

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 brukarmedvirkning 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 FNs 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. Helsedirektoratet (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 krisescenarier 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

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. Ansvarer 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 sømløs 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 organisasjonsgrenser. 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 framskrivninger.

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 sjette 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.

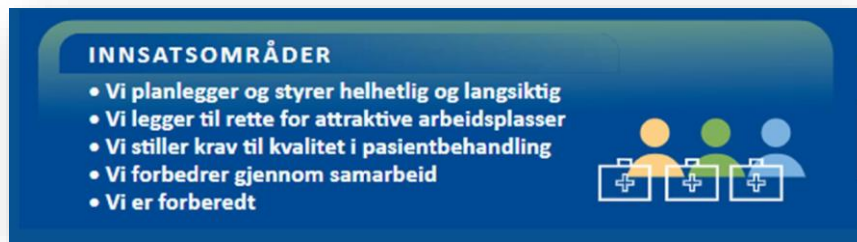
Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling er illustrert i figur 3.



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 Nordts 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 legemiddelhåndtering 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 legemiddelsøyfe).

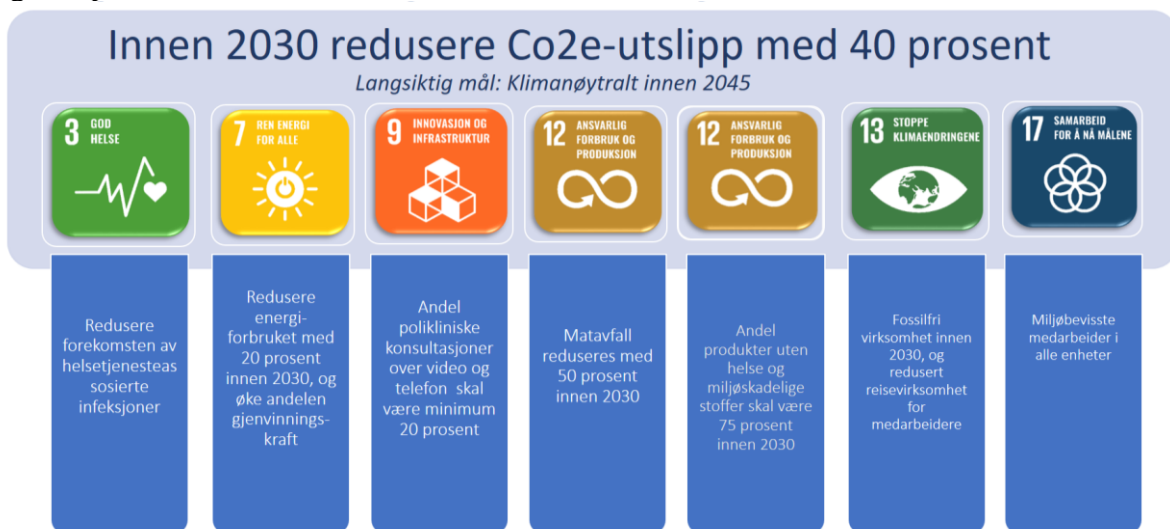
Strategien vil ha en overordnet bred ambisjon med mål for legemiddelområdet som skal understøtte nasjonale, legemiddelpolitiske mål. Legemiddelstrategien er en delstrategi som vil bruke innsatsområdene i Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 som rammeverk for utviklingen på dette fagområdet.

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 skål 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 prehospitaltjenester 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, likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Delstrategien konkretiseres problemstillinger og tiltak som skal prioriteres innenfor fagområdet de neste 4 årene.

Grunnleggsdokumentasjonen 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. Helsefellesskapene er ikke etablert og første partnerskapsmøte er berammet til 2022. Organisering av Helsefellesskap 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 helsefellesskap. 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. Helsefellesskapene 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 tilpassningsdyktig.

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.

