

Ekstraordinært styremøte

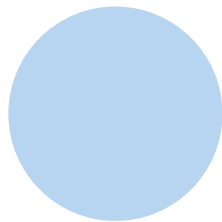
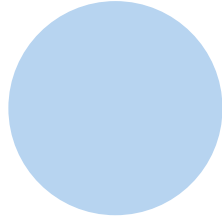
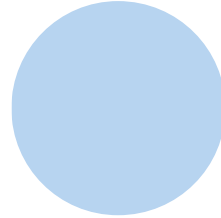
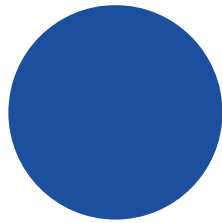
Helse Nord RHF

Innkalling med saksdokumenter

Dato: 7. oktober 2022

Kl.: 13.00 til ca. 15.00

Sted: Teams



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

Deres ref:

Vår ref:
2022/67

Saksbehandler
Tina Eitran

Dato:
5.10.2022

Innkalling til ekstraordinært styremøte i Helse Nord RHF, den 7. oktober 2022

Det vises til styremøte 28. september 2022 og vedtak om ekstraordinært styremøte i oktober 2022. I samråd med styreleder innkalles det herved til ekstraordinært styremøte i Helse Nord RHF

**fredag, den 7. oktober 2022 - fra kl. 13.00
pr. Teams.**

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

Vedlagt følger saksdokumenter til styrets møte.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, spesialrådgiver Tina Eitran på tlf. 915 79 783.

Vel møtt.

Med vennlig hilsen

Cecilie Daae
adm. direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur

Møtedato: 7. oktober 2022

Arkivnr.:
2022/67

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
5.10.2022

Styresak 133-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med styreleder inviteres styret i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for styremøte, den 7. oktober 2022:

| | | | |
|--------------|---|------|----|
| Sak 133-2022 | Godkjenning av innkalling og saksliste | Side | 1 |
| Sak 134-2022 | Oppfølging av omstillingsarbeidet i helseforetakene, oppfølging av sak 117-2022 og 122-2022 | Side | 2 |
| Sak 135-2022 | Nasjonal e-helsestrategi - høringsvar | Side | 27 |
| Sak 136-2022 | Referatsaker | Side | 62 |
| | 1. Revisjonsutvalgsmøte i Helse Nord RHF 4. oktober 2022 – protokoll <i>Saksdokumentene ettersendes</i> | | |
| | 2. Drøftingsmøte med KTV/KVO 7. oktober 2022 ad. Innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeid i helseforetakene, mandat - protokoll <i>Saksdokumentene ettersendes</i> | | |
| | 3. Møte med arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 6. oktober 2022, protokoll <i>Saksdokumentene ettersendes</i> | | |

Bodø, den 5. oktober 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 7. oktober 2022

Vår ref.:
2022/796-26

Saksbehandler:
Hansen, Mentzoni-Einarsen, Rolandsen

Dato:
5.10.2022

Styresak 134-2022 Oppfølging av omstillingsarbeidet i helseforetakene, oppfølging av sak 117-2022 og 122-2022

Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner mandat for innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeidet i Helse Nord.
2. Styret ber adm. direktør orientere om det videre arbeidet i hvert styremøte i tiden fremover.

Bodø, 5. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Formål

Formålet med saken er oppfølging av styrets bestillinger knyttet til omstilling.

I styresak 117-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner, oppfølging av styresak 80-2022 og 97-2022 (ekstraordinært styremøte 16. september 2022) ble det gjort følgende vedtak:

4. *Styret ber om at det opprettes et ØKO (økonomi, koordinering og omstilling)-team fra Helse Nord RHF som skal støtte opp om omstillingsprosessene i helseforetakene. Styret ber om at ØKO-teamets mandat og arbeid behandles i revisjonsutvalget.*

Vedlegg 1 viser protokollen i sin helhet. Begrepet ØKO-team er erstattet med *Innsiktsteam* for å synliggjøre at Helse Nord RHF har behov for bedre innsikt i hvordan helseforetakene arbeider med egen omstilling, for med dette å styrke oppfølgingen og benytte de virkemidler det regionale helseforetaket har til rådighet.

I styresak 122-2022 Virksomhetsrapport nr. 8-2022 (styremøte 28. september 2022) ble det gjort følgende vedtak i punkt 2 og 3:

2. *Styret ber om å få det endelige mandatet for innsiktsteamet (tidligere ØKO-team) til behandling i et ekstraordinært styremøte før ordinært styremøte i oktober.*
3. *Styret ber adm. direktør fremlegge en samlet oversikt over helseforetakenes vedtatte omstillingstiltak, herunder varighet av tiltakene og estimat for hvilken effekt de har på økonomi og pasienttilbudet i helseforetakene til det ekstraordinære styremøte.*

Saken redegjør også for andre tema som bidrar til å gi styret innsikt i pågående analysearbeid.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

I *Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024* er det prioritert fem strategiske grep, hvor det første er *Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig*. Her heter det innledningsvis:

Virksomhetsstyring og godt lagspill mellom helseforetak og private leverandører, mellom ledelse, tillitsvalgte, vernetjeneste, pasienter og pårørende, fører til at vi har felles forståelse for rekkefølge og prioritering. (...) Dette innebærer også at vi har samme forståelse for at omstilling er nødvendig for å håndtere kostnader som er knyttet til investeringer, beslutninger gjennom Nye metoder, samt utvikling av nye tilbud.

Arbeidet med omstillingsplan krever at ledere, ansatte, tillitsvalgte og brukere har felles mål, *trygghet* for beslutningsgrunnlag med høy kvalitet, *respekt* for hverandres roller og godt lagspill mellom aktørene.

Mandat for innsiktsteam

Det vises til vedlegg 2. Forslag til mandat er behandlet i styrets revisjonsutvalg 4. oktober 2022, innspill er innarbeidet i vedlagte versjon. I tråd med vedtakspunkt 2 i styresak 122-2022 Virksomhetsrapport nr. 8-2022 legges mandatet frem til beslutning i styret.

Pågående analyser av nåsituasjon

Foretaksgruppen har et budsjettert overskudd på 247 mill. kroner for 2022, mens samlet prognose viser et underskudd på -600 mill. kroner. Dette betyr et avvik på ca. 850 mill. kroner sammenliknet med budsjett¹:

| Avviksanalyse | mill. kr. | Kommentarer |
|-----------------------------|-------------|--|
| Inntekter | 140 | Utskr. Klare pas. 30, Lab-inntekter 30, Økt aktivitet |
| Kjøp av helsetjenester | -230 | Fristbrudd, fritt sykehusvalg |
| Varekostnader | -300 | Prisvekst +5%-poeng; Ca. 90 mill. kr, Merkostnad pandemi, leveranseutfordr |
| Innleie | -300 | Økt pris og økt volum, se egen analyse |
| Lønn til ansatte | -350 | Økt sykefravær -150 Lønnsoppgjør -70, Økt bemanning - 130 |
| Avskrivinger | 30 | Fremdrift |
| Andre driftskostn. | 160 | Reiser, m.m |
| Avvik driftsresultat | -850 | |

Tabell 1 Avviksanalyse forventet resultat 2022

Det er flere årsaker til avvikene i 2022. Høyere pris- og lønnsvekst enn forutsatt er én årsak, og økte kostnader til egen og innleid bemanning er en annen viktig årsak.

En samlet oversikt over omstillingsbehov og vedtatte tiltak ble lagt frem i *styresak 80-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av styresak 27-2022* i styremøtet 22. juni 2022.

Basert på resultatene for juni og juli ble det i *styresak 97-2022 Virksomhetsrapport nr 6-2022 og 7-2022* (styremøte 24. august 2022) gjort følgende vedtak

3. *Styret ber adm. direktør invitere til ekstraordinært styremøte når omstillingsplanene i helseforetakene er vurdert av administrasjonen. Saken drøftes med konserntillitsvalgt og -verneombud i forkant av styrebehandling*

Adm. direktør viser til diskusjon i styremøtet 28. september 2022 og legger i denne saken frem:

- A. Sammenstilling og vurdering av besluttede omstillingstiltak i helseforetakene
- B. Foreløpig analyse av bemanningsutvikling – egne og innleide
- C. Foreløpig analyse av aktivitetsutvikling vs. bruk av ressurser
- D. Utvikling fristbrudd, ventetider i utvalgte pasientforløp

Temaene A-D belyses i egne avsnitt og vedlegg nedenfor. Nærmere analyse blir lagt frem i ekstraordinært styremøte 7. oktober 2022.

A: Sammenstilling og vurdering av besluttede omstillingstiltak i helseforetakene

Vedlegg 2 viser sammenstilling av vedtakene som styrene i helseforetakene har gjort høsten 2022 knyttet til omstilling. Et overordnet sammendrag er at:

- Finnmarkssykehuset var først ute med konkrete vedtak, og formuleringene ble gjort i møtet. De har blant annet ikke gjort et eksplisitt vedtak knyttet til nedtak av egen bemanning. Flere formuleringer er nyansert/presisert i senere vedtak i de øvrige helseforetakene.
- Helgelandssykehuset har i stor grad innarbeidet tiltak som administrative beslutninger uten at de eksplisitt er vedtatt på samme måte som i de øvrige helseforetakene. Iverksatte tiltak har ikke tilstrekkelig ønsket effekt.

¹ Gevinst fra salg av tomt Åsgård/Tromsø er ikke inkludert i tallene.

B: Foreløpig analyse av utvikling av bemanningsutvikling – egne og innleide

Bemanning, befolkning og aktivitet

Helse Nord forbrukte 1000 flere faste månedsverk de åtte første månedene i år sammenliknet med samme periode i 2019. 268 av disse kom i gruppen administrasjon og ledelse, hvorav 150 er merkantile stillinger. Sykepleiergruppen har en økning på 214 månedsverk, mens legegruppen øker med 114.

Variable årsverk øker i tillegg med 199 månedsverk. Faste månedsverk økte med 8 %, mens de variable økte med 14 %. For leger var økningen i faste legemånedsverk i denne perioden på 7 %, mens variable månedsverk økte med hele 55 %.

| Stillingsgrupper | År 2019 | | | 2022 | | | Endring | | | % | | | TOT |
|-----------------------------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|--------------|------------|-----------|-------------|------------|------------|-------------|
| | Faste mverk | Var mverk | UTA mverk | Faste mverk | Var mverk | UTA mverk | Faste mverk | Var mverk | UTA mverk | Faste mverk | Var mverk | UTA mverk | |
| 01. Adm. og ledere | 2 541 | 59 | 3 | 2 809 | 75 | 5 | 268 | 16 | 2 | 11% | 27% | 82% | 11,0% |
| 02. Pasientrettede stillinger | 1 481 | 284 | | 1 560 | 282 | | 79 | - | 2 | 5% | -1% | | 4,4% |
| 03. Lege | 1 619 | 101 | 139 | 1 733 | 156 | 151 | 114 | 55 | 12 | 7% | 55% | 8% | 9,7% |
| 04. Psykologer | 375 | 3 | | 426 | 3 | | 51 | - | 0 | 14% | -13% | | 13,4% |
| 05. Sykepleiere | 3 751 | 428 | | 3 965 | 458 | | 214 | 29 | - | 6% | 7% | | 5,8% |
| 06. Helsefagarbeider/hjelpepleier | 421 | 82 | | 448 | 97 | | 27 | 16 | - | 6% | 19% | | 8,4% |
| 07. Diagnostisk personell | 630 | 36 | | 651 | 40 | | 21 | 4 | - | 3% | 11% | | 3,8% |
| 08. Apotekstillinger | 111 | 1 | | 141 | 3 | | 30 | 2 | - | 27% | 125% | | 28,0% |
| 09. Drifts/teknisk personell | 808 | 157 | | 877 | 172 | | 69 | 15 | - | 9% | 10% | | 8,8% |
| 10. Ambulansepersonell | 684 | 203 | | 760 | 232 | | 76 | 29 | - | 11% | 14% | | 11,9% |
| 11. Forskning/utdanning | 228 | 102 | 1 | 279 | 137 | 2 | 50 | 35 | 0 | 22% | 35% | 14% | 26,0% |
| Totalsum | 12 650 | 1 456 | 144 | 13 650 | 1 655 | 158 | 1 000 | 199 | 14 | 8% | 14% | 10% | 8,5% |

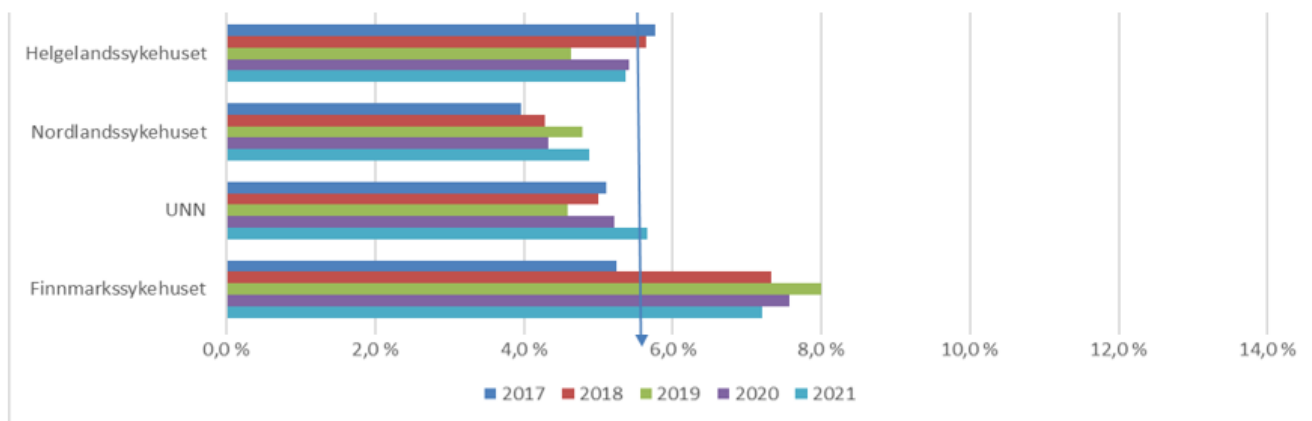
Tabell 2 Faste og variable månedsverk i Helse Nord i perioden januar-august i 2022 mot samme periode i 2019

Ressursinnsatsen har økt betydelig de senere årene. Mye av veksten i lege- og sykepleierårsverk skyldes nye eller utvidede behandlingstilbud, lovpålagte oppgaver og en aldrende befolkning, men dette forklarer likevel ikke alt. Det kommer tydelig frem dersom man inkluderer aktivitetsdata.

Turnover

Ekstern turnover var 5,6 % i 2021 (figur 1). Blant sykehusforetakene har Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset lavere turnover enn gjennomsnittet, henholdsvis 4,9 og 5,4 %. UNN hadde ekstern turnover i 2021 på 5,7 %. Finnmarkssykehuset skiller seg klart ut med 7,2 % ekstern turnover og har også hatt høyeste ekstern turnover over tid.

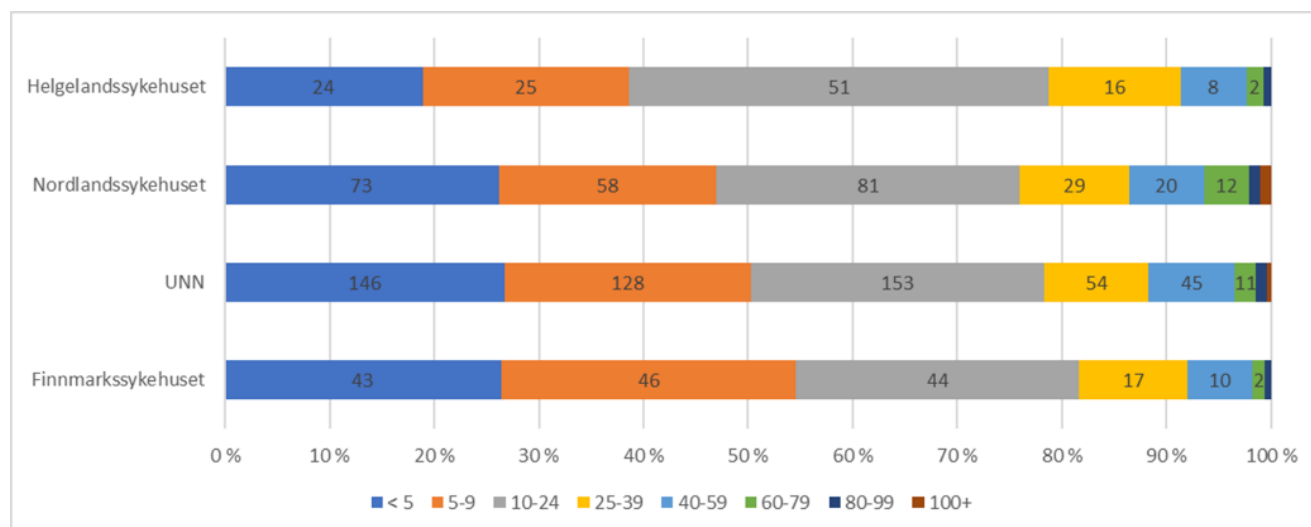
Høyeste eksterne turnover finner vi i yrkesgruppene psykologer, leger i spesialisering, utvalgte pasientrettede stillinger, merkantile stillinger, helsefagarbeidere, renholds- og kjøkkenpersonell.



Figur 1 Ekstern turnover ved sykehusforetakene 2017-2021

Lederspenn

Figur 2 viser hvor mange ansatte ledere ved sykehusforetakene har ansvaret for (lederspenn). Omtrent hver femte leder i Helse Nord har personalansvar for mer enn 25 ansatte.



Figur 2 Lederspenn i sykehusforetakene 2022. Alle ansatte er inkludert i tallene herunder engasjerte, vikariater og timelønnede.

