

Møte

Regionalt Brukerutvalg

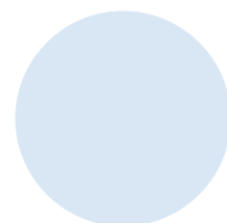
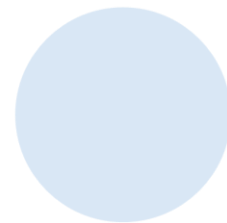
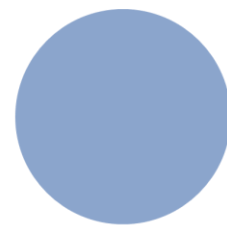
i Helse Nord RHF

Innkalling med saksdokumenter

Dato: 10. november 2022

Kl.: 08.30 til ca. 14.00

Sted: Teams



Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Cecilie Daae
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
03.11.2022

Møte i Regionalt brukerutvalg, den 10. november 2022 – innkalling

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

**torsdag, den 10. november 2022– fra kl. 08.30
digital på Teams.**

Vedlagt følger saksdokumenter til dette møtet.

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

Vennlig hilsen

Cecilie Henriksen
rådgiver

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

Møtedato: 10. november 2022

Vår ref.:
2022/140-25Saksbehandler:
Cecilie HenriksenDato:
03.11.2022**RBU-sak 90-2022****Godkjenning av innkalling og saksliste**

I samråd med lederen i det Regionale brukerutvalget inviteres RBU i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet, den 10. november 2022:

Sak 90-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	1
Sak 91-2022	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 17. oktober 2022	3
Sak 92-2022	Regional brukerkonferanse 2022 – oppfølging av innspill ved Regionalt brukerutvalg	12
Sak 93-2022	Regional utviklingsplan 2023-2038 – høring, oppfølging av sak 80-2022	30
Sak 94-2022	Digital strategi for Helse Nord 2023-2038	32
Sak 95-2022	Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF 2022-2026	104
Sak 96-2022	Konseptutredning behandlingshjelpemidler – oppnevning av brukerrepresentant	175
Sak 97-2022	Orienteringssaker	177
	1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i>	
	2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i>	
	3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i>	
	4. Forskningsaktivitet i foretaksgruppen i 2021	178
	5. Innsiktsteamets arbeid - <i>mundlig</i>	
	6. Oppdragsdokument 2023 til helseforetakene – oppfølging av innspill fra RBU - <i>mundlig</i>	
	7. Tertialrapport nr. 2-2022	189
	8. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte saker	207
	9. Budsjett 2023 – ramme og føringer	209
Sak 98-2022	Referatsaker	230
	1. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 10. oktober 2022	
	2. Brukerutvalget Finnmarkssykehuset – referat 06. oktober 2022	
	3. Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset – referat 10. oktober 2022	
	4. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 01. november 2022 - protokoll	

5. Regional pårørendestrategi - henvendelse fra
Brukerutvalget UNN
Sak 99-2022 Eventuelt 265

Forslag til vedtak

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

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, 03. november 2022

Hilde Rolandsen
fungerende administrerende direktør

Møtedato: 10. november 2022
Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
02.11.2022

RBU-sak 91-2022

Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 17. oktober 2022

Vedlagt oversendes protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, den 17. oktober 2022 til godkjenning.

Forslag til vedtak

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

Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg, den 17. oktober 2022 godkjennes.

Bodø, 02. november 2022

Hilde Rolandsen
fungerende administrerende direktør

Protokoll

Vår ref.:
2022/140-23Referent.:
Tina EitranDato:
17.10.2022

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	17. oktober 2022
Møtested:	Teams
Neste møte:	10. november 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Ernly Eriksen	medlem	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Marit Sørdal	medlem	SAFO
Morten Markussen	medlem	Kreftforeningen
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Leif Birger Mækinen	møtende vara	FFO
Cecilie Daae	administrerende direktør – <i>deltok under behandling av sak 87-2022</i>	Helse Nord RHF
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF
Janny Helene Aasen	revisjonssjef - <i>deltok under behandling av sak 81-2022</i>	Helse Nord RHF
Lars Alvar Mickelsen	seksjonsleder drift og eiendom – <i>deltok under behandling av sak 82-2022</i>	Helse Nord RHF
Jann-Hårek Reinvik Lillevoll	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 83-2022</i>	Helse Nord RHF
Synnøve Kalstad	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 84-2022 og sak 87-2022/3</i>	Helse Nord RHF
Jan-Petter Monsen	regnskapssjef - <i>deltok under behandling av sak 85-2022</i>	Helse Nord RHF
Erik Arne Hansen	økonomidirektør – <i>deltok under behandling av sak 79-2022 og sak 87-2022/4</i>	Helse Nord RHF

Tove Skjelvik	seniorrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 79-2022</i>	Helse Nord RHF
Jon Tomas Finnsson	avdelingsdirektør helsefag – <i>deltok under behandling av sak 79-2022</i>	Helse Nord RHF
Geir Tollåli	fagdirektør – <i>deltok under behandling av sak 87-2022/5</i>	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Åse Senning	medlem	FFO

RBU-sak 77-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 77-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 78-2022	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. september 2022
Sak 79-2022	Oppdragsdokument 2023
Sak 80-2022	Regional utviklingsplan 2023-2038 - høring
Sak 81-2022	Internrevisjon for 2023-2024 – innspill til plan
Sak 82-2022	Behandlingshjelpemidler – mandat konseptutredning
Sak 83-2022	Tertialrapport nr. 2-2022 – <i>mundlig</i>
Sak 84-2022	ParkinsonNet i Helse Nord – orientering om status for etablering
Sak 85-2022	Oppfølging av pasientbetalinger
Sak 86-2022	Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 – oppnevning av representanter
Sak 87-2022	Orienteringssaker <ul style="list-style-type: none"> 1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i> 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i> 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i> 4. Statsbudsjett 2023 – <i>mundlig</i> 5. Varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn fra Helse Nord 6. Digital strategi for Helse Nord – prosess for innspill – <i>mundlig</i> 7. Pasientreiser med rekvisisjon – høringssvar 8. Nasjonal helse- og samhandlingsplan – innsendte innspill fra Regionalt brukerutvalg 9. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker 10. Oppnevninger siden forrige RBU-møte
Sak 88-2022	Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 15. september 2022 2. Brukerutvalget Nordlandssykehuset – referat 19. september 2022 3. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 6. oktober 2022 - protokoll
Sak 89-2022	Eventuelt

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

RBU-sak 78-2022 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. september 2022

Vedtak

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

RBU-sak 79-2022 Oppdragsdokument 2023

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg ønsker at følgende krav kommer inn i Oppdragsdokumentet til helseforetakene fra Helse Nord RHF i 2023. Forslagene er i prioritert rekkefølge:
 - a) Innføre bedre systemer for pasient- og pårørendetilbakemeldinger.
 - b) Utvikle systemer for samarbeid med frivillige organisasjoner i sykehusene.
 - c) Styrke den rosa kompetansen i foretaksgruppen.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ønsker at følgende krav kommer i Oppdragsdokumentet til regionale helseforetak fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2023. Forslagene er i uprioritert rekkefølge:
 - a) Likeverdig tilgang til helhetlige pasientforløp og kliniske studier
 - b) Nasjonalt meldesystem for pasienter og pårørende
 - c) Bygge befolkningens helsekompetanse

RBU-sak 80-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038 - høring

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar høringsbrevet om Regional utviklingsplan 2023–2038 til orientering.
2. Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF utarbeider et utkast til innspill til Regional utviklingsplan 2023-2038 for behandling i RBU-møte i november.

RBU-sak 81-2022 Internrevisjon for 2023-2024 – innspill til plan

Vedtak:

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

- a) Tvangsbruk i psykisk helsevern
- b) Utskriving og reinnleggelse av pasienter
- c) Pasientreiser – praktisering av tilrettelagt transport og likebehandling for pasienter

RBU-sak 82-2022 Behandlingshjelpemidler – mandat konseptutredning

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om konseptutredning for området behandlingshjelpemidler til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF påpekte viktigheten av brukermedvirkning i utredning av fremtidens behandlingshjelpemidler, herunder om organisering og ved anskaffelser. Regionalt brukerutvalg oppnevner gjerne en representant til arbeidet.

RBU-sak 83-2022 Tertialrapport nr. 2-2022 *Muntlig orientering*

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjon om Tertialrapport nr. 2-2022 til orientering.

RBU-sak 84-2022 ParkinsonNet i Helse Nord – orientering om status for etablering

Vedtak:

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

RBU-sak 85-2022 Oppfølging av pasientbetalinger

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar saken om oppfølging av pasientbetalinger til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har noen innspill til oppfølging av pasientbetaling, som følger:
 - a. Det er sammenheng mellom betalingsvansker, uhåndterbar gjeld og helse. Dette bør få mer oppmerksomhet slik at helsetjenesten fanger opp at pasienter trenger hjelp til å håndtere økonomien. Det er ikke gode system som fanger opp pasienter med betalingsvansker og pasientene forteller ikke alltid dette selv. Det er tilfeldig hvilke pasienter som blir fanget opp av helsetjenesten. Det kan medføre at pasientene velger å ikke ta imot behandling.
 - b. Det bør utarbeides regionale/nasjonale retningslinjer for pasientbetalinger, og sees nærmere på pasientgrupper som bør fritas for fakturering. Pasienter med psykose, tvangsinnlagte og ruslidelser bør sees særskilt på, og fritak for fakturering må gis på tvers av klinikktilhørighet. Kriterier for dette må utarbeides med brukermedvirkning på systemnivå.
 - c. Helseforetakene må sørge for gode rutiner for innkallinger og kommunisere på plattformer som er tilgjengelige og brukervennlige ovenfor pasientene.

RBU-sak 86-2022 Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030 – oppnevning av representanter

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF oppnevner *Kitt-Anne Jorid Hansen* og *Arne Vassbotn* som medlemmer av arbeidsgruppen, og *Ole-Marius Minde Johansen* som medlem til styringsgruppen i utarbeidelse av Delstrategi for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2023-2030.

RBU-sak 87-2022 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder Knut Hartviksen – *mundlig*
 - *Regional brukerkonferanse 21.-22. september 2022*
 - *Beslutningsforum for Nye metoder, gjennomgang av saker 23. september 2022*
 - *Beslutningsforum for Nye metoder, møte 26. september 2022*
 - *Møte mellom interregionalt møte med RBU-ene og AD-ene 26. september 2022*
 - *Styret i Helse Nord RHF, tematime 26. september 2022*
 - *Styremøte i Helse Nord RHF 28. september 2022*
 - *Arbeidsutvalgsmøte til Regionalt brukerutvalg 3., 6. og 12. oktober 2022*
 - *Ekstraordinært styremøte i Helse Nord RHF 7. oktober 2022*
 - *Interregionalt møte med de Regionale brukerutvalgene 13.-14. oktober 2022*

2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig

- RBUs nestleder *Gunnhild Berglen*:
 - *USAM 21.-22. september 2022*
 - *Regional brukerkonferanse 21.-22. september 2022*
 - *Interregionalt møte RBU-ene og AD-ene i RHF-ene 26. september 2022*
 - *Fellessamling innføring rekvisisjonspraksis - Pasientreiser 28. september 2022*
 - *Programkomite pasientsikkerhetskonferanse 28. september, 5. oktober og 12. oktober 2022*
 - *Arbeidsutvalgsmøte til Regionalt brukerutvalg 3., 6. og 12. oktober 2022*
 - *Interregionalt møte med de Regionale brukerutvalgene 13.-14. oktober 2022*
- RBU-medlem *Arne Vassbotn*
 - *SAMUT 21. september 2022*
 - *Revisjon tuberkuloseprogram 30. september 2022*
 - *KI radiologi 6. oktober 2022*
- RBU-medlem *Ester Fjellheim*
 - *Regional brukerkonferanse 21.-22. september 2022*
 - *Interregionalt arbeidsgruppe for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i Trondheim - 13. oktober 2022*
- RBU-varamedlem *Leif Birger Mækinen*
 - *Regional brukerkonferanse – konferansier 21.-22. september 2022*
- RBU-medlem *Nikolai Raabye Haugen*
 - *Regional brukerkonferanse – konferansier 21.-22. september 2022*
 - *Nasjonalt seminar for ungdomsrådene 22.-23. september 2022*
 - *Arbeidsutvalgsmøte til Regionalt brukerutvalg 3. og 12. oktober 2022*
- RBU-medlem *Morten Markussen*
 - *Møte i brukerutvalget til Sykehusapotek Nord 22. september 2022 (vara for Kitt-Anne Jorid Hansen)*
- RBU-medlem *Ernly Eriksen*
 - *Regional brukerkonferanse 21.-22. september 2022*
- RBU-medlem *Marit SørDAL*
 - *Regional brukerkonferanse 21.-22. september 2022*
 - *Arbeidsutvalgsmøte til Regionalt brukerutvalg 3., 6. og 12. oktober 2022*
- RBU-medlem *Ole-Marius Minde Johnsen*.
 - *Møte i NorTrials rådgivende gruppe 29. september 2022*
 - *Referansegruppemøte for overordnet plan for sikkerhetspsykiatrien 13. oktober 2022 (stedfortreder for Gunnhild Berglen)*

3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig

- Rehabiliteringsanskaffelse – tilbakemelding på henvendelse fra brukerutvalget i Valnesfjord helsesportsenter: *Det ble vist til kravspesifikasjonen og punkt om individuell vurdering av oppholdstider, ved bl.a. kartlegging i forkant av oppholdet og oppfølging i etterkant digitalt. Det ble generelt orientert om kravspesifikasjonen til rehabiliteringsanskaffelsen. Det skal være faglig forsvarlighet i tjenestene.*
- Økonomisituasjonen i Helse Nord: *Det ble orientert om kortsiktige tiltak vedtatt i helseforetakene (herunder reisestopp m.m.). Det sees på utviklingen av økonomien over år og SAMDATA bidrar med historikken. Det sees på mange utviklingsområder som kan bidra til bedre pasientbehandling og helhetlig bærekraftig utvikling (økonomi, kompetanse, kapasitet, personell m.m.). Det ble orientert om oppstart av arbeidet til innsiktsteamet.*
- Utviklingen av Korona i Norge

- Utredningsløp i regi av Helse- og omsorgsdepartementet:
 - o Nasjonal helse- og samhandlingsplan
 - o Helsepersonellkommissjonen
 - o Sykehusutvalget
 - o Organisering av sentral helseforvaltning
 - o Helseberedskapsmelding
 - o Opptrappingsplan psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
 - Den totale utviklingen av samisk spesialisthelsetjeneste – nasjonalt og regionalt
4. Statsbudsjettet 2023 – *mundtlig*
 5. Varsler om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn fra Helse Nord
 6. Digital strategi for Helse Nord – prosess for innspill – *mundtlig*
 - Det sendes ut utkast til digital strategi snarest mulig, men planlagt behandling i Regionalt brukerutvalg i november 2022.
 7. Pasientreiser med rekvisisjon – hørings svar
 8. Nasjonal helse- og samhandlingsplan – innsendte innspill fra Regionalt brukerutvalg
 9. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
 10. Oppnevninger siden forrige RBU-møte

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar framlagte saker til orientering.

RBU-sak 88-2022 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 15. september 2022
2. Brukerutvalget Nordlandssykehuset – referat 19. september 2022
3. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 6. oktober 2022 - protokoll

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar framlagte saker til orientering.

RBU-sak 89-2022 Eventuelt

A. Egenevaluering og oppfølging etter Regional brukerkonferanse 2022

RBU-medlem Nikolai Raabye Haugen fremmet sak om egenevaluering og oppfølging etter Regional brukerkonferanse 21.-22. september 2022 til neste møte. Regionalt brukerutvalg gjorde en kort egenevaluering under møtet.

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ønsker en sak om innspillene fra Regional brukerkonferanse 2022 og Regionalt brukerutvalgs oppfølging av innspillene fra kafédialog i neste møte.

Bodø, den 17. oktober 2022

*godkjent av Knut Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 18. oktober 2022 – kl. 13.23*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 10. november 2022

Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
02.11.2022

RBU-sak 92-2022

Regional brukerkonferanse 2022 – oppfølging av innspill ved Regionalt brukerutvalg

Bakgrunn

Regionalt brukerutvalg (RBU) vedtok i *RBU-sak 89-2022 Eventuelt* i møte 17. oktober 2022 følgende;

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF ønsker en sak om innspillene fra Regional brukerkonferanse 2022 og Regionalt brukerutvalgs oppfølging av innspillene fra kafédialog i neste møte.

Videre ble det i arbeidsutvalgsmøte for RBU 1. november 2022 vedtatt følgende;

Arbeidsutvalget mener det er viktig å vurdere oppfølging av innspill fra den regionale brukerkonferansen, samt vurdere relevans i forbindelse med behandlingen av innspill til Regional utviklingsplan 2023-2038 og innspill til Digital strategi for Helse Nord 2023-2038. Innspillene vedlegges saksdokumenter som oversendes til Regionalt brukerutvalg for behandling i møtet 10. november 2022.

Beslutningsgrunnlag

Regionalt brukerutvalg diskuterer oppfølging av innspill fra Regional brukerkonferanse 2022 i RBU-møte 10. november 2022. Innspill fra konferansen vedlegges saken.

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar innspill fra Regional brukerkonferanse 2022 til orientering.
2. Det regionale brukerutvalget vil følge opp innspill fra Regional brukerkonferanse 2022 på følgende måte:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 02. november 2022

Hilde Rolandsen
fungerende administrerende direktør

Vedlegg: Regional brukerkonferanse 2022 - innspill fra pasienter, brukere og pårørende

Regional brukerkonferanse 2022 - Innspill fra pasienter, brukere og pårørende

Under Regional brukerkonferanse 2022 ble det gjennomført kafédialoger. Nedenfor er en oversikt over problemstillingene som ble diskutert og en sammenfatning av innspill under hver problemstilling/tema;

1. *Hvordan få til et best mulig samarbeid mellom pasient- og brukerorganisasjonene og brukerutvalgene/ungdomsrådene/RBU?*

Innspill:

- Dele informasjon og utdype sin kompetanse
- Felles møteplasser fysisk eller digitalt;
 - Faste møter med brukerorganisasjoner, regionale samlinger, og fellessamlinger for brukerstemmen
 - Bli kjent med hverandre: lokalt, fylkesvis, regionalt
- Tilbakemeldinger på vedtak og få referat fra møter i brukerutvalg, Regionalt brukerutvalg, og ungdomsråd til organisasjonene
- Invitere for eksempel representanter fra brukerutvalg til ungdomsråd for å informere. Det samme med brukerorganisasjoner slik at alle blir orientert
- Spille inn sak til brukerutvalg og eventuelt be dem spille videre til Regionalt brukerutvalg
- Ryddighet i forhold til roller og hvor informasjon skal
- Formidling på sosiale medier og bruke sosiale medier til å få «bedre flyt» mellom organisasjonene
- Informasjon om forskjell på organisasjonene – tilgang på kontor for informasjon på sykehus?
- Utvikle pasient- og pårørende med informasjon om ulike organisasjoner
- Høre på pasienten. Dele informasjonen. Bli kjent med bruker.
- Frivillighetens hus i bygd og byer – temakvelder om samarbeid mellom organisasjoner
- Kontaktpersoner i råd/utvalg som har ansvar for å ha kontakt med andre organisasjoner (nettverk mellom råd)
- Lokalet og møteform må være tilrettelagt for hørselshemmede
- Møteplan – digitalt og fysisk for pasienten (på sykehus)
- Utvikle nye idéer for fremtiden
- FFO kan gjennomføre brukerundersøkelser med tilbakemelding til brukerutvalg/ungdomsråd
- Helseforetak må løfte frem brukerorganisasjoner og kontakte disse
- Innspillsmøte eller innspillsarena for organisasjonene slik at sykehusene blir orientert om behovene
- Lærings- og mestringssentre ved helseforetak som informasjonskanal
- De ideelle organisasjonene å ha kurs i brukermedvirkning
- At det er mulig å finne samlet, oppdatert kontaktinformasjon om alle brukerorganisasjonene (stort problem ved rekruttering til ungdomsråd)

- Samisk språk og kultur;
 - Ivaretagelse av den samiske pasient krever mer kunnskap i de ulike brukerorganisasjonene og RBU om de historiske traumer, samt om kultur og språklige problemer
 - De samiske språkene er så forskjellig at de lokale sykehus og brukerorganisasjoner bør kjenne til dette. Regionalt brukerutvalg bør invitere lokale informanter fra brukerorganisasjoner og eldrerådene
- Utfordring: økonomi. Hvem tar kostnad om man skal dra på møter eller holde foredrag?

2. Rekruttering til arbeid i pasient- og brukerorganisasjoner: Hva kan være virksomme tiltak?

Innspill:

- Åpenhet
- Organisasjonen må gjøre seg synlig
 - Bruke media og sosiale media, få ut informasjon om hva organisasjonene gjør, dele informasjon på BUP, PPT, lege
 - Bli mer pågående med informasjon ut til alle – behandlere. Sammen er vi sterke
 - Helsenorge.no
 - Brukerorganisasjonene synlig på sykehusene. Eget rom/område «brukertorg»
- Regionalt helseforetak løfter frem brukerorganisasjonens rolle
- Brukerkonferansen som orienterer om hva som finnes. Eks. Brukerbank og Erfaringskonsulenter
- Sørge for at fagpersoner og behandlere har god nok kjennskap til organisasjonene.
 - Sykehus og helseinstans opplyser pasient og pårørende om brukerorganisasjoner.
 - Behandlingssted kan informere om både pasientorganisasjon og om sykdom
 - Dele informasjon via leger/poliklinikk osv.
- Ansatte – gi informasjon om likepersonsarbeid, erfaringskonsulent. Kreftskordinator
- Brukerorganisasjoner må jobbe med informasjonsarena, hvordan rekruttere nye medlemmer
- Fengende rekrutteringsannonser – viser til lav kompetanse og at din erfaring er viktig
- Informasjonsspredning til pasienter og generelt
- Pårørendeorganisasjoner løftes frem
- Informasjon må gå begge veier
- Brukerorganisasjoner rekrutterer fra sin organisasjon
- Kursing og kvalitetssikring. Få en viss opplæring for de som skal ha brukermedvirkning. Kurs om «hvordan», og hva er «oppdrag» osv. Lettere å rekruttere i/fra organisasjonen
- Samhold og sosialt i organisasjoner er viktig
 - Sosialt samhold, støtte og god intern kultur
 - Forståelse for at man ikke alltid får tid, ikke forlange for mye
 - Vis kjærlighet og aksept
 - Aktiviteter i organisasjoner. Arrangement
- Gode demokratiske prosesser, slik at man blir hørt, og får delta aktivt
- Trenger ikke organisasjonserfaring, men brukererfaring. Tilføre pasient- og brukerorganisasjoner din erfaring og selv tilegne seg mer erfaring

- Er rekruttering vanskelig fordi de «tenker» at de må «utlevere» egne diagnoser? Har pandemien vært til «hinder» for rekrutteringen?
- Må få tid til å bearbeide egne tanker/følelser/traumer
- Hva med økonomi i rekrutteringen?
- Få med unge!
 - Spesielle tilbud
 - Møte opp på skolene og informere om brukerorganisasjoner
 - Være praksisplass for ungdom både i ungdomsskole og videregående skole
 - Gode ordninger for ungdom med hensyn til fravær + voksne
 - Tillitsvern/arbeid som ungdomsrepresentant gi uttelling på CV og gi poeng ved opptak til utdanning
 - Innføre kravet om sosialt arbeid i skolen (som IB-systemet har – internasjonale skoler). Knytte dette til organisasjonene
- Gratis kontingent første året
- Frivillig arbeid
- Honorerer ungdom/voksne for å delta som brukerrepresentant
- Orienterer på interessant måte
- Få nye medlemmer inn i styret

3. Økt helsekompetanse i befolkningen: Hvordan kan tjenestene og organisasjonene bidra?