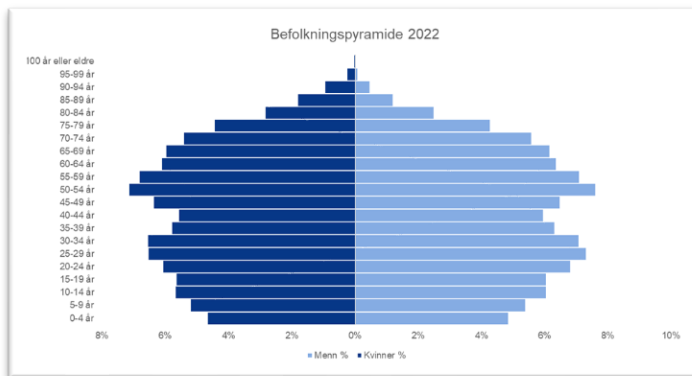
4.4 Begrenset befolkningsvekst og flere eldre

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

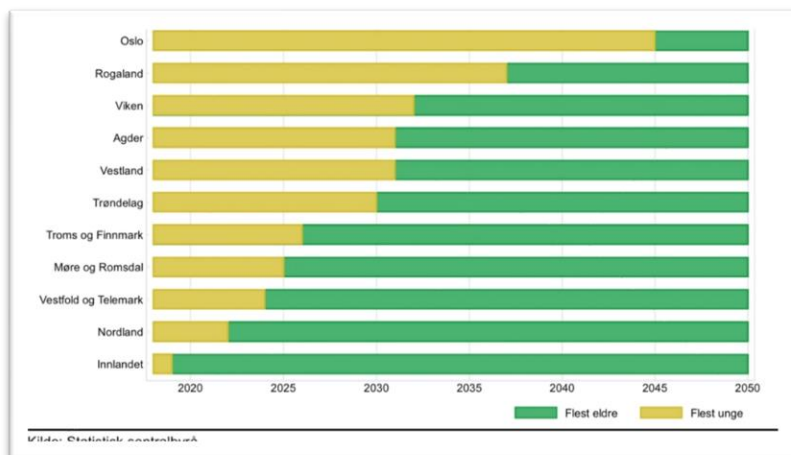
Levealderen har fortsatt å øke i Norge, og er forventet å øke med omtrent 5,5 år fram til 2050. Forventet gjenstående levealder er særlig forventet å øke i eldre aldersgrupper. Sammen med lav fruktbarhet resulterer dette i en økt aldring av befolkningen på sikt. Dette er en utvikling som eksempelvis 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>



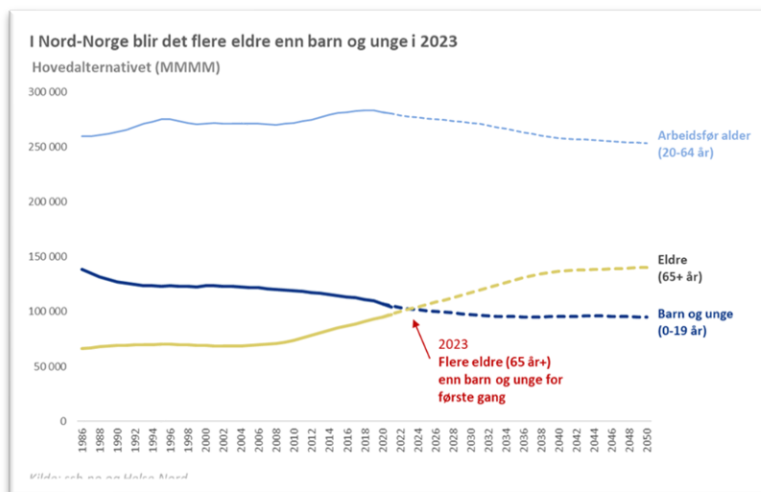
Figur 8 Befolkningspyramide for Nord-Norge 2022