Sykefraværskostnader

Økt sykefravær påvirker kostnadene i foretaksgruppen. Tabellen under viser bruttokostnadene ved en økning fra 8 % sykefravær i 2019 til 9,75 % i 2022. Ved å redusere sykefraværet til 2019-

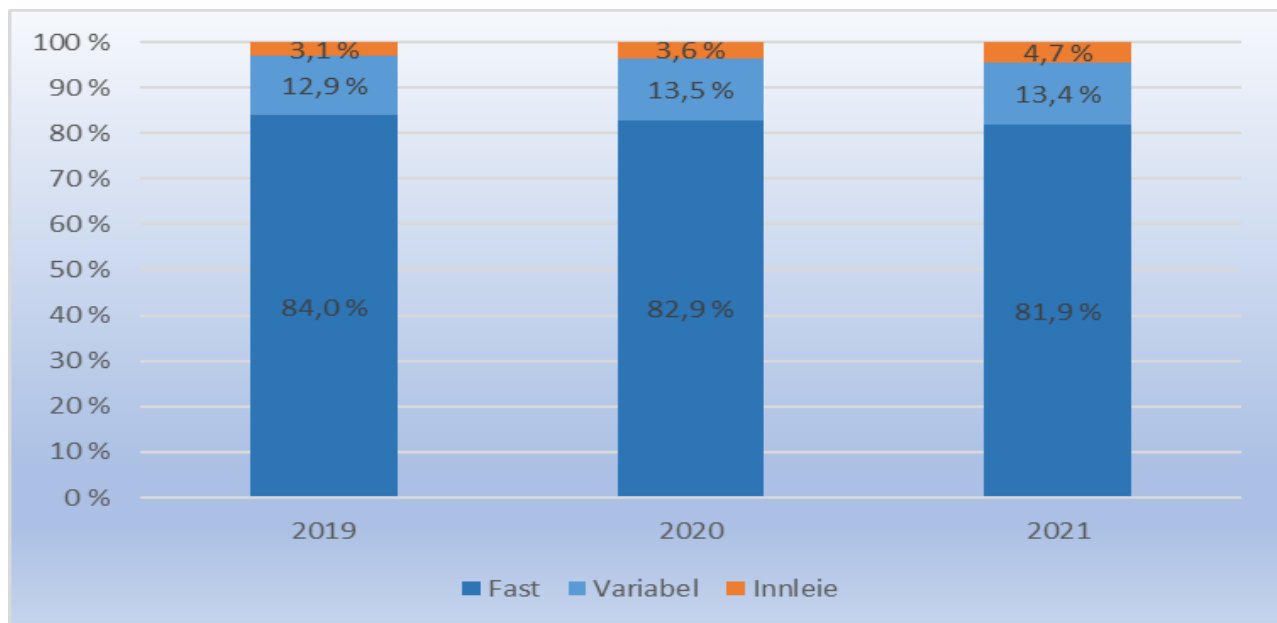
nivå, er kostnadsreduksjonen estimert til ca. 150 mill. kr./år. Beregningen er basert på en sjablongberegning av kostnader per sykefraværsdag utarbeidet av Sintef. .

| | 2019 (8,0 %) | | | 2022 (prognose 9,75 %) | | Endring | Hva koster 1 %-poeng Sykefravær? |
|----------------------------------|------------------|--------------|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------------|
| | Sykefraværsdager | Kostnad/dag | Brutto kostnad | Sykefraværsdager | Brutto kostnad | | |
| Finmarkssykehuset | 26 721 | 2 300 | 61 458 300 | 32 919 | 75 713 700 | 14 255 400 | 7 765 508 |
| Universitetssykehuset Nord-Norge | 106 809 | 2 300 | 245 660 700 | 142 086 | 326 797 800 | 81 137 100 | 33 517 723 |
| Nordlandssykehuset | 60 062 | 2 300 | 138 142 600 | 75 962 | 174 711 450 | 36 568 850 | 17 919 123 |
| Helgelandssykehuset | 24 206 | 2 300 | 55 673 800 | 29 141 | 67 023 150 | 11 349 350 | 6 874 169 |
| Sykehusapotek Nord | 2 315 | 2 300 | 5 324 500 | 2 774 | 6 379 050 | 1 054 550 | 654 262 |
| Helse Nord RHF | 582 | 2 300 | 1 338 600 | 1 040 | 2 390 850 | 1 052 250 | 245 215 |
| Helse Nord IKT | 3 217 | 2 300 | 7 399 100 | 4 850 | 11 153 850 | 3 754 750 | 1 143 985 |
| Sum Helse Nord | 223 912 | 2 300 | 514 997 600 | 288 770 | 664 169 850 | 149 172 250 | 68 119 985 |

Tabell 3 Stipulerte sykefraværskostnader 2022 sammenlignet med 2019.

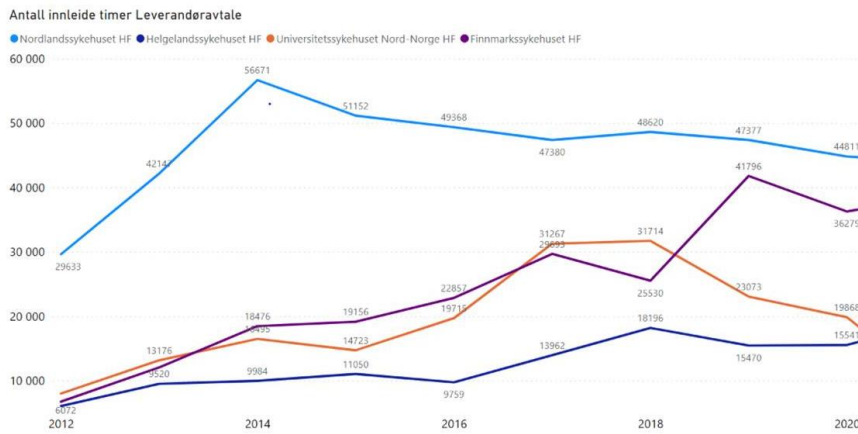
Innleie av helsepersonell

Innleide årsverk har økt mer enn de faste og variable de siste tre årene. Figur 3 viser at variable og innleide årsverk utgjorde 16 % av samlet årsverksforbruket i 2019. I 2021 var andelen økt til 18,1 %. Andelen innleide årsverk økte fra 3,1 % til 4,7 %.

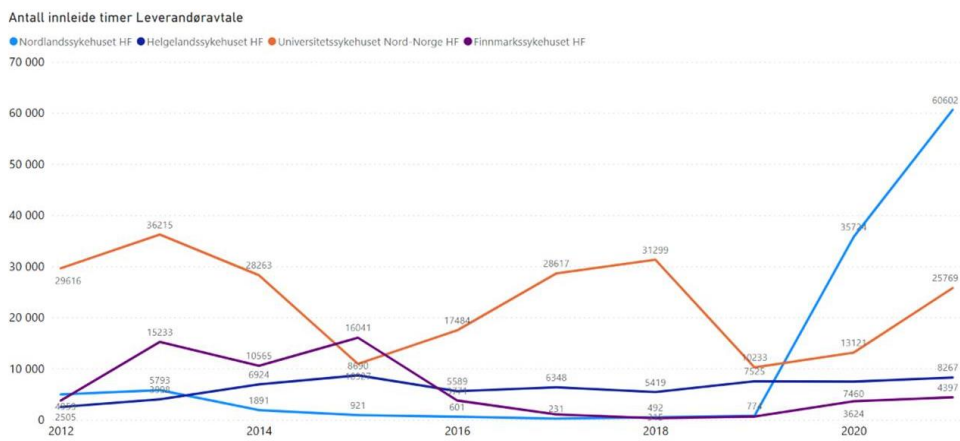


Figur 3 Andel faste, variable og innleide årsverk i Helse Nord 2019-2021

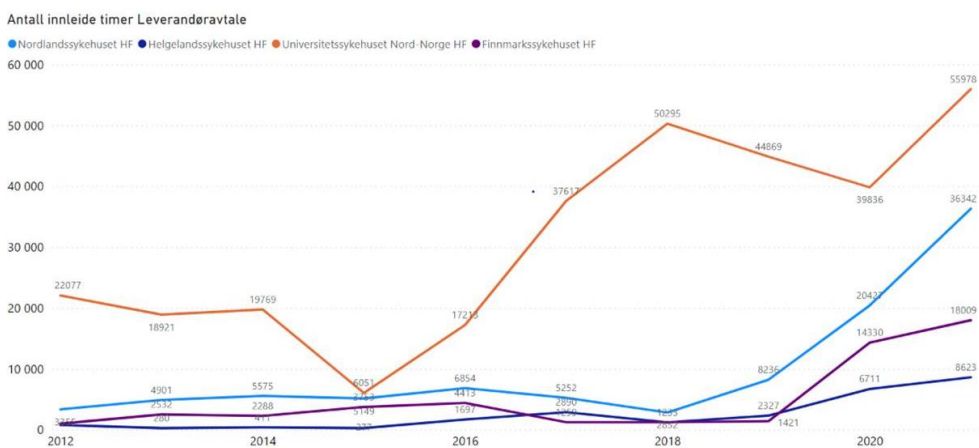
Figur 4, 5, 6 og 7 viser utviklingen i antall innleide timer for henholdsvis leger, sykepleiere, spesialsykepleiere og jordmødre fra 2012 til 2021.



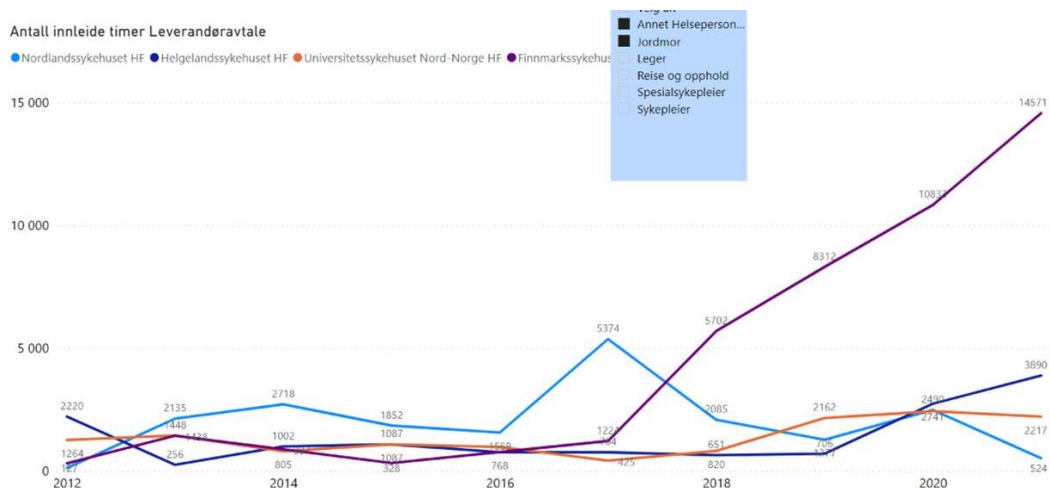
Figur 4 Antall innleide timer leger



Figur 5 Antall innleide timer sykepleiere



Figur 6 Antall innleide timer spesialsykepleiere



Figur 7 Antall innleide timer jordmødre

C: Foreløpig analyse av aktivitetsutvikling vs bruk av ressurser

Trenden med vridning fra døgn til mer poliklinikk og dagbehandling innenfor somatikk har vedvart over år. Befolkningen har gått noe ned, og samlede inntekter til helseforetakene går ned, mens ressursbruk (ex. innleie) stiger (tabell 4).

| Vekst 2019-2021 | | FIN HF | HSYK HF | NLSH HF | UNN |
|------------------------------|--------------------|---------|---------|---------|--------|
| Antall innbyggere | | -1,6 % | -1,4 % | -0,8 % | -0,3 % |
| Leger, avtalte årsverk | | 21,7 % | 4,9 % | 4,7 % | 0,9 % |
| Sykepleiere, avtalte årsverk | | -0,2 % | 5,4 % | 7,3 % | 2,8 % |
| Liggetid | | -12,2 % | -6,4 % | -1,8 % | -3,9 % |
| Opphold | Poliklinikk og dag | 9,7 % | 3,6 % | 7,6 % | 10,3 % |
| | Døgn | -8,2 % | -3,0 % | -2,2 % | -4,9 % |
| DRG | Poliklinikk og dag | 5,5 % | 6,3 % | 4,9 % | 7,6 % |
| | Døgn | -8,2 % | -6,2 % | -3,7 % | -9,1 % |

Tabell 4 Utvikling befolkning, ressurser og aktivitet 2019-2021

Det er variasjon mellom helseforetak, og derfor krevende å gi en samlet analyse av årsak. Det er behov for å gjøre nærmere analyser av dreiningen sett opp mot bemanningsvekst, pasientgrunnlag og aktivitet. Faktorer som bør belyses videre er i hvilken grad:

- Endring i turnusplaner har fulgt trenden fra døgn til poliklinikk og dag
- Strukturelle vedtak som f.eks. etableringen av klinikk Alta og Sámi Klinihkka har flyttet aktivitet og økt ressursbehovet
- Nye tilbud som f.eks. PET-senter, beredskap Svalbard, PCI o.a. har medført økt behov
- Nye bygg med flere enerom påvirker bemanningsbehov
- Andre faktorer har påvirket ressursbruk.

Om en ser nøkkeltall i en lengre tidsperiode, er sammenhengen mellom befolkning og ressurser enda større.

D: Utvikling fristbrudd, ventetider i utvalgte pasientforløp

Status for ventetid og fristbrudd i Helse Nord ble presentert i *styresak 122-2022 Virksomhetsrapport nr. 8-2022* (styremøte 28. september 2022). I tiden etter pandemien har gjennomsnittlig ventetid vært for lang for mange ventende, andel fristbrudd og passert planlagt tid har vært for høy, spesielt innen ØNH, øye, ortopedisk kirurgi og hudsykdommer.

Helseforetakene har økt samlet poliklinisk aktivitet innen somatikk med 7,8 % sammenlignet med 2019, og 1,9 % for psykisk helsevern i samme periode. Tiltakene har vært økt aktivitet på kveldspoliklinikk, lørdagspoliklinikk og økt kontroll med ventelister og koding.

Måloppnåelsen for pakkeforløp for kreft har hatt en negativ utvikling i regionen. Måloppnåelsen for standard forløpstid totalt sett lå på 57 prosent for perioden januar til august 2022, men det er store variasjoner mellom kreftformene og måloppnåelsen for de ulike målepunktene.

Selv om det er forsinkelser i pakkeforløpene viser årsrapporten fra kvalitetsregistrene for kreft at Helse Nord oppnår gode behandlingsresultater. Det pekes også på områder hvor Helse Nord og det enkelte sykehus kan bli bedre, og dette er til god hjelp i forbedringsarbeid.

Helse Nord RHF har tett oppfølging av helseforetakene ved at pakkeforløp for kreft er fast agenda i fagsjefmøtene og i oppfølgingsmøter med sykehusforetakene.

I fagsjefmøtene er det særlig fokusert på hvilke tiltak som foretakene har planlagt eller har blitt iverksatt, og målet er å dele erfaringer og styrke samarbeidet om gjennomføring av forløpene innen anbefalte tidsfrister.

I oppfølgingsmøtet i august ble helseforetakene bedt om å redegjøre for både status og tiltak med følgende bestilling:

- *Redegjør for status for måloppnåelse for pakkeforløp kreft. Det bes om at utviklingen for indikatorene for hele 2021 og så langt i 2022 presenteres. For de pakkeforløpene der det er angående måloppnåelse ber vi om en beskrivelse av etablerte og planlagte tiltak for å forbedre måloppnåelsen.*
- *Presentere en forpliktende fremdriftsplan med konkrete måltall 3 og 6 mnd. frem i tid for de pakkeforløpene som ikke har ønsket måloppnåelse.*
- *Beskrive hvilke risikovurderinger som er gjort vedrørende pakkeforløp med vedvarende svak måloppnåelse samt at HN RHF får tilsendt eventuelle risikoanalyser som er utført.*
- *Orienter om hvordan styret i helseforetaket har blitt informert om måloppnåelse og risiko på området.*

Helseforetakene har foreløpig ikke lagt frem fremdriftsplan, risikovurdering og hvordan styret i helseforetaket er blitt informert.

Helseforetakene har flere felles utfordringer, men årsaker og forbedringstiltak kan være ulike:

- Mangler spesialister, spesielt innen psykisk helsevern for voksne.
- For lav kapasitet innen billeddiagnostikk
- For lav kapasitet innen kirurgi
- Behov for tettere samarbeid mellom aktørene i forløpene
- Behov for opplæring i registrering/koding

Flere tiltak er gjennomført, under gjennomføring eller planlagt. Både UNN og Nordlandssykehuset gjennomfører nå større prosjekter² som forventes å gi positive effekter på lengre sikt. Det regionale helseforetaket har dessuten fått utført et større kartleggingsprosjekt med ekstern bistand med målsetting om å bedre den samlede kapasiteten innen radiologi og operasjon³.

Utdanning, rekruttering og stabilisering av spesialister er avgjørende for robusthet i tilbudene. Andre konkrete tiltak som kan nevnes er:

- Kartlegging av årsaker til forsinkelser (f.eks. detaljert gjennomgang av enkeltforløp)
- Økt samarbeid mellom aktørene i forløpene; både internt i det enkelte helseforetak og sykehus, og mellom helseforetak.
- Opplæring i registrering/koding

Medbestemmelse

Mandat for innsiktsteam blir drøftet med de konserntillitsvalgte og -verneombud i Helse Nord 7. oktober 2022 med følgende forslag til enighetsprotokoll:

1. *Partene slutter seg til innholdet i mandat for Innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeidet i Helse Nord.*
2. *Partene forutsetter at omstillingsarbeidet i helseforetakene gjennomføres i nært samarbeid med foretakstillitsvalgte og -verneombud i de enkelte helseforetakene.*

Protokoll ettersendes før styremøtet 7. oktober 2022. Foreløpige analyser fra avsnittene A-D vil legges frem for KTV/KVO i samme møte.

Brukermedvirkning

Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalget behandler forslag til mandat for innsiktsteamet 6. oktober 2022. Foreløpige analyser fra avsnittene A-D vil legges frem i samme møte. Protokoll fra møtet ettersendes før styremøtet 7. oktober 2022.

Administrerende direktørs vurdering

Avviksanalyser viser at det er flere årsaker til at kostnadene i 2021 er langt høyere enn forutsatt. Pandemi og krig har ført til ustabilitet i forsyningskjeder og økt prisvekst, vi har et historisk høyt sykefravær, og lønnsveksten har vært høyere enn forutsatt. Dette gjelder ikke bare Helse Nord. På toppen av dette har befolkningsendringene på Landsbasis gjort at inntektsrammene til Helse Nord RHF er redusert ~70 mill. kroner/år sammenliknet med 2020.

