF til Pasientreiser

Nr	Innspill, kommentarer, spørsmål/uklarheter eller forslag til endringer
	<p>Det må brukes samme ord om samme ting, gjennomgående i løsningen. Ledsagerbegrepet brukes om reiseledsager, ledsager, pårørende. Alle endringer i praksis medfører et økt behov for veiledning. Veiledning må være tilgjengelig når pasienten trenger det, mulighet for å kunne kontakte Pasientreiser på kveld og i helg løftes derfor fram igjen. Vi håper også at det lages godt veiledningsmatriell for ansatte i ekspedisjoner og informasjonsskranker på sykehusene. De får mange spørsmål fra pasienter, og det vil avlaste på mange nivå om de kan svare ut spørsmål og hjelpe pasienter. Vi ønsker å minne om at der barn er pårørende til alvorlig og kritisk syke søsken eller foresatte, er det flere ulike forskrifter som regulerer deres rett til å reise til sykehus, dette bør tydeliggjøres også i veiledningsmatriell hos Pasientreiser. Det er viktig å bruke et lettforståelig språk. Mange som rekvirerer reise har dette som delegert oppgave, noen gjør det sjeldent og noen har ikke norsk som morsmål.</p>
Andre kommentarer	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
	<p>Engangsattest, er det tydelig for alle hva det ordet kan bety? Er det en attest som gis en gang, eller for en reise? Mulig dette er innlysende for de som har jobbet med det lenge, men forskjellen på engangsattest, enkeltreise og enkeltrekvisisjoner kan gjøres tydeligere. Og det kom ikke tydelig fram hvor man setter opp 7 serierekvisisjoner.</p>
8	
9	Ønsker at det skal bli enda tydeligere at "bruk av egen bil" også betyr "bli kjørt" som er lik RUR
10	
11	
	<p>Dersom ledsager skal søke om støtte, må det fremdeles gjøres på papir. Derfor er det viktig at det finnes mulighet til å printe attest for bruk av egen bil, også for enkeltreiser. Utrolig mye er fremdeles veldig 12 analogt ute hos pasientene...</p>
13	tilgang til eksempel må være lett tilgjengelig og lett forståelige
14	
15	Savner en beskrivelse av helsemessig behov for tilrettelegging av reise med ledsager.
16	
17	
18	
19	
20	
	<p>Slik teksten står nå "..skal bestilles så tidlig som mulig, og senest innen kl 13 virkedagen før reisen skal gjennomføres" så er det risiko for at timer som blir ledige samme dag ikke kan utnyttes. At det ikke er mulig å sikre transport til rett tidspunkt ved senere bestilling, bør ikke stå i veien for å prøve å tilby ledige timer 21 samme dag. Det er viktig både for pasienter og helsetjenesten å bruke tilgjengelige timer.</p>
22	
23	Ønsker at det skal bli enda tydeligere at "bruk av egen bil" også betyr "bli kjørt" som er lik RUR
24	
25	
26	
27	
28	Savner en beskrivelse av helsemessig behov for tilrettelegging av reise med ledsager.
29	
30	
31	
32	
	<p>Behandlingssted; Må både være presist nok for henting, og fleksibelt nok for å være til hjelp. Store sykehus 33 har ulike funksjoner langt fra hverandre.</p>
34	
35	
36	
37	
38	

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 87-2022/8

Nasjonal helse- og samhandlingsplan – innsendte innspill fra Regionalt brukerutvalg

Bakgrunn

I RBU-sak 62-2022 *Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Invitasjon til å gi skriftlig innspill*, ble det fattet følgende vedtak;

Regionalt brukerutvalg utarbeider et notat til Helse Nord RHF's notat for tilbakemelding til Helse og samhandlingsplan, som omhandler følgende områder:

- a. *For pasienter og pårørende er det én helsetjeneste. Ny organisering av helsetjenesten på alle nivå må derfor ha pasientens behov for et helhetlig og sammenhengende pasientforløp i sentrum. De kunstige skillene mellom for eksempel somatikk og psykiatri og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten må bygges ned. Helsetjenesten som tilbys i primærhelsetjenesten må sees i sammenheng med pasientens helhetlige behov. Det er viktig at overgang mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er sømløs og til pasientens beste, samt ivaretar pårørende. Det er viktig å sikre god kapasitet og kompetanse i alle nivå.*
- b. *Forebygging og tidlig intervensjon må bli et tydelig innsatsområde. God forebygging kan bidra til å redusere de totale kostnadene i helsetjenesten/samfunnet.*
- c. *Befolkningens helsekompetanse må styrkes, vi må forstå alt som sies og få hjelp til å gjøre kloke valg som holder oss friske lengre.*
- d. *Samarbeid med lokalsamfunn og frivillighet må bli en integrert del av helsevesenet.*

Det ble bestemt i møtet at nestleder for Regionalt brukerutvalg (RBU) skulle utarbeide et utkast som skulle sendes til e-postbehandling hos resterende medlemmer i RBU. Vedlagt er ferdig behandlet innspill fra RBU til Nasjonal helse- og samhandlingsplan, som ble oversendt til saksbehandler i Helse Nord RHF 3. september 2022. Innspillet er en del av saksbehandlingen av innspillnotat til Helse- og omsorgsdepartementet fra Helse Nord RHF vedrørende den nasjonale helse- og samhandlingsplanen som etter planen skal fremmes høsten 2023.

Vedlegg:

1. Nasjonal helse- og samhandlingsplan - innsendte innspill fra Regionalt brukerutvalg
2. RBU-sak 62-2022 *Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Invitasjon til å gi skriftlig innspill.* Saksfremlegg

Notat til Helse Nord RHF's innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan fra Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF:

- Det er én helsetjeneste for pasienter. Det er kanskje ikke sånn for de som er på innsiden av alle disse systemene. Hvis det skal bli helhetlige og sammenhengende pasientforløp, må organiseringen endres. Det må testes ut mange nye og forskjellige organiseringsløsninger, innenfor ulike fagområder, for ulike pasientgrupper og for geografiske områder. For etniske grupper med annen språkbakgrunn enn norsk er det viktig at samhandlingen mellom sektorene tar hensyn til dette.
- Forebygging av uhelse, forverring og utenforskap må bli sentrale oppgaver.
- Fokus på barnehelse og tidlig intervensjon på alle nivåer må styrkes. Barndommen ligger der som et grunnlag gjennom hele livet. Kunnskapsoppbygging om barnehelse gjennom befolkningsundersøkelser og forskning blir viktig. Dette for å forstå og kjenne igjen hvor og for hvem tidlig innsats må prioriteres.
- Ung Helse må bli en egen spesialisering innen medisin, og et tydelig tverrfaglig satsningsområde på tvers av alle sektorer.
- Pasienters og pårørendes genuine medvirkning er nøkkelen for å få til helhetlige pasientforløp.
- Det er kunstige skiller innenfor spesialisthelsetjenesten, særlig mellom somatikk og psykiatri, og innenfor primærhelsetjenesten. Det må bli pasienten som står i sentrum, og ikke hvor de befinner seg i systemet.
- Samarbeid med lokalsamfunn og frivillighet må bli en integrert del av helsevesenet.

Aktuelle tiltak:

- Bygge ned strukturene mellom siloene (herunder spesialist- og primærhelsetjeneste, somatikk og psykiatri). Piloter på helt nye organiseringsformer må iverksettes.
- Fastlegeordningen er grunnlaget for at spesialisthelsetjenesten skal fungere. Grunnleggende nye organisatoriske grep må tas for å bygge én helsetjeneste for befolkningen.
- Spesialisthelsetjenesten driver etter hvert så effektivt og med så lite døgnopphold, at pasientene som kommer til kommunene er svært syke og krever mye mer enn det kommunehelsetjenesten klarer å ta imot. Effektivisering og sparetiltak et sted skyver ofte kostnadene videre nedover i systemet, utarmer tjenestene lokalt og sliter på pårørende.
- Sterk satsning på samarbeid med resten av samfunnet, med hele opplæringssektoren og frivillighet. Det er store frivillige ressurser som kan mobiliseres om man stiller med organisatorisk hjelp. Folkehelse bygges med aktivitet og fellesskap. Kultur- og kunnskapsorganisasjoner er undervurderte samarbeidspartnere innenfor helse. Nytenkende fellesskap med for eksempel idrettsorganisasjoner kan bidra til å skape gode aktive arenaer ved helseinstitusjoner, og aktive fellesskap å være deltaker i for både pasienter, pårørende og ansatte.
- Befolkningens helsekompetanse må styrkes, vi må forstå alt som sies og få hjelp til å gjøre kloke valg som holder oss friske lengre. Det vil styrke oss og utsette uhelse. Penger brukt her er en investering i framtiden.