Innspill:

- Klart språk;
 - Ikke skrive fremmedord.
 - «Helsespråket» må ned på en forståelig dialog. Ikke latin!
 - Lett språk slik at det blir brukt i hverdagen av «hvermannen»
 - Godt forståelig språk: bort med forkortelser, ikke fagspråk
 - Enkelt språk uten faguttrykk både muntlig og skriftlig
 - Bruke et enkelt/lettfattelig språk
 - Forståelig språk. Bli møtt med forståelse og respekt. Få ut informasjon som er forståelig
 - Bruke et lettfattelig språk i brosjyrer
 - Språkvask – brukertestet
 - Hvordan formidles forskning slik at det kan forstås av alle
 - Skrifer automatisk generert og er vanskelig å forstå
- Informasjon;
 - Lage mer informasjon som er rettet mot pårørende
 - Brosjyrer, informasjon til pårørende
 - Lage felles skriv/plakat – jobbe mot samme mål
 - Hva er en trygg informasjonskilde
 - Både nettinformasjon og brosjyrer. Ta hensyn til de som ikke kan data
 - Sykehusverter til å informere og følge pasienter og pårørende
 - Tjenestene må være synlige med info/stand/brosjyrer
 - Grunnleggende informasjon om helse. Pust, kost, bevegelse
 - Hindre autoritær form og stil i informasjonen
 - For stort fokus på at man må kunne masse fra før for å kunne forstå det som sies
 - Kunnskapskampanjer i organisasjonene
 - Åpne for at nærpersoner kan hjelpe med informasjon
 - Informasjonsarbeid fra organisasjonene
 - Informasjon gitt på møter i pasient- og brukerorganisasjon
 - Gi ut informasjon om hva man kan gjøre, eks. kostbrosjyre for forebygging eller riktig for din diagnose
 - Forsikre seg om at informasjon blir forstått
 - Organisasjonene – gi ut forenklede brosjyrer
 - Ut i medier; avis, sosiale medier, ut på stand
 - Felles nettside med informasjon
 - Kampanjer, PR-stunt
 - Bruke massemedia til å informere om ulike diagnoser hele året, ikke bare på røddager/helligdager noen få ganger per år
 - Å ha faglige tema/foredrag i lagsmøte i sin pasientorganisasjon
 - Informasjon om ulike diagnoser i massemedia
 - At kampanjer utformes i tråd med og samarbeid med organisasjoner – gjøre kampanjer mer brukernære. Personhistorier

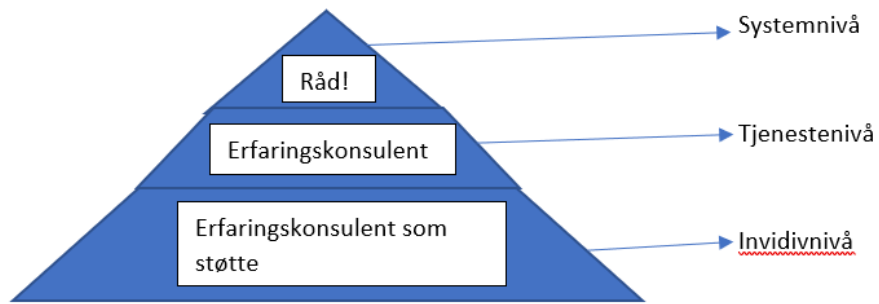
- Bruke personer med ulike diagnoser til å stå frem og informere både helsepersonell og mennesker generelt
- Vi vet informasjon ute treffer bedre når den skjer mellom bekjente/venner. Snakk åpent om helse!
- Kommunikasjon er ikke bare at noen snakker, men også at det andre kan lytte
- Utformet treffsted for å utveksle erfaringer
- Kommunisere med kommune – MF om kurs
- Digitale møter med organisasjonene
- Delta i debatter/interesse politikk med tjenestene
- Tettere på tjeneste. Invitere seg selv på relevant forum
- Likeperson;
 - Likepersoner kan være en ressurs for helsevesenet
 - Likeverdig kommunikasjon fra noen som er som deg
- Maktforhold - Man har større tillit til de som ikke snakker ned til en
 - Styrket pasientrolle
 - Legeutdanning
- Undervisning/informasjon i skole;
 - Hvordan kan skolen legge grunnlaget?
 - Informasjon på skoler med elever/foresatte
 - Barn må få kunnskap om helse
 - Undervisning i skolen – grunnskole og videregående om hvordan helsetjeneste er bygd opp
 - Informasjon i skolene til elevene fra barneskolene, kosthold, helse
 - Læreplanen i grunnskolen har helse og folkehelse – må styrkes!
 - Økt samarbeid mellom organisasjonene og alle ledd i helsetjenesten og skolene
 - Tilretteleggelse på skolene på alle trinn i samfunnet
 - Skolen – økt kompetanse om hvordan navigere i råd om helse
 - Kosthold barnehage og skole. Skape gode vaner
 - Norskopplæring – introduksjonskurs må inkludere helsekompetanse
 - Helsekompetanse, på lik linje med personlig økonomi må inn i skolen
 - Politisk innsikt (skole)
- Språk, kultur og kulturforståelse;
 - Organisasjonene bør kurse grupper i norskopplæringen om grunnleggende helsekunnskap
 - Bedre kulturforståelse
 - Nye landsmenn. Eldre, barn ++ trenger mer info
 - Hva er god helse? En definisjon vil variere ut fra kultur
 - Kultursensitivitet må læres!
 - Dra inn til minoriteter – fortelle
- Sette av nok tid til pasient og pårørende i konsultasjon
- Samarbeid på tvers
- Samarbeid med BU/UR og organisasjoner
- Forebygging er praktisk helsekompetanse

- Mer fokus på hva man bør enn hva man ikke bør
- Organisasjonene;
 - Organisasjonene må være synlig!
 - Organisasjoner må verdsettes. Pasienterfaringer må være verdifulle
 - Lytte til organisasjonene – vi er eksperter
 - Organisasjonene kan bidra med ressurser og opplæring
 - Løfte problematikken i brukerutvalgene. Organisasjonene drive opplæring
 - Støtte til organisasjonen
 - Dersom pasientreiser kan gi støtte til at pasienter får opplæring av organisasjoner, så avlaster det helsevesenet
 - Organisasjoner kan gi opplæring, men pasientene får ikke støtte av Pasientreiser til reise eller organisasjonspenger fra NAV
 - Samarbeid mellom organisasjoner må belønnes med penger
- Fra baby (nyfødt) til eldre
- Si hva som er lurt å gjøre – ikke vifte med pekefingeren!
- Gjør det lettere for å gi delfullmakt
- Aktivitet må bli medisin
- Respekt
- Forebygging
- Fokus på hjertesykdom og hvordan det «ytrer» seg
- Oppdatere kostråd
- Tid er viktigste innsatsfaktor
- Stenge tilgang til lette løsninger som heis..
- Lærings- og mestringsstrategier må være tilgjengelig for alle
- Hvordan blir man møtt av helsevesenet? Er det godt å være pasient og menneske
- Pasientreiser
- Pasientreise medfører ofte dårlig psykisk helse
- Aktivere kravet til pasient- og brukeropplæring innad i helsetjenestene
- Identifisere nødvendig helsekompetanse – og deretter fase ut på alle arbeidsplasser via for eksempel NAV (arbeidslivssenter)
- Inkludere pårørende mer i pasientens sykdom. Mestringskurs!
- Dilemma: Kompetanse vs. spesialkompetanse
- Viktig å få frem stemmene til usynlig syke
- Snakke om at det ofte er skamfullt å få både synlige og usynlige diagnoser
- Må makte å se helheten til mennesker. Kommer man i rullestol medfører det også psykiske utfordringer
- Helse bør være noe som blir ivaretatt bedre innen arbeidsliv

4. Erfaringskonsulenter i helseforetakene: Brukernes ønsker for fremtiden.

Innspill:

- Synliggjøring;
 - Gjøre seg kjent for brukerne/brukerorganisasjonene
 - Erfaringskonsulenter MÅ gjøre sin rolle kjent for brukerne!
«Brukeren» er pasient og pårørende
 - Oppklaring til bruker om at det finnes erfaringskonsulenter
 - Kan man (pasient) henvende seg til en erfaringskonsulent? Hvordan?
- En mangfoldig gruppe mennesker vil jobbe forskjellig. Noen mot individer/behandlere, andre med system/tjenester. Kunne sende innspill til erfaringskonsulenter, som bruker/pasient, «åpen linje» og pasienter må vite om dette
- Kan de bidra til samarbeid mellom avdelingene?
- Får være med som en del av lege/helseutdanning
- Legge til rette for brukervedvirkning
- Erfaringskonsulent legge til rette for brukerstemmer!
- Støtte brukerråd i klinikker. Gjensidig læring – utveksling
- «Fotsoldater» i tjenestene gir perspektiv som trengs i daglig drift
- Erfaringskonsulenter kan bidra med praksiserfaring ovenfor for eksempel ungdomsrådet, på aktuelle problemstillinger
- Bli tydelig i komplekse saker (pasienter med flere diagnoser)
- Erfaringsutveksling
- Har erfaringskonsulenter kunnskap om ulike etniske grupper med ulike språklig og kulturell bakgrunn, formidles dette til Helse Nord?
- Hvordan kan og hva kan organisasjonene lære av erfaringskonsulenter og visa versa?
- Erfaringskonsulent Nordlandssykehuset;
 - Høy inkludering av dem gjennom hele prosessen
 - Jobbe i varierte miljø
 - Ønske at prosjektene skal videreføres
 - Etablere fagnettverk over større geografiske område fra Bodø, Vesterålen og Finnmark
 - Satses på å videreutvikle og videreutdanne erfaringskonsulenter
 - Bruk kompetanse fra hele Nord-Norge
 - Løft samiske fra alle samiske språk og språkområder i nord
 - Gi et bredere syn på ting
-



5. Hvordan kan organisasjoner og brukerrepresentanter bidra til å sikre at nødvendig kunnskap når fram til medlemmene i sine organisasjoner?

Innspill:

- Kommunikasjonskanaler;
 - Man må ikke glemme brosjyreinformasjon. Verden er ikke digital
 - Brosjyrer
 - Brosjyrer og medlemsblad bør henvise til nettet og visa versa
 - Medlemsbladene til organisasjonene
 - Informasjonsbrev
 - Informasjonsmøter
 - SMS, mail, brev, post
 - At informasjon finnes på internett og at medlemmene vet hvor de finner den
 - Internett info
 - Kampanjer
 - Sosiale medier
 - Instagram
 - Informasjon stand. Alle organisasjoner
 - Lokal media
 - Informasjon; Skriftlig i medlemsblad, møter fysisk, digitale hjemmesider
- Møteplasser;
 - Informasjonsmøter med medlemmer, Medlemsmøter
 - Invitere brukerutvalg o.l. inn i for eksempel årsmøter
 - Åpne møter
 - Digitale samlinger
 - Fagdager
- Legge til rette for læring, opplæringsprosesser. Temamøter
- Bruke brukerbank
- Gjensidig informasjon
- Er informasjon relevant eller er den gammel??
- Huske på at alle er ikke (like) digitale
- Ingenting kommer automatisk for noen
- Dialog mellom representanter og ledelse
- Legge til rette for meningsutveksling innad i organisasjonen
- Toveis kommunikasjon, at medlemmene kan komme med sine innspill også
- Bringe referater videre fra møter, utvalg og konferanser. Dele videre kunnskapen
- Pasientgrupper blir undertrykt
- Informasjon på flere språk
- Kommunikasjon
- Medlemmer skaffe seg informasjon
- Medlemmer skaffer informasjon
- Organisasjonene må sortere ut relevant informasjon til sine brukere

6. Digitale tjenester: Hva skal til for at dette skal oppleves bra for brukerne?

Innspill:

- At det både er digitale og fysiske møter
- Alternativ og/eller bistand til digitale løsninger;
 - Det må være enkelt å få kontakt med en fysisk person
 - Alternativ til digitale tjenester må være tilgjengelig (menneske)
 - Spørsmålet er også hvordan ivareta de som ikke har digital kompetanse
 - Ikke tvang med digitale møter. Må være et valg. Individuelle vurderinger av helsepersonell
 - Må kunne velge bort digitale tjenester hvis man ikke har mulighet til å benytte dette
 - Bør være kurs for å bruke digitale løsninger
 - Oppdateringshjelp – nye program
 - Bruke frivilligheten til bistand. Ved behov digitale tjenester
 - Tilgang til grunnleggende digital opplæring
 - Hjemmesykepleie – hjelpepleier kommer hjem med ferdig innstilt iPad (hjelp)
 - Kommunalt kontor
- Dyslektikere: manglende språkferdigheter kan være en demper for å ta i bruk det digitale
- Noen kan hjelpe de eldre på digitale tjenester slik at de slipper å reise også. For noen er det umulig/vanskelig å reise
- At det er mulig å delta på digitale møter om et er langt å reise. Da kan også helsepersonell i kommunen være behjelpelig
- Ivaretagelse pasient ved digitale tjenester;
 - Sikre at pasient føler seg sett og hørt
 - Helsepersonell må være «til stede» også digitalt. Pasienter føle seg sett og ivaretatt
 - For ansatt: opplæring i å være nåværende. Tilstede med pasienten også digitalt
- Brukervennlighet;
 - Gode løsninger på de digitale tjenestene
 - Oversiktlige løsninger
 - Må være enkelt
 - Enkelt språk
 - Utvikle enkle digitale løsninger tilpasset den enkelte bruker/pasient
 - Skikkelig brukertestet!
 - God lyd
 - Lettfattat språk
 - Ikke for mye tekst
 - Enkel tilgang
 - Enkel å finne frem. Pasientknapp
 - Trykkemetode «touch»

- Viktig informasjon må bli gitt på alle plattformer og må være lett tilgjengelig
- Hvis ulike prøver er tatt kan det være fint med digitale møter, selv for telefon
- Elektive digitale konsultasjoner
- Styrket informasjon om trygghet ved utfylling av person-/taushetsbelagt informasjon ved digitale tjenester
- Begrenset nærpersontilgang
- Digitale møter;
 - Sykdom ofte skambelagt
 - Sitte hjemme med skammen?

7. Ordninger som skal sikre helhetlige og sammenhengende tjenester: Brukerkonferansens ønsker til helseforetakene.

Innspill:

- Individuell plan;
 - Informasjon om rettigheter til individuell plan
 - Ansvarsgruppe? Individuell plan
 - Individuell plan koordinatorene
 - Kan noen overprøve et vedtak på individuell plan
 - Kan vi pålegge noen til å lage/vedta individuell plan. Kan noen si nei
 - Ta informasjon om individuell plan inn i utdanningen for;
 - Sykepleiere
 - Leger
 - Psykologer
 - Informasjon om hvor og hvem som kan/skal hjelpe med individuell plan
- Koordinatorer;
 - Personlige koordinatorene
 - Frikjøpe ansatt til å være koordinator (IP)
 - Utarbeide pakkeforløp hjem for alle diagnosegrupper
 - Økt stillingsprosent for koordinatorene
 - Frikjøpe koordinatorer
 - Kommunen må opprette de paragrafpålagte tjenestene, f.eks. koordinator
 - Kommunene må ha fungerende koordinatortjenester
 - Koordinator mellom fastlege og sykehuset
 - Pasient/pårørende må kjenne til koordinatorordningen (informasjon)
- Kontaktperson til pasienter;
 - Gi kontaktinfo
 - Hvor skal man ringe
- Oversikt over hvilke helsetjenester som finnes
- Tydelig ansvarsforhold!
- Oppfølging av pasienter
- Minimumsnivå for forsvarlig tjeneste
- Lytte til hva pasienten ønsker
- Tilgjengelighet
- Medmenneskelighet
- Gode overganger
- Overgangssamtaler med både nåværende behandler og den nye
- Følge opp
- Mer tid til mer pasienter
- Forholde seg til færrest mulig
- Involvere pårørende
- Økt felles samhandling i helsetjenesten;

- Forenkle og sikre informasjonsflyt mellom fagenheter innen spesialisthelsetjenesten og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten
- Pasientjournal i legevakta
- Helsetjenestene deler ut informasjon om brukerorganisasjoner og opplyse om ulike kontaktpersoner
- Helseforetakene og kommunene må iverksette implementering av pakkeforløp hjem for kreftpasienter
- Tjenestene må vite om hverandre
- Brukerstemmen;
 - Samarbeid mellom brukerutvalgene og foretakene
 - Samarbeid mellom organisasjoner og helseforetak
 - Samarbeid med brukerorganisasjon
 - Brukermedvirkning
- Mestringskurs – ta inn brukerorganisasjoner
- Sørge for god kunnskap på avdelingene om sykdom/tilstand som de har ansvar for
- Helsetjenesten er oppdatert på ny forskning
- Offentlige og frivillige hjelpere (koordinere, hvem gjør hva)
- Større valgfrihet til behandling
- Helsepersonell;
 - Bedre arbeidsforhold for fastlegene
 - Fast ansatte spesialistee
 - Ambulering av fagfolk/spesialister
 - God rekruttering av helsepersonell – riktige hender og nok hender
 - Stabilisering/rekruttering helsepersonell
 - Sikre gode arbeidsforhold for ansatte
 - Fast ansatte spesialister og spesialsykepleiere
- Hospitering
- Kontaktlegeordningen
- Helsevesenet må få økte bevilgninger i små kommuner for å løse lovpålagte oppgaver

8. Ved eventuell ny nedstengning: Hva er det viktig for pasienter og pårørende at tjenestene er særlig oppmerksomme på?

Innspill:

- Økonomi;
 - Økonomi/pasientreiser
 - Mer penger til kommunene for å drive primær helsetjeneste, også under pandemi
 - Økonomisk hjelp – informasjon om hva du har rett på
- Pårørende;
 - Pårørende er enn del av behandling
 - La pårørende være med på sykehuset ved fødsel og sykdom
 - Pasienten og nærpå personer er like viktige. Pårørende må være en støtte for pasienten
 - Pasientens behov for pårørendestøtte og nærpåpersonstøtte
 - Viktig at ledsager får være med!
 - Viktigheten av å ha med seg pårørende! Ikke stenge ute og bare la pasienter komme til avtaler alene. Både voksne og barn
 - At pasient og pårørende/nærmeste ikke skilles
 - Pårørende kan ikke stenges ute – lærdommen er at man må fjerne rom for omsorg – forsvarlig omsorg
 - Anerkjennelse viktigheten av pårørenderolle
 - Dele opp sykehuset slik at det blir små behandlingssenheter som kan nå både pasienter og pårørende inne samtidig. Pårørende som en del av behandling
- Omsorg pasientens behov og pårørendes behov, og likebehandling
- Hvile- og venterom med mat under venting
- Informasjon;
 - Klar tekst
 - Informasjonsfoldere og plakater må ikke fjernes. Viktig at informasjon er like tilgjengelig
 - Lik informasjon overalt. Ikke fragmentering
 - Tilgjengelighet og lettfattelig informasjon for alle
 - Inn i brukerutvalg med informasjon
 - Informasjon, kunnskap
 - Når noen kommer inn på sykehuset må det være en skjerm med rullerende tekst og høyttaler for å levere informasjon uten smittefare
- Trygghet ;
 - Informere pasientene om at å bruke helsetjenester er trygt
 - Opprettholde viktige tjenester og tiltak
 - Minimumsnivå for forsvarlige tjenester
 - Trygge pasientene til viktig helsehjelp
 -
- Økende bruk av koordinatører/info om rettigheter
- Felles regler hos alle avdelinger
- Lik praksis i alle ledd

- Medmenneskelighet
- Registrere hjelp behov
- Pasienter har rett til faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp
- De sårbare gruppene, de som er stille og de som fort faller utenfor
- Forskjellsbehandling i pasientreiser – vi føler det!
- Opprettholde fysiske samtaler innenfor psykisk Helse Nord. Holde fast ved dagens behandling
- Stå på kravene sine!

Møtedato: 10. november 2022
Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
3.11.2022

RBU-sak 93-2022

Regional utviklingsplan 2023-2038 – høring, oppfølging av sak 80-2022

Formål

Formålet med saken er å utarbeide høringsinnspill fra Regional utviklingsplan 2023-2038.

Regionalt brukerutvalg fikk presentert høringsversjonen av regional utviklingsplan for det regionale brukerutvalget (RBU) i møte 17. oktober 2022 jf. *RBU-sak 80-2022*. For informasjon om høringsutkastet til Regional utviklingsplan 2023-2038 vises det til RBU-sak 80-2022. For prosess og mandat for arbeidet vises til RBU-sak 67-2022 *Regional utviklingsplan 2023-2038* i RBU-møtet 19. september 2022.

Regionalt brukerutvalg vedtok følgende i *RBU-sak 80-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038 – høring*:

1. *Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar høringsbrevet om Regional utviklingsplan 2023-2038 til orientering.*
2. *Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF utarbeider et utkast til innspill til Regional utviklingsplan 2023-2038 for behandling i RBU-møte i november.*

Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg har utarbeidet et utkast til innspillpunkter som sendes til RBU-medlemmene i forkant av behandling i møtet 10. november 2022.

Forslag til vedtak

Det regionale brukerutvalget inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Det regionale brukerutvalget har følgende innspill til *Regional utviklingsplan 2023-2038*:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 3. november 2022

Hilde Rolandsen
fung. administrerende direktør

Utrykt vedlegg: [RBU-sak 80-2022 *Regional utviklingsplan 2023-2038 – høring*](#)

Møtedato: 10. november 2022
Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
02.11.2022

RBU-sak 94–2022

Digital strategi for Helse Nord 2023-2038

Formål

Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Nord RHF er invitert til å gi innspill til *Digital strategi for Helse Nord 2023-2038*.

Beslutningsgrunnlag

RBU ble i møte 17. oktober 2022 orientert om sak 87-2022/6 *Digital strategi for Helse Nord – prosess for innspill*, og invitert til å komme med innspill til den digitale strategien.

I etterkant av møtet ble det oversendt dokumentasjon som grunnlag for behandling av saken per e-post til medlemmene av Regionalt brukerutvalg. Dokumentene som ble oversendt er vedlagt saken.

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar oversendte saksdokumenter om *Digital strategi for Helse Nord 2023–2038* til orientering.
2. Det regionale brukerutvalget har følgende innspill til Digital strategi for Helse Nord 2023–2038:
 - a. ...
 - b. ...
 - c. ...

Bodø, 2. november 2022

Hilde Rolandsen
fungerende administrerende direktør

Vedlegg:

1. Digital strategi for Helse Nord RHF – invitasjon til å gi innspill (siste versjon)
2. Digital strategi for Helse Nord RHF 2023–2038 – utkast versjon 08
3. Det digitale 2038 – innsiktsrapport
4. Liste over mottakere av invitasjon til å gi innspill

Til adm. direktør v/
Finnmarksykehuset HF
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF
Nordlandssykehuset HF
Helgelandssykehuset HF
Sykehusapotek Nord HF
Helse Nord IKT HF

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler
 2022/1199 Kjersti Marie Lauritzen/
 Espen Mælen Hauge

Dato:
Bodø, 18.10.2022

Innspill til Digital strategi for Helse Nord RHF.

Viser til direktørmøter 21.04.2022 sak 56-2021 *IKT-plan 2022-2024 og Digital strategi 2035*, hvor det ble konkludert med følgende:

1. Adm. direktører i Helse Nord RHF og helseforetakene i Helse Nord er omforent om innhold i IKT-plan for 2022-2024, med de innspill som kom fram under behandling av saken. Planen inngår i grunnlaget for prioriteringer i økonomisk langtidsplan.
2. Adm. direktører i Helse Nord RHF og helseforetakene er enige om innretningen på Digital strategi 2035, med de innspill som kom frem under behandling av saken.

Digital strategi (vedlegg 1) er en strategi for Helse Nord RHF, det vil si en strategi for det regionale helseforetaket og vil fungere som **styringsverktøy for digital transformasjon** i foretaksgruppen. Digital transformasjon er prosessen hvor organisasjoner bruker digitale løsninger til å etablere nye forretningsmodeller med bakgrunn i de teknologiske mulighetene.

Ofte medfører digital transformasjon radikale endringer i måten arbeidsoppgavene utføres og organiseres. Digital transformasjon er avhengig av vilje til å organisere arbeidet på en annen måte, vilje til å endre etablerte arbeidsprosesser og baseres på moderne digital teknologi. Digital transformasjon krever derfor lagspill mellom flere profesjoner, spesielt lagspill mellom primærvirksomheten og teknologileverandøren. Organisasjoner som er gode på digital transformasjon har ofte konkurransefortrinn, både hva gjelder effektivitet og kvalitet.

Helse Nord RHF's Digitale strategi er utviklet med basis innspill fra medarbeidere i egen organisasjon, samtaler med flere nøkkelpersoner i HFene, samt i innsiktsrapporten *Det digitale 2038* (vedlegg 3). I tillegg har det vært et samarbeid med Regional Utviklingsplan 2038 (RU38). Den digitale strategien og RU38 deler utfordringsbilde. Dette har medført at digitale strategien har endret tidsperspektiv til 2038.

I 2038 vil samspillet mellom menneske og teknologi være enda viktigere enn i dag. Den digitale teknologien vil åpne for mange nye muligheter, men helsetjenesten vil alltid utøves i samspillet mellom pasientene og deres pårørende og de ansatte. Det er pasienten og de pårørende som vil ta i bruk digitale løsninger og tjenester som skal forenkle hverdagen og sikre deltagelse i eget pasientforløp. Det vil være de ansatte som vil benytte teknologi til å behandle flere med færre hender. Det er de ansatte som vil bruke teknologi til å gjøre medisinske fremskritt som hever kvaliteten på behandlingen og det er de ansatte som utarbeider nye arbeidsprosesser og bruker teknologi til å redusere andelen administrativt arbeid.

Helse Nord RHF søker langsiktig, strategisk og helhetlig tilnærming til digitale transformasjon, hvor menneskene og teknologien fungerer i et samspill. Samtidig skal Helse Nord RHF realisere den til enhver tid sittende regjerings helsepolitikk og ivareta og sikre gevinster av allerede gjennomførte investeringer.

Helse Nord RHF har valgt å formulere en strategi på bakgrunn av at det skal utvikles et handlingsmønster for å sikre gode beslutninger som skal bidra å nå ønsket visjon. I tillegg vil handlingsmønsteret bidra til at det kan utarbeides utviklingsplaner med en kortere tidshorisont. I Helse Nord RHF omtales handlingsmønster som strategiske grep og blir i den digitale strategien oppsummert med viljeserklæringer som begynner med «Vi legger innsats i å ...» osv.

Fremtidens digitale Helse Nord angår oss alle og kun i fellesskap kan vi skape det digitale Helse Nord. Helse Nord RHF har derfor valgt å be om innspill fra alle helseforetakene, konserntillitsvalgte og -verneombud, samt Regionalt brukerutvalg.

Innspillene kan med fordel være korte og presise i formen, og spisset inn mot de viktigste tema for avsenderen. Helse Nord RHF ønsker spesielt innspill knyttet til:

- om de strategiske grepene beskrevet i strategien vil bidra til å realisere helseforetakenes utviklingsplan for perioden 2023-2038.
- om perspektivene med de foreslåtte strategiske grepene møter utfordringsbildet beskrevet i Regional utviklingsplan 2023-2038.
- Helse Nord RHF's særskilte ansvar for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkning
- om dere har andre innspill og tilbakemeldinger

Innspill sendes til postmottak@helse-nord.no innen 10. november 2022 og merkes «Innspill til Digitale strategi 2038», med saksreferanse 2022/1199.

Forslag til endelig *Digital strategi 2038* legges frem for Helse Nord-styret 14. desember 2022.