Det er ingen signaler som tilsier at spesialisthelsetjenesten vil få kompensert hele økningen i kostnadsnivået. Adm. direktør mener derfor at helseforetakene snarest må få kontroll over kostnadene som vi kan påvirke, hvilket i stor grad gjelder kostnader til innleie og bemanning, men også gjennom systematisk samarbeid på anskaffelsesområdet. Ved gjennomgang av foretakenes omstillingsplaner er vurderingen at:

- Sammenheng mellom ressurs- og aktivitetsutvikling må i større grad analyseres, særlig gjelder dette vridning fra inneliggende til dag- og poliklinisk behandling.

² Poliklinikkprogrammet (UNN), Dynamisk prioritering av operasjonskapasitet (UNN), Time til riktig tid (NLSH)

³ Karabin: Kartlegging av radiologi- og operasjonskapasitet i Helse Nord

- Noen helseforetak har utarbeidet målsettinger og prognoser pr. klinikk både for innleie og bemanning. For enkelte store klinikker synes tiltakene som skal understøtte ønsket utvikling, å være for lite konkret. Fremdriftsplan og milepæler er i ulik grad synliggjort.
- Ingen helseforetak har konkretisert overtallighet, eller synliggjort tall som underbygger at bemanningsreduksjon kan tas med reduksjon i vikarer/variabel lønn.
- Økning i sykefravær ser ut til å være en viktig faktor for økt bemanningsøkning, som i liten grad går frem av omstillings-/forbedringsarbeidet hittil.

Adm. direktør mener at et innsiktsteam fra Helse Nord RHF kan være verdifull bistand til helseforetakenes eget omstillingsarbeid. Samtidig er det grunn til å understreke at det er styrene i helseforetakene som har ansvar for at foretakene tilpasser sin virksomhet innenfor de økonomiske rammer de er tildelt.

Adm. direktør vil komme tilbake til styret i neste styremøte med nærmere informasjon og plan for innsiktsteamets arbeid.

Vedlegg:

1. Vedtak i sak 117-2022, Helseforetakenes omstillingsplaner, oppfølging av styresak 80-2022 og 97-2022
2. Oversikt over styrevedtak i helseforetakene knyttet til omstilling
3. Mandat (v. 0.95) for *Innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeidet i Helse Nord*

Styresak 117-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner, oppfølging av styresak 80-2022 og 97-2022

1. *Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om omstillingsplanene i helseforetakene til orientering.*
2. *Styret ber administrerende direktør styrke oppfølgingen av helseforetakenes omstillingsarbeid og benytte de virkemidler det regionale helseforetaket har til rådighet slik skissert i saken.*
3. *Styret i Helse Nord RHF oppfordrer styrene i Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF å vedta tilsvarende strenge tiltak som Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarksykehuset HF har besluttet. Styret mener det er nødvendig med større grad av samordning for å sikre felles forståelse for det kritiske behovet for omstilling både på lang og kort sikt.*
4. *Styret ber om at det opprettes et ØKO (økonomi, koordinering og omstilling)-team fra Helse Nord RHF som skal støtte opp om omstillingsprosessene i helseforetakene. Styret ber om at ØKO-teamets mandat og arbeid behandles i revisjonsutvalget.*
5. *Styret ber adm. direktør komme tilbake med ny sak i oktober med forslag til ytterligere utsatte investeringer ut fra en risikobasert tilnærming. Styret ber også om forslag til investeringer som raskt kan gi økt aktivitet, bedre kvalitet og bedret økonomisk resultat.*
6. *Styret ber adm. direktør konkretisere krav til innkjøp og avtalelojalitet som kan videreføres til (pålegges) helseforetakene fom. 1. januar 2023.*
7. *Styret ber om at arbeidet med å ferdigstille gjennomgangen av regionale funksjoner legges frem for styret til beslutning om hvilke som skal videreføres og ikke, innen våren 2023.*
8. *Styret ber adm. direktør komme tilbake til styret med forslag til samling av funksjoner som kan ha rask økonomisk effekt til styremøtet oktober 2022.*
9. *Styret beslutter omprioritering av internrevisjonens oppdrag for 2022 slik at internrevisjonen kan prioritere å gjennomgå og bidra til å vurdere omstillingsprosessene i helseforetakene.*
10. *Styret ser et stort behov for en helhetlig analyse av bemanningsbehovene i foretaksgruppen, blant annet knyttet til endring i behandlingsprosedyrer og utvidelse av helseforetakene.*
11. *Styret presiserer at vi også må holde oppmerksomheten mot langsiktige effekter av tiltakene. Styret forutsetter at tiltakene gjennomføres på en slik måte at vi i størst mulig grad kan ivareta prioriterte strategiske grep fra strategien.*

Vedlegg 2

Sammenstilling av helseforetakenes vedtak knyttet til omstilling aug/sept - Sortert etter tema

Reise

Finnmarkssykehuset:

All reiseaktivitet stanses umiddelbart. Unntak er kritiske reiser. Unntak besluttes av administrerende direktør.

UNN:

All reiseaktivitet begrenses til et minimum umiddelbart. Unntak er nødvendige reiser som følge av spesialistutdanninger og nødvendige reiser internt mellom lokalisasjoner i UNN. Unntak besluttes av administrerende direktør eller den hun bemyndiger.

Styret vil redusere egen reisevirksomhet og ber om å få fremlagt forslag til revidert møteplan til kommende styremøte.

Styret henstiller ovenfor Helse Nord RHF at det tilrettelegges for digital deltakelse i møter i regi av RHF-et for å minimere reisevirksomhet.

Nordlandssykehuset:

I tråd med tidligere vedtak presiseres at all reiseaktivitet begrenses til et minimum. Unntak er nødvendige reiser som følge av kompetanseheving, utdanning og nødvendige reiser internt mellom lokalisasjoner i NLSH. Øvrige unntak besluttes av administrerende direktør.

Styret vil redusere egen reisevirksomhet og ber om å få fremlagt forslag til revidert møteplan til kommende styremøte.

Styret henstiller ovenfor Helse Nord RHF at det tilrettelegges for digital deltakelse i regionale møter og møter i regi av RHF-et for å minimere reisevirksomhet.

Helgelandssykehuset:

Ingen vedtakspunkt, følgende er omtalt i virksomhetsrapport:

All reiseaktivitet skal vurderes strengt. Kun obligatoriske kurs godkjennes og det er Klinikksjef som skal vurdere og beslutte dette. Også sykehusledelsen skal ta ned reiseaktivitet. Det som blir prioritert er kurs og reiser i forhold til utdanning av spesialsykepleiere (ABIOK) og Leger i spesialisering (LIS 2/3).

Innleie

Finnmarkssykehuset:

Innleie fra byrå stoppes umiddelbart. Unntak er innleie for å håndtere beredskap eller andre kritiske situasjoner. Unntak besluttes av administrerende direktør.

UNN:

Innleie fra byrå stoppes umiddelbart. Unntak er et minimum av innleie av kritisk spesialkompetanse for å ivareta forsvarlig drift. De aktuelle faggruppene er beskrevet i saksfremlegget. Øvrige unntak besluttes av administrerende direktør eller den hun bemyndiger, etter vurdering fra klinikksjef.

Nordlandssykehuset:

I tråd med utredningen til *styresak 089-2021 Budsjett 2022* skal innleie fra byrå reduseres til et minimum og stoppes der det er mulig. Unntak er innleie av kritisk kompetanse for å ivareta

forsvarlig drift. Eventuelle unntak besluttes av administrerende direktør, basert på vurdering fra klinikkssjef.

Helgelandssykehuset:

Styret presiserer at innleieforbruket strammes inn, og at bruk av innleie besluttes og dokumenteres av klinikkssjefene, ihht fullmakt.

Bemanning

Finnmarkssykehuset:

Ingen vedtakspunkt

UNN:

Det skal i alle deler av organisasjonen være en kritisk vurdering før bruk av variabel lønn. Bruk av variabel lønn stoppes på dagtid, ukedager. Unntak besluttes av klinikkssjef/senterleder. Ansettelsesstopp i alle stabsfunksjoner. Unntak besluttes av direktør etter vurdering fra senterleder/klinikkssjef.

Nordlandssykehuset:

All bruk av overtid som ikke er regulert i overenskomst skal begrunnes og besluttes av klinikkssjef/senterleder.

Helgelandssykehuset:

Ingen vedtakspunkt, følgende er omtalt i virksomhetsrapport:

Stillinger skal holdes vakante der det er mulig. Men stillinger skal ikke holdes vakant dersom det medfører økte kostnader eller langsiktig negativ effekt. Per nå vil vi oppnå økonomiske effekt av at utviklingssjef konstitueres i org. direktør stillingen og konstituering av HR-sjef i en periode. I tillegg til skal det ikke leies inn ved fravær i stabsstillinger.

Innkjøp

Finnmarkssykehuset

Alle innkjøp stanses umiddelbart. Unntak er kritisk innkjøp. Unntak besluttes av administrerende direktør.

Styret vedtar investeringsstopp i foretaket ut 2022, unntatt nye Hammerfest Sykehus i henhold til plan, og ved brekkasjer som er kritisk. Unntak besluttes av administrerende direktør.

UNN

Alle innkjøp stanses umiddelbart. Unntak er kritisk innkjøp/kassasjoner. Øvrige unntak besluttes av administrerende direktør eller den hun bemyndiger

Alle interne ombygginger som ikke er kritisk nødvendig for driften, stoppes ut året. Unntak besluttes av direktør eller den hun bemyndiger.

Alle sosiale sammenkomster i regi av UNN som medfører kostnader begrenses til et minimum.

Nordlandssykehuset:

Alle innkjøp som ikke er kritisk for driften stanses umiddelbart.

Alle interne ombygginger som ikke er kritisk for driften eller nødvendig for gjennomføringen av omstillingsplan, stoppes ut året. Unntak besluttes av administrerende direktør.

Helgelandssykehuset

Ingen vedtaks punkt, følgende er omtalt i virksomhetsrapport:

Ingen leie av eksterne møtelokaler og ingen matservering ved møter. Dersom det er nødvendig med servering skal sykehusets kjøkken brukes, men da nøkternt. Ellers tar deltagerne med matpakke.

Det er innført innkjøpsstopp der beslutningen er løftet og Klinikksjef må godkjenne innkjøp utover vanlig forbruksmateriell. Det foretas nå en gjennomgang av leiebiler, med formål om å ta ned antall biler ved å lage regler for samkjøring og booking. Det sees på antall biler og om antallet kan reduseres eller eventuelt gjøre en omstrukturering.

Styremøtene: Det legges til rette for egnede møtelokaler internt, eventuelt på Teams.

Finnmarkssykehuset

Styret i Finnmarkssykehuset HF understreker at foretakets økonomiske situasjon er svært kritisk og har i tidligere styremøter gjort flere vedtak for å håndtere situasjonen, blant annet sak 34/2022 og sak 36/2022.

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF tar virksomhetsrapport 6 og 7/2022 til etterretning.
2. Styret tydeliggjør tidligere kortsiktige krisetiltak:
 - a. Innleie fra byrå stoppes umiddelbart. Unntak er innleie for å håndtere beredskap eller andre kritiske situasjoner. Unntak besluttet av administrerende direktør.
 - b. Alle innkjøp stanses umiddelbart. Unntak er kritisk innkjøp. Unntak besluttet av administrerende direktør.
 - c. All reiseaktivitet stanses umiddelbart. Unntak er kritiske reiser. Unntak besluttet av administrerende direktør.
 - d. Styret vedtar investeringsstopp i foretaket ut 2022, unntatt nye Hammerfest Sykehus i henhold til plan, og ved brekkasjer som er kritisk. Unntak besluttet av administrerende direktør.
3. Det er avgjørende at alle ansatte forstår den alvorlige situasjonen og styret ber derfor om gjennomføring av informasjonsmøter med alle ansatte om den alvorlige situasjonen, samt at det utarbeides en plan for videre hyppig informasjon framover. Styret ber om å inviteres til informasjonsmøtene.
4. Styret konstaterer at tiltaksgjennomføringen er svak og at det er gjennomført ansettelser utover budsjett. Styret understreker at manglende oppfølging av beslutninger og budsjett vil få konsekvenser.
5. Styret understreker at de vedtak som ble gjort i sak 36/2022 inkludert protokolltilførsel fortsatt gjelder, blant annet nedtak av senger, tilpasning av bemanning, riktig bruk av spisskompetanse, økt bruk av digitale konsultasjoner osv.
6. Styret ber om at det gis konkret tilbakemelding på resultater av vedtakene over i de kommende styremøtene, samt vesentlige konsekvenser for drift som følge av tiltakene.

UNN

1. Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til vedtak i Helse Nord RHF (styresak 97-22) og ber administrerende direktør ferdigstille konseptfasen for nytt psykisk helse- og rusbygg på Åsgård i henhold til fremdriftsplan fremlagt i møtet.
2. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med en plan for videre planlegging av utvidelse av C-fløya.
3. Styret ber administrerende direktør iverksette følgende kortsiktige, økonomiske krisetiltak:

- Innleie fra byrå stoppes umiddelbart. Unntak er et minimum av innleie av kritisk spesialkompetanse for å ivareta forsvarlig drift. De aktuelle faggruppene er beskrevet i saksfremlegget. Øvrige unntak besluttet av administrerende direktør eller den hun bemyndiger, etter vurdering fra klinikksjef.
 - Det skal i alle deler av organisasjonen være en kritisk vurdering før bruk av variabel lønn. Bruk av variabel lønn stoppes på dagtid, ukedager. Unntak besluttet av klinikksjef/senterleder.
 - Alle innkjøp stanses umiddelbart. Unntak er kritisk innkjøp/kassasjoner. Øvrige unntak besluttet av administrerende direktør eller den hun bemyndiger.
 - Ansettelsesstopp i alle stabsfunksjoner. Unntak besluttet av direktør etter vurdering fra senterleder/klinikksjef.
 - All reiseaktivitet begrenses til et minimum umiddelbart. Unntak er nødvendige reiser som følge av spesialistutdanninger og nødvendige reiser internt mellom lokalisasjoner i UNN. Unntak besluttet av administrerende direktør eller den hun bemyndiger.
 - Alle interne ombygginger som ikke er kritisk nødvendig for driften, stoppes ut året. Unntak besluttet av direktør eller den hun bemyndiger.
 - Alle sosiale sammenkomster i regi av UNN som medfører kostnader begrenses til et minimum.
5. Styret ber administrerende direktør sørge for at det avholdes regelmessige informasjonsmøter for ansatte om den alvorlige økonomiske situasjonen og status i tiltaksarbeidet.
 6. Styret ber administrerende direktør sikre god involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste gjennomgående i hele organisasjonen i arbeidet med de økonomiske tiltakene.
 7. Styret ber om at oppfølgingen og gjennomføringen av tiltakene innlemmes som en del av den månedlige rapporteringen til styret.
 8. Styret vil redusere egen reisevirksomhet og ber om å få fremlagt forslag til revidert møteplan til kommende styremøte.
 9. Styret henstiller ovenfor Helse Nord RHF at det tilrettelegges for digital deltakelse i møter i regi av RHF-et for å minimere reisevirksomhet.

Nordlandsykehuset

1. Styret tar virksomhetsrapporten for august 2022 til orientering og ber administrerende direktør sørge for riktig prioritering mellom tiltakene og god gjennomføringskraft i tiltaksarbeidet.
2. I tråd med utredningen til *styresak 089-2021 Budsjett 2022* skal innleie fra byrå reduseres til et minimum og stoppes der det er mulig. Unntak er innleie av kritisk kompetanse for å ivareta forsvarlig drift. Eventuelle unntak besluttet av administrerende direktør, basert på vurdering fra klinikksjef.
3. All bruk av overtid som ikke er regulert i overenskomst skal begrunnes og besluttet av klinikksjef/senterleder.
4. Alle innkjøp som ikke er kritisk for driften stanses umiddelbart.
5. I tråd med tidligere vedtak presiseres at all reiseaktivitet begrenses til et minimum. Unntak er nødvendige reiser som følge av kompetanseheving, utdanning og nødvendige reiser internt mellom lokalisasjoner i NLSH. Øvrige unntak besluttet av administrerende direktør.
6. Alle interne ombygginger som ikke er kritisk for driften eller nødvendig for gjennomføringen av omstillingsplan, stoppes ut året. Unntak besluttet av administrerende direktør.

7. Styret ber administrerende direktør sørge for god involvering av tillitsvalgte og vernetjeneste gjennomgående i hele organisasjonen i arbeidet med de økonomiske tiltakene.
8. Styret ber administrerende direktør sørge for at ledere på alle nivå jevnlig informerer egne ansatte om den alvorlige økonomiske situasjonen og status i tiltaksarbeidet.
9. Styret vil redusere egen reisevirksomhet og ber om å få fremlagt forslag til revidert møteplan til kommende styremøte.
10. Styret henstiller ovenfor Helse Nord RHF at det tilrettelegges for digital deltakelse i regionale møter og møter i regi av RHF-et for å minimere reisevirksomhet.
11. Styret ber administrerende direktør sikre tilstrekkelig støtte og ressurser til gjennomføring av omstillingsarbeidet.

Helgelandssykehuset

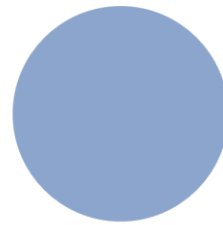
August:

1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar virksomhetsrapport pr. juli 2022 til etterretning.
2. Styret er svært bekymret for den økonomiske utviklingen, og ser alvorlig på at tiltakene så langt har hatt lavere effekt enn planlagt. Styret presiserer at den negative økonomiske utviklingen må reverseres, og forventer at tiltaksarbeidet oppnår de store planlagte effektene utover høsten.
3. Styret presiserer at innleieforbruket strammes inn, og at bruk av innleie besluttet og dokumenteres av klinikksjefene, ihht fullmakt.
4. Styret i Helgelandssykehuset ber administrasjon komme tilbake med forslag til innføring av tiltakspakke 4, i neste styremøte.