02.09.2022

- Bred brukermedvirkning er demokrati i praksis. Ytringsfrihetskommisjonen løfter fram hvor viktig det er at den store minoriteten, som kan kalles personer med nedsatt funksjonsevne, blir hørt.
- Det må være et reelt samarbeid med pasienter og pårørende. Samvalg må være en selvfølghet, også ift. digital eller elektronisk oppfølging.
- Pårørende som ikke får støtte, veiledning og avlastning kan bli til pasienter selv. Pårørendes arbeid og omsorg må ikke utnyttes. Barn som vokser opp med svært syke søsken eller foreldre må ivaretas på alle nivåer i helsevesenet.
- Pasienter må ha muligheter til å lett og enkelt melde, varsle, klage og gi tilbakemeldinger. Det må være et universelt utformet nasjonalt system, som gjør det mulig forstå, lære og endre praksis på lokalt og nasjonalt nivå.
- Avstanden fra helsestasjonene til spesialisthelsetjenesten må kortes betydelig inn. Lavterskeltilbud for barnefamilier må utvides og veien til vurdering av mer oppfølging kan ikke være så lang som nå. Tid er den kraftigste innsatsfaktoren i barns helse.
- Aktivitet og arbeid må brukes mye mer aktivt som helsefremmende tiltak. Hvorfor samlokaliseres ikke NAV med helsetjenesten? Gjennomgående samarbeid om meningsfulle hverdager, fysisk aktivitet og arbeid må prioriteres.
- Tverrfaglighet må stå i sentrum for all virksomhet.
- Rekruttering til helsevesenet starter i barneskolen, med interesse for naturfag og en nysgjerrighet for hva god helse er.
- Helsevesenet er også en arbeidsplass der matematikere, økonomer og sosionomer kan gjøre viktige jobber. Vi må tenkte på om ulike oppgaver kan løses godt av ikke-helsefagutdannede. Ved det skaper vi en attraktiv arbeidsplass og får nye perspektiver i virksomheten.
- Samarbeid med andre store arbeidsplasser innenfor industrien og primærnæringer kan være nyttig for å kunne tilby interessante jobber i ulike sektorer, og bidra i rekrutteringen av fagfolk. Ved rekruttering av helsepersonell er det viktig å ta hensyn til at helsepersonell kan ha familie med behov for arbeidsplass («jobb-for-to»).
- Den eldrebølgen som kommer inn i helsevesenet, kommer også til å skylle over kommunene, og kan medføre store endringer i arbeidsliv, skoletilbud, behov for offentlig kommunikasjon, bosetting og frivillighet. Å tro at kommunene kan ta imot flere hurtigutskrevne pasienter fra psykiatrien, rusbehandling og somatikk – i tillegg til de skrøpelige eldre, er økonomisk dyspoti. Det vil kunne føre til sammenbrudd av kommunale tjenester. Helsetjenesten må være en del av samfunnsoppdraget kommunene har, og ikke ta så store ressurser at resten av lokalsamfunnets oppgaver blir uløselige.

Møtedato: 2. september 2022
Vår ref.:
2022/140-12

Saksbehandler:
Espen Mælen Hauge

Dato:
25.8.2022

RBU-sak 62–2022

Nasjonal helse- og samhandlingsplan - invitasjon til å gi skriftlig innspill

Deler av vedlegg 2 er utsatt offentlighet jf. offl. §5, 1. ledd

Formål

Formålet med saken er å diskutere utkast til innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med nasjonal helse- og samhandlingsplan med sikte på at Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF kan supplere RHF-ets forslag til skriftlige innspill.

Beslutningsgrunnlag

Regjeringen har startet arbeidet med nasjonal helse- og samhandlingsplan som etter planen skal fremmes høsten 2023, jf. brev datert 3. august 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) (vedlegg 1).

Som det fremgår av brevet skal nasjonal helse- og samhandlingsplan være en stortingsmelding som omfatter både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne vil sammen med ny folkehelsemelding og melding om helseberedskap utgjøre de overordnede rammene for helse- og omsorgspolitikken. Nasjonal helse- og samhandlingsplan vil ta for seg regjeringens ambisjoner om å videreutvikle vår felles helse- og omsorgstjeneste.

Meldingen vil blant annet omfatte følgende tema:

- Samhandling
- Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Desentraliserte tjenester og sømløse pasientforløp
- Digitalisering
- Personell og kompetanse
- Rehabilitering og mestring
- Svangerskaps-, føde- og barselstilbud
- Psykisk helse og rus
- Akutt-tjenester

Som det fremgår av brevet inviterer statsråden til å gi skriftlige innspill på tre konkrete spørsmål:

1. *Hva er de viktigste utfordringene å adressere?*
2. *Hvilke tiltak er aktuelle?*
3. *Er dere kjent med pågående arbeid eller gode eksempler som departementet bør være kjent med?*

Saksbehandlingsprosess for skriftlige innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan
Helse Nord RHF er brevets adressat blant mange, men HOD ber om at invitasjonen distribueres til aktuelle parter i vår organisasjon. Dette inkluderer blant annet Regionalt brukerutvalg. RHF-ets frist for innspill til meldingsarbeidet er innen 15. september 2022.

Fristen er kort og det er skissert en saksbehandlingsprosess for å sikre at Helse Nord RHF får så fyllestgjørende innspill som mulig på den korte tiden. For å lette arbeidet er det laget et utkast til innspillsnotat (vedlegg 2), som legges frem for diskusjon og innspill. Vi oppfordrer spesielt til å komme med gode eksempler, som kan belyse hva vi lykkes med.

Helse Nord's innspill har utgangspunkt i *Regional utviklingsplan 2035* og *Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024*¹ som prioriterer tiltak for utviklingsplanens første fire år. I tillegg er innspillet basert på det pågående arbeidet med oppdatering av *Regional utviklingsplan 2038* (RU2038) som beskriver helseregionens særpreg og særegne utfordringer, behovet for omstilling og målområder.

Innspill fra Regionalt brukerutvalg tas med videre i prosessen for å utarbeide det endelige innspillsnotatet.

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til Helse Nord RHF's notat for tilbagemelding til Helse og samhandlingsplan:

- a. ...
- b. ...
- c. ...

Bodø, 25. august 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

¹ <https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024>

Vedlegg:

1. Brev av 3. august 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF ad. Nasjonal helse- og samhandlingsplan. Invitasjon til å gi skriftlige innspill
2. Utkast til Helse Nord RHF's innspillsnotat Nasjonal helse- og samhandlingsplan – *deler av dokumentet er utsatt offentlighet jf. offl. §5, 1. ledd*

Møtedato: 17. oktober 2022

Vår ref.:
2022/140-21Saksbehandler:
Tina EitranDato:
10.10.2022

RBU-sak 87-2022/9 Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **26. oktober 2022 i Bodø**:

STYRESAK	ansv.
Styrets instruks, revisjon	AELR
Lønnsjustering 2022 adm. direktør	TE
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 11/20, behandling av personopplysninger i Helse Nord, oppfølging av sak 156-2021	JB/IMA
Kvalitetsindikatorer til styring	BV
IAM2 - investeringssøknad	HIR
Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2021, oppfølging av styresak 15-2016	JTF/TKN
Virksomhetsrapport nr. 9-2022	EAH
Tertialrapport nr. 2-2022	HIR
Budsjett 2023 - rammer foretaksgruppen	EAH
Budsjett 2023 - rammer Helse Nord RHF	EAH
Byggeprosjekter Universitetssykehuset Nord-Norge HF, tertialrapportering	HiR/LAM
Byggeprosjekter Finnmarkssykehuset HF, tertialrapportering	HiR/LAM
Byggeprosjekter Nordlandssykehuset HF, tertialrapportering	HiR/LAM
Trusselvurderinger 2022	JB

a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 14. oktober 2022

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **23. november 2022 i Harstad**:

STYRESAK	ansv.
Statsbudsjett 2024 - felles innspill fra alle regionale helseforetak og innspill fra Helse Nord RHF	EAH
Medisinske kvalitetsregistre, gjennomgang av resultater	JTF
Kvalitetsstrategi for Helse Nord 2021-2025	HIR/EIH
Operative mål for Helse Nord RHF 2023, oppfølging av sak 123-2022	HIR
Regional plan for avtalespesialister i Helse Nord, oppfølging av sak 172-2020/7	HIR/FEI
Beredskapsplan for forsyningssikkerhet	HIR/RSÆ

Helseforetakenes omstillingsplaner, investeringer og funksjoner – oppfølging av sak 117-2022	HIR
Virksomhetsrapport nr. 10-2022	EAH
Kliniske fagrevisjoner i foretaksgruppen - oversikt 2020, oppfølging av styresak 61-2017 og sak 107-2020	HIR/EIH
Helhetlig informasjonssikkerhet - tertialrapportering	HiR
Regional beredskapsplan – styrets rolle og ansvar	JB
Felleseide helseforetak pr. 2. tertial 2022 - statusrapport	HIR
Delstrategi for intensivmedisin i Helse Nord, sluttrapport, oppfølging av styresak 175-2021	JTF
FRESK (Fremtidens systemer i klinikken) - tertialrapportering	HiR
Styringssystem for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 135-2021	JB/IMA
Avansert oppgaveplanlegging, konseptfase avsluttet	AME

- b) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 11. november 2022
- c) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 87-2022/10

Oppnevninger siden forrige RBU-møte

Formål

Saken fremmes for å formalisere oppnevningene som er gjort per e-post siden forrige møte i Regionalt brukerutvalg 19. september 2022.

Samordning av revidert framskrivingsmodell for somatikk – invitasjon til deltakelse i referansegruppe

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivinger av befolkningens behov for helsetjenester. Helse- og omsorgsdepartementet har i *Oppdragsdokument 2019 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019)* gitt et oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til samordning av framskrivinger.