Vi imøteser deres tilbakemeldinger.

Vennlig hilsen

Hilde Rolandsen
Eierdirektør

Kjersti Marie Lauritzen
spesialrådgiver

Vedlegg:

1. Utkast Digital strategi 2038
2. Mottakerliste av innspillsbrev
3. Innsiktsrapporten *Det digitale 2038*

Et digitalt 2038

Digital strategi for Helse Nord RHF 2023–2038

Sammen om helse i nord

Forord

Sammen om helse i nord

Visjonen er vårt ønskede fremtidsbilde som vi strekker oss mot. Vi får til mer sammen og med basis i vårt verdigrunnlag: kvalitet, trygghet, respekt og lagspill.

Vi får til mer når helseforetak samarbeider seg imellom og sammen med kommuner og andre helse- og samfunnsaktører. Helsetjenesten er til for pasienter og pårørende, og sammen med dem kan vi utvikle og gi gode helsetilbud. Sammen har vi et felles ansvar for en sammenhengende helsetjeneste i nord. Digitale løsninger er og vil være en viktig bidragsyter for å løse vårt felles ansvar.

Helse handler her både om helsetilstanden i befolkningen og om utvikling av helsetjenesten. Vi skal sammen bidra til best mulig helse i befolkningen, og det skal vi klare gjennom å stadig utvikle helsetjenestetilbudet i nord. De digitale og virtuelle løsningene vil i større utstrekning inngå som del av og i utbredelsen av helsetjenesten.

Cecilie Daae,
adm. direktør
Helse Nord RHF

1. Visjon for det digitale 2038

I 2038 vil vi fortsatt snakke mest om mennesker når vi snakker om spesialisthelsetjenesten. Det er mennesker som er pasienter og pårørende og det er mennesker som arbeider i spesialisthelsetjenesten og i de øvrige virksomhetene som Helse Nord har en relasjon til. Samtidig vil den teknologiske utviklingen i 2038 ha endret verden rundt oss. Den digitale utviklingen har bidratt til en bedre og mer effektiv pasientbehandling med lavere forbruk av ressurser. Pasientens pårørende vil være mer inkludert i behandlingen. Den analoge helsetjenesten vil ha smeltet sammen med den digitale helsetjenesten og innbyggerne i nord vil nyte godt av en hybrid helsetjeneste. Et digitalt Helse Nord vil bidra til at landsdelen vår knyttes tettere sammen samtidig som vi bidrar til alle i Norge får et bedre og mer likeverdig helsetilbud

På veien frem mot 2038 har Helse Nord lyktes med å utvikle ledere med et digitalt tankesett som evner å utvikle og høste gevinster av den digitale transformasjonen. For å nyttiggjøre seg av mulighetsrommet er kompetanse på omstilling og vilje til å endre organisering og struktur på virksomheten helt avgjørende. For å lykkes er Helse Nord avhengig av å etablere felles standardiserte digitale tjenester til det beste for pasientene.

I 2038 vil pasienten og pårørende oppleve en sammenhengende digital helsetjeneste og skillet mellom nivåene i den offentlige helsetjenesten og øvrige helseaktører vil være visket ut. Helse Nord har utviklet digitale tjenester og digitalisere eksisterende tjenester slik at pasienter og pårørende opplever og får en god og sammenhengende helsetjeneste i nord og i Norge.

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

For å kunne oppnå dette i 2038 er Helse Nord avhengig av å jobbe mot visjonen:

Sammen om et digitalt fellesskap for helse i nord

2. Verdier

Kvalitet, trygghet og respekt er nasjonale verdier for spesialisthelsetjenesten. Gjennom et godt lagspill skal vi her i nord bidra til en spesialisthelsetjeneste som lever opp til verdiene.

Gode digitale løsninger vil bidra til øket kvalitet i behandlingen, øke tryggheten gjennom god og riktig informasjon. Helse Nord respekterer pasientenes tid og situasjon gjennom å tilby løsninger på pasientens premisser. Digitale løsninger muliggjør lagspill med pasienten og hvor helsearbeidere opplever som viktige medspillere uavhengig av geografi, organisasjon og profesjon. Visjonen, sammen om et digitalt fellesskap for helse i nord, hjelper oss å realisere verdiene.

3. Strategiens formål

Dette er en strategi for Helse Nord RHF, det vil si en strategi for det regionale helseforetaket og vil fungere som et **styringsverktøy for digitale transformasjon** i foretaksgruppen frem mot 2038.

Visjonen og strategien bygger på innsiktsrapporten Det digitale 2038 og er nært knyttet til det pågående arbeidet med regional utviklingsplan for Helse Nord RHF.

Det forutsettes at strategien kompletteres med et arbeid som kartlegger en ambisjon for en kortere tidsperiode (1-4 års perspektiv). I tillegg bør det utarbeides handlingsplaner og andre tiltak for å realisere ambisjonene.

4. Overordnede mål med strategien

Helse Nord's digitale visjon og strategi setter retning mot 2038 for hvordan Helse Nord skal utvikle seg digitalt. Strategien skal bidra til at digital transformasjon blir styrt i ønsket retning. Visjonen og strategien skal være retningsgivende for hele Helse Nord.

Overordnede, årlige styringsmål er gitt i oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. Strategien har som mål å bidra til at Helse Nord beveger seg i positiv retning i forhold de disse målene.

Overordnede mål:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

I tillegg skal den digitale utviklingen bidra til at samiske pasienter får et likeverdig spesialisttjenestetilbud hvor samisk språk og kultur blir ivaretatt.

Frem mot 2038 forventes en endring av rollene til pasient og fagprofesjonelle som vil medføre systemendringer¹. En transformasjon fra en diagnosefokuser, episodisk og re-aktiv helsetjeneste til personsentrert, integrert og proaktive helsetjeneste med organisering og struktur tilpasset teknologisk mulighetsrom gir retning for digitalisering og digital transformasjon av Helse Nord.

¹ Bernsten G, Chetty M, Ako-Egbe L, Yaron S, Phan P, Curran C, et al. Person-Centred Care Systems: From Theory to Practice. A White paper for ISQUA. (in press). ISQUA; 2022. Report No.: ISBN 978-0-9955479-2-6.

Fra	Pasient	Til
Pasienten er passiv mottaker av helsetjenester.	Jeg er et individ, ansvarlig for min kropp og helse, og vil ta aktivt ansvar i min egen behandling.	
Helse defineres av fagpersoner.	Helse er en ressurs for "hva er viktig" for meg.	
Helsetjenesten vurderer og behandler helseutfordringer som passer inn i faglig forhåndsdefinerte diagnoser.	Helsevesenet veileder og støtter min søken etter helse på mine premisser.	
Fra	Profesjonelle	Til
Pasienten er en besøkende i fagpersoners verden.	Fagpersonen er en besøkende i pasientens liv.	
Fagpersonen inviterer pasienten til å delta i evidensbaserte og faglig definerte forløp og mål.	Pasienten inviterer fagpersoner til å støtte og veilede "i det som er viktig for meg" ved hjelp av evidens- og erfaringsbasert kunnskap og ferdigheter.	
God behandling defineres av fagpersoner.	God behandling i hele pasientreisen defineres av hva "som er viktig" for pasienten.	
Fra	System	Til
Systemene er siloer inndelt i omsorgsnivå og profesjon.	Systemenhetene er selvorganiserende og ansvarlige for pasientreisen.	
Systemet finansierer, støtter og kontrollerer helsetjenester basert på en silobasert tjenesteproduksjon.	Systemet finansierer, støtter og kontrollerer hele pasientreisen	
Systemets suksess måles i kost-nytte der nytten er definert av faglig teknisk kvalitet	Systemets suksess måles i kost-nytte der nytten er en kombinasjon av pasientdefinert verdi og faglig teknisk kvalitet.	

5. Prioriterte strategiske grep

I 2038 vil samspillet mellom menneske og teknologi være enda viktigere enn i dag. Den digitale teknologien vil åpne for mange nye muligheter, men helsetjenesten vil alltid utøves i samspillet mellom pasientene og deres pårørende og de ansatte. Det er pasienten og de pårørende som vil ta i bruk digitale løsninger og tjenester som skal forenkle hverdagen og sikre deltagelse i eget pasientforløp. Det vil være de ansatte som vil benytte teknologi til å behandle flere med færre hender. Det er de ansatte som vil bruke teknologi til å gjøre medisinske fremskritt som hever kvaliteten på behandlingen og det er de ansatte som

utarbeider nye arbeidsprosesser og bruker teknologi til å redusere andelen administrativt arbeid.

Helse Nord RHF søker langsiktig, strategisk og helhetlig tilnærming til digital transformasjon, hvor menneskene og teknologien fungerer i et samspill samtidig som Helse Nord skal realisere den til enhver tid sittende regjerings helsepolitikk og ivareta og sikre gevinster av gjennomførte investeringer.

5.1 Nasjonale teknologi- og digitaliseringssatsinger

Flere nasjonale digitaliseringssatsinger som har som formål å gjøre Norge til et sammenhengende land hvor informasjon flyter mellom innbyggere, næringsliv og det offentlige pågår. Disse satsingene har som overordnet mål å etablere digitale tjenester som kan benyttes av innbyggere i Norge.

Ny nasjonal e-Helse strategi vil legge føringer for den digitale utviklingen innen spesialisthelsetjenesten de kommende årene. Denne strategiens visjon er: Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring.

For å ivareta nasjonale satsinger legger vi innsats i å:

- delta i nasjonale digitaliseringssatsinger initiert av Direktoratet for e-helse, Digitaliseringsdirektoratet og øvrige offentlige instanser
- aktivt delta i teknologi og digitaliseringsnettverk
- implementere teknologiene og de digitale løsningene så snart forholdene ligger til rette for det

5.2 Helse Nord's digitale grunnmur

En stabil, sikker og skalerbar IKT infrastruktur og felles standardiserte systemer er en forutsetning for å gjennomføre en digital transformasjon. Helse Nord har de senere årene investert betydelig i å sikre en god infrastruktur og felles kliniske systemer.

For å ivareta Helse Nord's digitale grunnmur legger vi innsats i å:

- alltid ha en enhetlig og sammenhengende digital infrastruktur som tilfredsstillers dagens krav og som kan utvikles til å møte fremtidige behov
- fortsette arbeidet med å utvikle standardiserte arbeidsprosesser med tilhørende applikasjonsportefølje i hele foretaksgruppen
- alltid ha sikkerhet og informasjonssikkerhet hvor risikoeksponeringen er akseptabel

5.3 Pasient og pårørende

I 2038 vil pasienter i nord ha all informasjon på «ett sted» og ha «ett kontaktpunkt» med sine behandlere eller sitt team. Samtidig skal de pårørende eller vergen til pasienten og øvrige interessenter f. eks fastlege, kommunale tjenester, NAV, skole etc. som har et tjenstlig behov være inkludert i informasjonsstrømmen og kunne delta mer aktivt i behandlingen. Pasienten skal slippe å fortelle sin historie flere ganger og oppleve samsvar mellom informasjonen de får

fra ulike helsearbeidere. Pasient og pårørende skal møte en sømløs helsetjeneste der gråsonen mellom nivåene viskes ut.

Samarbeidet mellom alle aktørene som leverer helsetjenester og pasienten skal være navet i samhandlingen og koordineringen, og pasientens egeninnsats er sentral for å forebygge og forhindre sykdom. Behandlingsplaner er lett tilgjengelig for pasienten og behandlingsteamet. En behandlings- og oppfølgingsplan skal gi pasient og pårørende oversikt over den samhandlingen som er planlagt.

Pasientens autonomi har blitt forsterket. Pasienten eier og velger selv å dele data med andre. Helse Nord skal forvalte data for en proaktiv oppfølging sammen med pasient og pårørende med aktiv bruk av digitale verktøy og kunstig intelligens for å unngå økt arbeidsbelastning på helsetjenesten.

For å sikre at Helse Nord pasienter og pårørende møter en personsentrert, integrert og proaktive helsetjeneste legger vi innsats i å:

- Utvikle og tilpasse digitale spesialisthelsetjenester slik at de bidra til et likeverdig spesialisttjenestetilbud til den samiske befolkningen.
- benytte tjenestedesign eller tilsvarende metodikk for å utarbeide felles målbilde for «hva er viktig for meg» for kommunikasjon og informasjonsdeling med pasienten, pårørende og deres øvrige interessenter. Målbildet med tilhørende løsninger blir felles for hele Helse Nord på tvers av profesjoner og for alle Helse Nord sine virksomheter.
- ta i bruk digitale verktøy for team-arbeid med proaktiv risikostratifisering som fanger opp mangler og diskontinuitet i behandlingen
- ta i bruk digitale verktøy for selv-hjelp, inkludert egenrapportering og sensorer, der risiko og resultat inngår i dokumentasjonen
- ta i bruk automatiske alarmer ved økende risiko, kombinert med beslutningsstøtte
- innføre kommunikasjonsløsninger som er velegnet for digital dialog mellom pasient og pårørende og helsepersonell, der det er enkelt å gi fullmakter til pårørende. Kommunikasjonsløsningen innbefatter både den tekniske løsningen i tillegg bl.a. rutiner for bruk og premisser som må oppfylles for at kommunikasjonsløsningen skal tas i bruk.

5.4 Det digitale sykehuset

I 2038 vil helsefagsansatte ha et stort utvalg av både mobile og digitale verktøy som har bidratt til en bedre arbeidshverdag og verktøyene har bidratt til at pasient og pårørende dialogen har fått økt kvalitet. Et betydelig antall av arbeidsprosessene har blitt redesignet, digitale og/eller automatiserte.

Tilfanget av både interne og eksterne data generert av måle- og sensorteknologi for digital beslutningsstøtte har økt og er integrert i behandlingsforløpene.

Helse Nord har i 2038 etablert felles regionale virtuelle tjenester som en integrert del av behandlingsforløpene. Virtuelle tjenester for pasientkontakt benyttes i betydelig utstrekning. I tillegg benyttes virtuelle tjenester for å sikre spesialiststøtte til den øvrige helsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten har sitt viktigste økosystem i samspill med pasienter, fastleger, kommunehelsetjenesten, private tilbydere av helsetjenester med avtaler med de regionale helseforetakene og NAV. I 2038 tilbyr private et betydelig volum av digitale og dermed stedsuavhengige helsetjenester. Store internasjonale selskaper bygger plattformer tilpasset pasienters behov for innsikt og overvåking av egen helse. I 2038 er helsetjenesten et stort økosystem med funksjonalitet levert av både offentlige og private helsetilbydere og store teknologileverandører. Helse Nord er navet i dette økosystemet for egen region under visjonen sammen for et digitalt fellesskap for helse i nord.

For å realisere digitale sykehus legger vi innsats i å:

- En regional satsning på digital teknologiutvikling og kompetanse på anvendelse av digital teknologi.
- re-designe, digitalisere og automatisere arbeidsprosesser
- etablere virtuelle tjenester som benyttes av hele foretaksgruppen. De virtuelle tjenestene blir en integrert del av bl.a. behandlingsforløp, samarbeid på tvers av helseforetakene og øvrige samarbeidsaktører.
- etablere partnerskapsmodell med helseaktører som kan bidra til at funksjoner som ikke er nødvendig i direkte pasientbehandling kan lokaliseres andre steder
- etablere nasjonalt eller regionalt økosystem av helseaktører som koordineres enten på nasjonalt nivå eller av Helse Nord
- etablere nasjonalt eller regionalt økosystem av teknologileverandører til helsetjenesten som koordineres enten på nasjonalt nivå eller av Helse Nord

5.5 Ansatt i Helse Nord

I 2038 er de ansatte i Helse Nord stolte av å jobbe i en veldrevet spesialisthelsetjeneste og føler en tilhørighet til Helse Nord og egen leder, uavhengig om de har sin fysiske arbeidsplass ved en av Helse Nord's lokasjoner eller de er hybride medarbeidere.

I Helse Nord er digitale verktøy og løsninger en naturlig del av arbeidshverdagen og ansattes ferdigheter utvikles og trenes i et digitalt miljø.

I møte med pasienten og dens pårørende er den ansatte trygg i valg av digitale løsninger for å kommunisere med pasienten. Dokumentasjon av både pasientdata og pasientkommunikasjonen skjer effektivt og fortløpende.

For mange ansatte i Helse Nord vil den digitale transformasjonen i perioden frem til 2038 ha påvirket arbeidshverdagen fra en hverdag sentrert rundt et sykehus, til en hverdag hvor pasienten er i sentrum, uavhengig av hvor pasienten befinner seg.

For å sikre rekrutteringen til Helse Nord og utvikle og beholde dyktige ansatte legger vi innsats i å:

- definere og implementere hybride ansettelsesmodeller
- definere og implementere personalpolitikk for ambulante ansatte og team

- utvikle og implementere hybride og gjerne micro opplærings-, trenings- og ferdighetsprogram.
- få digital kommunikasjon innarbeidet i helsefagutdanningene og aktivt tilpasse den til landsdelen og de tjenestene som leveres til den samiske befolkningen.

5.6 Ledelse

I 2038 preges lederskapet i Helse Nord av at foretaksgruppen har vært gjennom mange år med digital transformasjon og at dette er en naturlig del av toppledelsens arbeidsområde. Virksomhetene i Helse Nord har utviklet seg kontinuerlig og i takt med den digitale transformasjonen. Helse Nord's organisasjonsstruktur er endret

Lederkompetansen vil være endret i 2038 som følge av den digitale transformasjonen. I Helse Nord har lederne sikret at foretaksgruppen har den skaperkraften som er nødvendig, lederne er informasjonskyndige og har evnen til fordypning og å ta gode beslutninger. Den sosiale kompetansen er utviklet for å møte de nye utfordringene den digitale transformasjonen gir.

For å sikre en vellykket digital transformasjon og Helse Nord's evne til å realisere gevinstene av transformasjonen legger vi innsats i å:

- å etablere et regionalt digitalt helsefellesskap med kommunene og andre relevante aktører f.eks NAV, BUP, private helsetjenester og påtar seg rollen med å orkestrere dette.
- unytte handlingsrom gjennom organisasjonsutvikling, prosessdesign og strukturendring
- bygge kompetanse på digital transformasjon internt i helseforetakene
- se til at digitalt lederskap er prioritert og integrert i toppledelsen i Helse Nord RHF og i de øvrige helseforetakene i regionen.
- sikre at Helse Nord har transformasjonsledere med innflytelse og troverdighet i organisasjonen
- benytte tverrfaglig samarbeid (fusion teams) i den digitale transformasjonen.
- følge opp den digitale transformasjonen kontinuerlig og vurdere effekter underveis. Nødvendige endringer i transformasjonsarbeidet blir gjennomført hurtig for å sikre ønsket effekt.
- utvikling og kompetanseheving av nøkkelferdigheter for kunne ta bedre datadrevne beslutninger
- sikre gevinst av de foretatte og nye IKT investeringer gjennom felles og standardiserte arbeidsprosesser og funksjoner.

6. Grunnlagsdokumentasjon som strategien bygger på (skal oppdateres)

Lov om spesialisthelsetjenesten

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_1

Lov om helseforetak

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93?q=helseforetaksloven>

Lov om pasient- og brukerrettigheter

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient>

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>

FNs bærekraftsmål

<https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016--2019

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2024

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>

Nasjonal eHelsestrategi

<https://ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-og-handlingsplan-2017-2022>

Nasjonal handlingsplan for kliniske studier

https://www.regjeringen.no/contentassets/59ffc7b38a4f46fbb062aecae50e272d/207035_kliniske_studier_k6_b.pdf

Regjeringens klimaplan

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-13-20202021/id2827405/>

I trygge hender 24/7

<https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2019

<https://sykehusbygg.no/nyheter/spesialisthelsetjenestens-rapport-for-samfunnsansvar-2019>

Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen

<https://helse-nord.no/nyheter/ny-nasjonal-handlingsplan-for-samiske-helsetjenester>

Regional utviklingsplan 2035 (Helse Nord RHF): <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/regional-utviklingsplan-2035>

Helse Nord RHF's vedtekter

<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/vedtekter-for-regionale-helseforetak/vedtekter-for-helse-nord-rhf/id461334/>

Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling

VISJON

Sammen om helse i nord



FORMÅL

Vi sørger for spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge, iverksetter nasjonal helsepolitikk og tar samfunnsansvar



STYRINGSMÅL

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



INNSATSOMRÅDER

- Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
- Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
- Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
- Vi forbedrer gjennom samarbeid
- Vi er forberedt



HOVEDOPPGAVER

Vi legger til rette for, planlegger, organiserer og fremmer:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning og innovasjon
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling



VERDIER

Kvalitet • Trygghet • Respekt • Lagspill



Bærekraftig utvikling – Kontinuerlig forbedring

Figur 1: Helse Nord RHF's strategiske rammeverk for utvikling

Det digitale 2038

Innsiktsrapport

Hensikten med rapporten er å synliggjøre det faglige grunnlaget og de diskusjonene som har ledet frem til Helse Nord RHF's digitale strategi, - Det digitale 2038.

Forord

Når Helse Nord i 2022 og årene fremover skal gjøre retningsvalg for den digitale utviklingen er det nødvendig å ha et bilde av hvordan Helse Nord sin digitale hverdag blir i 2038, for å kunne ta kloke valg. Visjonsbildet er være basert på generell digital utvikling, Helse Nords digitale ståsted i dag i 2022 og Helse Nord sine ambisjoner.

Veien til mål er sjelden rettlinjet og noen ganger er det både smart og nødvendig ta et skritt til siden og sågar et tilbake for få en bedre og mer effektiv vei mot en smartere og mer bærekraftig spesialisthelsetjeneste i 2038.

UTKAST

Leseveiledning

Hensikten med rapporten er å synliggjøre det faglige grunnlaget og de diskusjonene som har ledet frem til Helse Nord RHF's digitale strategi, - Det digitale 2038.

Rapporten er utarbeidet i parallell med *Regional utviklingsplan 2038* (RU38). I RU38 beskrives det totale utfordringsbildet for spesialisthelsetjenesten og regionen, fremskriving av behov, og anbefalte prioriteringer.

I RU38 er Helse Nord's særlige utfordringer illustrert i mosaikkbildet under.



Figur 1 Sammendrag av særskilte utfordringer for Helse Nord

Helse Nord leverer spesialisthelsetjenester til vel 480 000 personer som utgjør 8,9 % av Norges befolkning. Spesialisthelsetjenestene leveres til en befolkning som bor på nesten halvparten av Norges landareal¹, i to fylker, Nordland og Troms og Finnmark² og i 80 kommuner.



Figur 2 Nøkkeltall om Helse Nord

¹ Landareal inkludert Svalbard

² Stortinget besluttet den 14. juni 2022 at Troms og Finnmark fylke skal deles med virkning fra 1. januar 2024.

Samiske pasienter møter utfordringer i spesialisthelsetjenesten på grunn av manglende kunnskap om samisk språk og kultur. Utviklingen av det digitale 2038 har som ambisjon å bidra til å redusere utfordringene og å bidra til et likeverdig spesialisttjenestetilbud til den samiske befolkningen.

Mandatet for arbeidet (vedlegg 1) avgrensner og setter rammer for rapporten. Kort oppsummert skal rapporten beskrive effekten og konsekvensene av en digital transformasjon frem i tid – 2038. Konsekvensene av transformasjonen blir belyst i fem perspektiv- pasient og pårørende, ansatte i Helse Nord, styring og ledelse, digitalt sykehus og virtuelt sykehus.

Det er styret i det regionale helseforetaket som fastsetter de overordnede strategier for foretaksgruppen. Digitalstrategien – Et digitalt 2038, som vil utledes av denne rapporten, skal besluttes av styret i det regionale helseforetaket og vil dermed være førende for det regionale arbeidet på digitaliseringsområdet i foretaksgruppen Helse Nord. Strategien vil inngå i det regionale helseforetakets styringssystem.

Det operative ansvaret for å tilby befolkningen spesialisthelsetjenester er lagt til helseforetakene. Digitaliseringsstrategien vil dermed være et viktig retningsdokument for foretaksgruppen. Operasjonalisering av strategien vil skje i en etterfølgende planprosess hvor helseforetakene vil delta gjennom handlingsplaner. Konkretisering av tiltak vil prioriteres innenfor rammen av regionale, faglige strategier og planer, økonomisk langtidsplan og oppdrag til helseforetakene. Det enkelte helseforetak er ansvarlig for at strategiene settes i verk, tilpasses og gjøres relevant lokalt.

Metode

Denne rapporten er skrevet av en kjernegruppe som har hentet innspill fra ledelsen i alle helseforetak, fagpersoner, regionalt brukerutvalg, regionalt innovasjonsnettverk og ledergruppen i Helse Nord RHF som også har vært styringsgruppe. Underveis har kjernegruppen gjort omfattende litteratursøk og hatt tilgang til Gartners globale nettverk og faglige spisskompetanse. Kjernegruppen har også vært involvert i Regional utviklingsplan for 2038.

Rapporten har en kvalitativ tilnærming der vi har forsøkt å se de regionale utfordringene i sammenheng med globale trender, og hvordan andre bransjer fundamentalt har endret sin forretningsmodell basert på digital transformasjon (prediktiv metodikk). Samtidig har vi fokusert på en ønsket utvikling der dagens utfordringer i stor grad er løst (preskriptiv metodikk).

Visjonsbildet og strategien vil være retningsgivende for helseforetakene i Helse Nord. Det vil være naturlig å se dette som en prosess som følges opp med konkrete handlingsplaner.

Det langsiktige digitale målbildet for Helse Nord vil påvirkes av en rekke faktorer og det har vært nødvendig å gjøre flere avgrensninger. Strategien tar ikke stilling til hvilke teknologier, standarder og systemer som skal velges. Den fokuserer heller ikke på den medisinske utviklingen som vil skje de neste 15 årene. I stedet skal strategien bidra til at den digitale transformasjonen i Helse Nord blir styrt i ønsket retning og peke ut nødvendige kapabiliteter for best mulig å møte fremtiden. Områder som ligger utenfor Helse Nord's kontroll er overfladisk beskrevet, men det er forsøkt å gjøre strategien robust i forhold til politiske og organisatoriske endringer.