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

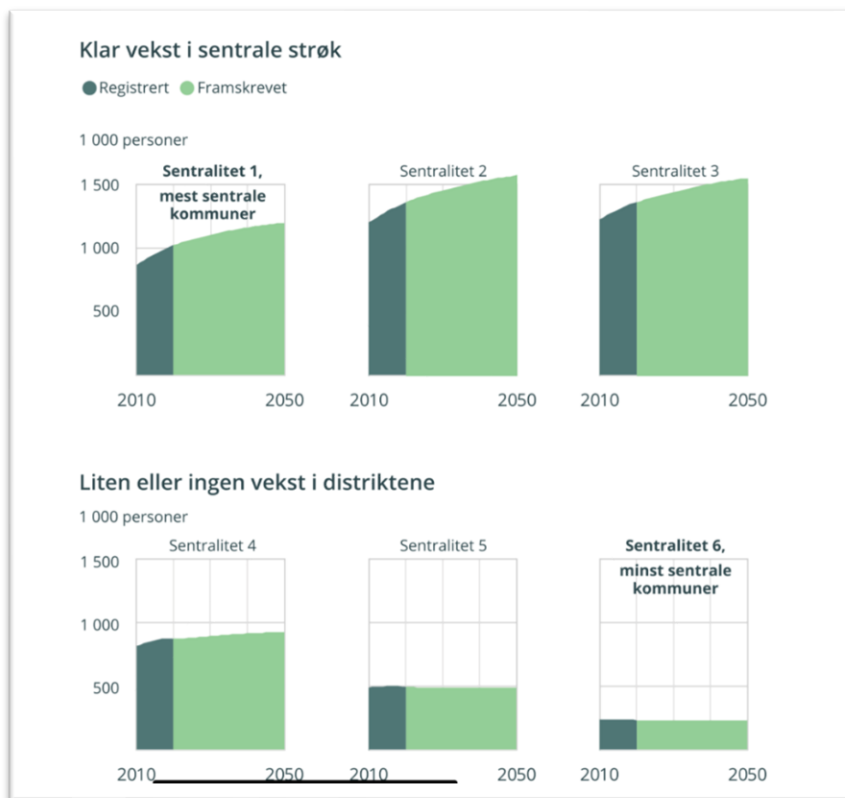
Modeller som framskriver befolkningens helsetilstand, behov for helsetjenester og effekten av ulike helsefremmende tiltak blir stadig bedre. I [Perspektivmeldingen 2021](#) drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse og omsorgstjenester. Det er et ubetinget gode at vi lever lenger. 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 framskritt 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. Frukthet/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 folketmengde 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>

doble 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 framskrivinger 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. Framskrivning

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.

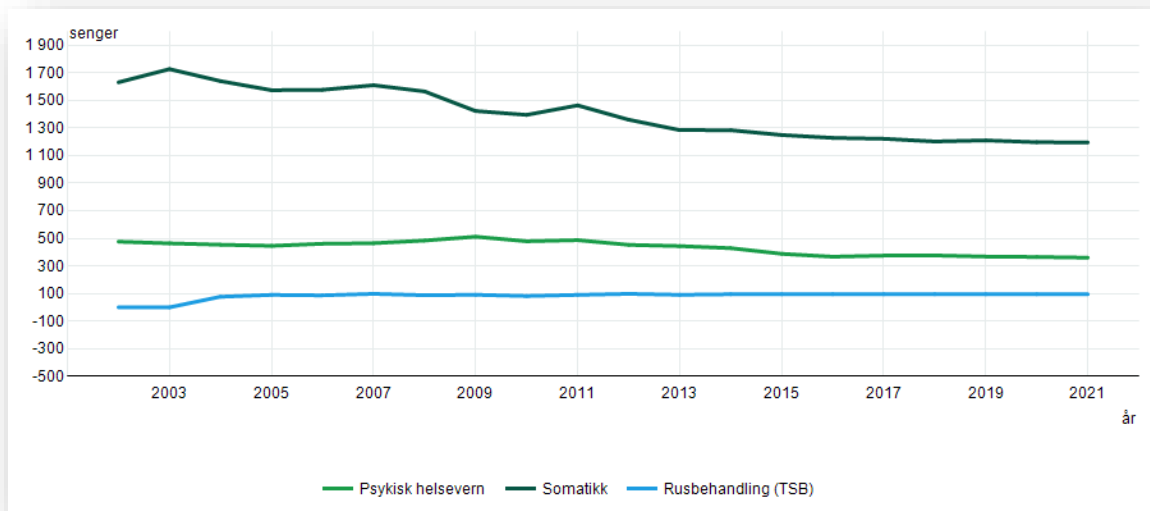
5.5 Somatikk

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				Tjenesteområde				Tjenesteområde			
	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 fremtiden.

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 framskrivinger 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 brukerfornøydhhet, 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 brukerfornøydhhet, 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, egendiagnostikk/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 prehospitale tjenester 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 prehospitale tjenester 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 Nord's 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 Nord's 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 Nords 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 egenvurdering)</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 renovering 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 renovering/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