I denne forbindelse med dette arbeidet er det bestemt at det skal opprettes en faggruppe som skal vurdere framtidig behov for somatiske helsetjenester utfra demografisk utvikling og endringer i sykdomsutvikling, nye behandlingsmetoder, teknologisk utvikling, brukermedvirkning og organisering av tjenestetilbudet (vedlegg).

Det skal delta en brukerrepresentant i faggruppen fra Helse Nord RHF og fra Helse Sør-Øst RHF. Det ble sendt ut en forespørsel til medlemmer i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 28. september 2022 om interesse for å delta i arbeidet.

Faggruppen skal møtes totalt fem ganger i perioden november 2022 til april 2023.

Ernly Eriksen, FFO (Blindeforbundet, Mo i Rana) ble oppnevnt som representant fra Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF.

Vedlegg:

Framskrivinger somatikk 150822 - prosjektmandat

Prosjektmandat

SAMORDNING AV REVIDERT FRAMSKRIVNINGSMODELL FOR SOMATIKK

Denne fylles ut ved behandling ved BP2.

Prosjektnummer:	Saksnummer:	
Behandlet dato: xx.xx.2022	Behandlet av / Prosjekteier: AD-møte	Utarbeidet av: Helse Sør-Øst
Beslutning: Godkjenning av mandater		
Bemanning av neste fase Fagnettverk for framskrivninger		Neste fase ferdig: 1. juni 2023
Signatur ved godkjenning (BP2):		

Innhold

1. Bakgrunn og begrunnelse for prosjektet	3
2. Prosjektets mål	4
2.1. Beskrivelse av faggrupper og delleveranser	4
2.1.1 Analysegruppe.....	4
2.1.2 Faggruppen.....	5
3. Interessenter.....	6
4. Milepælsplan.....	6
4.1. Kostnader	6
5. Overordnet organisering	6

UTKAST

1. BAKGRUNN OG BEGRUNNELSE FOR PROSJEKTET

Planlegging av framtidige helsetjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivning av befolkningens behov for helsetjenester skal legges til grunn ved planlegging av utdanning og rekruttering av personell, planlegging av nye bygg, kjøp av helsetjenester, etablering av teknologisk infrastruktur, organisering og innretting av helsetjenesten. For å understøtte likeverdige helsetjenester skal framskrivninger være basert på en felles nasjonal modell, med mulighet for lokale tilpasninger der det enkelte regionale helseforetak vurderer det nødvendig og relevant.

Det eksisterer i dag flere modeller for framskrivninger av helsetjenestebehov og kompetanse. Disse metodene er i liten grad samordnet og det er behov for en systematisk evaluering av modellene slik at en kan legge til grunn et best mulig verktøy for videreutvikling av helsetjenestene i Norge.

Nasjonal framskrivningsmodell for aktivitet i spesialisthelsetjenesten for somatikk ble utviklet i perioden 2011-2013, med en prosjektbasert utvikling etter dette. Det er behov for en systematisk gjennomgang av framskrivningene for å revidere og videreutvikle forutsetningene og endringsfaktorer som inngår i modellen.

Helse- og omsorgsdepartementet har i Oppdragsdokument 2019 – tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019) gitt et oppdrag til de regionale helseforetakene knyttet til samordning av framskrivninger.

Helse- og omsorgsdepartementet har i foretaksmøtene i 2016, 2017 og 2018 stilt krav til de regionale helseforetakenes bruk og samordning av framskrivninger. Dette arbeidet skal videreføres med følgende presiseringer:

- *Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Framskrivningene skal gjennomføres med felles framskrivningsmodell.*
- *Anslag på sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette vil blant annet være forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener dette er relevant og nødvendig.*
- *De regionale helseforetakene skal etablere ett felles fagnettverk/kompetansemiljø som utvikler og forvalter disse framskrivningsmodellene. Helse Sør-Øst RHF skal lede dette nettverket/miljøet.*
- *De regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i en vurdering av hvordan et felles framskrivningsverktøy for helseforetak og kommuner kan etableres med bruk av data fra både spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

2. PROSJEKTETS MÅL

Prosjektets mål er at det innen 1. juni 2023 skal foreligge en rapport og en revidert modell for framskrivninger for somatikk.

Avgrensninger og føringer

Prosjektet omhandler analyse og vurderinger av framskrivninger for somatikk. Prosjektet skal samordne og utvikle en revidert framskrivningsmodell som skal benyttes i framskrivninger av befolkningens behov for somatiske spesialisthelsetjenester.

Anslag for sentrale forutsetninger skal samordnes på tvers av de regionale helseforetakene og innrettes i tråd med overordnede prioriteringer. Dette gjelder blant annet forutsetninger knyttet til demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. Det skal gjøres lokale tilpasninger i forutsetningene der det enkelte regionale helseforetak mener det er relevant og nødvendig.

2.1. Beskrivelse av faggruppe og delleveranser

Revidert modell for framskrivning innen somatikk vil bygge på arbeider fra en faggruppe og en analysegruppe.

Deltakerne i faggruppen skal ha god faglig kunnskap om tematikken faggruppen skal vurdere. Faggruppen skal møtes totalt fem ganger i perioden november 2022 til april 2023, for å diskutere og beslutte faggruppens anbefalinger. Faggruppen ledes av Halfdan Aass som er ansvarlig for møteledelse og fremdrift i og mellom møtene. Faggruppen kan benytte fagspesifikke undergrupper der det vurderes å være behov for dette.

Fagnettverket for framskrivninger/kompetansemiljø har ansvar for å gjøre nødvendig forankring med sine organisasjoner underveis i prosjektet.

Faggruppens og analysegruppens mandat og leveranser beskrives i det følgende.

2.1.1 Analysegruppe

Ansvar: Helse Sør-Øst RHF

Arbeidet med framskrivning vil kreve analyse av store mengder data, både forut for faggruppemøter og mellom faggruppemøter. Faggruppens diskusjoner og anbefalinger skal baseres på oppdaterte data og analyser, og faggruppene skal komme med innspill til hvilke analyser som bør gjøres for å gjøre nye vurderinger. Analysegruppen består av medlemmer fra alle regionene, Sykehusbygg og KS.

Leveranser:

- Oppdaterte analysegrunnlag til diskusjon i faggruppen

- Gjennomføring av spesifikke analyser på bestilling fra faggruppen

Tidsfrist: Før hvert faggruppemøte

2.1.2 Faggruppen

Ansvar: faggruppeleder

Faggruppen skal beskrive og vurdere endringer og faktorer som kan påvirke fremtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten innen somatikk frem til 2040.

Leveranser:

1. Beskrive forventet endring i forekomst i enkelte tilstander (insidens og prevalens) frem mot 2040, basert på forventet befolkningsutvikling og sykdomsutvikling
2. Vurdere endringsfaktorer, inkludert:
 - Demografisk utvikling og mulig effekt av friskere aldring
 - Nye behandlingsmetoder, legemidler, ny teknologi i diagnostikk og behandling, nye screeningprogram, mm
 - Effekt av endring i oppgavedeling, endring i samhandling mellom aktørene i helsesektoren og endring i organisering av tjenestetilbudet (helsefelleskap)
 - Påvirkning av økt digitalisering, teknologiske løsninger og endret bruk av kompetanse
 - Effekten av generell effektivisering, redusert uønsket variasjon, optimaliserte prosesser, bedre prioritering og logistikk
 - Effekten av pasienten som aktiv deltaker, helsekompetanse og befolkningens etterspørsel etter tjenester
 - Påvirkning av krav til beredskap
 - Effekten av endrede kompetansebehov

Faggruppen skal bestå av to representanter fra hver helseregion, brukerrepresentant, to tillitsvalgte, tre representanter fra kommunehelsetjenesten og Helsedirektoratet som observatør.

Faggruppen etablerer fagspesifikke undergrupper der de vurderer at det er behov for innspill. Fagspesifikke undergrupper etableres i samråd med interregionalt fagdirektørmøte. Pågående og avsluttede arbeider som eksempelvis arbeidet med intensivkapasitet skal inngå som en del av beslutningsgrunnlaget.

Tidsfrist: 01.05.2022

3. INTERESSEENTER

Aktør	Rolle
Helse Sør-Øst RHF	Leder prosjektet
RHF-ene	Deltar i faggrupper og analysegruppe
Helsedirektoratet	Deltar i fagnettverk
FHI	Leverandør av data og analyser
Helseforetak/sykehus	Representanter fra helseforetakene/sykehusene vil delta i faggrupper
KS/kommuner	KS og representanter fra utvalgte kommuner deltar i prosjektet.
Pasienter og pårørende	Brukerrepresentanter deltar i prosjektet.
Ansatte	Tillitsvalgte deltar i prosjektet.