Valg av strategisk metode

2038 er veldig lenge til, så hvordan kan Helse Nord utvikle en strategi som kan fungere i en verden i rask endring og i tillegg for det mest usikre området, digital transformasjon?

Visjon

I arbeidet med den digitale strategien har Helse Nord valgt å utvikle en visjon for digitalisering og transformasjonsarbeidet. For å utvikle denne visjonen har en sett på utviklingen til ulike virksomheter og deres anvendelse av både eksisterende og fremvoksende teknologier og deretter vurdere hvilken innvirkning disse kan få for Helse Nord.

Selvfølgelig er den viktigste driveren for å utvikle Helse Nord's digitale visjonen pasienten og hans forventning til møte med spesialisthelsetjenesten og Helse Nord's ønske om et endret møte med pasienten.

Valg av strategisk tilnærming

De tre vanligste strategiske tilnærmingene er strategi som plan, posisjon eller mønster. Alle tre alternativene er vurdert for å finne den mest hensiktsmessige strategiske tilnærmingen for en digital strategi som har et svært langt langtidsperspektiv.

Strategi som plan

Strategi som plan er som begrepet sier, en konkret plan for å oppnå en ønsket tilstand – visjonen.

Utviklingen av digitale teknologi og hvilke handlinger som må gjennomføres frem til 2038 for å nå visjonen er svært vanskelig om ikke helt umulig og ble av den grunn forkastet som strategisk tilnærming.

Strategi som posisjon

Strategi som posisjon er analyse hvor resultatet av analysen beskriver handlinger og tiltak som må gjennomføres for å oppnå en forhåndsbestemt markedsposisjon. Denne strategiske tilnærmingen er vurdert som irrelevant for Helse Nord.

Strategi som mønster

I stedet for å formulere en strategi som en plan, formuleres en strategi på bakgrunn av at det utvikles et handlingsmønster som skal bidra å nå ønsket visjon. Handlingsmønsteret

bidrar til å ta de riktige beslutningene for at Helse Nord skal bevege seg mot visjonen. I tillegg vil handlingsmønsteret bidra til at det kan utarbeides utviklingsplaner med en kortere tidshorisont. I Helse Nord omtales handlingsmønster som strategiske grep og blir i den digitale strategien oppsummert som «Vi legger innsats i å...»

Ordliste/forkortelse

Digital transformasjon

Digital transformasjon defineres som en prosess der virksomheten endrer hvordan den utfører sine oppgaver, tilbyr bedre tjenester, jobber mer effektivt eller skaper helt nye tjenester. Brukerfokus og brukeropplevelsen er selve kjernen i endringen og baserer seg på utnyttelse av digital teknologi. Digital transformasjon er en grunnleggende og omfattende endring, og ikke en mindre justering og innbefatter redesign av virksomheten på alle nivå – folk, prosesser, teknologi og styring³

Innovasjon

Innovasjon i helsetjenesten definerer vi som et nytt produkt, en ny tjeneste, en ny produksjonsprosess eller ny organisasjonsform som skaper verdier som økt kvalitet, økt effektivitet, økt produktivitet og økt tilfredshet hos pasienter, pårørende og ansatte. Det er vanlig å betrakte innovasjon som noe som er *nytt, nyttig og nyttiggjort*⁴

Informasjonsforvaltning

Informasjonsforvaltning⁵ betyr en helhetlig tilnærming til aktiviteter, verktøy og andre tiltak for å sikre best mulig kvalitet, utnytting og sikring av informasjon i en virksomhet. Organiseringa av informasjonen skal være systematisk og henge sammen med virksomhetens arbeidsprosesser.

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

Med begrepet «Helse Nord» menes hele foretaksgruppa, med alle helseforetakene. «Helse Nord RHF» er foretaket som eier de seks underliggende foretakene.

³ <https://www.digdir.no/innovasjon/hva-er-digital-transformasjon/1589>

⁴ Rapport Pilotering av indikator for innovasjonsaktivitet, 2016

⁵ <https://www.digdir.no/informasjonsforvaltning/informasjonsforvaltning/2113>

Forord	2
Ordliste/forkortelse	6
1. Det digitale 2038	9
2. Digital transformasjon i Helse Nord	11
2.1 Nasjonale føringer og strategi for digitalisering av helsesektoren	11
2.1.1 Hurdalsplattformen	11
2.1.2 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (NHSP)	11
2.1.3 Nasjonal e-Helse strategi	12
2.1.4 Standarder og interoperabilitet	12
2.1.5 Personvern og regulatoriske krav	12
2.1.6 Informasjonsforvaltning	13
2.2 Helse Nord's utgangspunkt for en digital transformasjon	13
2.2.1 Regional eierstyring og sørge-for-ansvaret	13
2.2.2 En varslet katastrofe - Internasjonale kriser og FNs bærekraftsmål	14
2.2.3 Felles digitale og konsoliderte kliniske systemer	15
2.2.4 En fremtidsrettet infrastruktur	16
2.2.5 Informasjonssikkerhet	16
2.2.6 Innovasjon	16
3. Sammen om et digitalt fellesskap for helse i nord - Mennesker og teknologi i samspill 17	17
3.1 Pasient og pårørende	17
3.1.1 Teknologiske utviklingstrender	18
3.1.2 Den digitale pasient og pårørende	19
3.1.3 Pasienter har ulike behov og forutsetninger for digital transformasjon	20
3.1.4 Mot en personsentrert helsetjeneste	21
3.1.5 Den hybride pasient og pårørende	22
3.1.6 Pasienten som menneske med «velbefinnendebehov»	23
3.1.7 Visjon	23
3.1.8 Konklusjoner Pasient og pårørende	24
3.2 Det virtuelle sykehus	24
3.2.1 Virtuelt sykehus	25
3.2.2 Virtuelle tjenester	25
3.2.3 Visjon	27
3.2.4 Konklusjon	28
3.3 Det digitale sykehuset	29
3.3.1 Endrede arbeidsprosesser	29
3.3.2 Et økosystem for helsetjenester	30
3.3.3 Et økosystem av teknologileverandører	30
Datadrevet forebygging	31
3.3.4	31
3.3.5 De prehospitale tjenestene	31
3.3.6 Sykehusbyggene	31
Evne til omstilling er avgjørende	32
3.3.7	32
3.3.8 Visjon	33
Konklusjon	33
3.3.9	33
3.4 Ansatt i Helse Nord	34
Klinikere bruker 28 % av tiden på dokumentasjon	34
3.4.2 Den hybride ansatte	34

3.4.3	Understøttelse personsentrert helsetjeneste.....	35
3.4.4	Den digitale kulturen og kultur i et digitalt miljø	35
3.4.5	Kompetansevidning	37
3.4.6	Min digitale kollega	37
3.4.7	Læring i et digitalt miljø	38
3.4.8	Visjon.....	39
3.4.9	Konklusjon.....	39
3.5	Ledelse.....	40
3.5.1	Lederferdigheter under digital transformasjon	41
3.5.2	Toppledelsens ansvar for digitalt lederskap	45
3.5.3	Toppledelsens ansvar for endringsledelse	45
3.5.4	Organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser.....	46
3.5.5	Gevinstrealisering	48
3.5.6	Tverrfaglig samarbeid (fusion teams) - rett kompetanse til rett tid	49
3.5.7	Datadrevet virksomhetsstyring.....	52
3.5.8	Visjon.....	53
3.5.9	Konklusjon.....	53
4.	Vedlegg.....	54
4.1	Nasjonal e-Helse strategi	54
4.2	IKT, digitisering og digitalisering – hva er forskjellen.....	55

1. Det digitale 2038

Et av målområdene i regional utviklingsplan for Helse Nord mot 2038 er befolkningens helsetjeneste, i tråd med Hurdalsplattformen som har utvidet fokus fra pasientens helsetjeneste til vår felles helsetjeneste. I RU38 står det:

«Frem mot 2038 skal vi stadig utvikle tilbudet for å sikre kvalitativt gode og lett tilgjengelige tilbud til pasienter og pårørende. Aktiv pasient- og pårørendedeltakelse skal fremmes blant annet gjennom økt helsekompetanse i befolkningen som skal danne grunnlag for informerte valg om egen helse, forebygging av sykdom og psykisk uhelse. Pasienter og pårørende skal gis tilgang til flere brukerstyrte tjenester, velferdsteknologi og **digitale** hjelpemiddel for å overvåke egen helse, bringe helsetilbudet hjem og kunne kontakte helsetjenesten ved behov. **Digitalisering**, stedsuavhengige tjenester og nye arbeidsformer skal gjøre spesialisthelsetjenestetilbudet mer tilgjengelig, og slik at unødvendige reiser unngås. Sterkere involvering fra brukere og pårørende kan føre til styrket helsekunnskap og egenomsorg, forbedrede kliniske resultater og bedre funksjon. Teknologiske fremskritt har gitt store pasientgrupper, som diabetespasienter anledning til å selv overvåke effekten av behandling, noe som gir bedre involvering, bedre informasjon og forståelse av egen helse og mulighet til selv å sitte i førersetet.

Et sentralt mål i Nasjonal helse- og sykehusplan er at helsetjenestene skal oppleves sammenhengende og sømløs mellom omsorgsnivåene.⁶ At kommuner og spesialisthelsetjeneste samarbeider og samhandler om de som trenger det. For pasienter og deres pårørende kan teknologi og **digitalisering** gi andre muligheter for å flytte spesialisthelsetjenester hjem, noe som særlig bedrer tilgjengeligheten til pasienter med sammensatte og langvarige behov. **Digitalisering** danner grunnlag for samarbeid og samhandling på tvers av geografiske enheter og helseforetaksgrenser, og kan bidra til å redusere fysiske avstander og gjøre det mulig å bygge robuste fagmiljø og nettverk.»

Hurdalsplattformens helsepolitiske budskap om digitalisering og e-helse⁷ er tydelig:

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

Digitale løsninger skal understøtte en helhetlig samhandling mellom helsepersonell og styrke pasienter og innbyggers mulighet til å ta aktivt del i eget behandlingsopplegg. Regjeringen ønsker at bruk av innovative e-helseløsninger skal bidra både til en trygg og effektiv helse- og omsorgstjeneste og til å skape et hjemmemarked for norske leverandører.

⁶ Nasjonal helse- og sykehusplan, Meld. St. 7(2019-2020), jf. Oppdragsdokumentets mål og føringer (2022).

⁷ Kapitlet Helse og omsorg: Velferd til alle (sitat fra side 59)

Oppsummert slår dagens regjering fast:

Vi vil ha en offentlig helse- og omsorgstjeneste i verdensklasse

Digital transformasjon

God forståelse av begreper knyttet til digitale løsninger er sentralt. I denne rapporten ligger følgende forståelse til grunn knyttet til sentrale begrepene:

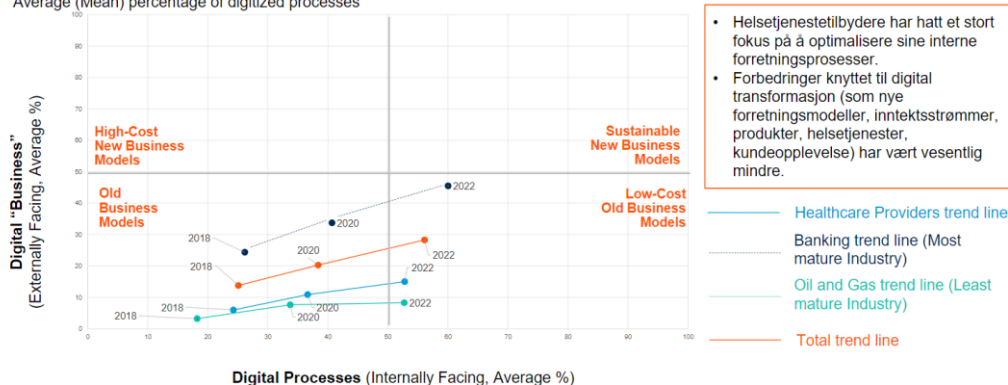
- Å digitalisere er å bruke elektroniske løsninger i stedet for analoge løsninger.
- Digital optimalisering er prosessen fra å bruke analoge eller digitale løsninger til å kontinuerlig optimalisere arbeidsprosessene ved hjelp av digitale løsninger.
- Digital transformasjon er prosessen hvor organisasjoner bruker digitale løsninger til å etablere nye forretningsmodeller med bakgrunn i de teknologiske mulighetene. Ofte medfører digital transformasjon radikale endringer i måten arbeidsoppgavene utføres og organiseres.

Digital transformasjon er avhengig av vilje til å organisere arbeidet på en annen måte, vilje til å endre etablerte arbeidsprosesser og baseres på moderne digital teknologi. Digital transformasjon krever derfor lagspill mellom flere profesjoner, spesielt lagspill mellom primærvirksomheten og teknologileverandøren. Organisasjoner som er gode på digital transformasjon har ofte konkurransefortrinn, både hva gjelder effektivitet og kvalitet.

I E-helse direktoratet sin oppsummering av rapporten "Ressursbruk på IKT i Helse – og omsorgssektoren i 2020" fremkommer det at sektoren har et stykke igjen for å bli en digital virksomhet.

4. Helsetjenestetilbydere har gjort betydelige løft for å digitalisere sine prosesser de siste årene, men har fortsatt et stykke igjen på reisen for å bli en "digital virksomhet"

Average (Mean) percentage of revenue from digital sales vs
Average (Mean) percentage of digitized processes



- Helsetjenestetilbydere har hatt et stort fokus på å optimalisere sine interne forretningsprosesser.
- Forbedringer knyttet til digital transformasjon (som nye forretningsmodeller, inntektsstrømmer, produkter, helsetjenester, kundeopplevelse) har vært vesentlig mindre.

n = ~70 (Healthcare Providers), ~1,831 (Total), ~196 (Banking) ~33 (Oil & gas), all answering
X-Axis: What percentage of your enterprise's processes have been optimized (made more efficient) through digital means?
Y-Axis: What percentage of your organization's total revenue would you attribute (or expect) as digital sales revenue?
Source: 2021 Gartner CIO Survey
ID: 735678

24 © 2021 Gartner, Inc. and/or its affiliates. All rights reserved.

Gartner

Helse Nord har derfor ikke behov for mer informasjon eller sterkere politisk styringssignal for å konkludere:

Helse Nord må gjennomgå en digital transformasjon.

Denne rapporten belyser noen sentrale perspektiv knyttet til digital transformasjon og effekten av denne.

2. Digital transformasjon i Helse Nord

I oppsummeringen fra rapporten “Ressursbruk på IKT i Helse –og omsorgssektoren i 2020” slås det fast at helsesektoren er henger etter i arbeidet med å⁸ bli en “digital virksomhet”. I oppsummeringen slås det fast at helsetilbyderne har fokus på å optimalisere sine interne forretningsprosesser, mens forbedringer knyttet til digital transformasjon har vært vesentlig mindre. Dette betyr ikke at det ikke har vært gjort noe eller at det som er gjennomført har vært feil. Helse Nord har tatt mange kloke beslutninger og gjennomført endringer basert på disse, f.eks betydelige investeringer i IKT infrastruktur, IKT implementeringsprogrammer og ved etableringen av Helse Nord IKT HF. I tillegg har den digitale helsepolitikken lagt til rette for en utstrakt digitalisering av sektoren og sammen med e-Helse direktoratets arbeid har nå Helse Nord et meget godt startpunkt for en digital transformasjon.

2.1 Nasjonale føringer og strategi for digitalisering av helsesektoren

De Nasjonale føringer og strategier for digitalisering av helsesektoren skal sørge for at befolkningen i Norge får likeverdige, kvalitativt gode spesialisthelsetjenester på tvers av regionene og uavhengig av pasientens bevegelser mellom regionene.

I dette arbeidet er de dokumentene som har vært førende omtalt under.

2.1.1 Hurdalsplattformen

Den nåværende regjeringen har gjennom [Hurdalsplattformen](#)⁹ slått fast at Norge skal digitaliseres. Regjeringen vil skape helsefremmende samfunn, forebygge sykdom og sikre en desentralisert helsetjeneste som yter gode og likeverdige helsetjenester i hele landet.

2.1.2 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 (NHSP)

Rapporten bygger på føringene i [nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 \(NSHP\)](#), som var regjeringen Solbergs plan, retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten¹⁰. Hovedtemaene i denne planen er samhandling mellom

⁸ Link til Gartner rapport

⁹ Regjeringen Jonas Gahr Støre 2021–2025. Regjeringsplattform for en regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet. Regjeringen Støre ble utnevnt av Kongen i statsråd 14. oktober 2021.

¹⁰ Regjeringen Erna Solberg 2017–2021 og ansvarlig statsråd, helseminister Bent Høie. NHSP ble vedtatt i Stortinget 14.05.20

kommuner og helseforetak, psykisk helsevern, bruk av teknologi og digitalisering, kompetanse og akuttmedisinske tjenester.

Nasjonal helse- og sykehusplan lister opp flere viktige tiltak i en digitalisert helsetjeneste, som for eksempel digital infrastruktur og sikkerhet; nasjonale standarder og retningslinjer; e-helseløsninger; journalsystemer og digitalt medisinsk utstyr.

2.1.3 Nasjonal e-Helse strategi

Høringsutkastet for Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren ble tilgjengelig den 31. mai 2022 og har således i liten grad påvirket utarbeidelsen av denne rapporten 15. Nasjonal e-Helse strategi tar utgangspunkt i dagens situasjon innen e-Helse og forutsetter en inkrementell utvikling frem mot 2030.

Oppsummert er hovedpunktene gjengitt i kapittel 4.1

2.1.4 Standarder og interoperabilitet

Direktoratet for e-helse har ansvaret for nasjonal arkitekturstyring i helse- og omsorgssektoren. Dette er et av de viktigste virkemidlene som skal bidra til en koordinert og enhetlig IKT utviklingen som understøtter den ønskede strategiske retningen for e-helse. Arbeidet er utledet av nasjonale e-helsestrategi og har sitt grunnlag i referanse- og målarkitekturer utarbeidet for ulike områder. Dette er områder som samhandling, melding og dokumentutveksling, datadeling og dokumentdeling. I tillegg utgis det en rekke anbefalinger og veiledninger knyttet til standarder og interoperabilitet. Dette er anbefalinger blant annet om bruk av Digitaliseringsdirektoratets (DigDir) arkitekturprinsipper, anbefaling om bruk FHIR i utveksling av helsedata og ulike veiledere. Nasjonal arkitekturstyring gjennom direktoratet for e-helse er førende for det videre arbeid med digitalisering og digital transformasjon i Helse Nord.

2.1.5 Personvern og regulatoriske krav

Utviklingen av digitale tjenester skal skje i samsvar med personvernforordningen og øvrige regulatoriske krav. Teknologien som skal sikre at personvernet blir ivaretatt er i stadig endring. Nesten hele den voksne befolkning er fortrolig med å benytte e-ID¹¹. Det er en selvfølge at Helse Nord i utviklingen av digitale tjenester skal følge personvernforordningen og øvrige regulatoriske krav.

I rapporten Innsynsløsning – tekniske og juridiske muligheter¹² drøftes hvordan innbyggerne kan få innsyn og kontroll over egne personopplysninger.

¹¹ <https://www.norge.no/elektronisk-id>

¹² <https://www.digdir.no/datadeling/innsynsløsning-tekniske-og-juridiske-muligheter/3465>

Kritisk tenkning og teknologisk kompetanse blir avgjørende for å kunne gjøre etiske vurderinger i tillegg til å være kreativ i den teknologiske utviklingen.

Helse Nord skal følge Regjeringens strategi som er inspirert av etiske prinsipper utarbeidet av EUs ekspertgruppe¹³

- Ansvarlighet og forsvarlighet
- Pålitelighet
- Gjennomsiktighet og tolkbarhet
- Selvbestemmelse og menneskelig kontroll
- Bærekraft
- Mangfold og ikke-diskriminering

2.1.6 Informasjonsforvaltning

Pågående arbeid med informasjonsforvaltning i regi av e-Helse direktoratet skal legge til rette for at hele helse- og omsorgstjenesten skal kunne utvikle digitale tjenester hvor data utveksles og deles¹⁴.

2.2 Helse Nord's utgangspunkt for en digital transformasjon

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

2.2.1 Regional eierstyring og sørge-for-ansvaret

Det regionale helseforetakets samfunnsansvar er å sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester. Helse Nord RHF skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten gjennom helseforetakene det eier i tråd med nasjonal helsepolitikk. Virkemidlene for å nå overordnede helsepolitiske planer og målsetninger er regelverk og finansiering, organisering og eierstyring. Det regionale helseforetaket gjør disse planene til virkelighet gjennom eierstyring og/eller avtaler med sine helseforetak og eksterne helsetjenesteleverandører. Det er stort behov for omstilling i spesialisthelsetjenesten. Eierskapet innebærer ansvar for å samordne og sikre en hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse og strukturstyring. Dette betyr ikke at sykehus må legges ned. Det kan bety at enkelte funksjoner må samles for å skape robuste miljøer. Teknologiske løsninger åpner for nye muligheter, som også kan øke kvalitet i tjenestene. Lojalitet til eierstyring, sørge-for-ansvaret og behov for strukturstyring er en forutsetning for vellykket digital transformasjon.

¹³ <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/library/ethics-guidelines-trustworthy-ai>

¹⁴ <https://www.digdir.no/datadeling/nasjonalt-ressurscenter-deling-av-data/1914>

Det er gjort mye utredningsarbeid i Helse Nord som kan danne grunnlag for nødvendige strukturtiltak. FIKS- og FRESK programmene er eksempler på digitalt strukturgrep.¹⁵ (se nærmere nedenfor kapittel 2.2.3).

2.2.2 En varslet katastrofe - Internasjonale kriser og FNs bærekraftsmål

Gjennom de siste årene har vi fått flere ubehagelige påminnelser om at verden er i hurtig negativ endring samtidig som en varslet miljøkrise kommer stadig nærmere.

Nedsmelting av havisene, unormal høy dødelighet blant reinsdyr¹⁶, pandemier, krigen i Ukraina og økt økonomisk migrasjon er bare noen eksempler på denne utviklingen.

Klimaendringene gir oss mer flom, hetebølger og tørke. Det igjen påvirker helsa vår i negativ forstand, viser en studie offentliggjort i tidsskriftet Nature Climate Change.¹⁷

Studien viser at klimaet påvirker menneskers helse i omfattende grad, og forskere fant at 218 av kjente 375 infeksjonssykdommer hos mennesker ser ut til å forverres av ekstremvær knyttet til klimaendringene.

Helse Nord har forpliktet seg til å bidra til å løse noen av disse utfordringene. Som det for eksempel fremgår av Helse Nord delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021–2030 skal spesialisthelsetjenesten være ledende i sitt arbeid med miljø og bærekraft, og fremme god helse gjennom miljøvennlig drift. Hovedmålet for Helse Nord er å gjennomføre utslippskutt på 40 prosent på direkte utslipp fra referanseåret 2019. Dette tilsvarer en reduksjon 28 676 tonn med CO₂- ekvivalenter (CO₂e).¹⁸

Konsekvensene for Helse Nord kan meget kort oppsummeres til at endringstakten i behandlingstilbudet vil endres hurtig og i takt med den til enhver tid gjeldende krisesituasjon og samtidig som ressursforbruket for å levere tjenestene må reduseres.

Digitale løsninger og bruk av teknologi kan bidra til å ivareta noe av Helse Nord ansvar. I denne rapporten er ikke miljøperspektivet behandlet spesielt, men de fem perspektivene ivaretar også denne utfordringen gjennom at det forutsettes at ressursbruken skal reduseres og fleksibiliteten i behandlingstilbudet skal økes.