Sept:

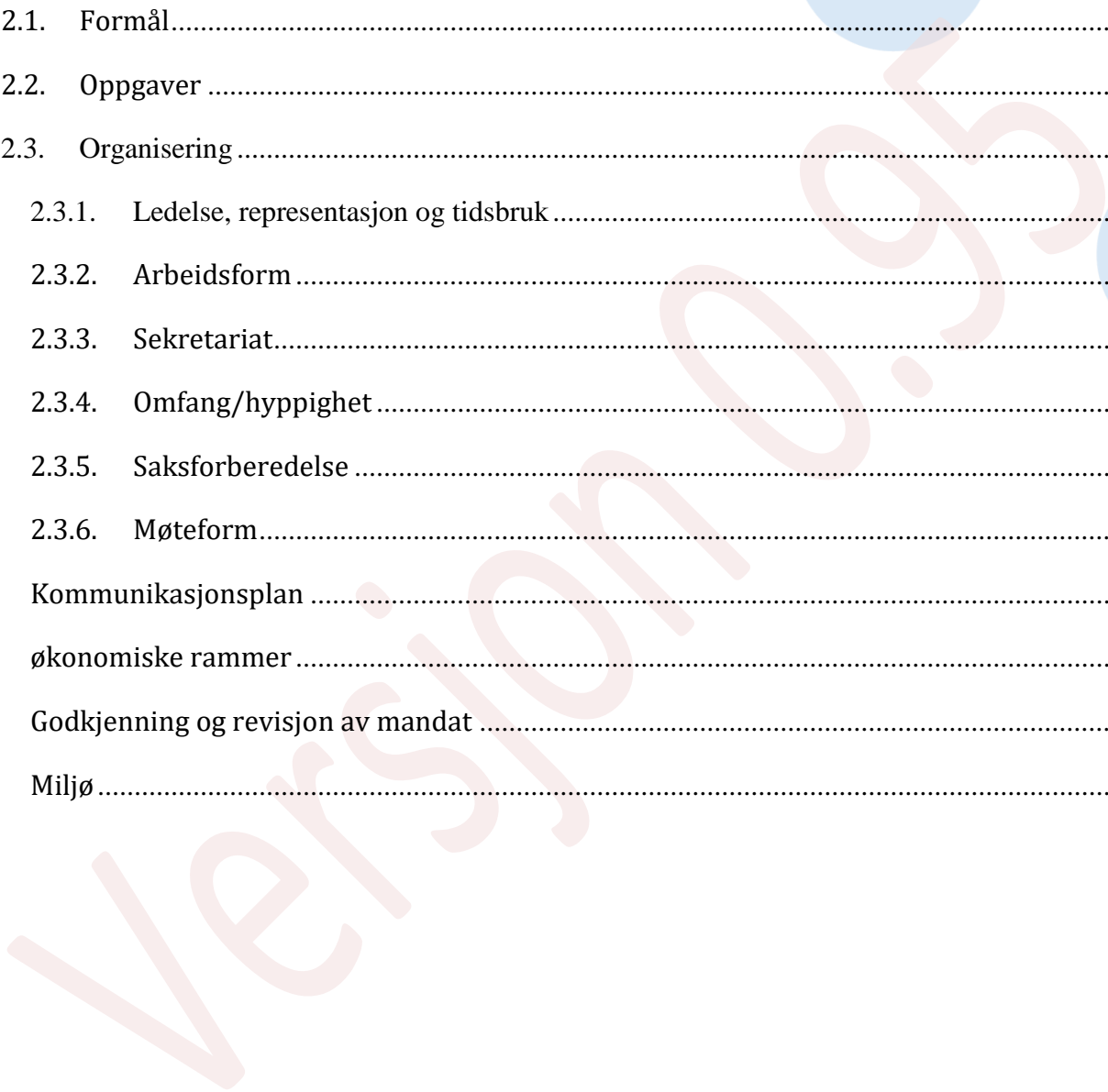
1. Styret i Helgelandssykehuset HF tar virksomhetsrapport pr. august 2022 til etterretning.
2. Styret ser alvorlig på den økonomiske situasjonen, og forventer at strakstiltak og andre kostnadsreduserende tiltak forsterkes slik at de snur den negative økonomiske utviklingen.
3. Styret påpeker viktigheten i arbeidet med tiltakene i tiltakspakke 4, og ber om at tiltakene utredes videre og konkretiseres med fokus på oversikt over innsparing, inntektsbortfall og konsekvens for effekt på pasienttilbud og ansatte. Rent administrative tiltak igangsettes fortløpende. Styret forutsetter god involvering av tillitsvalgte og verneombud.
4. Styret ber administrasjonen skissere flere langsiktige tiltak. Dette er helt nødvendig inn i budsjettarbeidet for 2023.
5. Styret ser positivt på at foretaket skal bidra inn i det regionale samarbeidet for styrke økonomien i hele foretaksgruppen.

**Mandat for
Regionalt innsiktsteam for oppfølging av
omstillingsarbeidet i Helse Nord**



Innhold

| | |
|---|---|
| 1. Bakgrunn..... | 4 |
| 2. Innsiktsteam for oppfølging av Omstillingsarbeid | 5 |
| 2.1. Formål..... | 5 |
| 2.2. Oppgaver | 5 |
| 2.3. Organisering | 6 |
| 2.3.1. Ledelse, representasjon og tidsbruk | 6 |
| 2.3.2. Arbeidsform | 6 |
| 2.3.3. Sekretariat..... | 7 |
| 2.3.4. Omfang/hyppighet | 7 |
| 2.3.5. Saksforberedelse | 7 |
| 2.3.6. Møteform..... | 7 |
| 3. Kommunikasjonsplan | 7 |
| 4. økonomiske rammer | 7 |
| 5. Godkjenning og revisjon av mandat | 7 |
| 6. Miljø..... | 8 |



ENDRINGSLOGG

| Versjon | Dato | Endring | Produsent | Godkjent |
|---------|-----------|---|--------------|----------|
| 0,1 | 15.9.2022 | Første utkast | H. Rolandsen | |
| 0,2 | 20.9 | Jfr. innspill fra revisjonssjef og til ledermøte 20.9.2022 | H. Rolandsen | |
| 0.5 | 21.9 | Etter diskusjon i seksjonsledermøte eieravd., og med AME, EAH, EMH, TS | H. Rolandsen | |
| 0.6 | 27.9 | Til utvidet ledermøte HN RHF | H. Rolandsen | |
| 0.65 | 27.9 | Oppdatert, etter intern gjennomgang m/AD m.fl. Til utv. Lederm. HN RHF | H. Rolandsen | |
| 0.85 | 29.9 | Til gjennomgang med adm. dir. for oversendelse til styrets revisjonsutvalg og AD i HF-ene | H. Rolandsen | |
| | 30.9 | Til behandling i revisjonsutvalget | | |
| 0.95 | 4.10 | Drøftingsmøte med KTV/KVO 7.10 RBU's arbeidsutvalg 6.10 Ekstraordinært styremøte 7.10 | H. Rolandsen | C. Daae |

1. BAKGRUNN

Foretaksgruppen har betydelige økonomiske utfordringer og styrer mot et underskudd på >700 mill. kr. i 2022. Situasjonen har utviklet seg siden 2018, og eskalert i vesentlig grad under pandemien i 2020-2021.

Det vises til styresak 117-2022 med protokoll, hvor behovet for regionalt omstillingsteam er omtalt (vedl.1). Fra protokollen hitsettes:

1. *Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om omstillingsplanene i helseforetakene til orientering.*
2. *Styret ber administrerende direktør styrke oppfølgingen av helseforetakenes omstillingsarbeid og benytte de virkemidler det regionale helseforetaket har til rådighet slik skissert i saken.*
3. *Styret i Helse Nord RHF oppfordrer styrene i Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF å vedta tilsvarende strenge tiltak som Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarksykehuset HF har besluttet. Styret mener det er nødvendig med større grad av samordning for å sikre felles forståelse for det kritiske behovet for omstilling både på lang og kort sikt.*
4. *Styret ber om at det opprettes et ØKO (økonomi, koordinering og omstilling)-team fra Helse Nord RHF som skal støtte opp om omstillingsprosessene i helseforetakene. Styret ber om at ØKO-teamets mandat og arbeid behandles i revisjonsutvalget.*
5. *Styret ber adm. direktør komme tilbake med ny sak i oktober med forslag til ytterligere utsatte investeringer ut fra en risikobasert tilnærming. Styret ber også om forslag til investeringer som raskt kan gi økt aktivitet, bedre kvalitet og bedret økonomisk resultat.*
6. *Styret ber adm. direktør konkretisere krav til innkjøp og avtalelojalitet som kan videreføres til (pålegges) helseforetakene fom. 1. januar 2023.*
7. *Styret ber om at arbeidet med å ferdigstille gjennomgangen av regionale funksjoner legges frem for styret til beslutning om hvilke som skal videreføres og ikke, innen våren 2023.*
8. *Styret ber adm. direktør komme tilbake til styret med forslag til samling av funksjoner som kan ha rask økonomisk effekt til styremøtet oktober 2022.*
9. *Styret beslutter omprioritering av internrevisjonens oppdrag for 2022 slik at internrevisjonen kan prioritere å gjennomgå og bidra til å vurdere omstillingsprosessene i helseforetakene.*
10. *Styret ser et stort behov for en helhetlig analyse av bemanningsbehovene i foretaksgruppen, blant annet knyttet til endring i behandlingsprosedyrer og utvidelse av helseforetakene.*
11. *Styret presiserer at vi også må holde oppmerksomheten mot langsiktige effekter av tiltakene. Styret forutsetter at tiltakene gjennomføres på en slik måte at vi i størst mulig grad kan ivareta prioriterte strategiske grep fra strategien.*

2. INNSIKTSTEAM FOR OPPFØLGING AV OMSTILLINGSARBEID

2.1. Formål

Teamet skal være rådgivende til adm. direktør i Helse Nord RHF, og endrer ikke på underliggende helseforetaks selvstendige ansvar for å gjennomføre nødvendig omstilling i egne helseforetak.

Målet med det regionale teamet er å være «tett på» og bistå omstillingsprosessene i helseforetakene. Målet er at underskuddet for 2022 begrenses, og at regionen innen utgangen av 1. tertial 2023 har gjort nødvendige grep som sikrer bærekraftig økonomi og bærekraftig behov for/tilgang til personell.

For å nå målet, er planen at foretaksgruppen innen 30.4.2023 reverserer ca. 40% i bemanningsvekst fra 2019-2022, og reduserer innleie av helsepersonell tilbake til 2019-nivå.

Teamets tilbakemeldinger er grunnlag for adm. direktørs dialog med eget styre, og for dialog med adm. direktører i helseforetakene. Teamet vurderer selv hvilke deler av et HF de ønsker å fokusere innsatsen i, f. eks. i områder som har hatt stor vekst i ressursbruk, eller der det er særlige utfordringer med fristbrudd/ventetid.

2.2. Oppgaver

Teamets oppgaver er todelt. Det vil utføre selvstendige oppgaver gjennom å prioritere regionale tiltak som det regionale helseforetaket koordinerer og gjennomfører.

Teamet skal også være «tett på» omstillingsteamene i helseforetakene og understøtte helseforetakenes omstillingsarbeid – hvor ansvaret for gjennomføring fortsatt ligger i helseforetakene. Målet er at foretaksgruppen innen 30.4.2023 reverserer ca. 40% i bemanningsvekst fra 2019-2022, og reduserer innleie av helsepersonell tilbake til 2019-nivå.

Selvstendige oppgaver for teamet:

- Følge opp vedtakspunkt 6, 8, 10 og 11 i styresak 117-2022, ref. pkt. 1
- Prioritere aktiviteter for analyseteamet
- Vurdere analyser som analyseteamet fremskaffer
- Foreslå tiltak som kan ha stor effekt på kort tid
- I samarbeid med helseforetakene, foreslå tiltak etter ekstern rapport knyttet til operasjonsplanlegging og radiologi
- Basert på dokumentert uønsket variasjon, konkretisere helsefaglige områder som i utgangspunktet bør gjennomføres med digitale løsninger, slik at reisebelastning blir mindre for pasient og pårørende, og for å ivareta Helse Nord's forpliktelser for å redusere miljøbelastning.

Oppgaven består bl.a. i å bistå helseforetakene med vurdering av:

- Sammenheng av ressursbruk og aktivitetsnivå sammenliknet med 2019
- Sammenlikning av aktivitets- og bemanningsdata med utvalgte deler av andre regioner
- Etter bestilling fra HF-ene, bistå til et godt faktagrunnlag for beslutning og iverksetting av helseforetakenes omstilling

- Bistå foretakene i å konkretisere forslag til tiltak og hvilken effekt de har økonomisk, organisasjonsmessig og for pasienttilbudet
- Overføre gode løsninger fra ett helseforetak til andre
- Utnyttelse av kapasitet på utvalgte fagområder
- Analyse av kostnad pr. pasient (KPP), aktivitets- og bemanningsdata, SAMDATA
- Helseforetakenes arbeid med innføring av ny styringsmodell for anskaffelser, herunder oppfølging av avtaledekning og avtalelojalitet
- Helseforetakenes oppfølging av gevinstrealisering fra innføring av nye kliniske systemer
- Tiltak som krysser foretaksgrenser
- Tiltak som eventuelt ikke er «på bordet» og som kan bidra til økt effektivisering

2.3. Organisering

Adm. direktør oppnevner teamet.

2.3.1. Ledelse, representasjon og tidsbruk

Innsiktsteamet rapporterer til administrerende direktør.

Operativ del forutsettes å anvende ca. 50% av egen tid i perioden oktober-desember 2022. Behov for tilstedeværelse i HF-ene vurderes etter det.

Strategisk del forutsettes å anvende min 20% av egen tid til oppgaven.

| Innsiktsteam | |
|--|--|
| Operativ del i tett dialog med helseforetakene | Strategisk del med fokus på helhet/lang sikt |
| Eierdirektør | Eierdirektør |
| HR-direktør og seniorrådgiver HR | HR-direktør |
| Seniorrådgiver økonomi | Økonomidirektør |
| Seniorrådgiver helsefagavd. | Direktør helsefagavdelingen |
| Analyseteamet | Kommunikasjonsdirektør |
| | Ass. fagdir. |
| | Rådgiver FRESK ¹ |

2.3.2. Arbeidsform

Det forutsettes at:

- Helseforetakenes selvstendige ansvar for å gjennomføre eget omstillingsarbeid endres ikke.
- Dialogen med helseforetakene går gjennom den medarbeider som adm. direktør i foretaket utpeker som ansvarlig for omstillingsarbeidet.
- Teamets vurderinger og presentasjoner være tilgjengelig for adm. direktører i foretakene.
- Innsiktsteamet ikke skal inn i oppgaver/ansvar som ligger i regionale prosjekt som ikke er eksplisitt omtalt i pkt. 2.3, men aktivt henvise til pågående regionale aktiviteter ved behov. Eksempler på dette er GODT² planlagt, oppgaveglidning mellom yrkesgrupper el. andre.

¹ FRESK – Programorganisasjon for FREmtidens Systemer i Klinikkene

² GAT Oppdatert og Dips Tilgjengelig

- Hele teamet deltar på første møte med helseforetakene, etter dette vil dialog gå igjennom operativ del av teamet.
- Teamet utarbeider overordnet plan for arbeidet innen 7.10.2022 med oversikt over leveranser på kort og lang sikt.

2.3.3. Sekretariat

Sekretariat har ansvar for møteinnkalling, ulike faste administrative saker og journalføring.

2.3.4. Omfang/hyppighet

- | | |
|---|--|
| • Interne møter i teamet: | Hver mandag – planleggingsmøter |
| • Ledermøte Helse Nord RHF | Ukentlig, tirsdag |
| • Møter m/ansv. for omstilling i HF-ene | 1/mnd/foretak eller hyppigere ved behov |
| • Formelle oppfølgingsmøter | Jfr. oppsatt plan, med ekstra tid til dialog om omstilling |
| • Direktørmøte i Helse Nord RHF | Fast punkt på agenda |
| • Regionens samarbeidsmøter | På sak – 1/mnd |
| • Regionalt brukerutvalg | På sak – 1/mnd |
| • Styret i Helse Nord RHF | Muntlig/skriftlig orientering i hvert møte |

2.3.5. Saksforberedelse

Teamet skal etablere handlingsplan, faste møtefora, og legge ut skriftlige, forberedte saksfremlegg min. 2 dager før interne møte, og elles følge saksgang/tidsfrister til øvrige interne møtefora.

Invitasjon, agenda og saksfremlegg for møter med helseforetakene skal foreligge min 7 dager i forkant.

2.3.6. Møteform

Møtene skal i utgangspunktet være digitale. Oppstartsmøter med helseforetakene forutsettes som fysiske møter. Referater godkjennes av ledermøtet i Helse Nord RHF.

3. KOMMUNIKASJONSPLAN

Se vedlegg 1.

4. ØKONOMISKE RAMMER

Teamet utfører sine oppgaver innenfor egne avdelingsbudsjett i Helse Nord RHF.

5. GODKJENNING OG REVISJON AV MANDAT

Mandatet (0.85-versjon) er sendt til adm. direktører i underliggende helseforetak for innspill. Tilbakemelding mottatt fra alle helseforetak. Samme versjon er behandlet i styrets revisjonsutvalg, og i ledermøte i Helse Nord RHF 4.10.2022, hvor adm. direktørers tilbakemelding er muntlig kommentert.

Innspill fra ovenfor nevnte organ er innarbeidet i versjon 0.95, og legges frem for arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg 6.10.2022, og for drøfting med KTV/KVO 7.10.2022. Samme versjon er sendt til styret i Helse Nord RHF til ekstraordinært styremøte 7.10.2022.

Versjon 1.0 blir utarbeidet som en del av styrets behandling 7.10.2022.

6. MILJØ

Teamet skal legge til rette for bruk av digitale løsninger med begrenset reiseaktivitet.

Vedlegg

1. Kommunikasjonsplan

Referanse

1. Styresak 117-2022 – Helseforetakenes omstillingsplaner – oppfølging av sak 80-2022

Møtedato: 7. oktober 2022
Vår ref.:
2022/721-5

Saksbehandler:
Nilsfors/Brendberg

Dato:
5.10.2022

Styresak 135-2022

Nasjonal e-helsestrategi - høringsvar

Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF godkjenner høringsvar for *Nasjonal e-helsestrategi*, som strekker seg fra 2023 frem mot 2030.

Bodø, 5. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Bakgrunn og formål

I brev av 31. mai 2022 sendte Direktoratet for e-helse ny «*Nasjonal e-helsestrategi*» på høring med svarfrist 1. oktober 2022. Formål med styresaken er å få styrets godkjenning for høringssvaret (vedlegg 1, høringsbrev vedlegg 2).