4. MILEPÆLSPLAN

	Milepæl	Ansvarlig	Tidspunkt
M1	Godkjenning av prosjektmandat i det interregionale AD-møtet	Helse Sør-Øst RHF	August 2022
M2	Etablering av faggruppe	RHF og KS	September 2022
M3	Interregionalt fagdirektørmøte #1	Helse Sør-Øst RHF	Oktober 2022
M4	Fagnettverk/kompetansemiljø #1	Helse Sør-Øst RHF	Oktober 2022
M5	Analysegrunnlag utarbeidet	Helse Sør-Øst RHF	Oktober 2022
M6	Faggruppe #1	Helse Sør-Øst RHF	November 2022
M7	Interregionalt fagdirektørmøte #2	Helse Sør-Øst RHF	Desember 2022
M8	Faggruppe #2	Helse Sør-Øst RHF	Januar 2023
M9	Fagnettverk/kompetansemiljø #2	Helse Sør-Øst RHF	Januar 2023
M10	Faggruppe #3	Helse Sør-Øst RHF	Februar 2023
M11	Interregionalt fagdirektørmøte #3	Helse Sør-Øst RHF	Februar 2023
M12	Interregionalt AD-møte #1	Helse Sør-Øst RHF	Februar 2023
M13	Faggruppe #4	Helse Sør-Øst RHF	Mars 2023
M14	Faggruppe #5	Helse Sør-Øst RHF	April 2023
M15	Fagnettverk/kompetansemiljø #3	Helse Sør-Øst RHF	Mai 2023
M16	Interregionalt fagdirektørmøte #4	Helse Sør-Øst RHF	Mai 2023
M17	Interregionalt AD-møte #2	Helse Sør-Øst RHF	Mai 2023
M18	Sluttrapport ferdig	Helse Sør-Øst RHF	1. juni 2023
M19	Oversendelse av rapport til AD-møte	Helse Sør-Øst RHF	1. juni 2023

4.1. Kostnader

Reiseutgifter forutsettes dekket av den enkelte region.

5. OVERORDNET ORGANISERING

Prosjektet har følgende organisering og ansvar:

Eier: Interregionalt AD-møte gir prioriteringer for fagnettverket/kompetansemiljøet. Interregionalt AD-møte godkjenner mandat og budsjett.

Fagveiledning: Fagnettverket/kompetansemiljøet rapporterer til interregionalt fagdirektørmøte. Interregionalt fagdirektørmøte godkjenner medlemmer til de ulike arbeidsgruppene og bistår med veiledning til fagnettverket/kompetansemiljøet.

Fagnettverk/kompetansemiljø: Fagnettverket skal gi veiledning til faggruppene og forankre status og beslutninger hos egen organisasjon. Fagnettverket vil ha månedlige møter fra og med september 2023.

Medlemmer: Representant fra Helse Sør-Øst RHF
Representant fra Helse Vest RHF
Representant fra Helse Midt RHF
Representant fra Helse Nord RHF
Representant fra FHI
Representant fra Sykehusbygg
Representant fra KS
2 representanter fra kommuner
2 brukerrepresentanter
2 konserntillitsvalgte
Representant fra Helsedirektoratet

Det etableres et prosjektkontor som støtter faggruppene, faggruppeteiderne og analysegruppen med administrative oppgaver, møteinnkallinger, referater og møtefasilitering.

Møtedato: 17. oktober 2022

Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 88-2022

Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 15. september 2022
2. Brukerutvalget Nordlandssykehuset – referat 19. september 2022
3. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 06. oktober 2022 - protokoll

Det ble også avholdt ekstraordinære møter i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg 13. september og 16. september 2022 for avklaringer knyttet til gjennomføringen av Regional brukerkonferanse og Brukerprisen 2022. Det ble ikke ført protokoll fra disse møtene.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 10. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør



Referat møte i Ungdomsrådet 15. september 2022

Sted: Lærings- og mestringscenteret Bodø, Parkveien 95

Tidspunkt: 15:30 til 18:30

Sakspapirer: Legges ut på nett, [lenke her](#).



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Danielle Johanna Hansen	Leder	X	
Olav Wiik Moland	Nestleder	X	
Susanne Regine Inga	Samisk representant	X	
Linea Vold		X	
Lea Hasse		X	
Trine Lise Antonsen		X	
Karoline Steffensen		X	
Mari-Sofie Nordland			X
Lina Ramberg Aas			X
Nikolai Heldahl			X
Vinjar Meosli		X	
Håvard Moland			X
For Nordlandssykehuset			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/koordinator	X	
Kirsti Jørgensen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken	X	
Marianne Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken		X
Tone Johnsen	Kontaktperson Medisinsk klinikk	X	
Silje Hageengen Lundeng	Kontaktperson Barneklubben	X	
Line Skjærvik	Psykologspesialist	Sak 23/2022	
Wenche Valle Thomassen	Familieterapeut	Sak 23/2022	
Knut Richard Vanderloock	Rådgiver	Sak 24/2022	

Saksliste:

21/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
22/2022	Godkjenning av referat møte 31. mai
23/2022	Presentasjon av Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP), CL-team
24/2022	Laging av promo-film Ungdomsrådet
25/2022	Brukerutvalg og ungdomsråd - Innspill til oppdragsdokument 2023
26/2022	Oppdrag
27/2022	Eventuelt

Saksnummer	Sak
21/2022	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
22/2022	<p>Godkjenning av referat møte 31. mai</p> <p>Vedtak: Referatet fra møtet godkjennes.</p>
23/2022	<p>Presentasjon av Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP), CL-team</p> <p>Presentasjon av <i>Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP), CL-team</i> ved Line Skjærvik, og Psykologspesialist Wenche Valle Thomassen, familieterapeut. Svar på Ungdomsrådets spørsmål.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet takker for presentasjonen. 2. Ungdomsrådet støtter viktigheten av å se hele mennesket, både det fysiske og psykiske. 3. Ungdomsrådet ser at CL-temaet og ungdomsrådet har mange felles områder som vi kan samarbeide om.
24/2022	<p>Laging av promo-film Ungdomsrådet</p> <p>Workshop med Knut Richard Vanderloock.</p> <p>Vedtak: Det settes ned en arbeidsgruppe bestående av Karoline, Trine-Lise, Olav og Linea som jobber videre med laging av film.</p>
25/2022	<p>Brukerutvalg og ungdomsråd - Innspill til oppdragsdokument 2023</p> <p>Hva er oppdragsdokumentet? Oppdragsdokumentet gir sykehusene krav om å gjennomføre ulike tiltak.</p> <p>Diskusjon: Hvilke tre saker vil Ungdomsrådet spille inn? Frist for å sende innspill er 5. oktober 2022.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet vil spille inn oppdrag om skeiv helse og pårørende-arbeid. 2. Arbeidsutvalget får fullmakt til å utarbeide forslag.

26/2022

Oppdrag og gjennomført siden sist

Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet
1. Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykelig overvekt hos barn og unge.	Sarah
2. Arbeidsgruppe som skal se på etableringen av FACT Ung –FACT Ung er et tilbud for ungdom fra 13 til 24 år.	Danielle Deltatt på to møter, prosjektsøknad er sendt inn
3. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester	Viktorija
4. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning	Viktorija Planlegges et nytt kurs 29. september som er fullt.
5. Konferanse om samhandling/samarbeid Når? 09. juni Hvor? Fru Haugans hotell Mosjøen	Olav Lea Gikk kjempebra, første konferansen de hadde. 150 deltakere.
6. Innlegg på seminar om samvalg Når? 02. november, kl. 15.00 til 16.00 Hvor? Hotell i Bodø De ønsker å høre: Hva er viktig for deg som pasient? Ungdomsperspektiv *Honoreres av UNN. Kontaktperson: Elisabeth Sundquist, UNN	Olav Lea
7. Et barnevennlig sykehus Prosjekt med tittel «et barnevennlig sykehus». Handler i stor grad om å sikre god informasjon til barn og ungdom og å hindre tvang, f. eks ved blodprøvetaking. Prosjektet har fått penger. Kirsti Neset er kontaktperson.	Linea Lea Innspill fra ungdomsrådet: <ul style="list-style-type: none">• Mange får vite om kurs gjennom kurs fra fastlegen• Bør være en interesse, kanskje spisse inn mer mot kronikere

		<ul style="list-style-type: none"> • Diagnoseuavhenging kurs, veldig generell oversikt? Vanskelig å skjønne hva det er for noe • Burde det hete ungdomskurs?
	<p>8. Forprosjekt Fact-Ung for kommunene Moskenes, Flakstad, Vest-Vågøy og Vågan.</p> <p>Svært kort fortalt er et Fact-Ung team et tverrfaglig team som skal hjelpe ungdom mellom 12-25 år som har behov for hjelp over tid og fra flere tjenester. Ønsker innspill fra Ungdomsrådet</p>	<p>Vinjar Danielle Lea</p> <p>Møte 22. august kl. 15.30 til 16.00.</p>
	<p>9. Videreføring og utvikling av HIPPO</p> <p>Ønsker en representant fra ungdomsrådet med erfaringer som pasient barneklinnk. Vi har månedlige møter i prosjektet og brukerrepresentant vil regne med å delta på et par møter i året og i tillegg få referat fra avviklede møter.</p>	<p>Linea Trine Lise</p>
	<p>10. Regionalt kompetansenettverk for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen</p> <p>Dette er et nyopprettet nettverk med første møte i slutten av juni - Honoreres av regionalt brukerutvalg, forespørsel fra Helse Nord. *Honoreres av Helse Nord Kontaktperson: Kari Bøchmann</p>	<p>Susanne Regine Inga</p> <p>Møte gjennomført 22. til 23. juni i Bodø</p>
	<p>11. Presentasjon for ledergruppen, 07. juni: Presentasjon av ungdomsrådets hovedsaker, etter helgesamlingen.</p>	<p>Danielle og Olav Gjennomført</p>
	<p>12. Regional brukerkonferanse 2022, Leder og nestleder invitert: Deltakelse og innlegg om 10 prinsipper for god medvirkning.</p>	<p>Danielle og Olav</p>
	<p>13. Samling i Tromsø for landets ledere, nesteledere og koordinatore av Ungdomsråd, 22. til 23. september i Tromsø</p>	<p>Danielle og Olav</p>
	<p>14. Innlegg for Helsedirektoratet 24.august. Om ungdomsrådet og ungdomsrådets arbeid</p>	<p>Lea og Olav</p>