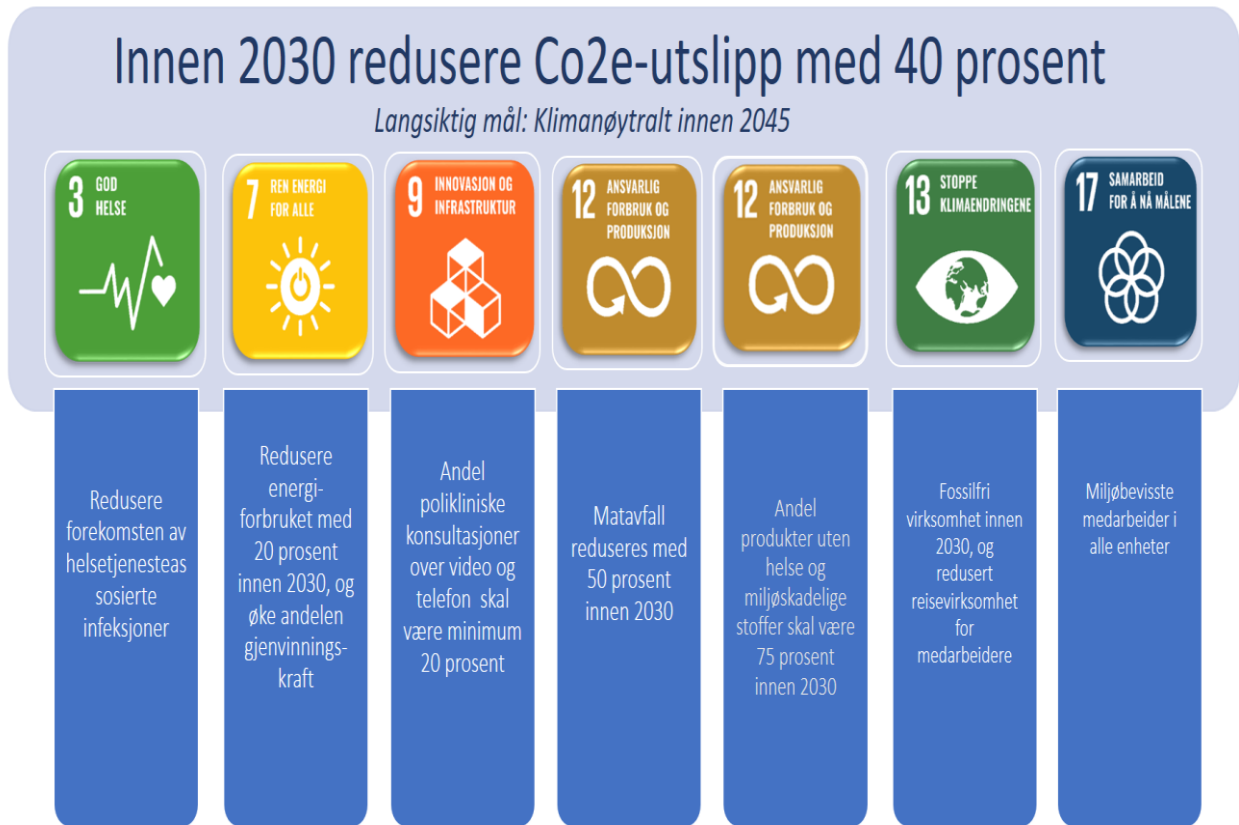
¹⁵ FIKS: felles innføring kliniske systemer. FRESK: fremtidens systemer i klinikkene

¹⁶ <https://www.miljodirektoratet.no/aktuelt/nyheter/2022/mars-2022/okning-i-antall-erstattede-tamrein-i-fjor/>

¹⁷ <https://www.nature.com/articles/s41558-022-01426-1>

¹⁸ Delstrategi klima og miljø Helse Nord RHF 2021-2030 punkt 4.1

<https://helse-nord.no/Documents/Styret/Styrem%C3%B8ter/Styrem%C3%B8ter%202021/20211512/Styresak%20171-2021%20Delstrategi%20klima%20og%20milj%C3%B8%20Helse%20Nord%202021-2030.pdf>



2.2.3 Felles digitale og konsoliderte kliniske systemer

Helse Nord har modernisert og konsolidert de største kliniske tjenestene. Regional forvaltning av teknologi og tjenester er en forutsetning for å lykkes med digital transformasjon. Videreutvikling av teknologi og tjenester er således en kritisk suksessfaktor i det videre arbeidet.

Helse Nord har gjennom felles regionale tjenester og en moderne infrastruktur et utmerket utgangspunkt for å bevege seg i retning av digital transformasjon.

Det er gjort mye utredningsarbeid i Helse Nord som kan danne grunnlag nødvendige strukturtiltak. FIKS- og FRESK programmene er eksempler på dette.¹⁹ FIKS var en gigantisk e-helsesatsing som ble startet i 2011, etter at Helse Nord RHF vedtok å innføre felles kliniske systemer ved helseforetakene i Nord-Norge innen fagområdene elektronisk pasientjournal, lab, radiologi, patologi og elektronisk rekvirering av laboratorietjenester for legekantorene i Nord-Norge. Oppfølgeren, FRESK-programmet, er en samling av regionale prosjekter i Helse Nord med ansvar for planlegging og innføring av nye og fremtidsrettede kliniske systemer ved sykehusene i Nord-Norge. Å få på plass en helhetlig pasientjournal som legger til rette for bedre samarbeid om pasienten er et tiltak. Innføring av elektronisk kurve og medikasjon er et annet, og disse vil gi sykehuspersonell i Nord-Norge bedre forutsetninger for å gjøre en god jobb.

¹⁹ FIKS: felles innføring kliniske systemer. FRESK: fremtidens systemer i klinikkene

Det er en klar målsetting med beslutninger som FIKS og FRESK er eksempler på, at Helse Nord RHF som eier kan tilrettelegge for en bedre struktur i helsetjenesten. Dette gjelder ikke bare sykehusstruktur og funksjonsdeling, men også driftsmessig og pasientrettet samarbeid på tvers av foretakene og i forhold til primærhelsetjenesten.

2.2.4 En fremtidsrettet infrastruktur

Helse Nord har investert betydelig i en skalerbar og sikker infrastruktur. Foretaksgruppen har i dag moderne kjøremiljøer med utgangspunkt i en formålstjenlig datasenterstruktur. Kjøremiljøene er tilrettelagt for fremtidsrettede løsninger og er skalerbare, fleksible og har svært høy tilgjengelighet. Det er tilrettelagt for hybride miljøer, hvor eksterne skytjenester kan koeksistere med internt miljø. Gjennom Norsk Helsenett er det etablert et moderne og redundant stamnett, som skal sikre god tilgjengelighet og kapasitet i nettet. En felles regional, skalerbar og sikker infrastruktur setter Helse Nord i en god posisjon å lykkes med digital transformasjon.

2.2.5 Informasjonssikkerhet

Digitalisering forutsetter kontroll med informasjonssikkerheten. Helse Nord er i stor grad avhengig av at de digitale løsningene fungerer og trusselbildet innen informasjonssikkerhet tilsier et kontinuerlig arbeid for å sikre tilstrekkelig digital sikkerhet. Dette arbeidet er forankret i en regional handlingsplan²⁰ og det er satset betydelig, gjennom prosjekt helhetlig informasjonssikkerhet²¹, på å bygge fremtidsrettede sikkerhetskapabiliteter som skal danne grunnlaget for videre satsning på digitale løsninger og digital transformasjon.

2.2.6 Innovasjon

Digital transformasjon er ikke bare et enkeltprosjekt, men involverer hele virksomheten og er i stor grad en kulturell reise med fokus på innovasjon, pasient og brukeropplevelse. Å kunne knytte sammen gode helsetjenester og teknologi blir stadig viktigere, og i mange tilfeller fører digital innovasjon til at det etableres helt nye måter å samskape helsetjenester med pasient og pårørende. Innovasjon er tett knyttet til digital transformasjon i møte med de utfordringer som helsetjenesten i regionen står ovenfor de neste årene, inkludert kvalitet, effektivitet og bemanningsmessige utfordringer. Helse Nord har som mål i sin strategi for forskning og innovasjon økt innovasjonsaktivitet som gir bedre kvalitet og nytte i helsetjenestetilbudet²². I denne strategien pekes det på at Helse Nord må derfor ta i bruk mulighetene som økt digitalisering, storvolum datasett og kunstig intelligens gir. Det gir også nye muligheter for sentralisering og desentralisering, og det kan legges til rette for mer behandling og oppfølging i hjemmet. Det regionale innovasjonsnettverket i Helse Nord har en viktig rolle for å skape kultur, kompetanse og sørge for deling av innovasjon mellom foretakene.

²⁰ Styresak 119/2021 - styret Helse Nord – regional handlingsplan for informasjonssikkerhet

²¹ Styresak 172/2021 Helse Nord - Prosjekt helhetlig informasjonssikkerhet fase 2

²² Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021–2025

3. Sammen om et digitalt fellesskap for helse i nord - Mennesker og teknologi i samspill

- Det vil i 2038 fortsatt være ange helsetjenester vil i 2038 bli levert i ansikt til ansikt (analogt) i møte mellom pasient og helsepersonell. Tjenestene vil være beriket med digitale verktøy og noen av dem vil være virtuelle, arbeidsprosessene knyttet til tjenestene vil være optimalisert ved hjelp av digitale verktøy og mange arbeidsprosessene vil være radikalt endret. Helse Hord vil ha gjennomgått en digital transformasjon. Vi vil i 2038 ha utviklet en hybrid helsetjeneste hvor det beste fra den analoge og den virtuelle helsetjenesten møtes.

I 2038 vil samspillet mellom menneske og teknologi være enda viktigere enn i dag. Den digitale teknologien vil åpne for mange nye muligheter, men helsetjenesten vil alltid handle om pasientene og deres pårørende, de ansatte og andre relevante aktører. Det er pasienten og de pårørende som vil ta i bruk digitale løsninger og tjenester som skal forenkle hverdagen og sikre deltagelse i eget pasientforløp. Det vil være de ansatte som vil benytte teknologi til å behandle flere med færre hender. Det er de ansatte som vil bruke teknologi til å gjøre medisinske fremskritt som hever kvaliteten på behandlingen og det er de ansatte som utarbeider nye arbeidsprosesser og bruker teknologi til å redusere andelen administrativt arbeid.

Digitale helsetjenester vil i 2038 være hybrid og skillett mellom nivåene i den offentlige helsetjenesten og mellom øvrige helseaktører vil være visket ut. Helse Nord vil utvikle digitale tjenester og digitalisere eksisterende tjenester slik at pasienter og pårørende opplever og får en god og sammenhengende helsetjeneste i nord og i Norge²³ ²⁴.

En strategi for et digitalisert 2038 presenterer derfor en helhetlig tilnærming, hvor menneskene og teknologien fungerer i et samspill. En helhetlig tilnærming innebærer et bredt perspektiv på digitalisering, hvor flere aspekter av virksomheten beskrives. Det utdypes her perspektivene; pasient og pårørende, virtuelle sykehuset, digitale sykehuset, ansatte og styring og ledelse.

3.1 Pasient og pårørende

Utviklingen går i retning av flere eldre som gir flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder. I regjeringens perspektivmelding²⁵ drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse og omsorgstjenester. I denne

²³ <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/992ac8c89a2e4f7e87aee005881d4d7e/unn-samhandlingsavdelingen---stormottakersatsningen-.pdf>

²⁴ https://www.helseidirektoratet.no/tema/helsefellesskap/status-etablering-av-helsefellesskap-2021/Helsefellesskap%20Nordlandssykehuset%20HF.pdf/_attachment/inline/0e4d0331-dbe7-4af2-b785-eecae9570a47:94d029f0ccb5e86950a881b744fbc777c74cae04/Helsefellesskap%20Nordlandssykehuset%20HF.pdf

²⁵ Finansdepartementet. (2017). Meld. St. 29 (2016-2017) Perspektivmeldingen 2017: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/s.218>

meldingen legges det til grunn at flere eldre også betyr flere pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder, men at medisinske fremskritt vil gjøre det lettere å leve med sykdom. Det konkluderes med at en aldrende befolkning må forventes å trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner, men eldreomsorg for en kortere periode. Den nye nasjonale e-helsestrategien²⁶ har som visjon «Sammen om helhetlige, trygge og nyskapende tjenester som fremmer helse og mestring»

3.1.1 Teknologiske utviklingstrender

RU38 så for seg et mulig eksempel i framtida, som i 2038 har blitt en realitet:

Pasienten får direkte time på poliklinikken uten henvisning fra fastlege:
Pasienten har en helse-app. Basert på sensorbaserte målinger av puls, blodtrykk, oksygenmetning, temperatur, hydreringsgrad og enkelte biokjemiske målinger sammenhold med informasjon om pasientens genom, sykehistorie og medisiner, gir den kunstige intelligensen beskjed om at pasienten trenger poliklinisk konsultasjon, inkludert supplerende undersøkelser, hos en gitt spesialitet i løpet av morgendagen. App-en opplyser om tilgjengelig timer for røntgen-fotografering og blodprøvetagning i umiddelbar tilslutning til en spesialist-konsultasjon. Pasienten booker den undersøkelsessekvensen som passer best.

Det digitale målbildet for Helse Nord vil påvirkes sterkt av ny teknologi samtidig som den ikke tar stilling til hvilke teknologier og systemer som skal velges. Det antas at kunstig intelligens, Internet of Things (IoT), virtuell helsehjelp, robotics, 3D-teknologier og 5G vil skape muligheter fremover. Den medisinske utviklingen antas å gå i retning av personlig medisin, stamcellebehandling, nanomedisin og genterapi. Om eller når trendene slår til, vil avhenge av både teknologiske, politiske og organisatoriske valg.

Fremtidens pasient og pårørende vil ha enkel tilgang på informasjon om egen sykdom og helse, og dermed være en ressurs i selve behandlingen. De vil også kunne bidra til utvikling av tjenestene gjennom behovsdrivet innovasjon og selvbetjeningsløsninger. Samtidig kan pasientenes økte innsikt og kompetanse lede til økt forbruk av helsetjenester og overbehandling.

Befolkningen har ulik helsekompetanse, som blant annet påvirker evnen til å nyttiggjøre seg ulike helsetjenester. Pasienter med nedsatt funksjonsevne eller kognitiv funksjon kan ha særlige utfordringer med digitale tjenester. Frem mot 2038 må HN arbeide systematisk med å utvikle og implementere et klart (digitalt) språk, løsninger med universell utforming, samt å tydeliggjøre kanalvalg i samhandlingen med pasienter og pårørende.

²⁶ Finansdepartementet. (2017). Meld. St. 29 (2016-2017) Perspektivmeldingen 2017: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-29-20162017/id2546674/> s. 218

Samiske pasienter er bosatt over hele landet har rett til en språklig og kulturelt tilrettelagt helsetjeneste. Helsetjenesten må styrke kunnskapen om samisk språk og kultur, og sørge for at tolketjenester er digitalt tilgjengelig.

3.1.2 Den digitale pasient og pårørende

Helsevesenet aggregerer store mengder kliniske data om pasientene gjennom EPJ, radiologi, lab og andre målinger. Helsedata vil være en like verdifull ressurs som bygg, utstyr og kompetanse og dette må presenteres pasient og behandler på en oversiktlig måte og som egner seg for bruk i dataassistert beslutningsstøtte og kunstig intelligens med maskinlæring. Det er også en sterk fremvekst av medisinsk sensor- og analyseteknologi for privat bruk. Medisinsk teknologi og utstyr blir mindre, billigere og enklere å bruke. Det betyr at utstyr og maskiner som før var forbeholdt sykehus, i økende grad kan tas i bruk av pasienter i eget hjem. Store globale aktører som Google, Apple og Amazon²⁷, som har sin verdi ut fra hva de vet om kunden, satser stort på helsedata. Adopsjonen av ny teknologi skjer raskere hjemme hos privatpersoner enn i sykehus. Ved bruk av sensorteknologi kan pasienten fungere i vanlig hverdag, mens data om kroppens funksjoner sendes, bearbeides og analyseres i spesialisthelsetjenesten. Kombinert med digitale samhandlingsløsninger, fjernovervåkning og monitorering vil det kunne legges til rette for at pasienter i større grad kan oppholde seg hjemme.

Over halvparten av den norske befolkningen benytter helseapper med eller uten sensorer (IoT).²⁸ Dette utfordrer sykehusene siden stadig større andel av pasientdata befinner seg utenfor det offentlige helsevesenet. Kunstig intelligens basert på nevralt nettverk og maskinlæring er avhengig av store mengder data fra flere kilder. Et sentralt veivalg er derfor hvordan Helse Nord forholder seg til pasientdata som vi ikke forvalter men som vil være viktig for å gi gode helsetjenester. Temaet behandles nærmere i kapittel 3.3.2.

EU-kommisjonen har fremmet et forslag til forordning for et felles europeisk område for helsedata – European Health Data Space (EHDS)²⁹. Forslaget skal legge til rette for at innbyggere kan ta større kontroll over egne helsedata samt fremme et indre marked for digitale tjenester. Dersom forslaget blir vedtatt vil pasienter fra Nord-Norge kunne motta digitale tjenester i et europeisk marked.

Private aktører utgjør et viktig supplement til spesialisthelsetjenesten og er ofte raskere til å ta i bruk digitale løsninger. I det private ser vi en fremvekst at nye digitale helsetjenester (Kry, Dr Dropin, etc) som fungerer parallelt med fastlegetjenesten. Innovasjonsteori³⁰ tilsier at slike disruptive løsninger også vil vokse frem også innen spesialisthelsetjenesten. Det forventes derfor flere private leverandører av «enkle» digitale spesialisthelsetjenester.

²⁷ inFuture 2022: Fremtidens helse og omsorg 2030

²⁸ Direktoratet for e-helse: [Innbyggerundersøkelsen om e-helse](https://www.direktoratet.no/publikasjoner/innbyggerundersokelsen-om-e-helse)

²⁹ https://health.ec.europa.eu/publications/proposal-regulation-european-health-data-space_en

³⁰ Christensen, C. M. (2009) *The Innovator's Prescription: A Disruptive Solution for Health Care*, McGraw-Hill

Persontilpasset medisin, eller presisjonsmedisin, representerer et viktig veiskille i moderne medisin og tilbud til pasientene³¹. Ny teknologi og kunnskap gjør det mulig å tilpasse behandling av alvorlig sykdom slik at nye kostbare medikamenter får betydelig høyere treffsikkerhet og dermed gir bedre resultat for den enkelte pasient. Dette vil kreve et løft innen teknologi herunder datafangst, datalagring og analyseverktøy, økt kompetanse på analyse, statistikk, IKT og bioinformatikk samt økt klinisk og diagnostisk personell for at et velfungerende tilbud skal kunne etableres. Det forventes en større treffsikkerhet i forebygging, diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter som følge av genetisk innsikt med persontilpasset medisin.

3.1.3 Pasienter har ulike behov og forutsetninger for digital transformasjon

Dagen helsetjeneste er i stor grad tilpasset for pasienter med akutte episodiske hendelser. Pasienter med flere kroniske sykdommer og langvarige og komplekse behov utgjør bare 10 % av pasientene på sykehus men står for 2/3 av kostnadene^{32,33}. I dag er det slik at når kunnskap fra flere fagpersoner er nødvendige for å dekke pasientens behov, sendes pasienten fra enhet til enhet. Ofte gjøres vurderinger og tiltak uten samordning med andre helsearbeidere i behandlingsskjeden. Når det oppstår mangler i behandlingsskjeden ser en ofte at ingen tar ansvar for å erkjenne gapet eller å gjøre noe med det³⁴. Det finnes sjelden noen felles forståelse av hvilken rolle pasienten selv skal spille i behandlingsforløpet. Slik mangel på kontinuitet og koordinering rammer i særlig grad pasienter med langvarige og komplekse behov for helsetjenester.

Hvordan skal pasienten og de pårørende møte spesialisthelsetjenesten i Helse Nord når mye av samhandlingen har blitt digital og mange av helsetjenestene har et digitalt grensesnitt? Slike tjenester representerer en langsiktig endring i måten foretakene og primærhelsetjenesten utøver helsetjenester på der digital støtte må tilpasses ulike pasienthendelser:

- **Enkle hendelser:** Hendelser med en kjent lineær sammenheng mellom årsak og virkning.

Dette er ofte digitalt kompetente pasienter som kan ha gode forutsetninger for å klare seg selv med episodisk kontakt med helsevesenet

Handlingsregel: Digital først. Pasient skal ha tilgang til helhetlige digitale helsetjenester inkludert status og tilgjengelighet til tjenester, kunne endre sine avtaler og få mulighet til å løse problemet selv. Pasienter skal ha tilgang til digitale verktøy slik at de kan ta del i beslutninger om egen behandling i samråd med helsepersonell.

- **Komplisert hendelse:** Sammenhengen mellom årsak og virkning er kjent, men avhengig av andre faktorer som kan illustreres med et "flytskjema." Dette er pasienter som ikke klarer seg på egen hånd men kan følge en forutsigbar kjede (f.eks. pakkeforløp). Digitale helsetjenester skal tilrettelegges for at pasient og pårørende

³¹ Hvordan skal vi tilby persontilpasset medisin i Helse Nord? - Utrednings- og konseptfaserapport Versjon 1.0 Mars 2021

³² Heiberg I. High utilisation patients in somatic specialist healthcare in Northern Norway. : SKDE; 2015

³³ Wang L, Si L, Cocker F, et al. A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. *Applied health economics and health policy* 2017;16:15- 29. doi: 10.1007/s40258-017-0346-6

³⁴ Berntsen, G., Høyem, A., Lettrem, I. et al. A person-centered integrated care quality framework, based on a qualitative study of patients' evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Serv Res* 18, 479 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>

enkelt kan involvere seg i forebygging, behandling og oppfølging av egen helse og mestring tilpasset til pasienten behov.

Handlingsregel: En hybrid tjeneste hvor pasient er deltagende i å legge en plan hvor noen eller alle konsultasjonen vil være digitale.

Populasjonsfokus med monitorering av status og stor grad av KI. Kompetanse settes sammen på tvers av sykehusene uavhengig av hvor den befinner seg. Virtuelt sykehus med fast kontakt for pasient.

• **Komplekse hendelser:** årsak-virkning-sammenhengen er flere og uklare, selv om flere områder knyttet til utfallet kan være kjent. Det kan være flere årsak-hendelsestrinn i en årsak-hendelseskjede som involverer flere sammenkoblede selvorganiserende uavhengige enheter som reagerer på inndata i henhold til lokal logikk. Vurdering av hva som fungerer og hvorfor vil være basert på en reflektert vurdering av teori og observasjoner.

Dette er pasienter med store behov og som ofte er lite digitalt kompetente. De kan være for syke til å være på sykehus men ha stort oppfølgingsbehov fra flere nivå samtidig. Pårørende har en sentral rolle og må ha mulighet for aktiv deltagelse.

Handlingsregel: Et digitalt støttet virtuelt ad-hoc team og stor grad av persontilpasset medisin og KI for å finne effekt av behandling. Hjemmesykehus der kommunen og pårørende deltar i teamet. Pasient og pårørende må oppleve det som enkelt å gi samtykke og fullmakter

Fremtidens digitale pasienttjenester innebærer et paradigmeskifte der Helse Nord må gå fra en fragmentert til en helhetlig arbeidsmåte. Vi må sette brukeren i sentrum og involvere pasient og pårørende ved utvikling og forvaltning av helsetjenestene i Nord.

3.1.4 Mot en personsentrert helsetjeneste

Frem mot 2038 forventes en endring av rollene til pasient og fagprofesjonelle som vil medføre systemendringer³⁵.

Fra	Rolle	Til
	Pasient	
Pasienten er passiv mottaker av helsetjenester.		Jeg er et individ, ansvarlig for min kropp og helse, og vil ta aktivt ansvar i min egen behandling.
Helse defineres av fagpersoner.		Helse er en ressurs for "hva er viktig" for meg.
Helsetjenesten vurderer og behandler helseutfordringer som passer inn i faglig forhåndsdefinerte diagnoser.		Helsevesenet veileder og støtter min søken etter helse på mine premisser.

³⁵ Berntsen G, Chetty M, Ako-Egbe L, Yaron S, Phan P, Curran C, et al. Person-Centred Care Systems: From Theory to Practice. A White paper for ISQUA. (in press). ISQUA; 2022. Report No.: ISBN 978-0-9955479-2-6.

Profesjonelle	
Pasienten er en besøkende i den fagpersoners verden.	Fagpersonen er en besøkende i pasientens liv.
Fagpersonen inviterer pasienten til å delta i evidensbaserte og faglig definerte forløp og mål.	Pasienten inviterer fagpersoner til å støtte og veilede "i det som er viktig for meg" ved hjelp av evidens- og erfaringsbasert kunnskap og ferdigheter.
God behandling defineres av fagpersoner.	God behandling I hele pasientreisen defineres av hva "som er viktig" for pasienten.
System	
Systemene er siloer inndelt i omsorgsnivå og profesjon.	Systemenhetene er selvorganiserende og ansvarlige for pasientreisen.
Systemet finansierer, støtter og kontrollerer helsetjenester basert på en silobasert tjenesteproduksjon.	Systemet finansierer, støtter og kontrollerer hele pasientreisen
Systemets suksess måles I kost-nytte der nytten er definert av faglig teknisk kvalitet	Systemets suksess måles I kost-nytte der nytten er en kombinasjon av pasientdefinert verdi og faglig teknisk kvalitet.

En transformasjon fra en diagnosefokusert, episodisk og re-aktiv helsetjeneste til personsentrert, integrert og proaktive helsetjeneste gir retning for en digital transformasjon.

- Et felles realistisk mål bilde på «hva er viktig for meg» er styrende for kommunikasjon med pasienten.
- Dokumentasjon av målbilde og pasientreisen må være delt og på tvers av profesjoner og organisasjoner
- Digitale verktøy for team-arbeid med proaktiv risikostratifisering som fanger opp mangler og diskontinuitet i behandlingen
- Digitale verktøy for selv-hjelp, inkludert egenrapportering og sensorer, der risiko og resultat inngår i dokumentasjonen
- Automatiske alarmer ved økende risiko, kombinert med beslutningsstøtte.

3.1.5 Den hybride pasient og pårørende

En hybrid pasientsentrert helsetjeneste kobler det beste fra analog (ansikt til ansikt) med digital oppfølging av pasient og pårørende. Avansert diagnostikk vil også i

fremtiden foregå på sykehuset mens enkle tester og blodprøver kan gjøres på legekantoret samtidig som pasienten kan monitorere seg selv og selvrappportere status hjemmefra. Utfordringen er å sy dette sammen til en helhet som sikrer at behandlingen er faglig og kostnadmessig effektiv, ivaretar pasientsikkerheten og er basert på pasient og pårørendes egne premisser. Hybride tjenestemodeller krever at oppdatert pasientinformasjon er tilgjengelig på tvers av behandlingsnivå før pasienten møter fysisk helsepersonell.

I dag oppfattes digital pasient kontakt noe som er kvalitetsmessig dårligere og noe som kommer i tillegg til fysiske konsultasjoner. Fremover mot 2038 må den digitale pasientkontakten integreres i et helhetlig og sømløst tilbud tilpasset den enkeltes pasients forutsetninger og inkludere pårørende i en hybrid modell.

3.1.6 Pasienten som menneske med «velbefinnendebehov»

Jeg har behov for å føle meg vel også når jeg er pasient ved et av Helse Nords sykehus.