Sammenheng med strategi

I *Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024* er det prioritert fem strategiske grep, hvor det første er *Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig*. Her heter det bl.a.:

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- *motivere til god involvering av pasienter og pårørende, både på strategisk nivå med brukermedvirkning og i den enkeltes behandlingsforløp (samvalg)*
- *øke pasienters forutsetninger for å være aktive deltakere i egen behandling, for eksempel ved å prioritere pasient- og pårørendeopplæring*
- *støtte opp under samarbeidet mellom helseforetakene og kommunene for å gjøre digitale spesialisthelsetjenester lettere tilgjengelig for pasientgrupper der det er hensiktsmessig for pasientene*
- *være bindeleddet mellom sykehus og fastleger for å styrke kompetansen og bidra til at færre pasienter unødig blir sendt til sykehus*
- *være pådrivere for at samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i helsefelleskapene utvikler omforente rutiner for pasientforløp*
- *sikre sømløs overgang ved utskriving og tydelig ansvar for trygg oppfølging etter utskriving, for eksempel å sørge for at det ikke blir opphold i bruk av legemidler ved skifte av omsorgsnivå*

Prosess

Saken er sendt til underliggende helseforetak med frist for innspill 1. september 2022. Basert på innspill fra helseforetakene og interne prosesser i Helse Nord RHF er høringssvar utarbeidet.

Høringssvar er sendt innen fristens utløp, med forbehold om styrets godkjenning i 7. oktober 2022.

Administrerende direktørs vurdering

Adm. direktør mener at Nasjonal e-helsestrategi vil bidra til økt gjennomføringsevne på e-helseområdet i Norge. Tiltakene i strategien er et viktig element i å gjennomføre målsettingen i Nasjonal helse- og sykehusplan, som nå erstattes av Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Gjennomføring av nasjonal e-helsestrategi er et viktig element i å realisere Helse Nord RHF's strategiske mål frem mot 2024 og senere.

Vedlegg:

1. Høringssvar, datert 30.9.2022
2. Høringsbrev, datert 31.5.2022

Direktoratet for e-Helse

Deres ref: 22/414

Vår ref:
2022721/4

Saksbehandler
RB/BFN

Dato:
Bodø, 30. september 2022

Hørings svar Nasjonal e-helsestrategi

I brev av 31. mai 2022 sendte Direktoratet for e-helse ny «*Nasjonal e-helsestrategi*» på høring. I høringsbrevet ber direktoratet høringsinstansene ta stilling til følgende tre spørsmål:

1. Kan dere stille dere bak de fem strategiske målene, gitt strategiens rolle for å skape en felles langsiktig og forutsigbar retning for digitalisering på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren?
2. Har dere tilbakemelding på de fem strategiske målene med målindikatorer?
3. Har dere tilbakemeldinger på prosessen for hvordan strategien skal følges opp?

Helse Nord anser ny Nasjonal e-helsestrategi i seg selv som et viktig virkemiddel for å lykkes med den nødvendige digitale transformasjonen av helsetjenesten, muliggjøre større gjennomføringskraft for sektoren som helhet, og for å realisere de gevinster som følger av slik transformasjon. Helse Nord stiller seg derfor bak strategiens visjon og overordnede mål.

Følgelig slutter Helse Nord seg også til de fem strategiske målene i strategien (spørsmål 1). Særlig anser regionen det som viktig at strategien tegner et tydelig målbilde og har et langsiktig perspektiv, slik at den kan bidra til reell ensretting av felles innsats og danne grunnlag for prioritering underveis.

Helse Nord har ellers ingen merknader til prosessen for oppfølging av strategien (spørsmål 3), men understreker at en del av denne prosessen også må være løpende evaluering og eventuell justering av prosessen i seg selv etter hvert som praktisk erfaring med den opparbeides.

Til de enkelte strategiske målene (spørsmål 2) har Helse Nord følgende merknader:

Postadresse:
Helse Nord RHF
Postboks 1445
8038 Bodø

Besøksadresse:
Helse Nord RHF
Moloveien 16, 6 et.
8003 Bodø

Telefon sentralbord: 75 51 29 00
postmottak@helse-nord.no
www.helse-nord.no

Org nr: MVA 883 658 752

Mål 2: Enklere arbeidshverdag

Blant målets undermål er punktet «*Kunstig intelligens brukes i stor grad i beslutningsstøtte for blant annet å analysere bilder raskere og mer presist.*» Denne formuleringen fremstår som unødvendig snever ved å fokusere utelukkende på beslutningsstøtte. Potensialet i kunstig intelligens er mye bredere enn kun beslutningsstøtte, og beslutningsstøtte kan være et av de vanskeligere områdene å realisere.

En mer omfattende formulering vil kunne ta inn potensialet for å eliminere rutinearbeid for å frigjøre helsepersonells tid til pasientkontakt og rene kliniske oppgaver, eller å gjøre tidkrevende oppgaver raskere (eksempelvis grovsortering eller initial utvelgelse av interessante områder i billediagnostisk data slik at helsepersonell kan fokusere på de delene som faktisk krever menneskelig kompetanse).

Tilsvarende kunne målet med fordel omhandle logistikk og planlegging slik at pasientflyten blir mer effektiv og krever mindre manuell innsats fra støtte- og merkantilt personell som dermed kan frigjøres til å bidra mer direkte til pasientbehandlingen.

Vi merker oss også at målindikator 2.1 baserer seg på HIMSS EMRAM. EMRAM er etter hvert blitt en gammel modell som ikke nødvendigvis fullt ut reflekterer teknologiutviklingen eller speiler ambisjonsnivået på området i Norge. Det bør vurderes om EMRAM i så fall bør suppleres av en annen eller egenutviklede akser for å måle modenhet.

Mål 2 bør også understøttes av en tilsvarende måleindikator basert på HIMSS CCMM (jf. målindikator 4.2). Mange av de faktorene som for helsepersonell oppleves som tungvint er relatert til nettopp helhetlige pasientforløp, samhandling og utveksling av informasjon mellom omsorgsnivåer, aktører, og velferdsinstanser. Større modenhet etter CCMM vil derfor i stor grad også speile direkte forenkling av helsepersonells arbeidshverdag i like stor grad som EMRAM.

Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Blant de konkrete delmålene savner vi punkter som direkte adresserer *helhetlige pasientforløp*. Et pasientforløp som oppleves som helhetlig og sammenhengende for både pasient og pårørende, og for helsepersonell, er både formålet for og den tiltenkte effekten av mer tilgjengelig informasjon og styrket samhandling. En målindikator på dette kunne eksempelvis være brukerundersøkelser blant både pasienter og ansatte utformet for å avsløre i hvilken grad pasienter og pårørende opplever forløpet som sømløst, og hvorvidt helsepersonell opplever å være en del av et større forløp.

Helse Nord ønsker for øvrig å utheve viktigheten av å bruke veldefinerte modenhetsmodeller slik som HIMSS CCMM (målordikator 4.2) for å måle og evaluere grad av måloppnåelse.

Høringssvaret legges frem med forbehold om styrets godkjenning 7.10.2022.

Med vennlig hilsen

Hilde Rolandsen
Eierdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur

Kopi:
Adm. direktør C. Daae
Kst. IT-sjef B. F. Nilsfors
Spes. Rådg. R. Brendberg

Etter liste

Deres ref.:
Vår ref.: 22/414-1
Saksbehandler: Sevala Malkic
Dato: 31.05.2022

Høring - Nasjonal e-helsestrategi

Vedlagt følger høringsbrev, høringsdokument og høringssvarskjema for nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektor. Innspill sendes til postmottak@ehelse.no og merkes med saksnummer 22/414. Frist for høringsinnspill er 01.10.2022.

Mer informasjon om høringen er tilgjengelig på ehelse.no.

Vennlig hilsen

Karl Vestli
divisjonsdirektør

Siv Ingebrigtsen
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg:
Høringsbrev - Nasjonal e-helsestrategi
Høringsdokument - Nasjonal e-helsestrategi

Høringsbrev: Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren

Høringsfrist: 01.10.2022

Bakgrunn

Direktoratet for e-helse samarbeider med helse- og omsorgssektoren om en ny strategi for e-helse. Arbeidet har pågått siden våren 2021 og over 50 organisasjoner som representerer ulike deler av helse- og omsorgssektoren har vært involvert.

Strategien skal bidra til økt gjennomføringsevne på e-helseområdet i Norge. Den skal være samlede for helse- og omsorgssektoren, være førende for veivalg og prioriteringer og bidra til å skape felles retning og forutsigbarhet for digitaliseringsarbeidet i helsetjenesten.

Strategien trekker frem områder som krever felles prioriteringer, beslutninger og koordinering på nasjonalt nivå. Strategien er utviklet i samarbeid med aktører i helse- og omsorgssektoren. Mer informasjon om eksisterende e-helsestrategi og arbeidet med den nye ligger på ehelse.no

Nasjonal e-helsestrategi

Direktoratet for e-helse sender med dette nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren på høring. Det vedlagte høringsdokumentet beskriver:

- Strategiens rolle
- Visjon, overordnende mål og målgrupper
- Fem prioriterte strategiske mål med målindikatorer
- Strategisk styring og oppfølging av strategien

Arbeidet med initiativene knyttet til realisering av strategien er under arbeid og er ikke del av høringen.

Målgrupper for høring

Målgruppen for høringen er aktører i helse- og omsorgssektoren, pasient- og brukerforeninger, fag- og interesseorganisasjoner, forskning- og innovasjonsmiljøer og næringsliv.

Dette er en åpen høring og alle er velkomne til å sende inn høringssvar, også aktører som ikke står på listen.

Dette ønsker Direktoratet for e-helse tilbakemeldinger på

Det er ønskelig at høringsinstansene særskilt gir tilbakemelding på følgende i sine høringssvar:

1. Kan dere stille dere bak de fem strategiske målene, gitt strategiens rolle for å skape en felles langsiktig og forutsigbar retning for digitalisering på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren?
2. Har dere tilbakemelding på de fem strategiske målene med målindikatorer?
3. Har dere tilbakemeldinger på prosessen for hvordan strategien skal følges opp?

Om høringsprosessen og hvordan sende inn høringssvar

Vennligst benytt vedlagt høringssvarskjema for høringssvar. Det gis ett høringssvar per organisasjon. Alle høringssvar skal merkes med sak 22/414 og sendes til postmottak@ehelse.no.

Dette er en åpen høring og alle høringssvar vil bli publisert på ehelse.no.

Direktoratet for e-helse kommer tilbake til et eventuelt arrangement i høringsperioden. Dato og program for dette vil i så fall legges ut på ehelse.no.

Høringsfrist 01.10.2022

Kontakt

Avdelingsdirektør Siv Ingebrigtsen siv.ingebrigtsen@ehelse.no

Direktoratet for e-helse

Vedlegg:**Høringsinstansene**

Dette er en offentlig høring og alle kan gi høringsinnspill. Nedenfor er en liste over instanser som har blitt invitert til å gi høringsinnspill.

Alle landet kommuner
Alle fylkeskommuner
Alle statsforvaltere
Abelia
Akademikerne
Aleap
Apotekforeningen
CEDIC
CGM
Datatilsynet
De regionale helseforetakene
Delta
Den norske jordmorforening
Den norske legeforening
Den norske tannlegeforening
Diabetesforbundet
Digital Norway
Digitaliseringsdirektoratet
EDOS
EYR
Fagforbundet
Farmasiforbundet
Fellesorganisasjonen
Folkehelseinstituttet
Forbrukerrådet
Forskningsstiftelsen FAFO
Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
Fürost
Gartner Norge
Helsedirektoratet
Helseplattformen
IKT Norge
Imatis
Infodoc
Innovasjon Norge
Kernel
Kliniske ernæringsfysiologiske forening
Kreftforeningen
Kommunesektorens organisasjon
KRY
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke
Landsorganisasjonen i Norge
Legemiddelindustrien
Melanor
Microsoft Norge
NAV
Nasjonal senter for e-helseforskning
Nasjonalforeningen for folkehelsen
NCD-alliansen
Norges Farmaceutiske Forening
Norges forskningsråd
Norges ingeniør og teknologiorganisasjon
Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet
Norsk ergoterapeutforbund

Direktoratet for e-helse

Norsk fysioterapeutforbund
Norsk helsenett SF
Norsk helsesekretærforbund
Norsk kiropraktorforening
Norsk pasientforening
Norsk psykologforening
Norsk radiografforbund
Norsk Sykepleierforbund
Norway Health Tech
Norwegian Smart Care Cluster
Oslo Cancer Cluster
Oslo Medtech
Oslo MET
Pasient- og brukerombudet
Pasientsky
Pridok
Pårørendealliansen
Rådet for psykisk helse
Samarbeidsforumet av funksjonshemmede organisasjoner
Sametinget
Seniornett Norge
Siemens
Sintef Digital
Skatteetaten
Spekter
Statens Helsetilsyn
Statens legemiddelverk
Statsforvalterens fellestjenester
Sykehuspartner HF
Tekna
TietoEvry
Unge funksjonshemmede
Unio
Universitetet i Agder
Universitetet i Bergen
Universitetet i Oslo
Universitetet i Tromsø
Virke
Visma
Yrkesorganisasjonenes sentralforbund

Nasjonal e-helsestrategi

HØRINGSdokUMENT

PUBLISERT 31. MAI 2022

Forord

Det er gjort store løft i digitaliseringen i helse- og omsorgstjenesten siden den første nasjonale strategien for e-helse ble lansert i 2017. Teknologit utvikling, pandemi og endrede behov har påvirket måten tjenestene etterspørres og leveres på. Samtidig har presset på å levere helse- og omsorgstjenester av god kvalitet til en aldrende befolkning ytterligere aktualisert seg. Vi må utvikle mer bærekraftige måter å yte helsehjelp på, der digitalisering er en sentral del av løsningen.

Helse- og omsorgssektoren i Norge består av mange ulike aktører og nivåer. Vi lykkes best med digitalisering når alle samler seg om felles retning og koordinerer innsatsen. Nasjonal e-helsestrategi skal være samlende og retningsgivende for sektorens prioriteringer i årene fremover. Strategien legger vekt på områder som krever felles prioriteringer, beslutninger og koordinering.

Strategiens prioriterte mål skal bidra til en bærekraftig og innovativ helse- og omsorgssektor med god kvalitet og sammenheng i tjenestene. Innbygger skal få bedre og mer helhetlige helse- og omsorgstjenester, og skal i større grad kunne medvirke i egen og næres helse. Helsepersonell skal ha tilgang til mer brukervennlige digitale løsninger, tilpasset deres arbeidshverdag. Bedre tilgang til helsedata skal bidra til økt kvalitet og innovasjon i tjenestene og styrket beredskap og folkehelse.

Gjennom bred involvering har helse- og omsorgssektoren utarbeidet en ny nasjonal e-helsestrategi som gjelder fra 2023 og peker frem mot 2030. Over 50 aktører og interessenter som representerer ulike deler av helse- og omsorgssektoren har deltatt, deriblant pasient- og brukerforeninger, helsepersonell, forskningsmiljøer og næringsliv. Dette gjør at strategien er tuftet på kunnskap, og utformet av dem som kjenner behovene best.

Direktoratet for e-helse ønsker å takke alle som har bidratt i arbeidet. En spesiell takk rettes til representantene i utvalgene i Nasjonal styringsmodell for e-helse.

Innhold

| | |
|---|----|
| Forord | 1 |
| Innledning..... | 3 |
| Visjon, overordnede mål og målgrupper | 5 |
| Strategiske mål | 8 |
| Forutsetninger for måloppnåelse..... | 9 |
| Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse..... | 11 |
| Mål 2: Enklere arbeidshverdag..... | 13 |
| Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring | 15 |
| Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling..... | 17 |
| Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft | 19 |
| Strategisk styring og oppfølging av strategien | 20 |
| Detaljer av målindikatorer per strategiske mål..... | 21 |

Innledning

Digitalisering handler om å bruke teknologi til å forbedre, forenkle og fornye prosesser og tjenester. Nasjonal e-helsestrategi skal gi felles retning for digitalisering i helse- og omsorgssektoren, og understøtte digital transformasjon i virksomhetene. Strategien legger vekt på områder som krever felles prioriteringer, beslutninger og koordinering. Den skal være retningsgivende for sektorens prioriteringer i årene fremover, og være en felles overbygning som aktørene kan koble sine strategier og planer opp mot.

Strategien gjelder fra 2023, og målbildet strekker seg frem mot 2030. Utvikling i helse- og omsorgssektoren og samfunnet ellers vil føre til behov for oppdatering og justering av strategien i løpet av perioden. Dette ivaretas gjennom aktiv styring og oppfølging. Gjennomføringen av strategien bør tilstrebe å være smidig, legge vekt på fleksibilitet, stegvise leveranser og god brukermedvirkning. Strategien skal følges opp i Nasjonal styringsmodell for e-helse¹.

Strategien bygger på et kunnskapsgrunnlag² som beskriver dagens situasjon og mulige fremtidsscenarioer. Her løftes det frem utfordringer, behov og muligheter sektoren står overfor.

Strategiens rolle

Rollen til nasjonal e-helsestrategi er å sette felles langsiktig og forutsigbar retning for digitalisering på tvers av aktørene i helse- og omsorgssektoren. Samtidig må strategien være dynamisk med nødvendig tilpasning og justering underveis i takt med endringer av behov i sektoren og i omgivelsene. Strategiens skal ikke ta stilling til valg av teknologier, men legge til rette for å fornye og forbedre helse- og omsorgstjenestene og utforske teknologier som kan bidra til dette. Noen aktuelle teknologier som vil påvirke og legge premisser for digitalisering innen helse i tiden fremover er kunstig intelligens, Internet of Things (IoT), 3D-teknologier, virtuell helsehjelp, robotics og 5G.

Nasjonal e-helsestrategi skal støtte opp under aktørenes overordnede ansvar for å yte gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Den tar høyde for pågående arbeid, strategier og planer, både i helse- og omsorgssektoren og i andre deler av offentlig sektor.

Flere eksisterende strategi- og plandokumenter har vært underlag i kunnskapsgrunnlaget for strategien. De mest sentrale dokumentene er Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)³ og Én digital offentlig sektor: Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025⁴. Samtidig henger strategien tett sammen med andre førende dokumenter, lov- og regelverk, samt strategier og planer på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå.