		Gikk veldig bra, 3 fra helsedirektoratet og to fra helsedirektoratet.
	<p>15. Nasjonal konferanse for BUP CL nettverket i landet: Her ønsker vi gjerne en eller to ungdom til å holde innlegg 22. september kl. 15.15 om <i>ungdomsrådets arbeid og hva som er viktig for barn og unge på sykehus</i></p>	<p>To ungdom:</p> <p>Lea Linea</p>
	<p>16. Helseinnovasjonsuka - tirsdag 27. september kl. 09:00 til 15:45 workshop Tema samskaping av digitale helsetjenester. Les mer her: https://www.inovacare.no/program/workshop</p>	Danielle
	<p>17. Arbeidsgruppe for å planlegge film</p>	<p>Karoline Trine-Lise Olav Linea</p>
	<p>Vedtak: Oppdrag gjennomføres slik det fremkommer av tabell.</p>	
27/2022	<p>Eventuelt</p> <p><u>Sak som kom inn under møtet:</u> Veldig mange ganger er det mange som røyker rett utenfor hovedinngangen til sykehuset. Dette er et stort problem for folk med astma.</p> <p>Vedtak Arbeidsutvalget tar denne saken videre.</p>	

Oppfølgingsaker og status

1. Det må lages rutiner for gode overganger på alle relevante avdelinger.
 - ⇒ Eget punkt i ny strategisk utviklingsplan, etterspørre: **Møte i oktober**
 - ⇒ Oppfølging av rutine psykisk- helse og rusklinikken: **Møte 10. oktober**
 - ⇒ Stille et åpent spørsmål til aktuelle klinikker/avdelinger om å kunne gå i samarbeid om rutiner
2. Aldersgrensen på barneavdelingen må økes til 18 år.
 - ⇒ Ta det opp i aktuelle fora
3. Ventetiden for barn og unge i psykiatrien og barnehabilitering må ned.
 - ⇒ Ta opp tematikken i brukerutvalget, og i møtet **10. oktober**
4. Det må opprettes en barne- og ungdomsklinikk.
 - ⇒ Etterspørre beslutning
5. Vi må ha et brukervennlig tilbakemeldingssystem, og tjenester som tar tilbakemeldingene på alvor.
 - ⇒ Prosess HelseNorge. Potensielt oppdragsdokument, nevne i innlegg osv. Pilot, sjekke andre ungdomsråd, FIT (Feedbackinformerte tjenester)
6. Vi ønsker muligheten for å få timer på ettermiddagen, etter jobb og skole.
 - ⇒ Innspill sendt til direktør, ta opp i aktuelle fora
7. Vi ønsker et ungdomsrom der ungdom kan oppholde seg når de er på sykehus.
 - ⇒ Ungdomsrom etablert på barneavdelingen. Kan man tenke breiere rundt rommet? Diskutere med det nye ungdomsrådet og kontaktperson Silje.
8. Kommunikasjonen med barn og ungdom må bli bedre – vi må møtes *der vi er*.
 - ⇒ Internundervisning og foredrag, plakat 10 råd, delta på fagdager, sende ut melding hvor vi inviterer oss inn
9. Samarbeidet mellom dere må bli bedre, internt i sykehuset og mellom skole/kommune/sykehus, og koordinatorsystemet må funke.
 - ⇒ Helsefelleskap (SSU), involveres i under-råd, koordinatorsystemet, hva er lovpålagt? Hva har man krav på? Generelt rettigheter, følge saken i brukerutvalget:
Møte til våren/helgesamling
10. Tilbudet til skeive og transpersoner må bli bedre, og de må bli møtt på en respektfull måte.
 - ⇒ Spille inn til Oppdragsdokumentet 2023, tydelig og konkret
11. Pårørende og barn som pårørende må følges bedre opp
 - ⇒ Ungdomsrådet deltar på fagdag og opplæring av helsepersonell, utvikle/dokument som omhandler ungdom som er pårørende, **helgesamling/arbeidsgruppe**
12. Satsning på brukermedvirkning
 - ⇒ 10 råd for reell brukermedvirkning, foredrag/undervisning, **helgesamling/arbeidsgruppe**

Siden sist i bilder

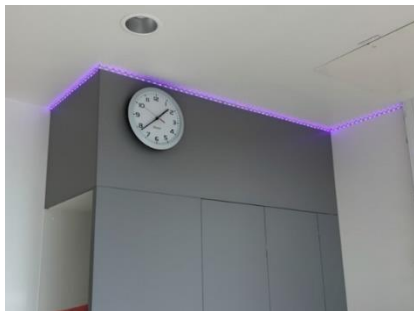


Danielle og Mari-Sofie, på møte med regional enhet for spiseforstyrrelser



Olav og Lea på Samhandlingskonferansen på Helgelandssykehuset

Susanne og Sissel på møte i den regionale arbeidsgruppa som jobber med samisk helse



Bilder av ungdomsrommet på Barneavdelingen og Glimt-rommet tatt av kontaktperson



Olav og Lea innlegg for Helsedirektoratet 24. august





Referat møte i Brukerutvalget 19. september 2022

Sted: Psykisk- helse og ruslinikken, Hovedinngangen: Kløveråsveien 1

Tid: 11.00 til 16.00. *Formøte fra 11.00 til 12.00*

Lenke til sakspapirer: [Her](#)



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Paul Daljord – leder	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	X	
Gunn Strand Hutchinson – nestleder	SAFO – Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner	X	
Ole André Korneliussen	Mental Helse	X	
Marie Dahlskjær	FFO – Funksjonshemmedes fellesorganisasjon		X
Gunn Varberg Blandford	Kreftforeningen	X	
Wiggo Nilsen	Nordland fylkes eldreråd		X
Linn Christin Sørtorp	RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon	X	
Anna-Emilie Langås Vadnem	Samisk representant	X	
Danielle Johanna Hansen	Ungdomsrådet	X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/sekretær	X	
Siri Tau Ursin	Administrerende direktør	X	
Barbara Stenvall	Erfaringskonsulent Psykisk helse- og rusklinikk	Sak 086/2022	
Hedda Soløy-Nilsen	Klinikkjef Psykisk helse- og rusklinikk	Sak 087/2022	
Marit Barosen	Økonomisjef	Sak 088/2022 Sak 089/2022	

Saksliste:

083/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
084/2022	Godkjenning av referat møte 24. august
085/2022	Spørreundersøkelse erfaringskonsulenter
086/2022	Status fra Pasient- og brukerombudet i Nordland
087/2022	Informasjon psykisk helse- og ruslinikken
088/2022	Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset
089/2022	Tertialrapport 2-2022 for Nordlandssykehuset HF
090/2022	Innspill til Oppdragsdokument 2023
091/2022	Oppnevninger
092/2022	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset
093/2022	Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker
094/2022	Ungdomsrådets leder orienterer om ungdomsrådets arbeid
095/2022	Referatsaker/Eventuelt/Innspill til saker

Saksnr.	Saksfremstilling
083/2022	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
084/2022	<p>Godkjenning av referat møte 24. august</p> <p>Vedtak: Referatet fra møtet godkjennes.</p>
085/2022	<p>Spørreundersøkelse erfaringskonsulenter</p> <p>Barbara Stenvall, erfaringskonsulent psykisk helse- og rusklinikken, la fram funnene fra spørreundersøkelsen blant erfaringskonsulenter ved Nordlandssykehuset og deres ledere.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen og arbeidet som har blitt gjennomført. 2. Brukerutvalget gir gjerne innspill på materialet som skal utarbeides knyttet til prosjektet erfaringsbase.
086/2022	<p>Status fra Pasient- og brukerombudet i Nordland</p> <p>Utgikk på grunn av sykdom.</p>
087/2022	<p>Informasjon psykisk helse- og rusklinikken</p> <p>Kort innledning og svar på spørsmål ved Hedda Soløy-Nilsen, klinikkssjef psykisk helse- og rusklinikken.</p> <p><u>Spørsmål innsendt av brukerutvalget i forkant av møtet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva opplever klinikkssjef som de største utfordringene for klinikken? • Lang ventetid for barn og ungdom – Hva gjøres for å snu denne utviklingen? • Eget brukerråd psykisk helse- og rusklinikken – Diskusjon <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget har følgende merknad: <ul style="list-style-type: none"> • Vi ser med bekymring på den lange ventetiden for barn og ungdom. • Flere gir oss tilbakemelding om at terskelen for å motta behandling har blitt høyere. Dette ser brukerutvalget også med bekymring på. 3. Arbeidsutvalget følger opp arbeidet med å se på etableringen av eget brukerråd psykisk helse og rusklinikken, i samarbeid med brukerutvalgets koordinator og klinikkssjef psykisk helse- og rusklinikken.