Det skapte stor debatt når sykehusapotekene la til sminke til sitt sortiment for å sikre at f.eks kreftpasienter på langtidsopphold kunne sminke seg for å føle seg vel. For ungdommen som er innlagt på Ungdomspsykiatrisk seksjon i Tromsø og får mobilen sin knust, er det full krise om han ikke får tilgang til en ny i løpet av et par minutter. Det kan beskrives et utall med slike eksempler på denne typen situasjoner hvor pasienten har behov som ikke inngår i behandlingen og som ikke er Helse Nords ansvar, men som har stor innvirkning på velbefinnende til pasienten. Helse Nord kan legge til rette for at noen slike behov blir dekket uten selv å levere disse. Digitale løsninger og samarbeid med lokale og regionale private aktører kan Helse Nord kan velge å legge til rette for at pasientene i 2038 får dekket «velbefinnendebehov» uten at det blir i konflikt med pasientsikkerhet.

3.1.7 Visjon

I 2038 skal pasientene ha sin brukerhistorie på «ett sted» og ha «ett kontaktpunkt» med sine behandlere eller sitt team. De skal slippe å fortelle historien sin flere ganger. De skal oppleve samsvar mellom informasjonen de får fra ulike helsearbeidere.

Pasientopplevelsen skal handle om mer enn hva vi kan tilby. Den må også handle om hvem vi er og hva vi vil bli, hva som er viktig for meg. Helse Nord må derfor finne innovative og dynamiske måter for å fange opp og handle på tilbakemeldinger og innspill fra pasienter og lokalsamfunnet de hører hjemme³⁶.

Pasientene skal ha oversikt over egen historikk, behandlingsforløpet, samt tilgang til relevant og nyttig informasjon og mestringsverktøy slik at de er forberedt til fysiske eller digitale konsultasjoner. Det må legges til rette for at pårørende kan være en ressurs

³⁶ <https://helse-nord.no/nyheter/horinger/horing-strategi-for-kvalitetsforbedring-og-pasientsikkerhet>

og at de kan ha kontakt med andre i samme situasjon som dem selv.

Pasient og pårørende skal møte en sømløs helsetjeneste der gråsonen mellom nivåene viskes ut. Pasienten skal være «navet» i samhandlingen og koordineringen, og pasientens egeninnsats er sentral for å forebygge og forhindre sykdom.

Behandlingsplaner (i hver enkelt virksomhets EPJ) er lett tilgjengelig for pasienten og behandlingsteamet. En behandlings- og oppfølgingsplan skal gi pasient og pårørende oversikt over den samhandlingen som er planlagt. En slik plan krever et team av helse- og støttepersonell rundt og sammen med pasienten. Nordnorsk geografi tilsier at slike team i større grad må være virtuelle og inkludere fastlege, kommunale tjenester, NAV, skole etc.

Pasientens autonomi skal stå sterkt. Pasient eier og velger selv å dele data med andre, inkludert journaldata fra sykehusene. Helse Nord skal forvalte data på en slik måte at det gir mulighet for en proaktiv oppfølging for sammen med pasient og pårørende, og med aktiv bruk av KI for å unngå økt arbeidsbelastning på helsetjenesten. Dette betinger at Helse Nord opprettholder befolkningens tillit med et sterkt fokus på informasjonssikkerhet og personvern.

3.1.8 Konklusjoner Pasient og pårørende

En transformasjon fra en diagnosefokuset, episodisk og re-aktiv helsetjeneste til personsentrert, integrert og proaktive helsetjeneste gir retning for en digital transformasjon og medfører:

- Utvikle og tilpasse digitale spesialisthelsetjenester slik at de bidra til et likeverdig spesialisttjenestetilbud til den samiske befolkningen.
- Et felles realistisk mål bilde på «hva er viktig for meg» er styrende for kommunikasjon med pasienten og pårørende.
- Dokumentasjon av mål bilde og pasientreisen må være delt og på tvers av profesjoner og organisasjoner.
- Pasient og pårørende må oppleve det som enkelt å gi samtykke og fullmakter
- Digitale verktøy for team-arbeid som fanger opp tidlig forverring, mangler og diskontinuitet i behandlingen (proaktiv risikostatifisering).
- Digitale verktøy for selv-hjelp, inkludert egenrapportering og sensorer, der risiko og resultat inngår i dokumentasjonen.
- Automatiske alarmer ved økende risiko, kombinert med beslutningsstøtte.

3.2 Det virtuelle sykehus

Virtuell pasientbehandling er ikke noe nytt fenomen. Allerede i 1964 ble den første telemedisinske konsultasjonen gjennomført via video³⁷. Virtuell pasientbehandling kan forklares med at det ikke gjennomføres et fysisk møte mellom pasient og behandler,

³⁷ Accelerate Virtual Care Adoption Using the 5-Tier Approach to Virtual Care Services - Refreshed 11 April 2022, Published 4 November 2020 - by Marc Gilbert Gartner

men at møtet foregår ved bruk av digitale hjelpemidler som video, telefon eller meldinger. Globalt har denne type pasientkontakt vært brukt i liten og noen grad, men gjennom covid-19-pandemien har virtuell pasientbehandling skutt i været. Data fra USA i 2020 viste at 17,6 % av alle pasientmøter var virtuelle. Innen psykiatrien var andelen virtuelle pasientmøter hele 61 %. I Norge er virtuelle møter og telemedisin utbredt, og alle helseregionene benytter seg av dette i større eller mindre grad. I oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF er det et oppdrag til helseforetakene at andelen polikliniske behandlinger som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 %.

3.2.1 Virtuelt sykehus

Det finnes få eksempler på at det etableres rene virtuelle sykehus og det mest kjente er Mercy Virtual Care Center i St. Louis USA.

I følge Mercy er målet med Mercy Virtual Care Center å samle de beste hjernene for å gi pasientsentrert omsorg, fremme teknologiske innovasjoner og identifisere muligheter for å gjøre omsorg mer tilgjengelig, rimeligere og mer omfattende.

Mercy Virtual Care Center³⁸ jobber i en helhet hvor samarbeid mellom klinikere ved sengekanten og spesialister i bakkant håndtere pasientdata i sanntid. Dette skal sette de i stand til å diagnostisere og gripe inn tidligere. Teamene deres supplerer arbeidet til lokale omsorgspersoner ved å tilby dyktig overvåking og ledelse. Tjenestene sykehuset leverer er stadig økende og omfatter alt fra elektronisk overvåking av pasienter med risiko for Sepsis, gjennom produktet vSepsis til medisinsk støttettelefon gjennom Nurse on call. I grovt kan tjenestene deles i to ulike deler, hvor en del er direkte virtuell pasientkontakt med pasienter hvor telemedisin er egnet. Eksempler på dette er care management og vMentalWellness. Den andre delen er når sykehuset støtter medisinske fagområder med spesialistkompetanse, en slags 3 linje for klinikere hvor yngre/mer uerfarne helsearbeidere kan søke råd innenfor områder som vStroke og vKids.

Det er i dag få virtuelle sykehus og den dokumenterte gevinsten av disse er mangelfull. Det mest kjente virtuelle sykehus Mercy Virtual Care Center har et pasientgrunnlag på flere millioner personer og samarbeider med et titalls større sykehus. I Helse Nord er pasientgrunnlaget betydelig mindre og regionen har ingen sykehus som vil bli klassifisert som et større sykehus. Det er derfor høyst usikkert om Helse Nord kan høste gevinster av et eget virtuelt sykehus.

3.2.2 Virtuelle tjenester

I samfunnet erstatter virtuelle løsninger tradisjonelle løsninger i stor grad. I sektor for sektor byttes fysiske interaksjoner ut med nye digitale løsninger. Få oppsøker i dag reisebyrå for å få hjelp til å bestille billetter og enda færre møter opp i banken for å få betalt regningene sine. Trenger du brukerstøtte er chat det vanligste mediet og selv konfigurering av den nye bilen gjøres online på nett. Fordelen med dette er mange, blant

³⁸ <https://www.mercyvirtual.net/worlds-first-virtual-care-center/>

annet kan færre ansatte betjene flere, produkter kan standardiseres, noe som igjen forenkler opplæring og produksjonsprosess.



Teknologi er velegnet for å håndtere møter med store brukergrupper³⁹, både fordi teknologi kan effektivisere håndteringen av disse møtene, men også fordi teknologi muliggjør læring ved strukturert bruk av informasjonen. Trenden i ulike markeder er at de selskapene som blir best til å nyttiggjøre seg av denne informasjonen vil på sikt bli mer konkurransedyktige. Dette fordi kvaliteten på produktene blir mer tilpasset brukerens behov og fordi servicegraden oppleves som god. Flere og flere bruker informasjonen til å persontilpasse produkter, som igjen gjør at brukergruppene får enda større eierforhold til produktene. Men er dette relevant for Helsesektoren, hvor kravet til personlig kontakt både er opplagt med tanke på mange av arbeidsoperasjonene og ikke minst behovet for personlig omsorg i krevende livssituasjoner.

Det er opplagt at en stor andel av pasientbehandlingen ikke kan gjennomføres virtuelt, ei heller i fremtiden. Andelen av behandling som kan gjennomføres virtuelt vil fortsette å øke. Ved hjelp av standardisering og teknologi vil noen pasientgrupper dermed forholde seg til geografisk uavhengige tjenester hvor brukervennlighet, kvalitet og omdømme avgjøre valg av helsetilbyder. Trenden økende bruk av privat helseforsikring koblet med virtuelle helsetjenester viser dette mulighetsrommet og med ytterligere standardiserte produkter vil det kanskje ikke i fremtiden være opplagt at Helse Nord blir valgt som helseleverandør av virtuelle tjenester eller at pasienter fra hele verden vil velge Helse Nord sine virtuelle tjenester. Dette gjelder både tjenester med pasientkontakt og tjenester til støtte for helsearbeidere med pasientkontakt.

Virtuelle tjenester vil bidra til at skillet mellom primær- og spesialisttjenesten og skillet mellom offentlige og private helseaktører viskes ut og pasientene vil i 2038 oppleve gjennomgående digitale tjenester uavhengig av hvem som leverer disse.

³⁹ <https://a16z.com/2019/07/31/how-software-is-eating-care-delivery-in-healthcare/>

Nord Norge har noen særlige utfordringer som gjør landsdelen egnet for å satse på økt bruk av virtuelle løsninger. Spesielt med kravet fra regjeringen⁴⁰:

Regjeringens mål er at alle skal ha likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, fødeland, etnisitet og den enkeltes livssituasjon.

Lange avstander og spredt bosetning gjør dette målet særlig krevende i Nord Norge. Å tenke i retning av virtuelle tjenester vil for egnede virtuelle behandlingsforløp sikre et mer likeverdig tilbud og at spesialistkompetanse deles i enda større grad. Her kan det nevnes Helse Nord sitt særlige ansvar for å ivareta den samiske befolkningen. Gode virtuelle løsninger har i 2038 bidratt til å forenkle pasientbehandlingen for en samisk befolkning som er spredt i hele Norge.

Helse Nord må derfor ta stilling til hvordan de virtuelle tjenestene skal integreres og organiseres i det fremtidige behandlingstilbudet. Strukturelle grep som å etablere felles regionale virtuelle tjenester vil kunne gi betydelige effektivitets og kvalitetsgevinster. Etablering av felles regionale virtuelle løsninger er et eksempel på digital transformasjon, hvor en utnytter muligheten det digitale gir til å tilby stedsuavhengige tjenester enten direkte til pasient eller som støtte til de kliniske miljøene. For å lykkes med dette er evne og vilje til endring avgjørende. I 2038 har ikke Helse Nord etablert et eget virtuelt sykehus etter modell av Mercy virtual care center. Begrenset tilgang på kompetanse og viktigheten av nærhet til øvrige kliniske miljøer er faktorer som tilsier at dette er en urealistisk organisasjonsmodell i 2038.

Med tanke på at digital transformasjon i helsesektoren vil øke de nærmeste årene, vil felles regionale virtuelle tjenester kunne bidra til vesentlig i utviklingen av nye tjenester ved hjelp av digitale løsninger.

Dette finnes i dag få organisasjoner som har bygd egne virtuelle sykehus for å håndtere virtuelle tjenester til pasientene og for å støtte kliniker med spesialistkompetanse. Det er noen opplagte fordeler med å samle virtuelle tjenester i en egen organisatorisk enhet, spesielt med tanke på å sikre likeverdige helse og omsorgstjenester. Det er en mulighet for at jo flere helsetjenester som kan leveres virtuelt, så kan andre aktører utvikle tilbud/løsninger som blir valgt av pasientene. Det er derfor naturlig å tenke at virtuelle tjenester kan leveres som en felles regional tjeneste integrert i pasientbehandlingen

Evnen og viljen til omstilling er avgjørende for å lykkes med en slik omorganisering og endring i arbeidsprosessene.

3.2.3 Visjon

Helse Nord har i 2038 etablert felles regionale virtuelle tjenester som en integrert del av pasientbehandlingen. Tjenestene fungerer sømløst i samhandling med hele helsetjenesten og integrerer både personlig og profesjonelt utstyr på en forsvarlig måte.

⁴⁰ Stortingsmelding 6 2012-2013

Tjenesten håndterer direkte pasientkontakt der hvor dette er egnet og sikrer virtuell spesialiststøtte til helsetjenesten. Tjenestene er grunnlaget for videre utvikling av digitale løsninger og medfører en digital transformasjon.

3.2.4 Konklusjon

Virtuelle tjenester er allerede en integrert del av pasientbehandlingen og har vært en del av den digitale optimaliseringen av helsetjenesten. Det ligger et betydelig potensial i å videreutvikle disse tjenestene i retning av felles regionale stedsuavhengige tjenester. Dette gjelder både tjenester som er i direkte pasientkontakt og støtte til andre deler av helsetjenesten. Begrenset tilgang på kompetanse og viktigheten av nærhet til kliniske miljøer tilsier at det ikke vil bli etablert et eget virtuelt sykehus. I 2038 har Helse Nord en hybrid helsetjeneste hvor det er:

- Etablert felles regionale virtuelle tjenester direkte til pasientene som en integrert del av den hybride pasientbehandlingen
- Etablert felles regionale virtuelle tjenester til støtte for hele helsetjenesten hvor spesialisten blir tilgjengelig for relevante fagmiljøer
- Helse Nord har ikke etablert virtuelt sykehus som egen organisatorisk enhet. Helse Nord har evaluert de virtuelle sykehusene som er startet i forhold til når det er riktig for Helse Nord å eventuelt etablere et eget virtuelle sykehus.

3.3 Det digitale sykehuset

I samfunnet blir stadig flere arbeidsprosesser redesignet ved bruke av digitale løsninger og teknologi. Fremover vil tilfanget av interne og eksterne data fortsette å øke betydelig og danne grunnlaget for automatisert beslutningsstøtte. Teknologiutviklingen går i raskt og dette vil påvirke helsesektoren gjennom; hvordan nye sykehus bygges, hvordan pasientflyten håndteres og hvordan den totale pasientopplevelsen blir. Med digitale sykehus menes derfor hvordan arbeidsprosessene i tilknytning til sykehus bruker teknologi og digitale løsninger.

Helsesektoren har de seneste årene digitalisert og optimalisert arbeidsprosesser ved hjelp av digitale løsninger. Dette har gitt et grunnlag for å redesigne arbeidsprosessene med bakgrunn i det teknologiske mulighetsrommet. Helse Nord har i 2038 gjennomført en digital transformasjon, hvor mange av arbeidsprosessene er regionale, standardiserte og sentrert rundt pasientens behov.

Digitalisering av sykehusene gir stadig større handlingsrom for å øke effektiviteten og sikre kvaliteten i helsetjenesten. I 2038 vil mulighetsrommet for automatisert beslutningsstøtte ved bruk av store datamengder og assistert intelligens være betydelig større enn i dag, det samme vil fremveksten av robotteknologi, både for repeterende oppgaver (stor skala) og innen kirurgiske behandling. Bruk av 3Dprint og nanoteknologi vil gi et mulighetsrom for tilpasset behandling og det vil utvikles nye behandlingsmetoder som følge av dette.

3.3.1 Endrede arbeidsprosesser

Arbeidsprosessene på sykehusene vil i 2038 være vesentlig endret som følge av digitalisering. Økt tilgang til informasjon, arbeidsflater tilpasset brukergrupper og innebygd assistert intelligens bidrar til mer effektiv behandling gjennom spesialtilpasset teknologi til arbeidsprosessene. Det vil bli enklere å behandle pasienter uavhengig av tid og sted da teknologien gir mulighetsrom til å benytte steds og tidsuavhengige løsninger.

Samhandling mellom aktører i pasientbehandlingen vil oppleves som sømløs, hvor pasienten opplever en helhetlig digital helsetjeneste med verktøy tilpasset pasientens og pårørendes behov. I dette bidrar pasientene selv i større grad til datainnsamling og oppgaver knyttet til sin behandling, noe som gir bedre effektivitet i behandlingsprosessen og muliggjøre at en større andel av behandlingen skjer utenfor sykehuset.

Diagnostisering er et område spesielt egnet for digital transformasjon. I 2038 vil 3d bilder, assistert intelligens, utvikling av algoritmer, store datamengder, fjerndiagnostikk ved bruk av hjemmemonitorer, bruk av private sensorer, stadig mer avansert medisinsk teknisk utstyr, stadig mer pasientrettede medisinsk teknisk utstyr og bruk av kapsler som skal sørge for tilgang på store mengder diagnostiske data til avanserte analyser.

De administrative systemene på sykehusene er tilpasset de ansattes behov for effektive prosesser og legger til rette for å minimere ressursinnsatsen for administrativt arbeid. Dette har gitt svært god styringsinformasjon og at det er etablert felles funksjoner for en stor del av den administrative porteføljen.

3.3.2 Et økosystem for helsetjenester

Helse Nord har sitt viktigste økosystem i samspill med pasienter, fastleger, kommunehelsetjenesten og NAV. Bruk av private tilbydere av helsetjenester er delvis en konsekvens av politiske føringer og hva foretakene har kapasitet til å levere. Trenden frem mot 2038 er at de private i økende grad tilbyr digitale og dermed stedsuavhengige helsetjenester samtidig som det offentlige tilbudet utfordres av mangel på helsepersonell. Både Volvat og Aleris tilbyr i dag behandling og diagnostikk for en rekke spesialiteter digitalt, og nettbaserte legetjenester som Kry og Dr. Dropin utvider sine tilbud kontinuerlig. Fremveksten skjer også fra de store internasjonale plattformsselskapene (Google, Amazon, Apple, Facebook) samt produsenter av smartklokker, blodsukkerapparater og annen måle- og sensorteknologi. Helsetjenesten er derfor i ferd med utvikles til en plattformindustri⁴¹

Det oppstår dermed en fare for en mer fragmentert og uoversiktlig helsetjeneste for pasientene med tilhørende dårligere koordinering, dataflyt og mulighet for å utnytte KI. I møte med denne utviklingen må det digitale sykehuset ta en aktiv rolle i å orkestrere det samlede tilbudet og være den som har den totale oversikten over pasientens historikk og plan⁴² i en nettverksmodell. Dette innebærer at Helse Nord må sette krav til avtaler som inngås med private sykehus, avtalespesialister og andre tilbydere av helsetjenester om at all data skal inngå i pasientens journal på sykehuset samtidig som sykehusene (under forutsetning av pasientens samtykke) deler pasienten data med de private leverandørene. Avtalene må også innbefatte felles brukergrensesnitt, brukeropplevelse, tekniske og sikkerhetsmessig integrasjon samt samarbeid om innovasjon.

3.3.3 Et økosystem av teknologileverandører

I 2038 vil både helsearbeidere og pasienter forholde seg til et økosystem av teknologileverandører. Dette innebærer at både pasient og helsearbeider opplever en portefølje av systemer som er tilpasset behovet og som er uavhengig av organisatorisk tilhørighet. Dette bidrar til at teknologileverandørene operer i hele verdikjeden med pasient og helsearbeider i fokus.

⁴¹ Gartner Industry Insights: Build 6 Key Competencies to Advance Healthcare Ecosystem Orchestration Ability

⁴² «single source of truth»

I økosystemet deles data som muliggjør raskere og mer tilpasset utvikling av de digitale tjenestene. Økosystemet har et tydelig regelsett, som ivaretar informasjonsforvaltning, personvern og merkantile forhold. Organisering i et økosystem vil gi teknologileverandører innsikt og tilgang til både kompetanse og data som bidrar til vesentlig øket innovasjon. Økosystemet forvaltes av det regionale nivået i tråd med gjeldende lover og forskrifter.

3.3.4 Datadrevet forebygging

Sammenstilling av stadig mer avanserte data om pasienter vil ikke bare ha noe å si for behandling og diagnostisering, det vil også kunne predikere fremtidig risiko for sykdom for så å starte behandling/forebygging. Med tanke på utviklingstrenden at færre helsearbeidere skal behandle stadig flere pasienter anses dette området som svært relevant, da man ved hjelp av gode teknologiske verktøy kan forhindre at mennesker trenger behandling. Evnen til å predikere gjennom gode datamodeller kan benyttes for å forutse nasjonal og globale hendelser, som en pandemi, som grunnlag for forebyggende tiltak.

Disse mulighetene finnes allerede i dag, men ny teknologi vil muliggjøre å i enda større grad på predikere sykdom med hjelp av blant annet sekvenseringsteknologi, store datamengder og beslutningsstøtte.

Fremveksten av ny og stadig mer avansert teknologi vil i 2038 endre muligheten til å diagnostisere, predikere og behandle sykdom. Eksempler på slik teknologi er avanserte operasjonsroboter, avansert bildediagnostikk kombinert med avanserte algoritmer for beslutningsstøtte, microroboter som kan benyttes inni kroppen og prøvetakingsroboter for blodprøver.

3.3.5 De prehospitale tjenestene

Teknologi gir de prehospitale tjenestene flere verktøy for å kunne diagnostisere og behandle prehospitalt. Bruk av "lett" medisinsk teknisk utstyr, kombinert med virtuell tilstedeværelse av spesialist har muliggjort at behandlingen starter tidligere. På skadesteder vil overføring av video og sanntidsdialog bidra til at spesialister innen akuttmedisin bidrar aktivt i valg av behandling. Journalsystemer og tilgang til informasjon om pasienter kommer til å være lik tilgangen sykehusene har og kommunikasjonen mellom sykehus og prehospital tjeneste kommer til å fremstå som sømløst.

3.3.6 Sykehusbyggene⁴³

⁴³ Teknologiu utviklingens konsekvenser for langtidsplanlegging av sykehusprosjekter – strategisk teknologinotat sykehusbygg 2019 versjon 2.1

Sykehusbyggene har blitt vesentligere smartere og tilbyr løsninger med tilpasset teknologi for nye arbeidsprosesser. Velferdsteknologi, pasientmonitorering og indre logistikk ved bruk av droner, roboter og sporingsteknologi har gitt fleksible og effektive sykehusbygg. Byggene er optimalisert for de kliniske arbeidsprosessene og har lagt til rette for at virtuell behandling er vesentlig del av pasientbehandlingen. Den grunnleggende IT infrastrukturen på sykehusene er moderne og tilfredsstillende krav til mobilitet og fleksibilitet.

Den virtuelle behandlingen har redusert behovet for areal og endret hvordan sykehusstrukturen er bygget opp.

Digital transformasjon kan bidra til at funksjoner som ikke er nødvendig i direkte pasientbehandling lokaliseres andre steder, noe som igjen gir mer effektiv arealutnyttelse. Dette kan være administrative funksjoner eller regionale virtuelle fellesfunksjoner.

3.3.7 Evne til omstilling er avgjørende

Teknologiutviklingen innen pasientbehandling er i rivende utvikling og det digitale mulighetsrommet er stort i dag og vil endre seg vesentlig frem mot 2038. For å benytte dette mulighetsrommet må viljen og evnen til å endre arbeidsprosesser og organisasjonsmodeller være i fokus. Dette betyr å prioritere tid og økonomi på endring og å ha styringsmekanismer som sikrer at beslutninger knyttet til digitalt mulighetsrom blir fattet. Dette kan innebære endring i ansvars- og myndighetsområdet innad i foretaksstrukturen. Det å etablere en kultur for endring er krevende, spesielt i en organisasjon med høy kompetanse, sterke fagmiljøer og flere profesjoner. For å lykkes med å anvende teknologisk mulighetsrom må medbestemmelse, involvering og engasjement, balanseres med tydelig styring, ref kapittel om ledelse og styring. Det å anvende digitalt mulighetsrom omtales som digital transformasjon. Dette krever kompetanse og innsikt i digital transformasjon på alle nivåer i organisasjonen - fra styret til de kompetente fagmiljøene. For å realisere mulighetsrom kreves det en regional skalerbar og sikker IKT infrastruktur og digitale tjenester som kan benyttes i pasientbehandlingen. Helse Nord har etablert en skalerbar infrastruktur og konsolidert de største kliniske tjenestene og har dermed et godt grunnlag for å kunne anvende det digitale mulighetsrommet.

Digitale løsninger i pasientbehandlingen vil reise etiske problemstillinger som organisasjonen må i stand til å ta stilling til. Eksempel på dette kan være bruk av assistert intelligens i tolkning av røntgenbilder hvor datamaskiner i større grad gjør utvelgelse av hvilke bilder som skal tolkes av mennesker. Hvem har ansvaret for de feil som eventuelt maskinene gjør i utvelgelse og vil vi i fremtiden akseptere at maskiner gjør feil, selv om de gjør færre feil enn mennesker?

Å anvende digitalt mulighetsrom i pasientbehandlingen krever ikke bare en modenhet i forhold til endringsvilje og endringsevne, men det stiller også krav til etisk diskusjoner og tydelig styring.