¹ Direktoratet for e-helse: [Nasjonal styringsmodell for e-helse](#)

² Direktoratet for e-helse: [Kunnskapsgrunnlaget for nasjonal e-helsestrategi fra 2023](#)

³ Fra 2024 vil Nasjonal helse- og samhandlingsplan erstatte Nasjonal helse- og sykehusplan

⁴ Kommunal- og moderniseringsdepartementet: [Digitaliseringsstrategi for offentlig sektor 2019-2025](#)



Figur 1: Illustrerer hvordan Nasjonal e-helsestrategi henger sammen med andre førende dokumenter og strategiske plandokumenter.

Bakgrunn

Norge har en god helse- og omsorgstjeneste, og var tidlig ute med å ta i bruk teknologi. Digitalisering er høyt prioritert i sektoren, og det er gjort viktige fremskritt for å koordinere digitaliseringsinitiativ på tvers av omsorgsnivå og virksomheter. Det er etablert flere nasjonale e-helseløsninger, og utviklet et godt utgangspunkt for digital samhandling⁵. I tillegg har helsepersonell og befolkningen generelt sett god tilgang på digitale verktøy og utvikler stadig bedre digitale ferdigheter.

De siste årene har koronapandemien gitt verdifull erfaring på digitaliseringsområdet. Sektoren har vist evne til rask omstilling, og det er i økende grad samarbeid på tvers av landegrenser og sektorer. Pandemien har også vist viktigheten av god digital infrastruktur for krise- og beredskapssituasjoner.

Helse- og omsorgssektoren har en fragmentert beslutningsstruktur, som gjør gjennomføring av tiltak på tvers av aktører krevende. Selv om det stadig tas skritt i riktig retning, gjenstår mye arbeid for å sikre effektiv informasjonsflyt mellom og på tvers av omsorgsnivå og virksomheter. Videre er det potensial i å skape tettere samarbeid med næringsliv, forskning og leverandørmarkedet for å styrke gjennomføringskraft. Det oppleves også at finansieringsmodeller og regelverk i større grad bør utvikles i takt med behovene som oppstår som følge av teknologiutviklingen.

Helse- og omsorgssektoren påvirkes også av ytre omstendigheter. Det ligger blant annet en utfordring i å håndtere en stadig eldre befolkning, digitalt utenforskap og sosioøkonomiske forskjeller. Globale hendelser har gitt felles-europeisk samarbeid om e-helse en høy politisk prioritering. EUs ambisjoner på helseområdet gjenspeiles gjennom omfattende regelverksutvikling, og initiativene som iverksettes på EUs indre marked vil få direkte betydning for Norge og norsk næringslivs muligheter og handlingsrom. Økt sikkerhetstrussel fra cyberkriminalitet, feilinformasjon og misbruk av data stiller større krav til informasjons- og pasientsikkerhet, og blir viktigere i takt med en større tilgang til helseapper og tilgjengelighet av informasjon.

Teknologiutviklingen gir oss muligheter. Innsikt fra data kan bidra til utvikling av nye tjenester, og et løft på arbeid med forebygging, folkehelse og beredskap. I tillegg kan digitalisering aktivere større deler av samfunnet for å sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

⁵ Digitaliseringsdirektoratet: [Digital samhandling](#)

Visjon, overordnede mål og målgrupper

Visjon

Strategiens visjon setter overordnet retning for digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren, og skal være en ledestjerne for målene i strategien.

Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring

Hvert ord og uttrykk i visjonen har en retningsgivende betydning:

Sammen om reflekterer at digitalisering må løses gjennom samarbeid og på tvers av aktører.

Helhetlige favner sammenhengende, enklere og mer brukervennlige tjenester for både innbygger og helsepersonell.

Trygge omfatter pasientsikkerhet, folkehelse, helseberedskap og digital sikkerhet.

Nyskapende handler om å utnytte digitalisering til å fornye måten vi utfører helse- og omsorgstjenester på.

Fremmer helse og mestring er den overordnede oppgaven til helse- og omsorgssektoren. Det innebærer å styrke innbyggeren til å fremme egen og næres helse og mestring i hverdagen, på tross av sykdom, funksjonstap og sosioøkonomisk bakgrunn. Det handler også om forebygging på individ- og befolkningsnivå.

Visjonen viser til rollen digitalisering av helse- og omsorgstjenestene spiller opp mot de store utfordringene samfunnet står overfor. FNs bærekraftsmål⁶ er det politiske hovedsporet for å ta tak i samfunnsmessige utfordringer, og utgjør en overbygning for regjeringens politikk både nasjonalt og globalt. For digitalisering i helse- og omsorgssektoren er det fire av FNs bærekraftsmål som er særlig relevante.



Visjonen viser spesielt til bærekraftsmål 3 *God helse og livskvalitet* der helhetlige, trygge og nyskapende tjenester skal bidra til å møte utfordringen om å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i årene som kommer.

Tjenesten skal fremme helse og livskvalitet for alle, som henviser til bærekraftsmål 10 *Mindre ulikhet*. For å oppnå dette er man avhengig av en solid infrastruktur og bærekraftig industrialisering og innovasjon, som viser til bærekraftsmål 9 *Industri, innovasjon og infrastruktur*.

Bærekraftsmål 17 *Samarbeid for å nå målene*, anses som nøkkelen for å oppnå visjonen, og målene med digitaliseringsarbeidet i helse- og omsorgssektoren.

⁶ FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. [Meld. St. 40 \(2020–2021\) Mål med mening— Norges handlingsplan for å nå bærekraftsmålene innen 2030](#)

Overordnede mål for digitalisering av helse- og omsorgssektoren

Digital transformasjon er sentralt for å møte endringene og utfordringene helse- og omsorgssektoren står overfor. For å tydeliggjøre hvilke effekter digitalisering skal bidra til er det definert tre overordnede mål i strategien. Disse samsvarer med de tre delmålene som er formulert i Digitaliseringsstrategien for offentlig sektor.

Fremdrift på de overordnede målene vil måles ved hjelp av målindikatorer, og vil vise om vi er i ferd med å få de ønskede effektene med strategien.

1. Kvalitet og sammenheng i tjenestene

Digitalisering bidrar til informasjonsdeling, samarbeid og mer sammenhengende tjenester. Økt utnyttelse av teknologi vil være med på å øke kvaliteten på helsehjelpen og styrke pasientsikkerheten.

2. Bærekraftig helse- og omsorgssektor

Demografisk utvikling og mangel på helsepersonell stiller nye krav til sektoren. Skal vi fortsette å levere helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet, må teknologi bidra til produktivitetsøkning og smartere oppgaveløsning slik at ressurser og kompetanse brukes på best mulig måte.

3. Innovasjonskraft i sektoren

Digitalisering er en pådriver for innovasjon. Gjennom å skape handlingsrom og tilstrekkelig kapasitet for innovasjon vil vi i enda større grad kunne ta i bruk teknologiske muligheter og yte helse- og omsorgstjenester på nye måter. Det handler om kultur og kompetanse for innovasjon, der man har mot til å tenke nytt og lære av feil og suksesser, og at sektoren søker nye måter å samarbeide på.

Målgrupper for strategien

Strategiens primære målgrupper er innbyggere og helsepersonell. Strategien skal legge grunnlaget for en utvikling som setter deres behov i sentrum.

Innbyggere og pårørende ønsker seg trygge, gode og tilgjengelige helse- og omsorgstjenester. Mulighet for å ta aktivt del i egen og næres helse er en del av dette. For innbygger vil dette gi bedre innsikt i egen helse, behandling og oppfølging. Tjenestene bør kunne tilpasses ulike forutsetninger og behov.

Helsepersonell ønsker seg brukervennlig digital støtte og oppdatert informasjon for å ta gode beslutninger sammen med pasienten. Dette vil friggi mer tid til å gi tilpasset helsehjelp av god kvalitet.

Innbygger, pårørende og helsepersonell trenger støtte for å enkelt kunne kommunisere og dele informasjon for å samarbeide om helse og mestring.

Nasjonal e-helsestrategi har flere målgrupper, både de som har ansvar for å nå målene i strategien og de som påvirkes av strategien. Alle virksomhetene med ansvar for å yte helse- og omsorgstjenester og helseforvaltningen har et felles ansvar for å realisere strategien. Utdannings- og forskningsmiljø, helsenæringen, pasient- og brukerorganisasjoner, fag- og interesseorganisasjoner og andre statlige og kommunale aktører påvirkes av strategien og har viktige roller for å medvirke til å oppnå målene i strategien.

I Figur 2 oppsummeres visjonen sammen med de tre overordnede målene for digitalisering av helse- og omsorgssektoren og strategiens målgrupper. Samlet oppsummerer illustrasjonen «*hva*» man ønsker å oppnå gjennom strategien.

Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring



Figur 2: Visjonen er strategiens ledestjerne. For å realisere visjonen skal det jobbes mot å nå de tre overordnede målene for digitalisering og møte behov hos strategiens målgrupper.

Strategiske mål

I strategien er det prioritert fem strategiske mål som sektoren sammen skal jobbe med for å nå de tre overordnede målene for digitalisering av helse- og omsorgssektoren (Kvalitet og sammenheng i tjenestene, Bærekraftig helse- og omsorgssektor, og Innovasjonskraft i sektoren):

Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Mål 2: Enklere arbeidshverdag

Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring

Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Målene er viktige hver for seg, men de henger tett sammen og er gjensidig avhengige av hverandre. Det betyr at vi ikke kan løse ett og ett mål, men at målene må løses parallelt.

Visjon: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring



Figur 3: Oppsummering og sammenheng mellom strategiens visjon, overordnede mål, målgrupper og strategiske mål

Mål 1-3 er mål som har direkte nytteverdi for innbyggere, helsepersonell og strategiens øvrige målgrupper, mens mål 4 og 5 i større grad er tilretteleggende mål. Mål 4. *Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling* er en viktig forutsetning for måloppnåelse på mål 1-3. Mål 5. *Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft* beskriver grunnleggende forutsetninger for å nå de øvrige fire målene.

Til sammen utgjør de fem målene de prioriterte satsingsområdene for e-helseutviklingen i Norge. Målene skal støtte opp om visjonen, de tre overordnede målene for digitalisering og behovene til målgruppene for strategien. Målene vil evalueres og eventuelt justeres frem mot 2030 for å ivareta endringer i samfunnet, teknologi og andre faktorer som påvirker sektorens prioriteringer.

Måлиндikatorer

I tillegg til å måle effekt av strategien på de tre overordnede målene, skal strategien inneholde måлиндikatorer for hvert strategisk mål som tydeliggjør hva man ønsker å oppnå med målet. Måлиндikatorene vil inngå i strategiens styrings- og oppfølgingsprosesser. I denne versjonen av

strategien foreligger det foreløpige målindikatorer til de fire første strategiske målene. I høringsperioden vil målindikatorene videreutvikles, og det vil arbeides med å fastsette måltall på kort og lengre sikt for hver målindikator.

Initiativer

Initiativene er det som operasjonaliserer de strategiske målene, og bidrar til at vi jobber aktivt mot ønsket endring innenfor hvert mål. For å nå målene i strategien må sektoren enes om hva som er de viktigste initiativene som skal bidra til måloppnåelse. Det vil til enhver tid være initiativ som pågår, samtidig som det vil være endringer i både interne og eksterne forutsetninger og påvirkningsfaktorer. Det gjør at det jevnlig må vurderes fremdrift på initiativ, hvordan fremdrift påvirker måloppnåelse, og om det er behov for justeringer eller nye initiativ. Initiativene bidrar gjennom dette til at strategien er dynamisk.

Forutsetninger for måloppnåelse

Denne strategien forutsetter fremdrift på flere sentrale områder innen digitalisering i offentlig sektor, særlig digital kompetanse og digital sikkerhet. Dette er områder der andre aktører i offentlig sektor har helhetlig ansvar for å koordinere innsats, og det pågår desentralt arbeid i helse- og omsorgssektoren. Overordnet fremdrift på områdene og mulig påvirkning på denne strategien bør følges opp og vurderes jevnlig i forbindelse med styring og oppfølging av strategien.

Digital kompetanse

Digital kompetanse er et samlebegrep for egenskaper, holdninger og verdier, digitale ferdigheter og digital kunnskap og forståelse⁷. Digital kompetanse i helse- og omsorgssektoren er en kritisk faktor for digital transformasjon. Økt digital kompetanse i befolkningen vil ha en positiv innvirkning på innbyggerens evne til å finne, forstå, vurdere og ta i bruk helseinformasjon, og helsepersonells evne til å dra nytte av digital støtte.

Det er mange aktører i offentlig sektor som arbeider for å heve digital kompetanse. Økt digital kompetanse er et av innsatsområdene i Digitaliseringsstrategien for offentlig sektor (2019-2025). Digitaliseringsdirektoratet har ansvar for oppfølging av dette. Strategien Digital hele livet (2021)⁸, er utarbeidet av Kommunal- og moderniseringsdirektoratet for å øke digital inkludering. I oppfølgingen av denne er det blant annet etablert flere tilskuddsordninger. Kunnskapsdepartementet har utarbeidet Strategi for digital omstilling i for universitets- og høyskolesektoren⁹. Helse- og omsorgsdepartementet arbeider også med å løfte helsekompetanse gjennom Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen¹⁰. Det pågår også en rekke regionale og lokale initiativ for å styrke digital kompetanse og helsekompetanse.

Digital kompetanse og helsekompetanse er en spesielt viktig forutsetning for å muliggjøre ambisjonene om å styrke innbyggere og helsepersonell, jf. Mål 1 *Aktiv medvirkning i egen og næres helse* og Mål 2 *Enklere arbeidshverdag*. Digital kompetanse innbefatter også endringsledelse for å sikre digital transformasjon. Digital kompetanse er derfor også relevant under Mål 3 *Helsedata til fornying og forbedring* og Mål 5 *Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft*.

⁷ Kunnskapsdepartementet: [Fremtidige kompetansebehov III – Læring og kompetanse i alle ledd](#)

⁸ Kommunal- og moderniseringsdepartementet: [Digital hele livet](#)

⁹ Kunnskapsdepartementet: [Strategi for digital omstilling i universitets- og høyskolesektoren](#)

¹⁰ Helse- og omsorgsdepartementet: [Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen](#)

Digital sikkerhet

Digital sikkerhet ble i kunnskapsgrunnlaget løftet frem som en av de største truslene mot digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren. Trusselen har forsterket seg gjennom globale hendelser. Området er høyt prioritert, både i offentlig sektor generelt og innen helse og omsorg spesielt.

Det pågår annet nasjonalt strategisk arbeid for å håndtere digital sikkerhet i offentlig sektor, eksempelvis gjennom Regjeringens Nasjonal strategi for digital sikkerhet¹¹. Digital sikkerhet vil også være sentralt i den kommende Stortingsmeldingen om helseberedskap. EU jobber med også med løsning for en European Digital Identity Wallet¹².

Området er en sentral forutsetning for gjennomføring av alle målene i strategien. Mål 1-3 omfatter utvikling av digitale løsninger, som beror på digital sikkerhet. Informasjonsdelingen som ønskes oppnådd i Mål 4 *Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling* er også avhengig av digital sikkerhet. Det har også en side til håndtering av personvern som ligger i Mål 5 *Samarbeid og virkemidler for styrket gjennomføringskraft*.

¹¹ Regjeringen (2019): [Nasjonal strategi for digital sikkerhet](#)

¹² EU: [Digital Identity for all Europeans](#)

Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Digitale helse- og omsorgstjenester skal tilrettelegge for at innbyggere og pårørende enkelt kan involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen og næres helse og mestring. Når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres skal i større grad tilpasses innbyggers behov. Dette vil bidra til at kompetanse og kapasitet utnyttes på best mulig måte.

Innbyggere og pårørende forventer i økende grad å ha innsikt i helseopplysninger, få flere muligheter til å løse oppgaver selv, og få mulighet til å tilpasse behandling og oppfølging til deres livssituasjon. Det er i dag stor variasjon i utbredelse av digitale tjenester, på tvers av geografier, sosiodemografi, og mellom ulike behandlingsforløp.

Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- Innbygger og pårørende har enkel og sikker tilgang til egen og næres helseinformasjon, formidlet i en form som bidrar til økt helsekompetanse
- Innbygger er aktiv i forebygging, behandling og oppfølging av egen helse gjennom enkle og brukervennlige digitale verktøy og selvbetjeningsløsninger, og har tilgang til kvalitetssikret og tilpasset informasjon
- Pasienter har tilgang til digitale verktøy slik at de kan ta del i beslutninger om egen behandling i samråd med helsepersonell
- Innbygger har i samarbeid med helsepersonell mulighet for å tilpasse når, hvor og hvordan helse- og omsorgstjenester utføres, og flere tjenester ytes hjemme hos pasienten
- Flere bor hjemme lengre ved bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Dette bidrar til økt trygghet, mestring og evne til å ivareta egen helse
- Innbygger har økt mulighet for digital dialog med aktører i helse- og omsorgstjenesten
- Innbygger og pårørende opplever det enkelt å gi samtykke og fullmakter
- Mer likeverdig tilgang til digitale tjenester og redusert digitalt utenforskap

Ved måloppnåelse opplever innbyggere og pårørende økt fleksibilitet og bedre muligheter for å være medvirkende og proaktiv i egen og næres helse. Det er god samhandling mellom innbygger, pårørende og helsepersonell, og kompetanse og kapasitet utnyttes på en måte som sikrer en bærekraftig helsetjeneste- og omsorgstjeneste.

Måloppnåelse forutsetter økt digital kompetanse og helsekompetanse hos innbygger og pårørende, som beskrevet i delkapittel *Forutsetninger for måloppnåelse*. Videre forutsetter målet videreutvikling av arbeidsprosesser for å dra nytte av de nye mulighetene digitaliseringen åpner for. I tillegg er måloppnåelse avhengig av god informasjonsflyt, som beskrives i mål 4.

FNs bærekraftsmål



Mål 1 støtter opp om bærekraftsmål 3 *God helse og livskvalitet* og 10 *Mindre ulikhet* gjennom at det bidrar til en mer bærekraftige helse- og omsorgstjenester, der alle innbyggere og pårørende kan ta en aktiv rolle i egen og næres helse, og oppleve økt mestring og livskvalitet.

Målindikatorer

Nedenfor følger foreløpige målindikatorer. De bidrar til å forklare hva som ønskes oppnådd gjennom målet, og vil inngå i prosessene for styring og oppfølging av strategien.