088/2022	<p>Virksomhetsrapport Nordlandssykehuset</p> <p>Kort presentasjon av virksomhetsrapporten for august 2022 ved økonomisjef Marit Barosen, og svar på brukerutvalgets spørsmål.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget har følgende merknad: <ul style="list-style-type: none"> • Brukerutvalget ser med bekymring på Nordlandssykehusets økonomiske situasjon og eventuelle konsekvenser dette vil kunne få for pasienttilbudet.
089/2022	<p>Tertialrapport 2-2022 for Nordlandssykehuset HF</p> <p>Presentasjon av Tertialrapport 2-2022 for Nordlandssykehuset HF ved Marit Barosen, økonomisjef, og Siri Tau Ursin, administrerende direktør. Svar på spørsmål som fremkom i møtet.</p> <p>Vedtak:</p> <p>Brukerutvalget takker for orienteringen.</p>
090/2022	<p>Innspill til Oppdragsdokument 2023</p> <p><i>Hva er Oppdragsdokumentet?</i> Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år.</p> <p>Vedtak:</p> <p>Brukerutvalget har følgende tre innspill til oppdragsdokumentet 2023:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Det bør klargjøres i Oppdragsdokumentet at psykisk helsevern har ansvar for behandling av psykiske lidelser hos alle utviklingshemmede. Kompetanse i psykisk helsevern må utvikles knyttet til denne gruppen. <i>Begrunnelse: Slik det nå er gjør prioriteringsveilederne at ansvar skyves til habiliteringstjenesten med det argument at psykisk helsevern ikke har kompetanse. Det er derfor viktig at Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) slår fast at psykisk helsevern har ansvar for å behandle psykiske lidelser hos alle innbyggere. Slik det nå er diskrimineres en gruppe innbyggere.</i> 2) Rutinene for utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten må klargjøres slik at de sikrer at pasienter har god nok informasjon om eventuell videre oppfølging, om hvem de skal ta kontakt med om de er usikre, hvilke medisiner som skal tas. Dersom behov for kommunale tjenester i kommunen må de vite hvem de skal kontakte om disse uteblir. For skrøpelige pasienter må spesialisthelsetjenesten forsikre seg om at noen tar imot dem ved hjemkomst. <i>Begrunnelse: PasOpp undersøkelse viser at pasienter opplever denne fasen minst tilfredsstillende i behandlingsforløpet. For å sikre sømfrie overganger og fjerne utrygghet</i>

hos pasientene anser Brukerutvalget at det er nødvendig å rette fokus mot nettopp utskriving fra spesialisthelsetjenesten.

3) Etablere gode rutiner som sikrer at alvorlig syke rusavhengige som er innlagt på sykehuset har et godt tilbud når de skrives ut.

Begrunnelse: Vi ser at rusavhengige er en veldig sårbar gruppe. I fasen med utskriving er gruppa særlig utsatt for overdoser, og for å falle ut av videre oppfølging og behandling.

091/2022

Oppnevninger

Prosjekt	Brukerrepresentant	Kontaktperson
1. Tromboinflammasjon ved CVVHDF på intensiv. Alle former for nyreerstattende behandling (dialyse) gir betennelse og å redusere dette er et fokusområde i forskning. Forventet arbeidsmengde: 1 møte og lesing av prosjektbeskrivelse med vurdering og innspill før 01.09.22. Etter dette, årlig møte med vurdering av vinkling i prosjektet	Forespørsel sendt til Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte Nordland fylkeslag Koordinator etterspør	
2. Etablering av felles Opioidsenter i Bodø. Ny representant til Arbeidsgruppen da Daniel Johansen trer ut.	Henvendelse sendt til MARBORG, vi skal få tilbakemelding i løpet av uka. Koordinator etterspør	Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp
3. Nettverk Kunnskapskommunen onsdag 28. september 2022 11:00 til torsdag 29. september 14:00.	Paul Daljord	
4. Innlegg om brukermedvirkning dialog- og partnerskapsmøtet. «Reell brukermedvirkning i helsefellesskapet» og det er satt av 10 minutter	Gunn Strand Hutchinson	

Vedtak:

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentanter slik det fremkommer av tabell.

092/2022

Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset

Brukerutvalgets medlemmer bes om å følge opp de prosjektene der de er kontaktperson.

Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status
1. Representant styret Nordlandssykehuset	Paul Daljord	Styremøte: Økonomi Deltaker på stream på ekstraordinært styremøte i Helse Nord om økonomi
2. Strategisk samarbeidsutvalg Helsefelleskap	Gunn Strand Hutchinson, vara: Leder av Ungdomsrådet, Danielle Johanna Hansen	Har møte 22. september. Handlingsplan for Helsefelleskapet. Her har samisk representant gitt innspill med hva som er viktige for samisk befolkning.
3. Klinisk Etisk Komite (KEK)	Kitt-Anne Hansen kitt-anne.hansen@rio.no vara: Helge Jenssen jenssen.helge@gmail.com	Sliter med å få inn eksempler/caser fra avdelingene. Har utarbeidet undervisning for leger i spesialisering. Jobber med en spørreundersøkelse til avdelingene for å få innspill om egen tjeneste. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
4. Driftsrådet til pasient- og pårørendetorget	Linn Christin Sørtorp, vara: Viktor Torrisen	Organisasjonene jobber med å rekruttere frivillige. Skal være et møte 29. september.
5. Forskningsutvalget Nordlandssykehuset	Helge Jensen jenssen.helge@gmail.com	Arbeidet er nå i gang, ikke noe nytt siden sist.

			Kontaktperson: Paul Daljord
6. Prosjekt SamStrømming: Samhandlingsprosjekt e-Konsultasjon mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset	Helge Jenssen Jenssen.helge@gmail.com		To prosjektledere. Har hatt første møte etter sommeren. Skal invitere kommuner på Helgeland til informasjon om prosjektet. Mot slutten av året forventer vi at alle kommunene har blitt inkludert i prosjektet. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
7. Medlem av styret i Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Lofoten	Ivar Martin Nordgård ivar.martin.nordgard@lofotkraft.net		Fungerer veldig bra, og det er ingenting nytt siden sist. Kontaktperson: Ole Andre Korneliussen
8. HelseArbeid poliklinikken	Sarah Isabel Corneliussen Dahl Sarah_isabel_87@hotmail.com		Prosjektleder gir en skriftlig orientering Kontaktperson: Wiggo Nilsen
9. Kurs brukermedvirkning	Carl Eliassen Carl@marborg.no		Blir kurs 29. september. Påmelding full med venteliste
10. KlinReg-prosjektet "Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor?"	Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no		Ikke noe nytt siden sist, ikke hørt noe fra prosjektleder. Kontaktperson: Anna-Emilie Langås Vadnem
11. «Prehospital minutes count during a stroke. Factors associated with prehospital delays with data from	Paul Amundsen paamundsen@hotmail.com		Prosjekt i avslutningsfasen.

	various regions in Norway and one region in Switzerland»		Kontaktperson: Wiggo Nilsen
	12. Multifamilieterapi i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos unge, voksne kvinner	Ragni Adelsten Stokland ragnias@gmail.com 957 30 732	Ingenting nytt å melde Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp
	13. Unge kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser - foreldre og søskens erfaringer.	Ragni Adelsten Stokland ragnias@gmail.com 957 30 732 Telefonnummer: 957 30 732	Ingenting nytt å melde Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp
	14. Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri	Merete Johansen Merejo2@outlook.com	Ingenting nytt i prosjektet siden sist. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	15. Innovative Physiotherapy and Coordinatoen of Care for people with MS: A Randomized Controlled Trial and a Qualitative Study	Tone Elvevoll toneelvevoll@hotmail.com) og Marianne Elvik marianne.elvik@gmail.com	Ikke noe nytt siden sist Prosjekt om fysisk trening med MS. Kontaktperson: Ole André Korneliussen
	16. PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling	Gerd Karin Bjørhovde gerd.bjorhovde@uit.no	Prosjektleder Siv Gyda Aanes i permisjon fram til nyåret 2023. Prosjektet startes opp da. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	17. Etablering av arena for substitusjonsbehandling for opioidavhengige i Bodø	Styringsgruppen: Linn Christin Sørtorp Carl Eliassen Arbeidsgruppen: Espen Akerborg espenjo83@gmail.com	Arbeid godt i gang. Utarbeides planer, skal være et nytt møte. Kontaktperson: Linn Christin Sørtorp