3.3.8 Visjon

Det digitale sykehus sikrer sømløs riktig informasjon om pasienten tilpasset behandlerens behov og pasientens møte med det digitale sykehus inngår i en total pasientopplevelse hvor organisatoriske skiller mellom primær og spesialist, offentlig og privat og mellom helseregioner er visket ut. Høyteknologiske løsninger er implementert til det beste for pasienten og forebygging av sykdom ved hjelp av datadrevet forebygging er sentralt. Det digitale sykehuset reduserer drastisk administrativt arbeid for helsepersonell og bidrar til svært høy effektivitet. Sykehusbyggene er tilpasset høyteknologiske arbeidsprosesser og digitale samhandlingsløsninger.

“Det digitale sykehus skal løse helsesektorens største utfordring gjennom at færre skal behandle flere gjennom ekstrem omstillingsevne” Forebygging, effektive arbeidsprosesser og automatisering er nøkkelord.

3.3.9 Konklusjon

Oppsummert vil det digitale sykehus i 2038 bidra til at stadig flere arbeidsprosesser blir redesignet og digitale. Tilfanget av interne og eksterne data og digital beslutningsstøtte vil øke. Teknologier (sensor, drone, helsedata hos kommersielle aktører f.eks. polar smartklokker, osv..) er i rask utvikling og dette vil integreres i pasientbehandlingen. Utviklingen endrer hvordan nye sykehus bygges, hvordan pasientflyten håndteres og hvordan den totale pasientopplevelsen blir. Det digitale sykehus tilbyr digital kommunikasjon og bruker sensorer for å predikere og forebygge og vil sette de prehospital tjenestene til å utføre enda mer behandling prehospitalt.

Sykehusene i Helse Nord bruker i dag digitale verktøy. Frem mot 2038 vil det digitale mulighetsrommet for bedre kvalitet og mer effektivitet i behandlingen øke betydelig. Selv et konservativt anslag knyttet til teknologi og medisinsk utvikling de neste 15 årene, vil medføre et betydelig omstillingsbehov knyttet til organisering og arbeidsprosesser. Evne og vilje til omstilling er derfor avgjørende for å kunne nyttiggjøre seg av teknologi og for å lykkes med digital transformasjon. For å realisere digitale sykehus må Helse Nord prioritere å:

- Bygge kompetanse på digital transformasjon
- Unytte handlingsrom gjennom organisasjonsutvikling, prosessdesign og struktur
- Utvikle IKT infrastruktur som understøtter behovet for og standardiserte fellesregionale tjenester
- Være aktiv i satsning på teknologiutvikling
- etablere nasjonalt eller regionalt økosystem av helseaktører som orkestres enten på nasjonalt nivå eller av Helse Nord
- etablere nasjonalt eller regionalt økosystem av teknologileverandører til helsetjenesten som orkestres enten på nasjonalt nivå eller av Helse Nord

3.4 Ansatt i Helse Nord

Hvem er ansatt i Helse Nord og hva betyr jobben for våre ansatte i 2038?

I 2038 vil Helse Nord fortsatt ha både leger, sykepleiere og økonomer ansatt og de vil være både i alle aldre. Noen vil ha høy digital innsikt og for andre er digitale verktøy nettopp et verktøy blant flere verktøy. Noen vil være digitale innfødte og andre vil ikke være helt komfortabel med i et digitalt miljø. Felles for alle er at de må forholde seg til både *standard programvare og vanlige digitale verktøy* samt spesialverktøy for en bestemt oppgave, som for eksempel en CT maskin med tilhørende programvare.

I 2038 har vi forhåpentligvis hatt suksess med å ta i bruk de skjulte ressursene som er i arbeidsmarkedet og de ansatte i Helse vil representere et større mangfold av befolkningen. Trenden med deler av fagfolkene blir faglige spisser og det blir færre generalister, vil fortsette. Kravet til utdanning for alle ansatte vil fortsatt styrkes og etter og videreutdanning vil bli svært vanlig. Det vil også bli krav om utdanning for å vedlikeholde ervervet kompetanse – vedlikeholds utdanning.

Trolig vil flere ansatte ha en løsere tilknytning til Helse Nord. Det vil bli mer vanlig å ha flere ansettelsesforhold f.eks. kan en lege både ha et ansettelsesforhold til både primær og spesialisthelsetjenesten samtidig som han inngår i ressurspoolen til et virtuelt sykehus.

3.4.1 Klinikere bruker 28 % av tiden på dokumentasjon⁴⁴

I 2022 er det knyttet stor frustrasjon knyttet til at klinikerne bruker mye tid til administrasjon. Økt krav til hva som skal dokumenteres kombinert med strukturert journalføring medføre også ekstra tidsbruk⁴⁵. Samtidig har Helse Nord i 2038 digitalisert mange av arbeidsprosessene sine slik at ansatte opplever dem som helhetlige og sømløse. Gjennom at digitale verktøy f.eks. nestegenerasjons intelligente talegjenkjenningsverktøy⁴⁶ integrert med EPJ som ikke bare oversetter fra tale til tekst, men også opererer både PC-en og andre digitale verktøy via tale. Målet er at helsepersonell skal skrive mindre, bruke færre klikk og ha mer direkte pasientkontakt.

3.4.2 Den hybride ansatte

Da pandemien traff Norge i mars 2020 måtte mange virksomheter i Norge umiddelbart gå over til en hybridansettelsesform (arbeid borte fra kontoret minst én dag i uken). I etterkant av pandemien har det vært gjennomført flere spørreundersøkelser angående forventninger til fortsatt en hybrid arbeidsform og hovedkonklusjonene er at både ansatte og arbeidsgiverne ønsket å videreutvikle den hybride arbeidsformen da hadde mange positive konsekvenser for begge parter. I Deloitte's TMT Predictions 2022⁴⁷

⁴⁴ Baumann LA, Baker J, Elshaug AG. The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. Health Policy. 2018 Aug;122(8):827-836. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.014. Epub 2018 Jun 5. PMID: 29895467.

⁴⁵ Baumann LA, Baker J, Elshaug AG. The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. Health Policy. 2018 Aug;122(8):827-836. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.014. Epub 2018 Jun 5. PMID: 29895467.

⁴⁶ Link til HIMMS presentasjon talestyring.

⁴⁷ <https://www2.deloitte.com/no/no/pages/technology/rapporter/tmt-predictions.html>

rapport beskrives det at 48 % av de ansatte forventet å arbeid borte fra kontoret minst én dag i uken. I tillegg konkluderes det med at de ansatte ønsker en større fleksibilitet i hvor, når og hvor mye de jobber. I flere bransjer rapporteres det at i covid-perioden har produktiviteten ikke blitt redusert, men tvert imot har produktiviteten økt. Det antas at virksomheter som tilbyr denne fleksibiliteten vil oppleve at engasjementet i virksomheten øker og at det vil bidra til å beholde og tiltrekke seg ansatte. Det er ingen grunn til å tro at ikke også Helse Nord kan høste gevinster av å ha hybride ansatte, selv om fortsatt mange ansatte må være tilstede på sykehusene for å ivareta den daglige pasientkontakten.

I 2038 etter et godt arbeid med å systematisere, definere og implementere hybride ansettelsesmodeller har Helse Nord oppnådd økt produktivitet, en bedre kapasitetsutnyttelse og en økt medarbeidertilfredshet.

3.4.3 Understøttelse personsentrert helsetjeneste

Ambulante team er veletablert i dag i 2022. Disse teamene arbeider både forebyggende og med pasientbehandling og skal redusere behovet for innleggelser, støtte pasientens håndtering av problemer i dagliglivet samt redusere ressursbruken for helsevesenet. De ambulante temaene skal sørge for at forebyggingen og behandlingen blir minst like god som på et sykehus og at pasienten og de pårørende oppleve en tilleggsverdi ved at forebyggingen og behandlingen flyttes «hjem» til seg.

I et veldigitalisert 2038 med høy bruk av blant annet roboter og sensorer kan flere og mer krevende fysiske behandling som krever fysisk kontakt med pasienten flyttes ut av sykehuset. På HIMSS⁴⁸ 2022 ble det hevdet at i dag tar det 35 minutter å skifte en defekt hjerteklaff og at det om 10 år ville det ta 30 minutter og bli utført av en robot hjemme hos pasienten. I tillegg ville pasienten bli overvåket digitalt og kan ved digital støtte pleies i hjemmet.

Forutsetningen for denne utviklingen er at en større gruppe ansatte i Helse Nord arbeider utenfor sykehuset enten i ambulante eller alene for å gi denne typen forebygging eller behandling. I tillegg kan en anta at en vil jobbe på tvers av dagens HF struktur for å sikre en god ressursutnyttelse.

3.4.4 Den digitale kulturen og kultur i et digitalt miljø

I 2038 vil mange arbeidsprosesser være både automatisert og digitalisert samtidig som ansatte i Helse Nord i større utstrekning vil kommunisere digitalt i flere ulike kanaler både med våre kollegaer og med pasienter og pårørende. Det store spørsmålet er da om denne endringen vil påvirke Helse Nord's kultur og kan Helse Nord aktivt påvirke kulturutviklingen slik at Helse Nord får etablert en ønsket digital kultur?

⁴⁸ <https://www.himss.org/event-himss-europe>

I flere rapporter beskrives kulturendringen som følge av en digital transformasjon endringen fra en kultur som kretser rundt det fysiske arbeidsstedet til en kultur som setter mennesket i sentrum.

Menneskesentrisk kultur i et Digitalt Helse Nord⁴⁹

Frem til pandemien startet i 2020 var kun med noen få unntak hele jobbkulturen i Helse Nord knyttet til den fysiske arbeidsplassen. Når en var på arbeid var en tilstede på sykehuset, på kontoret, inne i de fysiske lokalene⁵⁰. til Helse Nord. Når du ikke er tilstede på jobb, er du ikke på jobb. Som resultat av at Helse Nord får betydelig flere hybride ansatte bør en større del av kulturen dreie mot en menneskesentrisk kultur når en større del av interaksjonen foregår digitalt. På veien frem mot 2038 det bl.a ritualer tilpasses og skaleres en digital hverdag. Under følger noen områder bør vurderes for å sikre en god digital kultur:

- Utfordre atferd og ritualer de antar krever samlokalisering ved å identifisere atferden som reflekterer organisasjonens kulturelle verdier og tilpasse dem for en hybridverden.
- Tenk på nytt hvordan du kan maksimere fordelene med samarbeidsmøtetid og individuelt fokusert tid ved å designe bevisst for den tiden i et virtuelt miljø på en måte som støtter trivsel og engasjement og opprettholder spontant samarbeid for ansatte.
- Også digitale kulturkonflikter krever løsninger i stedet for taushet. Ledere bør være oppmerksomme på spenningene som kan oppstå mellom ansatte som ikke er tilstede på samme fysiske lokasjon.

Vårt digitale språk og valg av kommunikasjonskanal

Det har over mange år vært arbeidet med Klarspråk⁵¹ i tekster fra det offentlige til brukere. Å adoptere rådene fra Klarspråk også internt vil være nyttig, men ikke tilstrekkelig i digital samhandling. Alle har vi vel erfaringer med at budskap blir feiltolket når e-posten er skrevet med bare store bokstaver eller teamsmøte som blir pinlig når en deltager skravler med andre enn møtedeltagerne fordi han har skrudd av høyttaler og ikke mikrofon. Bevissthet i valg digital kommunikasjonskanal vil bli viktigere etter hvert som Helse Nord bli mer og mer digital.⁵²

Vårt digitale språk i samhandling med pasienten og den pårørende

Intensjon og mening uttrykkes ikke bare gjennom de de ordene vi velger. I en digital verden er både valg av ord og uttrykk sammen med valg av digital kanal, kroppsspråk og muligheten for blikkontakt avgjørende for hvor god samhandlingen blir. I de helsefaglige

⁴⁹ Anna Kirah snakker om en menneskesentrisk kultur og utvikling

<https://www.youtube.com/watch?v=X0yYxu2rdl4&t=284s>

⁵⁰ <https://intranett.helse-nord.no/koronavirus/gjenapning-av-kontorlokale-167530-45937.html>

⁵¹ <https://www.sprakradet.no/klarsprak/>

⁵² <https://helsenordikt.no/nyheter/blogg/hvordan-kommunisere-tydelig>

utdanningene i dag er ikke digital samhandling språk eller valg av kommunikasjonskanal adressert. Eksempelvis kan det nevnes at begrepet digital kun er nevnt to ganger i utkastet til «Forskrift om nasjonal retningslinje for jordmorutdanning»⁵³ og da ikke sammenhengen med kommunikasjon med pasienten. For utdanning av sykepleiere fom 2023 er begrepet digital brukt 11 ganger i «Forskrift om nasjonal retningslinje for sykepleierutdanning»⁵⁴, men det er ikke benyttet i kapittelet som omhandler læringsutbytte for kompetanseområdet sykepleierprofesjonen, etikk, kommunikasjon og samhandling. Dette understøtter oppfatningen av at hvordan en skal oppnå god digital kommunikasjon og samhandling med pasientene og de pårørende ennå ikke har fått plass i utdanningen av helsepersonell.

3.4.5 Kompetansevridning

I løpet av de 30 siste årene har arbeidsprosesser gått fra å være manuelle til å bli både digitale og automatiserte. Denne utviklingen vil fortsette og mye tyder på at omfanget av prosesser som blir berørt vil øke samtidig som hastigheten i automatiseringen og digitaliseringen vil øke. Denne utviklingen er ikke ukjent i spesialisthelsetjenesten og har pågått i mange år. Et eksempel er sterilisering av medisinsk teknisk utstyr⁵⁵ hvor arbeidsprosessen har blitt automatisert og hvor data fra arbeidsprosessen har blitt digitalisert. Det som er «nytt» i denne utviklingen er at også de pasientnære arbeidsprosessene vil bli endret som følge av automatisering og digitalisering. Alarmsnora kan skiftes ut med en sensor på håndledet som kan registrere både fall og andre kroppsfunksjoner og en skjerm hvor type behov for assistanse kan registreres. Dette beskrives nærmere i kapitlet Digitale sykehus.

Som konsekvens av automatiserte og digitaliserte arbeidsprosesser vil man også i HN få en dreining fra ansatte som gjennomfører arbeidsprosesser til design av automatiserte prosesser, prosessrevisjon og systemrevisjon. Dette medfører at HN må sikre at de har tilgang på denne typen kompetanse. I tillegg må de ansatte interaksjon med automatiserte og digitaliserte prosesser beherske samspillet med disse prosessene og håndtere og forstå avvikene.

3.4.6 Min digitale kollega

Min digitale kollega har ikke alltid et menneskelig uttrykk, men innføringen av fysiske roboter antas å skyte fart også innen helsevesenet. Alt hvor en kan beskrive en prosess for å hente, bringe, flytte, telle osv er velegnet for robotisering. Mye av denne teknologien er moden i dag og benyttes i alt dag og benyttes i stadig flere bransjer og for å utføre repetitive oppgaver. I restauranter i Trondheim blir du servert av en robot,

⁵³ <https://www.regjeringen.no/contentassets/bed82534ff7b40278ec4e62e08ebb02f/forslag-til-forskrift-for-nasjonal-retningslinje-for-jordmorutdanning.pdf>

⁵⁴ https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-412#KAPITTEL_3

⁵⁵ https://www.svas.no/kataloger/sterilisering/svalland_autoklaver_sterilisering_forsegling_desinfeksjon_01_2020.pdf

mens en annen rydder bordet etter gjester som er ferdig med måltidet. På Nordlandssykehuset ble automatisert laboratorium⁵⁶ tatt i bruk og resultatene viser så lang at både kvaliteten og effektiviteten overstiger forventningene. I InFuture rapporten beskrives denne utviklingen ytterligere sammen med forventningene om at denne utviklingen skal skyte fart og at effektiviseringen skal bli formidabel.

Det har ikke lyktes å finne overordnede studier som beskriver hvordan en robotisering av prosesser påvirker de ansatte og arbeidsmiljøet i spesialisthelsetjenesten. Det er gjennomført enkeltstudier hvor blant annet ser at ansatte på virksomheter som benytter roboter menneskeliggjør dem og at de skaper både glede og irritasjon på arbeidsplassen.⁵⁷

I tillegg benyttes kunstig intelligens aktivt som beslutningsstøtte eller beslutningstaker i på mange områder i dag og kanskje uten at vi oppfatter det som kunstig intelligens. *BoneXpert* som brukes av radiologer til å automatisk måle benalder (bone age), *Syngovia* fra Siemens som blant annet kan brukes til å automatisk detektere anatomiske strukturer i medisinske bilder, og *IntelliSpace Portal* for bearbeiding av bl.a. MR-hjerter.

For ansatte i Helse Nord betyr det at de ansatte må lære å benytte denne typen verktøy etter hvert som de blir utviklet og like viktig de ansatte må lære og erfare at de er til å stole på, slik at i 2038 inngår som en naturlig del av hverdagen.

3.4.7 Læring i et digitalt miljø

Microlæring har gjennom de siste tiårene fått stor utbredelse både for å løse private problemer og læring i virksomheter. I dag har de fleste av oss benyttet microlæring ved å se på YouTube for å løse en utfordring f.eks hvordan sette inn et glidelås i en bukse. Mikrolæring er korte sesjoner med aktiv læring, og kan foregå på flere måter og integreres i arbeidshverdagen. Det kan for eksempel være videoer, presentasjoner, tekster, simuleringer, coaching, oppgaver etc⁵⁸.

I flyindustrien har systematisk ferdighetstrening vært utført i simulatorer i mange tiår. Starten på systematisk ferdighetstrening⁵⁹ i simulatorer har en sett i Norge ved f.eks Helse Vest og ved UNN Harstad⁶⁰, men kostnaden ved simulatorer gjør at dette benyttes unntaksvis og kun ved enkelte typer operasjoner. I tråd med at simulatorer blir billigere, bedre og kan vise mer virkelighetsnære situasjoner kan de de neste 15 årene bli implementert både i utdanningen av helsepersonell og bli brukt i sertifisering og resertifisering av kirurger for f.eks gjennomføring av ulike type operasjoner.

⁵⁶ Link til intranett artikkel

⁵⁷ <https://gemini.no/2021/05/en-boks-pa-hjul-med-personlighet/>

⁵⁸ https://lederne.no/artikler/kunnskap-mikrolaering-gir-mye-pa-kort-tid/?gclid=Cj0KCOjwvZCZBhCiARIsAPXbajsnPREzOLrji3ckvHIPvW0OWLjLEVkSjFcN1a3PUGmZ29xktWjIsBEaAmEzEALw_wcB

⁵⁹ <https://www.nrk.no/vestland/operasjonar-i-simulator-skal-gje-tryggare-norske-sjukehus-1.13596625>

⁶⁰ <https://www.alfredsurgery.com/>

I Australia benytter de også simulatorer for simulering av visitten⁶¹ i undervisningen av helsepersonell. Resultatet som fremkommer har vist seg å være overaskende gode.

Til sammen utgjør dette indikasjoner på at bruk av simulator for å utvikle og videreutvikle kompetanse i Helse Nord kan være formålstjenlig.

3.4.8 Visjon

I 2038 er de ansatte i Helse Nord fortsatt stolte⁶² av å jobbe i en veldrevet spesialisthelsetjeneste og føler en sterk tilhørighet til Helse Nord og sin egen leder, uavhengig om de har sin fysiske arbeidsplass ved en av Helse Nord's lokasjoner eller de er hybride medarbeidere.

Helse Nord har evnet å utvikle sine ansatte på en slik måte at bruk av digitale verktøy og løsninger føles som en naturlig del av arbeidshverdagen og at freidigheter utvikles og trenes i et digitalt miljø.

I møte med pasienten og dens pårørende er den ansatte trygg i valg av digitale løsninger for å kommunisere med pasienten og dokumentasjon av både pasientdata og kommunikasjonen skjer effektivt og fortløpende.

3.4.9 Konklusjon

For mange ansatte i Helse Nord vil den digitale transformasjonen i perioden frem til 2038 ha påvirket arbeidshverdagen fra en hverdag sentrert rundt et sykehus til en hverdag hvor pasienten er i sentrum uavhengig av hvor pasienten befinner seg. For de ansatte medfører det at:

- I 2038 etter et godt arbeid med å systematisere, definere og implementere hybride ansettelsesmodeller benytter Helse Nord de skulte reservene i arbeidsmarkedet.
- I 2038 vil mye av opplæringen vil bli gjennomført digitalt. I tillegg vil utstrakt bruk av mikro læring og simulering benyttes til både opplæring og ferdighetstrening.
- Nomader og ambulante team har blitt vanlig og mange ansatte både klinikere og andre ansatte er ute nært pasienten og de pårørende.
- Digitale verktøy har tatt en større plass i hverdagen og Helse Nord ansatte har en digital grunnkompetanse og spesifikk digital kompetanse innenfor sitt fagfelt.
- Kompetanse om digital kommunikasjon er innarbeidet i helsefagutdanningene og Helse Nord arbeider aktivt med å tilpasse den til landsdelen.

⁶¹ Link til Gartner webcast

⁶² Link til kulturundersøkelsen og MTI i HFene

3.5 Ledelse

I 2038 skal lederne manøvrere i en verden hvor både pasientene og de pårørende, ansatte og tjenesteleveransene er hybride samtidig som de skal løse Helse Nord gjennom en digital transformasjon. For å oppnå suksess vil det kreves nye ferdigheter hos våre ledere. I 2038 er vi i ferd med å forlate det tradisjonelle synet på styring og kontroll, over til mer fokus på mål, tillit og læring. Samarbeidsferdigheter og lagspill innad i Helse Nord og med andre aktører vil være en kritisk suksessfaktor for å lykkes. Samarbeid og samhandling i regionen

“Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.”⁶³ og i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) slås det fast at «Kommunestyret selv skal inngå samarbeidsavtale med det regionale helseforetaket i helseregionen eller med helseforetak som det regionale helseforetaket bestemmer.»⁶⁴ . I § 6-2. Krav til avtalens innhold pkt 9 er det spesifisert at avtalen skal inneholde samarbeid om IKT løsninger lokalt.

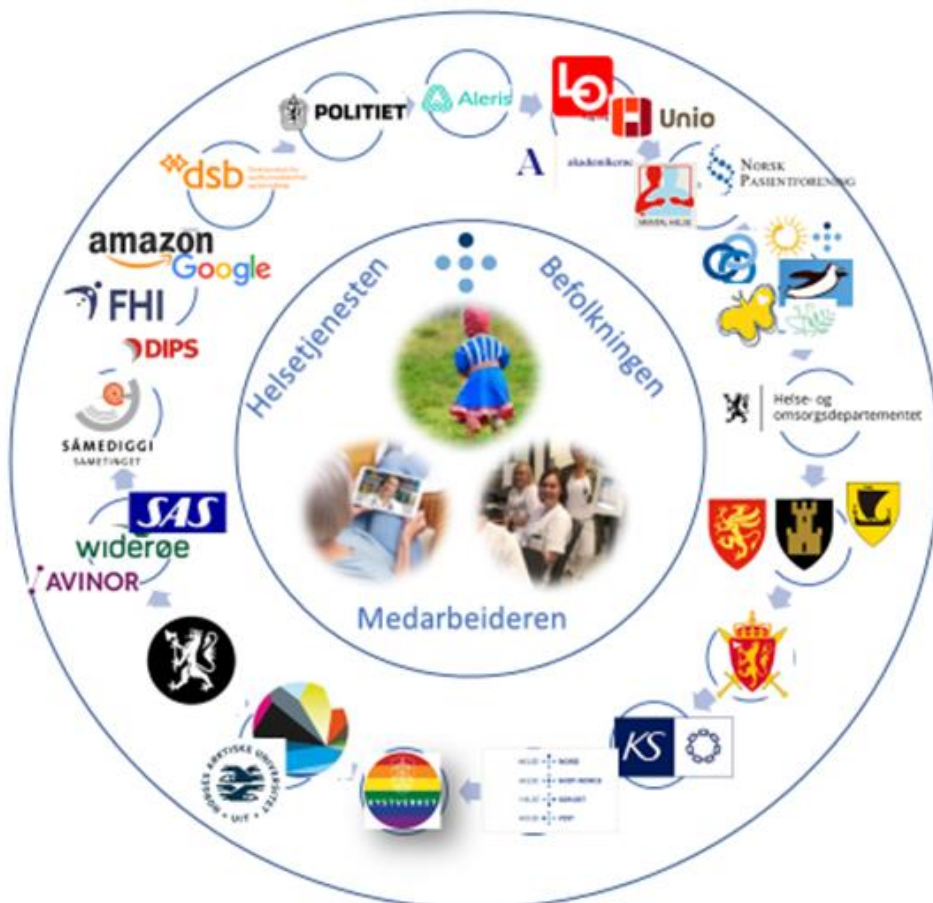
Frem mot 2038 vil større deler av befolkningen trenge hjelp med flere samtidige sykdommer og ha behov tjenester fra både spesialisthelsetjenesten, kommunen og andre både offentlige og private aktører. Samarbeid og samhandling med mellom aktørene og aktørene og pasienten og dens pårørende vil i 2038 bidra til å sikre det totale og sammenhengende tjenestetilbudet til innbyggerne.

Figuren under illustrerer denne sammenhengen og RU38s målområder. Figuren gir ikke en uttømmende oversikt over aktører.

⁶³ Definisjon fra St.meld. nr. 47 Samhandlingsreformen

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

⁶⁴ <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30/§6-1>



Med bakgrunn i helsefellesskap etablerer Helse Nord et regionalt digitalt «interhelsefellesskap» for å sikre god oppgavefordeling og informasjonsutveksling mellom aktører i nord for å sikre god pasientbehandling og involvering av pasienter. I 2038 er Helse Nord RHF's rolle å orkestre det digitale helsefellesskapet.