Målindikator 1.1. Bruk av tjenester på Helsenorge som innebærer medvirkning

Beskrivelse: Måle nedlastninger og bruk av tjenester på Helsenorge som innebærer aktiv medvirkning i egen og næres helse. Eksempelvis timeavtaler, samvalgsverktøy, fullmakter, legemiddeltjenester, innsyn i pasientjournal og Kjernejournal, samt eksterne verktøy som formidles via Helsenorge.

Målindikator 1.2. Tilfredshet med digitale helsetjenester (spørreundersøkelse)

Beskrivelse: Måle innbyggernes bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helse- og omsorgstjenester gjennom årlig kartlegginger i innbyggerundersøkelsen om e-helse¹³, som inngår i Nasjonal e-helsemonitor¹⁴. Dette kan gi en indikasjon på om innbyggerne opplever en utvikling i aktiv medvirkning i egen helse.

Målindikator 1.3. Utbredelse av digital hjemmeoppfølging

Beskrivelse: Måle antall brukere som ved hjelp av digital hjemmeoppfølging¹⁵ får muligheten til å ivareta egen helse.

Målindikator 1.4. Utbredelse av velferdsteknologi

Beskrivelse: Måle antall kommuner som tilbyr velferdsteknologiske løsninger til sine innbyggere¹⁶, eksempelvis trygghetsalarmer, medisindispensere, digitalt tilsyn/romovervåking og GPS-sporing.

¹³ Direktoratet for e-helse: [Innbyggerundersøkelsen om e-helse](#)

¹⁴ Nasjonal e-helsemonitor er en samling nøkkeltall og analyser som skal sikre et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helse- og omsorgssektoren - [Nasjonal e-helsemonitor – e-helse](#).

¹⁵ Helsedirektoratet: [Digital hjemmeoppfølging](#)

¹⁶ Helseinnovasjonssenteret: [Velferdsteknologi i kommunene](#)

Mål 2: Enklere arbeidshverdag

Helsepersonell skal ha tilgang til brukervennlige digitale arbeidsverktøy som spiller godt sammen, gir god beslutningsstøtte og støtter deres arbeidsprosesser. Dette vil bidra til at helsepersonell får mer tid til å ta vare på pasienter, gi reduksjon i uønsket variasjon og økt pasientsikkerhet.

Det er mange gode digitale løsninger i bruk i dag, og det jobbes kontinuerlig med forbedringer. Samtidig opplever helsepersonell at summen av dagens løsninger fortsatt har for lav brukeropplevelse. De bruker fortsatt mye tid på å innhente og registre data, samt annet manuelt arbeid, og dette tar tid fra direkte pasientrettet arbeid. Det er fortsatt uutnyttet potensial i å anvende beslutningsstøtteverktøy.

Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- Økt brukermedvirkning i utvikling av nye og eksisterende digitale arbeidsverktøy
- Helhetlig og mer tilpasset brukeropplevelse i digitale arbeidsverktøy, og mer integrerte arbeidsflater
- Redusert dobbeltregistrering
- Bedre muligheter for å enkelt innhente informasjon fra pasient
- Brukervennlige og tilpassede oversikter over pasientinformasjon
- Økt tilgang på digital kunnskapsstøtte som er tilpasset klinisk praksis
- Helsefaglige vurderinger støttes i større grad av beslutningsstøtteverktøy
- Kunstig intelligens brukes i stor grad i beslutningsstøtte for blant annet å analysere bilder raskere og mer presist
- Helsepersonell har god tilgang til verktøy som støtter persontilpasset medisin

Ved måloppnåelse tar helsepersonell over hele landet bedre og mer konsistente beslutninger om forebygging, diagnose og behandling. Valgene de tar vil i større grad være basert på kunnskap og erfaring som er tilgjengelig i arbeidsverktøyene de bruker. De vil bruke mindre tid på informasjonsinnhenting og manuelle oppgaver og få mer tid til pasienten slik at ressursene brukes bedre. Pasienten vil motta likeverdig og kvalitetssikret helsehjelp, uavhengig av hvor de får helsehjelpen.

Måloppnåelse forutsetter økt digital kompetanse hos helsepersonell, som beskrevet i delkapittel *Forutsetninger for måloppnåelse*. Måloppnåelse er også avhengig av god informasjonsflyt, som beskrives i mål 4. Måloppnåelse på dette målet gir mer komplett og strukturert innsamling av data, som vil bidra til at det er mulig å utnytte helsedata i større grad, som omfattes av Mål 3.

FNs bærekraftsmål



Mål 2 støtter opp under bærekraftsmål 3 *God helse og livskvalitet* ved at integrerte og brukervennlige arbeidsverktøy understøtter helsepersonells arbeidsprosesser og muliggjør en enklere arbeidshverdag. Det bidrar til økt kvalitet i tjenestene og trygghet for innbygger.

Målindikatorer

Nedenfor følger foreløpige målindikatorer. De bidrar til å forklare hva som ønskes oppnådd gjennom målet, og vil inngå i prosessene for styring og oppfølging av strategien.

Målindikator 2.1. Modenhet i journalsystem (HIMSS EMRAM¹⁷)

Beskrivelse: Ta i bruk HIMSS EMRAM for å måle modenhet i kliniske datasystemer, herunder modernisering og integrasjon av pasientadministrative systemer og elektronisk pasientjournal i helsesektoren. Skalaen er utviklet av Health Information and Management Systems (HIMSS) – en internasjonal organisasjon for digitalisering av helsesektoren. Målingene vil kunne følges over tid og sammenlignes mellom virksomheter og mellom land.

Målindikator 2.2. Tilfredshet med EPJ (spørreundersøkelse)

Beskrivelse: Måle helsepersonells bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale arbeidsverktøy gjennom årlig kartlegginger i helsepersonellundersøkelsen om e-helse¹⁸, som inngår i Nasjonal e-helsemonitor. Ved å følge utviklingen i oppfatninger og holdninger til digitale arbeidsverktøy over tid, får vi en pekepinn på om helsepersonell opplever utvikling i retning av en enklere arbeidshverdag.

¹⁷ HIMSS: [HIMSS EMRAM](#)

¹⁸ Direktoratet for e-helse: [Helsepersonellundersøkelsen om e-helse](#)

Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring

Virksomhetene og helsemyndighetene skal i økt grad ta beslutninger basert på data. Mer datadrevne beslutninger vil kunne bidra til bedre ressursutnyttelse, økt kvalitet og innovasjon, samt bedre helseovervåking, beredskap og styring av helseutviklingen på befolkningsnivå.

For å øke sektorens evne til å anvende helsedata må det gjøres et løft for å tilgjengeliggjøre data og legge til rette for å utnytte de, samtidig som taushetsplikten og krav til personvern og informasjonssikkerhet ivaretas. De siste årene har det pågått arbeid for å øke tilgjengelighet av helsedata gjennom videreutvikling av helseregistrene og gjennom Helsedataprogrammet. For å kunne gjøre omfattende og gode dataanalyser er det fortsatt behov for mer strukturerte data fra de fleste kliniske områder. Videre er det også behov for styrke evnen til å skape og utnytte innsikt.

Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- Ansatte i helse- og omsorgssektoren har tilgang til dataanalyteløsninger for å ta gode beslutninger
- Datadrevne beslutninger og persontilpasset medisin som er støttet av avansert dataanalyse som kunstig intelligens
- Sikker og enklere tilgang til strukturerte helsedata i sanntid fra alle kliniske områder, der taushetsplikt og krav til personvern og informasjonssikkerhet ivaretas
- Tilgang til bredt sammensatte datasett fra helse- og omsorgstjenesten, innbygger, andre sektorer og internasjonalt
- Samarbeid mellom sektoren, næringsliv og forskning for å utnytte helsedata til innovasjon og næringsutvikling
- Samarbeid internasjonalt i det planlagte fellesområde for helsedata i EU (European Health Data Space)
- Utbredt bruk av data til kvalitetsforbedring, helseovervåking, beredskap og krisehåndtering, styring og forskning

Ved måloppnåelse tas det mer informerte valg for å utnytte ressurser effektivt og igangsette målrettede tiltak for kvalitetsforbedring, beredskap samt forebyggende og helsefremmende arbeid. Helsepersonell vil gjennom bedre innsikt ta mer informerte beslutninger om sin arbeidshverdag og forbedringer av klinisk praksis. Økt innovasjon og kvalitetsforbedring i tjenesten vil også gjøre at innbygger får bedre støtte til forebygging og tilgang til nye og mer virkningsfulle helse- og omsorgstjenester.

Måloppnåelse forutsetter god datakvalitet og god informasjonsforvaltning. Det er også en forutsetning at informasjonen flyter mellom aktører, som er en del av målbeskrivelsen i mål 4.

FNs bærekraftsmål



Mål 3 støtter opp om bærekraftsmål 9 *Industri, innovasjon og infrastruktur* og bærekraftsmål 3 *God helse og livskvalitet* ved å stimulere til utvikling og innovasjon i helse- og omsorgstjenesten gjennom å utnytte innsikt fra helsedata.

Målindikatorer

Nedenfor følger foreløpige målindikatorer. De bidrar til å forklare hva som ønskes oppnådd gjennom målet, og vil inngå i prosessene for styring og oppfølging av strategien.

Målindikator 3.1. Tilgang til, og bruk av datanalyteløsninger

Beskrivelse: Det er ønskelig med en indikator for å måle tilgang til, og bruk av, dataanalyteløsninger til kvalitetsforbedring og bedre ressursbruk, på alle nivå i sektoren. Indikatoren er ikke klar per nå, men vil utvikles som del av det videre arbeidet.

Målindikator 3.2 Kvalitetsforbedringer med utspring i dataanalyteløsninger

Beskrivelse: Det er ønskelig med en indikator for å måle omfang av kvalitetsforbedringer/interne forbedringer som har utspring i dataanalyteløsninger. Indikatoren er ikke klar per nå, men vil utvikles som del av det videre arbeidet.

Målindikator 3.3. Antall søknader til Helsedataservice og kvalitetsregistrene

Beskrivelse: Måle antall søknader til Helsedataservice og kvalitetsregistrene for bruk av helsedata til forskning og kvalitetsforbedringer. Dette gir en indikasjon på interesse for og bruk av helsedata over tid. Indikatoren vil trolig måtte justeres avhengig av utviklingen på Helsedataservice.

Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Digital samhandling skal sørge for effektiv informasjonsflyt mellom virksomheter for at oppdaterte helseopplysninger skal være tilgjengelig ved behov. En styrket informasjonsforvaltning vil legge grunnlaget for god kvalitet, utnyttning og sikring av informasjonen. Tilgjengelige helsedata vil bidra til bedre datanalyser til bruk i helsehjelpen og til sekundærbruk.

Det genereres mye helsedata, men det er utfordringer knyttet til kvalitet, strukturering, tilgjengelighet og helhetlig informasjonsforvaltning. Sammen med bestemmelser i regelverk, påvirker dette deling og utnyttelse av helsedata. Det er flere sentrale pågående programmer og prosjekter som adresserer en del av disse problemstillingene. Helseplattformen er et eksempel på et pågående arbeid med høye ambisjoner på digital samhandling mellom aktørene i Midt-Norge.

Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- Helsepersonell med tjenstlig behov har tilgang på relevant, oppdatert og korrekt informasjon på tvers av aktører og sektorer
- Innbygger slipper å være bærer av egne helseopplysninger og helsepersonell kan dele informasjonen med innbygger ved behov
- Trygg og effektiv informasjonsdeling mellom aktører
- Styrket informasjonsforvaltning som har lagt grunnlaget for god kvalitet, utnyttning og sikring av informasjonen
- Norge er en del av EUs infrastruktur for utveksling av helsedata
- God og sikker tilgang til data for kvalitetsforbedring, helseovervåking, beredskap og krisehåndtering, styring og forskning

Ved måloppnåelse opplever innbygger og helsepersonell at de kan ta gode, informerte og effektive beslutninger da de har tilgang på relevant, oppdatert og korrekt informasjon innhentet på tvers av aktørene og fra andre sektorer. Effektiv informasjonsflyt legger også til rette for bruk av data til kvalitetsforbedring og innovasjon.

Måloppnåelse forutsetter god datakvalitet, som blant annet bedre brukeropplevelse i helsepersonells og innbyggers digitale flater vil bidra til, som beskrevet i mål 1 og mål 2. Målet forutsetter også at regelverk legger til rette for deling av data i takt med samhandlingsbehov, som beskrives i mål 5.

Målet er en forutsetning for at helsedata kan utnyttes, både direkte på individnivå som beskrevet i mål 1 og mål 2, og til helseovervåking, beredskap og styring av helseutviklingen på befolkningsnivå, som beskrevet i mål 3.

FNs bærekraftsmål



Mål 4 støtter opp om bærekraftsmål 9 *Industri, innovasjon og infrastruktur* ved å styrke digital samhandling, som bidrar til økt kvalitet, sikkerhet og utvikling av helse- og omsorgstjenestene. I tillegg legger den til rette for mål 1-3 og bidrar dermed til bærekraftsmål 3 *God helse og livskvalitet* og bærekraftsmål 10 *Mindre ulikhet*.

Målindikatorer

Nedenfor følger foreløpige målindikatorer. De bidrar til å forklare hva som ønskes oppnådd gjennom målet, og vil inngå i prosessene for styring og oppfølging av strategien.

Målindikator 4.1. Helsepersonells tilgang til pasientinformasjon (spørreundersøkelse)

Beskrivelse: Måle helsepersonells tilgang til informasjon gjennom årlig kartlegginger i helsepersonellundersøkelsen om e-helse, som referert til under Mål 2 *Enklere arbeidshverdag*. Ved å følge utviklingen i helsepersonells oppfattelser av tilgang til nødvendig informasjon om pasienter som er registrert hos andre behandlere over tid, får vi en indikasjon på grad av opplevd tilgjengelig informasjon og samhandling.

Målindikator 4.2. Modenhet på samhandling (HIMSS CCMM¹⁹)

Beskrivelse: Ta i bruk HIMSS CCMM for å måle hvor god koordineringen av pasientbehandling er på tvers av omsorgssteder og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten. Målingene vil kunne følges over tid og sammenlignes mellom virksomheter og mellom land.

Målindikator 4.3. Innføring av samhandlingsverktøy

Beskrivelse: Måle antall kommuner/helseforetak/virksomheter/andre relevante målenheter som viser hvor langt innføringen av ulike samhandlingsverktøy har kommet. Det vil indikere helsepersonells muligheter for å dele informasjon med annet helsepersonell og innbyggere. Eksempler på samhandlingsverktøy som kan følges er kjernejournal (i kommunene), kritisk informasjon i kjernejournal, dokumentdeling i kjernejournal og Pasientens legemiddelliste.

¹⁹ HIMSS: [HIMSS CCMM](#)

Mål 5: Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

Gjennomføringskraften på e-helsefeltet skal styrkes gjennom økt samarbeid og bedre bruk av virkemidler som regelverk og finansieringsmodeller.

Det er tatt viktige grep for økt samarbeid, nasjonal koordinering og prioritering for å få til en samordnet og helhetlig e-helseutvikling. Nasjonal styringsmodell for e-helse, KS sin samstyringsstruktur for digitalisering, helsefelleskapene og det rådgivende organet SKATE er eksempler på samarbeidsarenaer. Samarbeidsmodeller og arenaer må videreutvikles og brukes mer målrettet. I tillegg opplever helse- og omsorgstjenesten behov for å jobbe aktivt med å forstå, vurdere og eventuelt spille inne forslag om å endre regelverk og finansieringsmodeller slik at de er tilpasset utviklingen som digitalisering medfører.

Frem mot 2030 skal vi oppnå:

- Koordinert og forpliktende prioriteringer, innsats og oppfølging på felles mål
- Tydelig rolle- og ansvarsfordeling ved utvikling og innføring av initiativer, og realisering av nytte
- Mer strategisk og strukturert involvering av innbyggerrepresentanter
- Mer strategisk og strukturert samarbeid på digitaliseringsområdet i helse- og omsorgssektoren
- Mer koordinert samarbeid på tvers av sektorer, helseperspektivet i livshendelser er ivarettatt
- Mer samarbeid og partnerskap med næringsliv og forskning
- Økt internasjonalt samarbeid, spesielt med EU og Norden
- Finansieringsmodeller som gir forutsigbar utvikling, kontinuerlig forbedring og rask realisering av nytte
- Gjeldende regelverk og normering er implementert i nødvendige løsninger
- Regelverk som tilrettelegger for nødvendig deling av helseopplysninger i takt med nye samhandlingsbehov, samtidig som taushetsplikten og krav til personvern og informasjonssikkerhet ivaretas

Ved måloppnåelse er samarbeid styrket gjennom tydelig definerte og velfungerende samarbeidsarenaer. Det arbeides kontinuerlig og helhetlig for at regelverk og finansieringsmodeller tar innover seg utviklingen og behovene som oppstår i og på tvers av sektorer. Måloppnåelse er avhengig av koordinert etats- og eierstyring og samordnet videreutvikling av virkemidler på tvers av departementer.

Bedre samarbeid, videreutvikling av finansieringsmodeller og regelverk er viktige forutsetninger for måloppnåelse på de øvrige fire målene i strategien.

FNs Bærekraftsmål



Mål 5 støtter opp om bærekraftsmål 17 *Samarbeid om å nå målene* gjennom mer samarbeid om en helhetlig e-helseutvikling og tilpassning av sentrale virkemidler for gjennomføringskraft. I tillegg legger den til rette for mål 1-4 og bidrar dermed til bærekraftsmål 3 *God helse og livskvalitet*, mål 9 *Industri, innovasjon og infrastruktur* og bærekraftsmål 10 *Mindre ulikhet*.

Måлиндikatorer

Det foreligger per nå ingen foreslåtte måлиндikatorer for målet. Indikatorer vil vurderes nærmere og vil være en del av det videre arbeidet.

Strategisk styring og oppfølging av strategien

Strategien må sikre samspill mellom langsiktig retning og endringer i behov. Det må etableres gode prosesser for måling, oppfølging, prioritering og justering, og tydelige roller og ansvar for hvordan strategien skal implementeres og følges opp.

Prosess for oppfølging og justering

Strategien skal gjennomføres i en kontinuerlig prosess hvor oppfølging og justering står sentralt og er delt inn i fire steg:

Steg 1: Definere strategisk retning med visjon og ambisjon for sektoren.