		Daniel Johansen (skal gå ut av gruppa)	
18. Tidlig integrasjon av palliativ behandling av barn og unge i Nordland	Heidi Øyvann Heidi.oyvann@online.no/ 907 74 944 Tuva Nordal Skjerve, tuvaskjerve@hotmail.com		Det jobbes veldig godt, arbeidet går framover. Gunn Strand Hutchinson
19. Avansert smertebehandling med metadon - Innovativ behandling av pasienter med kroniske smerter	Grete Hatlen Hansen Tlf: 482 82 259		Brukerrepresentant svært fornøyd med prosjektet. Ikke noe nytt siden sist. Kontaktperson: Linn Sørtorp
20. Self-sustaining speculum (SSS) and prefilled induction catheter (PIC) - utvikling av nytt og forbedret utstyr til bruk ved induksjon av fødsel.	Line Mathilde Karlsen Line.mathilde.karlsen@gmail.com / 482 18 262		Ikke startet enda. Kontaktperson Gunn Strand Hutchinson
21. Brukermedvirkning i prosjektet «Sosioøkonomisk status, og økningen i psykiske helseproblemer og selvskading blant ungdom»	1. Gunn Nordland gunnor@vgs.nfk.no Tlf: 958 66 525 2. Helge Jenssen Jenssen.helge@gmail.com Tlf: 957 99 639 3. Danielle Johanna Hansen – Ungdomsrådet Nordlandssykehuset E-post: daniellejhansen@outlook.com Tlf: 476 06 686		Ikke hørt noe siden sist. Koordinator finner kontaktinfo til prosjektleder. Kontaktperson: Ole André Korneliussen

		4. Lars Herman Nordland – larsnord98@hotmail.com Tlf: 905 89 763	
	22. Prosjektsøknad til forskningsrådet om videreutvikling av digital hjemmeoppfølging. Representant fra Brukerutvalget til styringsgruppen.	Ivar Martin Nordgård ivar.martin.nordgard@lofotkraft.net	Prosjektet er nettopp oversendt Norges forskningsråd, svar forventet august 2022. Kontaktperson: Paul Daljord
	23. Nordlandssykehusets kunstutvalg	Merete Hassel hassel.merete@gmail.com	Har gjennomført et møte. Skal starte med å registrere hva som finnes på sykehuset. Ikke noe nytt siden sist. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	24. Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenestene	Linn Christin Sørtorp (Brukerutvalget) Viktoria Linnea Høybakk (Ungdomsrådet)	Fikk introduksjon av en pasient-app. Jobber med at appen skal være universelt utformet
	25. Forskningsprosjekt: Identifying patients at risk: how well does existing clinical prediction tools identify patients in need of intensified care. 2020 – 2023 Prosjekt hvor dødsfall ved NLSH 2018 og 2019 gjennomgås og beskriver pasientpopulasjonen.	Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no	Arbeidet godt i gang Kontaktperson: Marie Dahlskjær
	26. Prosjekt: Kommunikasjon med pasienter som er lagt	Mai-Helen Walsnes mai-helen.walsnes@vkbb.no	Arbeidet godt i gang

	inn på akuttmottak med akutte brystmerter. Prosjekt hvor man videofilmer kommunikasjonen mellom lege og pasient i akuttsituasjoner.		Kontaktperson: Marie Dahlskjær
	27. Oppnevning av brukerrepresentant til prosjekt Project summary SPeCT (Safer Personalised Cancer Treatment Follow-up Cancer)	Elisabeth Baraa elisabeth.baraa@gmail.com	Status: Søknad om prosjektmidler, forventet svar høst 2022. Har sendt mail, men ikke fått noe svar. Kontaktperson: Gunn Varberg
	28. Prosjektet pilotering av sikkerhetsløsning for monitorering av inneliggende pasienter med akutte psykiske lidelser. Skal søkes innovasjonsmidler 2022.	Ole André Korneliussen	Ikke sikkert de får midler, vi får tilbakemelding etter søknad innsendt. Koordinator sjekker hvem som er prosjektleder.
	29. Nordlandssykehusets parkeringsutvalg	Gunnar Olsen gunnarolsen42@gmail.com	Har hatt møte 20. juni. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	30. Innovasjonsprosjekt: Medisinsk avstandsoppfølging innen klinisk ernæringsbehandling i spesialist og primærhelsetjenesten . Utvikle digital oppfølging av ernæringsbehandling for pasienter som skrives ut fra NLSH Stokmarknes.	Paul Daljord	Prosjektet mottok ikke midler, men det har vært drøftet om kommunene skal overta søknaden og søke midler for å komme i gang med prosjektet. Paul orienteres om dette skjer (05.08.2022) Ansvarlig Nordlandssykehuset: Elinor Carlsson

	31. Innovasjonsprosjekt: Hjemmebehandling med intravenøst antibiotika.	Gunn Hutchinson	Søknad innvilget; 1,1 mill over 2 år: https://nordlandssykehuset.no/nyheter/innovasjonsmidler-til-hjemmebehandling-med-intravenos-antibiotika Gunn ikke hørt noe. Ansvarlig Nordlandssykehuset: Hans Erling Simonsen
	32. Etablering av rusakutt Psykisk helse og rusklinikk – Forprosess	Carl Eliassen carl@marborg.no	Ikke noe nytt siden sist Kontaktperson: Linn Sørtorp
	33. Innovasjonsprosjekt: Et mer barnevennlig sykehus	Marie Dahlskjær Representanter Ungdomsrådet: Linea og Lea	Prosjektet fikk innvilget midler. Ansvarlig Nordlandssykehuset, Kirsti Neset
	34. Forbedring av sekundærprofylakse ved hjerneslag – Gjennomgang av brosjyre, slagkort og utskrivelsesinfo	Paul Amundsen paamundsen@hotmail.com	Kontaktpersonperson: Gunn Varberg Gjelder: Gjennomgang av brosjyre (kortvarig prosjekt). Fått tilbakemelding fra prosjektleder. Prosjektleder Nordlandssykehuset: Charlotte Eileen Mack
	35. Prestetjenesten for fremtiden 2022	Kitt Anne Jorid Hansen E-post: kitt-anne.hansen@rio.no	Har hatt et oppstartsseminar og er i

			gang med å jobbe med dette. Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson
	36. VIDEO DIRECTLY OBSERVED THERAPY (VDOT) – BRUK AV VIDEOSAMTALE I BEHANDLING AV TUBERKULOSE-PASIENTER I NORDLAND	Beate Kjæreng Wulff Tlf: 906 33 872	Kontaktperson: Anna-Emilie Langås Vadnem
	37. Alle pasienter får time til rett tid – Barneklubben	Monica Tangen monicatangen@gmail.com	Kontaktperson: Marie Dahlskjær
	38. Faglig samarbeidsutvalg for pakkeforløp kreft	Gunn Varberg Blandford Representant barnekreftforeningen	Gjennomført 3 digitale møter i arbeidsgruppa. Jobbes godt. Noen utfordringer i kommunikasjonen, veldig mange parter inne. Noen kommuner mangler fastlege og noen mangler koordinator. Avventer tilbakemelding fra barnekreftforeningen
	39. Faglig samarbeidsutvalg for pakkeforløp kreft	Gunn Varberg Blandford Representant barnekreftforeningen	Gjennomført 3 digitale møter i arbeidsgruppa. Jobbes godt. Noen utfordringer i kommunikasjonen, veldig mange parter inne. Noen kommuner mangler fastlege og noen mangler koordinator. Avventer tilbakemelding fra barnekreftforeningen

<p>40. Bodø Intensiv eksponeringsterapi. Innføring av ny behandlingsmetode og bruk av VR i behandling.</p>	<p>Tobias Stanojevic tobias.stanojevic@gmail.com</p>	<p>Prøvd å ta kontakt, men ikke fått svar.</p> <p>Kontaktperson: Ole André Korneliussen</p>
<p>41. Sykehusapotek Nord</p>	<p>Paul Daljord Vara: Cicile Toresen, Cicilie.Toresen@em1nn.no</p>	<p>Første møte den 22. september, det blir et digitalt møte.</p>
<p>42. Arbeid med å lage en klinikkovergripende prosedyre for ivaretagelse av pasienter og pårørende ved alvorlige hendelser som beskriver rettighetene til pasient/pårørende og krav til Nordlandssykehuset</p>	<p>Gunn Strand Hutchinson</p>	<p>Gjennomført et møte.</p> <p>Finnes mange prosedyrer som finnes fra andre sykehus. Akkurat utarbeidet en plan for å utarbeide en rutine for hvordan ivareta ansatte.</p> <p>Litt uklarheter i mandatet. Skal være et nytt møte om noen få dager.</p>
<p>43. Arbeidsgruppe for planlegging innhold Dialog- og partnerskapsmøtet. Dette er helsefelleskapets øverste styringsorgan.</p>	<p>Marie Dahlskjær Vara: Ole André Korneliussen</p>	
<p>44. Helseinnovasjonsuka - tirsdag 27. september kl. 09:00 til 15:45 workshop med tema samskaping av digitale helsetjenester.</p>	<p>Marie Dahlskjær, Gunn Strand Hutchinson, Ole André Korneliussen, og Danielle Johanna Hansen</p>	
<p>45. Sofaprat om fremtidens helsetjenester 26. september kl. 19:00 til 20:30. Bruker-</p>	<p>Marie - innledning Gunn Strand Hutchinson Kitt-Anne Hansen</p>	

	stemmer i salen som tar ordet og stiller spørsmål og løfter ulike brukerperspektiver.		
	46. Innlegg for leger i spesialisering om samisk språk-og kulturkompetanse	Anna-Emilie, gjennomført 31. august.	Gikk veldig bra.
	47. Kirurgisk telementoring - Et samarbeid om pasientbehandling på operasjonsstua på tvers av sykehus- og foretaksgrenser	Johnny Bakken e-post: johnnydirigent@gmail.com	Ikke hørt noe. Koordinator sjekker opp. Kontaktperson: Paul Daljord

Vedtak:

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

093/2022

Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker

Spørsmål stilt av brukerutvalget i forkant av møtet:

Orientering om Aleris – etableringen i Bodø:

- Vet vi noe om hva slags tilbud skal de ha?
- Har sykehuset noen tanker om betydningen dette vil ha for f. eks ventetid/budsjett?
- Vet vi noe om tidsperspektiv?

Busstrasé Nordlandssykehuset

- Brukerutvalget er ikke tilfreds med den manglende progresjonen i å få buss-stopp utenfor Nordlandssykehusets hovedinngang.
- Brukerutvalget ber direktør om å ta initiativ til et møte med fylkeskommunen for å se på mulige løsninger

Kort orientering om den økonomiske situasjonen

- Kort orientering om Nordlandssykehusets økonomiske situasjon

Vedtak:

Brukerutvalget takker for orienteringen.

094/2022	<p>Ungdomsrådets leder orienterer om aktuelle saker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gjennomført møte forrige uke. Besøk av BUP CL-teamet og begynt arbeidet med laging av film • Gitt innspill til oppdragsdokumentet; tilbudet til den skeive befolkning, mulighet for å gi tilbakemelding til sykehuset på en lavterskel måte og tilbudet til pårørende • Sitter nå i arbeidsgruppe for et barnevennlig sykehus og HIPPO • Skal holde innlegg på brukerkonferansen om medvirkning 21. september • Skal delta på samling med de andre ledere og nesteledere av ungdomsrådet 22. til 23. september <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Brukerutvalget berømmer ungdomsrådets arbeid og aktivitetsnivå.
095/2022	<p>Referatsaker/Eventuelt/innspill til saker</p> <p>Eventuelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Høring- Helse Nord - Revidert regional kreftplan og delstrategi for kreft. Frist for å gi innspill er 14. oktober • Innspill til rutine for brukermedvirkning i byggeprosjekter. Oppfølging av oppdragsdokumentet 2022. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget sender inn høringsuttalelse på <i>Høring- Helse Nord - Revidert regional kreftplan og delstrategi for kreft.</i> 2. Brukerutvalget har følgende innspill til rutine for medvirkning i byggeprosjekter: <ul style="list-style-type: none"> ○ Bruk 10 råd for reell brukermedvirkning ○ Prosessene kan ta veldig lang tid; kan være vanskelig å ha samme person inne i hele prosjektet ○ Settes store krav til nettverk og kunnskap om f.eks. universell utforming (ikke vær kun avhengig av brukerrepresentantens innspill til universell utforming) i ○ Større byggeprosjekter må det legges til rette for kontakt mellom de ulike brukerrepresentantene

Oppfølgingssaker

1. Busstrasé Nordlandssykehuset - Brukerutvalget er ikke tilfreds med den manglende progresjonen i å få buss-stopp utenfor Nordlandssykehusets hovedinngang. Brukerutvalget ber direktør om å ta initiativ til et møte med fylkeskommunen for å se på mulige løsninger – **Forespurt direktør**
2. Oppfølging av kontaktlege-ordningen
3. Koordinator for personer med sammensatte og langvarige behov
4. Presentasjon årsmelding pasient- og brukerombudet, **Møte 19. september, utgikk pga sykdom**
5. Regionale funksjoner med særfinansiering – informasjon om prosjekt ny orientering ved Tonje Hansen, **24. august**
6. Forbedring 2021 – Orientering om resultatet fra kartleggingen for Nordlandssykehuset, oppfølging, **Oktober 2022**
7. Vardesenteret – informasjon og besøk – **Settes opp på møte i november**

Protokoll

Vår ref.:
2022/140-20

Referent.:
Eitran

Dato:
6.10.2022

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	6. oktober 2022
Møtested:	Teams
Neste møte:	1. november 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Hilde Rolandsen	eierdirektør – <i>deltok under behandling av sak 22-2022</i>	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede

Saksliste:

RBU-AU sak 19/2022	Oppdragsdokument 2023 – innspill til HOD
RBU-AU sak 20/2022	Regional utviklingsplan 2038 – prosess for innspill fra RBU
RBU-AU sak 21/2022	Møte i Regionalt brukerutvalg 17. oktober 2022 – saksliste og tidsplan
RBU-AU sak 22/2022	Innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeid i helseforetakene – mandat
RBU-AU sak 23/2022	Interregionalt RBU 13.-14. oktober 2022 - program
RBU-AU sak 24/2022	Møter i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord – møteform til og med januar 2023
RBU-AU sak 25-2022	Regional brukerkonferanse – innspill fra dialogkafé

RBU AU-sak 19-2022 Oppdragsdokument 2023 – innspill til HOD

Det vises til brev av 26. august 2022 som ble sendt til helseforetakenes brukerutvalg og ungdomsrådene. Det var en gjennomgang av innspill som er kommet fra brukerutvalget og ungdomsrådet i Nordlandssykehuset innen fristen 5. oktober 2022. Finnmarkssykehuset har fått utvidet frist til 7. oktober 2022.

Det skal utarbeides et utkast til felles innspill til HOD på Oppdragsdokument 2023 til RHF-ene fra alle de Regionale brukerutvalgene i interregionalt møte 13.-14. oktober 2022.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF planlegger et nytt AU-møte for å gjennomgå alle innspillene som kommer fra underliggende helseforetak før 13. oktober 2022.

RBU AU-sak 20-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038 – prosess for innspill fra RBU

Regionalt brukerutvalg fikk tilsendt høringsutkast til Regional utviklingsplan 2023-2038 pr e-post 29. september 2022. Prosessen for innspill til Regional utviklingsplan 2038 fra Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ble diskutert.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF anbefaler følgende forarbeid før behandling av Regional utviklingsplan 2023-2038 i møte 17. oktober 2022:
 - a. Det utarbeides en god leseveiledning til Regionalt brukerutvalg som legges ved utsendelse av saksdokumenter 10. oktober 2022.
 - b. Det settes ned en arbeidsgruppe som kan lage utkast til innspill fra RBU før behandling i møtet 17. oktober 2022. Arbeidsgruppen vil bestå av Gunnhild Berglen, Ester Marie Fjellheim og Nikolai Raabye Haugen.

RBU AU-sak 21-2022 Møte i Regionalt brukerutvalg 17. oktober 2022 – sakliste

Sakslisten til møte i Regionalt brukerutvalg 17. oktober 2022 ble gjennomgått. Det er fire store saker som skal behandles i møtet, og som det er viktig å bruke god tid på – som følger: Regional utviklingsplan 2023-2038, Digital strategi 2038, Oppdragsdokument 2023 og Budsjett 2023.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til saklisten til møtet 17. oktober 2022.

RBU AU-sak 22-2022 Innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeid i helseforetakene – mandat

Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF fikk tilsendt mandat for Innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeid i helseforetakene 6. oktober 2022 før arbeidsutvalgsmøtet. Det ble holdt en presentasjon om formål og oppgaver til innsiktsteamet. Innsiktsteamet vil informere om arbeidet i møtene i Regionalt brukerutvalg.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har følgende innspill til mandat for Innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeid i helseforetakene:
 - a. Det er viktig å ha god kommunikasjon med pasienter og pårørende om omstillingstiltakene.
 - b. Det etterspørres en tydelig brukermedvirkning i arbeidet til innsiktsteamet.

RBU AU-sak 23-2022 Interregionalt RBU 13.-14. oktober 2022 - program

Helse Nord har ansvar for det interregionale møtet med de Regionale brukerutvalgene 13.-14. oktober 2022. Programmet for møtet ble gjennomgått.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til program til interregionalt møte med de Regionale brukerutvalgene 13.-14. oktober 2022.

RBU AU-sak 24-2022 Møter i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord – møteform i 2022

Møteform for møtene i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF i 2022 ble diskutert.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF stiller seg bak RHF-ledelsen vurdering om å gjennomføre møtene i 2022 som digitale møter.

RBU AU-sak 25-2022 Regional brukerkonferanse – innspill fra dialogkafé

Det er laget en oppsummering av innspillene fra dialogkafé under den Regionale brukerkonferansen 21.-22. september 2022. Oppsummeringen ble gjennomgått og det ble diskutert hvordan man kan bruke denne videre.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ber om at innspillene i oppsummeringen samles og sorteres for hvert tema. Det bes om at den nye oppsummeringen legges frem til diskusjon i møte med Regionalt brukerutvalg.
2. Innspillene fra dialogkaféen tas med videre i arbeidet med RBUs innspill til Regional utviklingsplan 2023-2038.

Bodø, den 6. oktober 2022

*godkjent av Knut Hartviksen,
i etterkant av RBU AU-møtet,
den 7. oktober 2022 – kl. 08.05*

Knut Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 17. oktober 2022
Vår ref.:
2022/140-21

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
10.10.2022

RBU-sak 89-2022

Eventuelt