Steg 2: Definere mål med målintikatorer og initiativ/tiltak som støtter opp om målene.

Steg 3: Oppfølging av strategien vil skje ved jevnlig rapportering av måloppnåelse til Nasjonal styringsmodell for e-helse gjennom status på målintikatorer og initiativ. Direktoratet for e-helse følger med på trender og utvikling på e-helseområdet som kan ha konsekvenser for strategien.

Steg 4: Basert på informasjon fra steg 3 om måloppnåelse og utvikling på e-helseområdet, vil det være behov for å vurdere justeringer i initiativ, og eventuelt også mål. Vurderinger om justeringer i strategien behandles i Nasjonal styringsmodell for e-helse.



Figur 4: Viser hvordan gjennomføring av strategien sikres gjennom en kontinuerlig prosess hvor oppfølging og justering står sentralt

Implementering, roller og ansvar

For å nå målene vi har satt oss, må strategien være retningsgivende for valgene som skal tas fremover. Strategien må tas aktivt i bruk av aktørene, og det er avgjørende at hver aktør støtter opp under og bygger videre på den når egne strategier og planer skal revideres eller utarbeides.

Nasjonal styringsmodell for e-helse har en sentral rolle i å styre e-helseutviklingen i ønsket retning. I prosessen for strategisk styring skal styringsmodellen brukes for å sikre tilstrekkelig eierskap, oppfølging, prioritering og nødvendig justering. Strategien gir retning for satsinger og skal blant annet brukes aktivt i arbeidet med Veikart for nasjonale e-helseløsninger, samt til å velge ut og følge opp nasjonale e-helsetiltak i Nasjonal e-helseportefølje.

Oppfølgingen av strategien skal legges inn i et årshjul som må sees i sammenheng med andre prosesser i og utenfor helse- og omsorgssektoren. Utvalgene i styringsmodellen vil ha ulike roller, ansvar, og frekvens for hvor ofte de behandler strategien.

Detaljering av målindikatorer per strategiske mål

Målindikatorer mål 1

Mål 1: Aktiv medvirkning i egen og næres helse

Målindikator 1.1. Bruk av tjenester på Helsenorge som innebærer medvirkning

Måleverdi: Nedlastninger og bruk

Beskrivelse: Helsenorge har nå flere tjenester som åpner for aktiv medvirkning i egen og næres helse.

Formål: Måle aktiv medvirkning fra innbyggere ved å måle nedlastinger og/eller bruk av tilbudte tjenester.

1. Tjenester knyttet til timeavtaler gjør at innbygger kan medvirke til at timen blir gjennomført på tidspunkt som passer innbyggerne, og at innbygger kan dele informasjon med behandler f.eks. ved hjelp av et selvrapporterings skjema. På Helsenorge kan det hentes ut statistikk på antall timeavtaler som går gjennom deres systemer, antall avtaler som initieres av innbygger, antall avtaler som initieres av helsepersonell, samt bruk av selvrapporterings skjema.
2. Samvalgsverktøy er digitale verktøy som gir pasienten pålitelig informasjon om diagnose og behandlingsmuligheter i forkant av konsultasjon. Dette gjør det enklere å beslutte behandlingsforløp sammen med pasienten basert på deres behov. Det kan hentes ut statistikk fra Helsenorge om bruk av verktøyene, samt hvilke deler av verktøyene som blir besøkt.
3. Fullmakter legger til rette for at pårørende har mulighet til å benytte Helsenorge aktivt på vegne av sine nære. Det kan samles statistikk fra Helsenorge på hvor mange som benytter tjenester for andre enn seg selv.
4. Helsenorge formidler eksterne verktøy gjennom verktøykatalogen. Verktøyene kan bidra til aktiv medvirkning, som for eksempel veiledningsapper, selvregistrering, selvtesting, eller digitale selvhjelpsprogrammer i stressmestring og lignende. Det er utfordrende med gode tellinger på bruk av disse verktøyene ettersom det er eksterne verktøy, men det kan hentes ut tall på bruk av verktøykatalogen på Helsenorge, som kan indikere bruk.
5. Legemiddeltjenesten viser hvem som aktivt går inn og sjekker og fornyer egne resepter og legemidler på Helsenorge. Det kan hentes ut tall på bruk av denne tjenesten.
6. Tilgang til egen pasientjournal viser hvor mange som er inne og sjekker sin egen journal på Helsenorge. Det kan hentes ut tall på bruk av denne tjenesten.
7. Kjernejournal er en tjeneste som gjør det mulig for innbygger å legge inn kritisk informasjon om seg selv, som helsepersonell får tilgang til ved behov. Statistikk på hvor mange innbyggere som har lagt inn kritisk informasjon i kjernejournal innhentes og følges allerede opp i forbindelse med nasjonal e-helse monitor.

Målindikator 1.2. Tilfredshet med digitale helsetjenester (spørreundersøkelse)

Måleverdi: Tilfredshet basert på skala i spørreundersøkelse

Beskrivelse: Innbyggernes bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester måles

gjennom årlige kartlegginger i innbyggerundersøkelsen om e-helse²⁰, som inngår i Nasjonal e-helsemonitor²¹.

Formål: Ved å følge utviklingen i oppfatninger og holdninger til digitale helsetjenester over tid, får vi innsikt i om innbyggerne opplever å ha tilgang til enkle digitale helsetjenester og om enklere tilgang til egne helseopplysninger gjør innbyggerne mer involvert i egen helse. Dette kan gi en pekepinn på om innbyggerne opplever en utvikling i retning av aktiv medvirkning i egen helse.

Følgende spørsmål/påstander fra undersøkelsen anses som relevante:

- Jeg har tilgang til enkle digitale helsetjenester.
- Enklere tilgang til mine helseopplysninger gjør meg mer involvert i egen helse.
- Jeg føler meg tryggere på behandlingen jeg mottar når jeg har tilgang til informasjon om behandlingen digitalt.

Mållindikator 1.3. Utbredelse av digital hjemmeoppfølging

Måleverdi: Antall brukere

Beskrivelse: Digital hjemmeoppfølging²² legger til rette for at pasienter kan dele helseinformasjon med aktører i kommunen, fastlegen eller sykehuset ved hjelp av teknologi. Informasjonen kan bestå av målinger som blodtryksmålinger eller oksygenmetning som pasienten tar selv i eget hjem, eller selvrapporterte data om egen helse. Helsetjenesten tar kontakt med pasienten dersom målingene er utenfor normalverdiene, og gir medisinskfaglig veiledning utfra pasientens behov.

Formål: Måle aktiv medvirkning gjennom antall brukere som ved hjelp av digital hjemmeoppfølging får muligheten til selv å bidra til å ivareta egen helse.

Mållindikator 1.4. Utbredelse av velferdsteknologi

Måleverdi: Antall kommuner

Beskrivelse: Velferdsteknologi²³ består av velferdsteknologiske løsninger som trygghetsalarmer, medisindispensere, digitalt tilsyn/romovervåking og GPS-sporing. Velferdsteknologi bidrar til medvirkning der brukerne har nedsatt evne til selv å medvirke i egen helse.

Formål: Måle antall kommuner som tilbyr velferdsteknologiske løsninger til sine innbyggere. Dette indikerer hvor stor andel av landets befolkning som har tilbud om løsninger som legger til rette for medvirkning for brukere med nedsatt evne til å medvirke, samt legger til rette for å la eldre bo hjemme lenger.

Mållindikatorer mål 2

Mål 2: Enklere arbeidshverdag

Mållindikator 2.1. Modenhet i journalsystem (HIMSS EMRAM²⁴)

Måleverdi: Skala mellom 0-7, hvor 7 er best

Beskrivelse: HIMSS Electronic Medical Record Adoption Model²⁵ (EMRAM) måler modenhet for kliniske datasystemer. EMRAM-skalaen er utviklet av HIMSS (Health Information and Management Systems) – en internasjonal organisasjon for digitalisering av helsesektoren.

Formål: Følge modernisering og integrasjon av pasientadministrative systemer og elektronisk pasientjournal i helsesektoren i Norge, også sammenlignet med andre land.

²⁰ Direktoratet for e-helse: [Innbyggerundersøkelsen om e-helse](#)

²¹ Nasjonal e-helsemonitor er en samling nøkkeltall og analyser som skal sikre et godt kunnskapsgrunnlag om bruk og effekter av IKT i helse- og omsorgssektoren - [Nasjonal e-helsemonitor – e-helse](#).

²² Helseidirektoratet: [Digital hjemmeoppfølging](#)

²³ Helseinnovasjonssenteret: [Velferdsteknologi i kommunene](#)

²⁴ HIMSS: [HIMSS EMRAM](#)

²⁵ HIMSS: [HIMSS EMRAM](#)

Mållindikator 2.2. Tilfredshet med EPJ (spørreundersøkelse)

Måleverdi: Tilfredshet basert på skala i spørreundersøkelse

Beskrivelse: Helsepersonells bruk av, holdninger til og tilfredshet med digitale helsetjenester måles gjennom årlig kartlegginger i helsepersonellundersøkelsen om e-helse²⁶, som inngår i Nasjonal e-helsemonitor.

Formål: Ved å følge utviklingen i oppfatninger og holdninger til digitale helsetjenester over tid, får vi en indikasjon på om helsepersonell opplever utvikling i retning av en enklere arbeidshverdag. Tilfredshetsmål fra undersøkelsen kan også gi innsikt i kombinasjon med holdningsmål. Her er vi imidlertid oppmerksom på at tilfredshet er tett knyttet opp mot forventninger.

Følgende spørsmål/påstander fra undersøkelsen anses som relevante:

- Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med ditt EPJ-system?
- Alt i alt, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med de digitale helsetjenestene i Norge?
- Digitale helsetjenester gjør det lettere for meg å komme i kontakt med pasientene.
- Det er enkelt for meg å kommunisere direkte elektronisk med annet helsepersonell (både videosamtale og skriftlig digital kontakt, ikke telefon).
- Jeg har enkel tilgang til pasient- og brukeropplysninger.

Mållindikatorer mål 3

Mål 3: Helsedata til fornying og forbedring

Mållindikator 3.1. Tilgang til, og bruk av dataanalyseløsninger

Måleverdi: Ikke klar per nå

Beskrivelse: Det er ønskelig med en indikator for tilgang til, og bruk av dataanalyseløsninger på alle nivå i sektoren til kvalitetsforbedring og bedre bruk av ressursene. Indikatoren er ikke klar per nå, men forsøkes utvikles i tiden fremover.

Formål: Å se om infrastrukturen er til stede for å endre prosesser eller om resultat og effekt oppnås innenfor helsearbeid, forskning, innovasjon med mer.

Mållindikator 3.2 Kvalitetsforbedringer/interne forbedringer

Måleverdi: Ikke klar per nå

Beskrivelse: Det er ønskelig med en indikator for å måle omfang av kvalitetsforbedringer/interne forbedringer som har utspring i dataanalyseløsninger. Indikatoren er ikke klar per nå, men vil utvikles som del av det videre arbeidet.

Formål: Å se om prosesser endres eller resultat og effekt oppnås innenfor helsearbeid, forskning, innovasjon med mer.

Mållindikator 3.3. Antall søknader til Helsedataservice og kvalitetsregistrene

Måleverdi: Antall søknader

Beskrivelse: Antall søknader for bruk av helsedata til forskning og kvalitetsforbedringer kan indikere bruk av helsedata. Det tar som regel lang tid før helsedataforskningsresultater medfører endringer i klinisk praksis, antall søknader anses derfor som en akseptabel indikator. Indikatoren vil trolig måtte justeres avhengig av utviklingen på Helsedataservice.

Formål: Å forsøke å måle interesse for og bruk av helsedata over tid.

²⁶ Direktoratet for e-helse: [Helsepersonellundersøkelsen om e-helse](#)

Målindikatorer mål 4

Mål 4: Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling

Målindikator 4.1. Helsepersonells tilgang til pasientinformasjon (spørreundersøkelse)

Måleverdi: Opplevd tilgang på informasjon basert på skala i spørreundersøkelse

Beskrivelse: Helsepersonells tilgang til informasjon følges opp gjennom årlig kartlegginger i helsepersonellundersøkelsen om e-helse, som referert til under Mål 2 *Enklere arbeidshverdag*.

Formål: Ved å følge utviklingen i helsepersonells oppfattelser av tilgang til nødvendig informasjon om pasienter som er registrert hos andre behandlere over tid, får vi en indikasjon på grad av opplevd tilgjengelig informasjon og samhandling.

Følgende spørsmål fra undersøkelsen anses som relevante:

- I hvilken grad har du tilgang til nødvendig informasjon om pasienter som er registrert hos andre behandlere?

Målindikator 4.2. Modenhet på samhandling

Måleverdi: Skala 0-7, hvor 7 er best

Beskrivelse: HIMSS Continuity of Care Maturity Model (CCMM) vurderer koordineringen av pasientbehandling på tvers av omsorgssteder og virksomheter i helse- og omsorgssektoren.

Formål: Følge hvor god helse- og omsorgssektoren i Norge er på pasientbehandling ved overføringer fra en virksomhet til en annen, eller på tvers av behandlingsnivåer, også i sammenligning med andre land.

Målindikator 4.3. Innføring av samhandlingsverktøy

Det er flere samhandlingsløsninger som indikerer muligheten helsepersonell har for å dele informasjon med annet helsepersonell og innbyggere. Det er forskjellig modenhet på løsningene, per nå jobbes det med å innføre:

- Kjernejournal (i kommunene)
- Kritisk informasjon i kjernejournal
- Dokumentdeling i kjernejournal
- Pasientens legemiddelliste

Kjernejournal i kommunene

Måleverdi: Antall kommuner

Beskrivelse: Kjernejournal er en nasjonal e-helseløsning som inneholder viktige opplysninger om innbyggers helse. Både innbygger og helsepersonell har tilgang til informasjonen i denne tjenesten. Kjernejournal er i dag innført på alle sykehus og legevakter og i 90 prosent av fastlegekontorene. Denne indikatoren måles allerede i Program digital samhandling.

Formål: Ved å måle antall kommuner som har innført kjernejournal kan man se hvor stor andel av landets innbyggere som kan dele informasjon om egen helse med både fastlege, sykehus og kommunal helsetjeneste.

Kritisk informasjon

Måleverdi: Antall kommuner og antall helseforetak som har innført Kritisk informasjon, eventuelt antall pasienter og antall oppslag i kjernejournal for å hente/lese kritisk informasjon.

Beskrivelse: Med kritisk informasjon menes informasjon som man i en behandlingssituasjon ønsker at det varsles særskilt om til helsepersonell som har pasienten til behandling. Eksempler på kritisk informasjon er overfølsomhetsreaksjoner, spesielle lidelser eller tidligere komplikasjoner ved

anestesi. Kritisk informasjon lagres i dag i kjernejournal. Flere virksomheter og behandlere kan legge inn informasjon i Kritisk info, dette er altså et samhandlingsdokument. Denne indikatoren måles allerede i Program digital samhandling.

Formål: Ved å måle utbredelse av Kritisk informasjon i kjernejournal kan man se hvor stor andel av landets innbyggere som kan dele, eller har delt, Kritisk informasjon om egen helse med både fastlege, sykehus og kommunal helsetjeneste.

Dokumentdeling

Måleverdi: Antall kommuner og antall helseforetak som har innført dokumentdeling

Beskrivelse: Når en pasient får helsehjelp, registrerer helsepersonell opplysninger om pasientens helse og behandling i sine lokale journalsystemer. Viktige dokumenter fra disse blir nå tilgjengelig via kjernejournal. Disse dokumentene kan ikke endres av andre behandlere, men kan leses. Denne indikatoren måles allerede i Program digital samhandling.

Formål: Ved å måle utbredelse av dokumentdeling kan man se hvor stor andel av sektor som kan dele dokumenter med hverandre.

Pasientens legemiddelliste

Måleverdi: Antall virksomheter og antall lister.

Beskrivelse: Pasientens legemiddelliste (PLL)²⁷ skal tilgjengeliggjøre legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt. Pasientens legemiddelliste skal legge til rette for at det kan deles oppdaterte legemiddelopplysninger på tvers av ulike virksomheter (sykehus, legekontor og kommunal helse- og omsorgstjeneste m.m.). Flere virksomheter og behandlere kan legge inn informasjon og oppdatere Pasientens legemiddelliste. Indikatoren måles allerede i programmet.

Formål: Ved å måle utbredelse av Pasientens legemiddelliste kan man f.eks. se hvor mange pasienter hvor både fastlege, sykehus og kommunal helsetjeneste har tilgang til en oppdatert legemiddelliste. Ved å måle dette over tid er tanken at man kan måle spredning.

²⁷ Direktoratet for e-helse: [Utpøving av pasientens legemiddelliste](#)

Møtedato: 7. oktober 2022

Arkivnr.:
2022/67

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
5.10.2022

Styresak 136-2022 Referatsaker

Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar framlagte saker til orientering.

Bodø, 5. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Revisjonsutvalgsmøte i Helse Nord RHF 4. oktober 2022 – protokoll
Saksdokumentene ettersendes
2. Drøftingsmøte med KTV/KVO 7. oktober 2022 ad. Innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeid i helseforetakene, mandat - protokoll
Saksdokumentene ettersendes
3. Møte med arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 6. oktober 2022, protokoll
Saksdokumentene ettersendes

Møtedato: 7. oktober 2022

Arkivnr.:
2022/67

Saksbehandler:
diverse

Dato:
5.10.2022

Styresak 136-2022/1 Revisjonsutvalgsmøte i Helse Nord RHF

4. oktober 2022 – protokoll

Saksdokumentene ettersendes

Møtedato: 7. oktober 2022

Arkivnr.:
2022/67

Saksbehandler:
diverse

Dato:
5.10.2022

**Styresak 136-2022/2 Drøftingsmøte med KTV/KVO 7. oktober 2022
ad. Innsiktsteam for oppfølging av
omstillingsarbeid i helseforetakene, mandat -
protokoll**

Saksdokumentene ettersendes

Møtedato: 7. oktober 2022

Arkivnr.:
2022/67

Saksbehandler:
diverse

Dato:
5.10.2022

**Styresak 136-2022/3 Møte med arbeidsutvalget i Regionalt
brukerutvalg i Helse Nord RHF 6. oktober 2022,
protokoll**

Saksdokumentene ettersendes