3.5.1 Lederferdigheter under digital transformasjon

I 2022 bar ledelsesprogrammene *Tilstedeværende ledelse - i en digital tid*; *Fjernledelse* og *Leading in digitized workplaces* på BI, bud om at ledelse i en digital fremtid vil være noe annet enn ansett, god ledelse på den tiden. Moderne og digitale ledere må beherske både å lede sine team i endring, men også besitte et «digitalt tankesett» med tanke på den teknologiske transformasjonen på arbeidsplassen. Spørsmålet vi stilte oss var: Hvordan blir den gode lederen i Helse Nord når lederen i tillegg får nye digitale muligheter for styring med f.eks. støtte av kunstig intelligens.

En arbeidsplass regnes som digital når arbeidsstyrken utfører oppgavene sine i et digitalt arbeidsrom. Mange organisasjoner bruker digitalisering der arbeidsaktivitetene som utføres, verktøyene som brukes og informasjonen som brukes er de samme, uansett om de er engasjert på kontoret, hjemme eller et annet sted. Den digitale arbeidsplassen kan ganske enkelt bety «samlingen av alle de digitale verktøy som tilbys av en

organisasjon for å la sine ansatte gjøre jobben sin» (vår oversettelse)⁶⁵. Altså de digitale ordningene som forenkler og teknologien folk bruker for å få arbeidet gjort på dagens arbeidsplass, f.eks. HR-applikasjoner, kjernevirksomhets-applikasjoner, e-post, intranett og virtuelle møteverktøy (MS Teams o.l.).

Digitale arbeidsplasser har flere kjennetegn: 1) arbeidet er ikke et sted/reisemål 2) arbeidsmiljøet er ikke fysisk og 3) ytelse måles på resultat/levering, ikke tilstedeværelse⁶⁶. Digitaliseringen av arbeidsplasser påvirker virksomheter på mange måter, spesielt de ansatte og hvordan de utfører oppgavene sine. Den digitale arbeidsplassen muliggjør nye, mer effektive måter å jobbe på og øker ansattes engasjement og smidighet.

Effektivt ledet digitalisering av arbeidsplasser har i 2038 gitt enorme fordeler. Digitalt lederskap innebærer å gjøre de riktige tingene for å oppnå strategiske suksess med digital transformasjon. Den digitale arbeidsplassen tilbyr store muligheter for ledere til både umiddelbar og kontinuerlig kommunikasjon og samhandling med ansatte på global basis. Derfor har det vært viktig å forstå hvilke lederegenskaper og ferdigheter som trengs for å effektivt administrere digitale arbeidsplasser og tilpasse lederstiler til digitale arbeidsplassers behov.

Ledere trenger å forstå nye måter å samhandle og samarbeide på, omfavne nye teknologier og endre tankesett for å trives i den digitale fremtiden. Og de trenger å forstå fem essensielle ledelsesprinsipper⁶⁷

- ledere må være digitalt tilstede i alle digitale rom
- ledere må forstå hvem de leder
- ledere bør lede gjennom involvering og argumentasjon fordi digitale virksomheter krever mer samtale, mindre hierarkisk ledelse
- ledere må implementere verdikjedestyring fordi digitale arbeidsplasser trenger mindre ledelse siden programvare erstatter mange, repeterende arbeidsoppgaver
- digitale ansatte forventer at menneskelig samhandling er personlig og det er viktig at ledere er mennesker

Ledelse av en hybrid ansatt

Som vi beskrev i punkt 4.2.2 overfor måtte mange virksomheter i Norge umiddelbart gå over til en hybrid ansettelsesform (arbeid borte fra kontoret minst én dag i uken) da pandemien traff Norge i mars 2020. Dette innledet ei ny tid der den tradisjonelle arbeidsformen ikke lenger er tilpasset arbeidsstyrkens behov. Ansatte trenger og

⁶⁵ C. Tubb, *What's the employee's view of the digital workplace?*, 2014, [online] Available: <https://digitalworkplacegroup.com/2014/01/21/whats-employees-view-of-digital-workplace/>.

⁶⁶ P. Miller, *How to create a digital workplace*. Harvard Business Review, 2016, [online] Available: https://alves.pro.br/uploads/1/3/7/9/13790082/hbr_20160922_workspacebmcv3.pdf.

⁶⁷ D. Roe, *5 Traits of digital workplace leaders*, 2016, [online] Available: <https://www.cmswire.com/digital-workplace/5-traits-of-digital-workplace-leaders/>.

ønsker tilgang til relevant informasjon for jobbene sine, uansett hvor og hvordan de velger å jobbe. Sykehusdrift er mangfoldig og krever særlig i en stor del av den klinisk virksomhet fysisk tilstedeværelse, hele tiden, på arbeidsstedet, og en hybrid arbeidsform er ikke mulig. Imidlertid er det potensial for egnede hybride arbeidsmodeller både i klinisk, administrativ og annen sykehusdrift.

Dette skaper utfordringer for virksomhetens ledere som skal manøvrere i nytt landskap og ulendt terreng. Det kan være uheldig for kommunikasjon, kultur, samarbeid og følelsen av tilhørighet på arbeidsplassen dersom f.eks. de erfarne medarbeiderne og fagspesialister selv velger hjemmekontor og de yngre medarbeidere velger å være fysisk tilstede. Det er vanskelig å bygge team når halve staben sitter på hjemmekontor, og det er vrient å få til en god onboarding av nyansatte hvis de mest erfarne medarbeiderne aldri er til stede på jobben.

Ifølge Habbestad⁶⁸ er det det viktigste lederverktøyet i slike tilfeller god kommunikasjon. Sørg for at du som leder, gjennom samtaler med dine ansatte, har god innsikt i den enkeltes preferanser, men også hva som gir best arbeidsforhold for teamet. Lederoppgaven er å finne gode løsninger som balanserer virksomhetens behov og den enkeltes preferanser, og kommunisere om gjeldende retningslinjer på en god og involverende måte.

For å mestre moderne arbeid, har Helse Nord i 2038 gitt tydelige forventninger om hva som kreves av ledere i Helse Nord og tatt dette inn i lederutviklingsprogrammet. Gode kontorløsninger er planlagt og dilemmaer om utforming av kontorlokaler og arbeidsmiljø er gjennomtenkt (f.eks. møteromsutstyr, felles kontortid). Verktøyene og teknologien for å skape en digital arbeidsplass er tilpasset hybridarbeid, endrede regelverk og informasjonssikkerhet. Dette har tilført virksomheten muligheten til å gi ansatte mer ansvarsfulle oppgaver, som igjen har styrket evnen til å rekruttere og beholde kompetent arbeidskraft.

Kompetansestyring

Det som kan være vanskelig som leder i digital transformasjon er manglende kompetanse og manglende erfaring med ulike digitale prosesser. Da er det lett å for lederen å ty til styring og kontroll; dvs. den tradisjonelle rollen til lederen som sjef og kontrollør for arbeidet («sjefen»). I 2022 uttalte professor emeritus i samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo, Magne Nylenna, at «Selvsagt handler det om digital kompetanse, men min generasjon vil alltid forbli innflyttere i det digitale samfunn, ikke innfødte som mine barnebarn.»⁶⁹ Det er et skille mellom nyutdannede som gjennom utdanningene benytter ulike digitale løsninger og øvrig ansatte med mindre digital erfaring. Ulik

⁶⁸ Hybrid ledelse – hvordan lede i den nye hverdagen, av Anne Lise Heide i <https://www.habberstad.no/fagblogg/hybrid-ledelse-hvordan-lede-i-den-nye-hverdagen>, publisert 17.02.22

⁶⁹ Magne Nylenna i kommentaren Digitale demoner publisert i Dagens Medisin 17.06.22 <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2022/06/17/digitale-demoner/>

erfaring og kompetanse medfører at nye teknologiske løsninger ikke utnyttes fullt ut, og at arbeidsprosessene og organisering forblir uendret.

I 2038 har Helse Nord utnyttet teknologisk utvikling til nye muligheter for kompetanseutvikling. Stadig flere medarbeidere er digitalt innfødte, medarbeidere med allerede høy teknologikompetanse og har en forventning om bruk av moderne digitale verktøy. Vi har derfor lagt til rette for at våre ansatte får mulighet til å styrke sine digitale ferdigheter i tråd med den teknologiske utviklingen. Vi har sørget for at den teknologiske utviklingen understøtter arbeidsprosessene slik at teknologi bidrar til effektiv tidsbruk og pasientsikkerhet. Derfor har de reelle brukerne av teknologi blitt involvert i utvikling og valg av teknologi.

«Maskiner blir kollegaer i fremtidens arbeidsliv og gir ny arbeidsdeling mellom mennesker og maskiner, som igjen stiller nye krav til kompetanse: Digital kompetanse, tverrfaglighet og kombinasjonsutdanninger, skaperkraft, informasjonskyndighet, fordypningsevne og sosial kompetanse.» Dette er stikkord fra Infutures fremtidsstudie «Hvordan blir fremtidens helse- og omsorgstjeneste?» (2021)⁷⁰

På denne bakgrunn antas at i fremtidens arbeidsliv i Helse Nord spiller maskiner og teknologi en større rolle. Maskiner er blitt mer som en kollega enn en konkurrent og automatisering og teknologisk utvikling har bidratt til produktivitetsvekst. Maskinene har overtatt flere arbeidsoppgaver, og helsepersonell har fått frigjort tid til å utføre andre oppgaver. Dette har medført nye krav til kompetanse. For det første har digitalkompetanse blitt viktigere, og i 2038 er Helse Nord (helsesektoren) blitt mer modne på digitalisering. Nytenkning for å tiltrekke oss og beholde medarbeidere med digital kompetanse har virket og tverrfaglighet og kombinasjonsutdanninger har blitt viktige virkemiddel. Dette innebærer tverrfaglighet både for å være med å utvikle og anvende slike løsninger. Kombinasjonsutdanninger på universitetene i grensesnittet mellom teknologi og helse er blitt vanlig.

Siden teknologi har smeltet mer inn i vår jobbhverdag, digitalkompetanse og tverrfaglighet har blitt viktigere, og maskinene har overtatt noen av våre jobboppgaver har dette utløst andre kompetansebehov. I fremtidens arbeidsliv blir fire fremtidskompetanser viktigere etter hvert som maskiner kan gjøre stadig mer: 1) Skaperkraft (maskiner har ikke samme kreativitet som mennesker); 2) Informasjonskyndighet (evnen og viljen til å finne og fortolke relevant informasjon); 3) Fordypningsevne (evnen og viljen til å konsentrere seg om komplekse utfordringer) og 4) Sosial kompetanse (helse- og omsorgssektorens økte behov for menneskenære jobber).

⁷⁰ Arbeidsgiverforeningen Spekter gjennomførte en fremtidsstudie med hjelp av analyse- og rådgivningsselskapet inFuture. Referansen er fra presentasjonen under foredraget på Thon Conference, Oslo, 9. november 2021. Rapporten fra studiet er foreløpig ikke utgitt.

I det følgende holdes frem andre ledelses utfordringer under digital transformasjon: toppleders ansvar for digitalt lederskap; toppleders ansvar for endringsledelse; organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser; gevinstrealisering; tverrfaglige team (fusion-teams).

3.5.2 Toppledelsens ansvar for digitalt lederskap

Ledelse beskrives gjerne som en som påvirker andre ved sine handlinger for å få dem til å utføre oppgaver og bidra til at virksomheten når sine mål gjennom verdier, strategi og strukturer. Tradisjonell ledelse som f.eks. situasjonsbestemt ledelse er basert på ideen om spesialisering, standardisering og hierarkisk organisering (makt og myndighet) med sikte på best mulig effektivitet. En slik byråkratisk og regel- og planstyringsledelse håndterer ikke kompleksiteten i den digitale tidsalderen.

For å ikke risikere at tradisjonelle ledere, eller ledergrupper, skulle bli flaskehals som ikke taklet økende endringstakt eller raske retningsendringer, har digitaliseringen og økende endringstakt frem mot 2038 utfordret ledelsen til å motivere og sette seg inn i medarbeidernes tenkemåter, følelser og holdninger. Betydningen av teknologiledelse er derfor prioritert og blitt en drivkraft. Toppledelsen eier selv den digitale transformasjonen. Den krever ekte involvering. Eierskapet er nødvendig for å transformere virksomheten, fra å benytte eller ta i bruk ny teknologi, til å bli en digital, lærende organisasjon.

IT-sjefer (eng. CIO, Chief Information officer) er nøkkelen til digital transformasjon⁷¹. CIO'er tar gjennom 2020-2030 tallene i økende grad initiativer på overordnet nivå, og går utover deres tradisjonelle IT-leveringsroller. CIO'er som ønsker å øke tempoet i digital innovasjon og transformasjon, har gjort digitalisering til et delt lederansvar. I 2038 har vi derfor sørget for at IT-sjefene ikke er isolert fra resten av organisasjonen, men har en naturlig plass som e-helse/digitale direktører i toppledelsen.

3.5.3 Toppledelsens ansvar for endringsledelse

God endringsledelse er nødvendig for at virksomheter skal kunne lykkes med sine endringer. Endringsledelse innebærer å lede ansatte og organisasjonen gjennom en endringsprosess slik at virksomheten oppnår forventede resultater. Organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser er strategiske og ledelsesmessige utfordringer som må ledes fra toppen.

I den første regionale utviklingsplan (RU35) uttrykte Helse Nord en ambisjon om å være ledende på å bruke teknologi til medisinsk hjemmeoppfølging. Digitalisering og automatisering har skapt muligheter for andre måter å drive på. Utfordringen har vært å

⁷¹ Gartner: CIO Leadership of Strategy, Governance and Operating Model
<https://www.gartner.com/explore/initiatives/overview/15944?ref=doc-constart>

ta nye driftsmodeller systematisk i bruk i helsetjenesten. I Helse Nord ble etterhvert forutsetningene gode med våre felles IKT-løsninger. Teknologi har blitt brukt til digitalisering og automatisering av tjenester, forenkling av administrative oppgaver og til samhandling mellom tjenester på ulike nivå. Teknologi understøtter det kliniske arbeidet uten unødvendig merarbeid. Innføring av ny teknologi har også medført utvikling av nye organisatoriske løsninger gjennom tjenestedesign i samarbeid med pasientene for andre måter å arbeide med oppgavene på.

RU35 holdt videre frem tiltak knyttet til transformasjon av gjeldende modell for å levere helsetjenester. Det vil si tiltak som helt eller delvis endret den underliggende driftsmodellen for å levere helsetjenester. Til forskjell fra å effektivisere prosesser, handlet dette om å løse målsetningene til Helse Nord annerledes; å fjerne eksisterende prosesser, etablere nye, og endre organisasjonen slik at den ble rigget for å levere helsetjenester på en annen måte.

Underliggende driftsmodell måtte altså endres når mulighetsrommet for hvordan organisasjoner kan løse sine oppgaver ble forandret. Det er slik endring som kreves for å dra nytte av teknologiske løsninger og beste praksis for hvilke prosesser som bør ligge til grunn for å levere helsetjenester. Transformasjon av driftsmodellen har vært og er en kompleks og krevende oppgave både med hensyn til arkitektur og gjennomføring og krever flere initiativer på tvers av hele organisasjonen, store strukturelle endringer og evne til å håndtere uforutsigbare konsekvenser av disse endringene, samt flere typer kompetanse.

I arbeid med denne type tiltak ble det fokus på:

- definere og utvikle evnene og ferdighetene som må være på plass for at ny driftsmodell skal fungere
- tydeliggjøre verdien transformasjonsarbeidet skal gi, og monitorere, måle og følge utviklingen gjennom hele endringen
- sørge for at hurtighet og fleksibilitet blir den nye normen i hele organisasjonen, ved å eksperimentere, lære og implementere
- sørge for å bygge opp sterke transformasjonsledere med innflytelse og kredibilitet i organisasjonen. De riktige lederne og talentet vil skape slike transformativ endringer

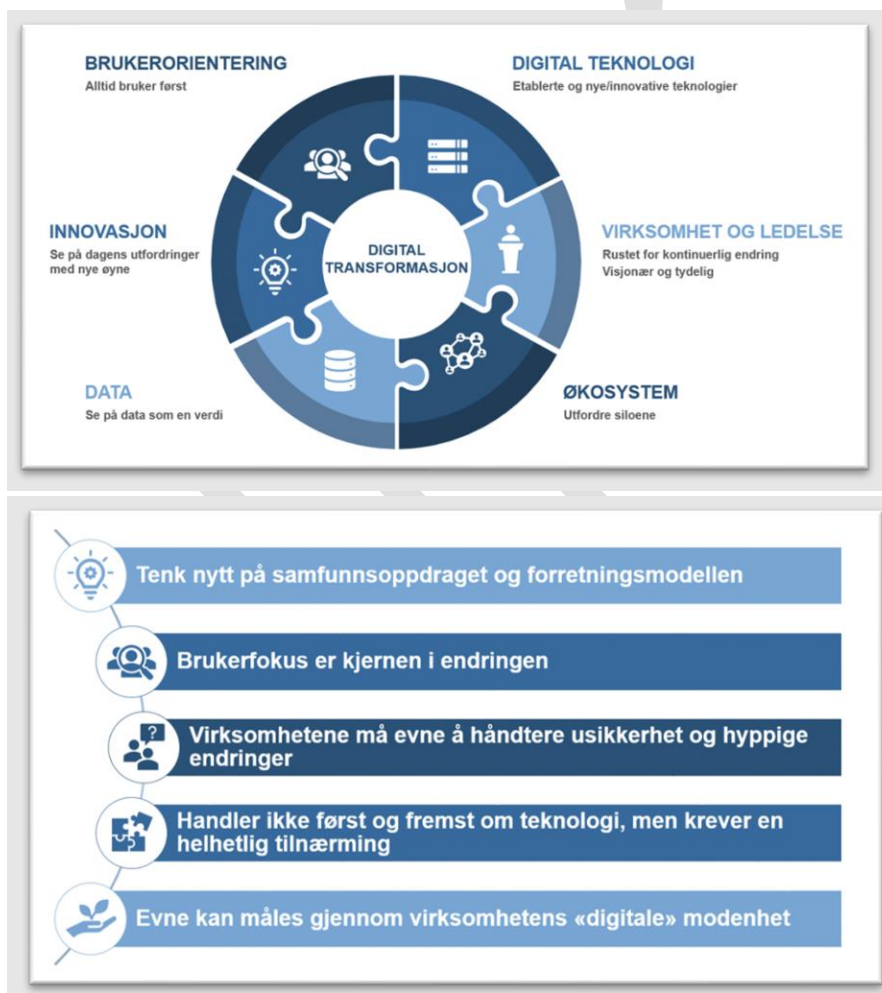
3.5.4 Organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser

Som det fremgår av Digdirs nettsider⁷² (i 2022) stiller bærekraftig utvikling, innbyggernes forventninger om mer sammenhengende tjenester og nye muliggjørende teknologier store krav til offentlig sektor. Digital transformasjon er et nødvendig virkemiddel for å møte utfordringene. Det er en radikal endring som treffer hele virksomheten, og handler vel så mye om ledelse, kompetanse og kultur, som teknologi.

⁷² Digitaliseringsdirektoratet er regjeringens fremste verktøy for raskere og mer samordna digitalisering av samfunnet.

Digital transformasjon handler om virksomhetens evne til å tenke nytt på sitt samfunnsoppdrag og kjerneoppgaver. Digital transformasjon er ikke å gjøre dagens tjenester og prosesser digitale, men en prosess, en stor endring, og et redesign av virksomheten på alle nivå på grunn av økende kompleksitet og tempo. Digital transformasjon betyr organisasjonsutvikling og endringsledelse på forskjellig nivå i en virksomhet. Digital transformasjon betyr å kunne se teknologimulighetene når ressursene blir knappere og behovet øker for å bli mer effektive og få mer ut av hver krone. Digitalisering medfører endrede og nye arbeidsprosesser som igjen utløser behov for organisatoriske endringer. Dette må løses parallelt.

Følgende figurer fra Digdir illustrerer hva digital transformasjon handler om, temaer som også passer for helse- og omsorgssektoren



Når ledelsen i 2038 skuer tilbake er erfaringen at noen av de viktigste virkemidlene for styring og samordning av digitaliseringen i Helse Nord har vært eierstyring og organisering. Digitalisering er utløst av teknologi, men handler mest av alt om organisasjonsutvikling og endringer i arbeidsprosesser.

3.5.5 Gevinstrealisering

Gevinstrealisering betyr å ta ut nytteeffekter og er nært knyttet til endringer i arbeidsprosesser og endringsledelse. Gevinstrealisering er en utfordring og krever strukturert og kontinuerlig oppfølging gjennom hele digitaliseringstiltaket. En utfordring er å følge opp gevinstrealiseringsarbeidet slik at helseforetakene klarer å realisere de forventede gevinstene.

Erfaringene fra FRESK-programmet illustrerer dette. FRESK-programmet - «Fremtidens systemer i klinikken» - ble etablert våren 2018 for å realisere Helse Nords visjon: «Én journal i Nord». Programmet består nå (i 2022) av prosjektene Elektronisk rekvirering til sykehuslaboratorier (ERL), Digitalt mediearkiv, Kurveprosjektet og DIPS Arena i nord. Det er store forventninger til at programmet skal gi nytteeffekter for regionen og samfunnet for øvrig. Arbeidet med å synliggjøre og å ta ut disse effektene ligger derfor langt fremme i programmets tenkning og prioritering.

I 2038 har Helse Nord innarbeidet hele hensikten med å fokusere på nytteeffekter i digitaliseringsprosjekter (f.eks. klinisk IKT). For det første for å holde fokus på de områdene som man tenker skal bli bedre med systemendringen. Et slik fokus har forenklet kommunikasjons- og motiveringsarbeid mot de som skal ta i bruk systemene på en riktig måte. For det andre for å synliggjøre hvilke endringer i arbeidet som må gjennomføres i virksomheten for at de forespeilede nytteeffektene skal kunne tas ut.

Fokus på nytteeffekter har således til hensikt å legge til rette for:

- systembrukere for en formålstjenlig implementering av systemene, herunder motivasjon, opplæring og kommunikasjon
- ledere for en langsiktig oppfølging av implementeringen for å realisere gevinster, herunder legge til rette for endring av arbeidsformer (bedre flyt, bedre utnyttelse av personell etc.), fokus på kvalitet og pasientsikkerhet og forhindre vesentlig økning i personellforbruk
- overordnet ledelse for oppfølging og dokumentasjon av effekt av systeminnføringen

Kontinuerlig gevinstarbeid er viktig for møte digitaliseringsforventninger og ta ut nytteeffektene av det nye tiltaket. Gevinstarbeidet består av å identifisere og beskrive gevinster, angi forutsetninger for å realisere gevinstene og forventet tidspunkt for når gevinstene kan realiseres. Ansvar for å realisere gevinstene ligger til ledelsen i det regionale helseforetaket og helseforetakene, som må ha et forhold til hva som skal til for å oppnå nytteeffektene og arbeide aktivt for å tilrettelegge for og realisere disse. I 2038 har derfor Helse Nord dekket behovet for å styrke kompetanse og veiledning om arbeidet med gevinstrealisering generelt, og innovasjon og digital transformasjon spesielt.

3.5.6 Tverrfaglig samarbeid (fusion teams) - rett kompetanse til rett tid

Som beskrevet i kapittel 3.5.1 Lederferdigheter under digital transformasjon var det et sentralt mål i nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 at kommuner og spesialisthelsetjeneste skulle samarbeide og samhandle om de som trenger det. Spesialisthelsetjenester måtte gjøres mer tilgjengelig gjennom videreutvikling av nødvendig digital infrastruktur og digitalisering for å gjøre det mulig å innføre digital hjemmeoppfølging, legge til rette for mer samvalg, og brukerstyrte tjenester.

Pasienter og pårørende har dermed kunnet reise mindre for å gjøre undersøkelser som kan utføres lokalt, med støtte fra et større fagmiljø sentralt. Digitalisering har således også dannet grunnlag for samarbeid og samhandling på tvers av geografiske enheter og helseforetaksgrenser, og bidratt til å redusere fysiske avstander og gjort det mulig å bygge robuste fagmiljø og nettverk.

Befolkningens forventninger til helsetjenesten har økt i takt med den medisinske utviklingen, samtidig som de økonomiske og bemanningsmessige ressursene er blitt knappere. Dette dilemmaet gjorde det nødvendig å utforske nye arbeidsformer og nye former for samhandling som kunne gi bedre bruk av de samlede ressursene. RHF-et har derfor gjennom 2020 og 2030-tallet bidratt til å drive frem økt samarbeid mellom helseforetak og kommuner og med eksterne helsetjenesteleverandører. Faglig samarbeid, sykehus i nettverk og funksjonsdeling ble viktige, strategiske grep.

Forskning fra Gartner, Inc⁷³. har eksempler på et slike strategiske grep for faglig samarbeid på tvers gjennom fremveksten av såkalte «fusion-teams» og hvordan virksomheter som lykkes med digitalisering har endret måten de håndterer det digitale utfordringsbildet. Fusion-team er tverrfaglige team som kobler teknologi og teknologikompetanse med andre typer bransjespesifikk ekspertise og deler på ansvaret for resultatet. Fremveksten av fusjonsteam er bevis på at grensene mellom IT og resten av virksomheten stadig viskes ut. «*Traditional, IT-centric “shared services” delivery models are being displaced by fusionteams that blend technology and other types of domain expertise.*»⁷⁴

Tradisjonelt lederskap har vært assosiert med mektige ledere på toppen av hierarkiet. Ledelse i den digitale tidsalderen er imidlertid mer desentralisert og nesten det direkte motsatte av tradisjonell ledelse. Hierarkiet er erstattet med horisontale kompetansenettverk og selvorganiserte/selvledede team, ofte løst organisert innenfor områder drevet av felles visjon og mål.⁷⁵

⁷³Gartner, Inc. er et amerikansk teknologisk forsknings- og konsulentfirma som driver forskning på teknologi og deler denne forskningen både gjennom privat rådgivning så vel som lederprogrammer og konferanser.

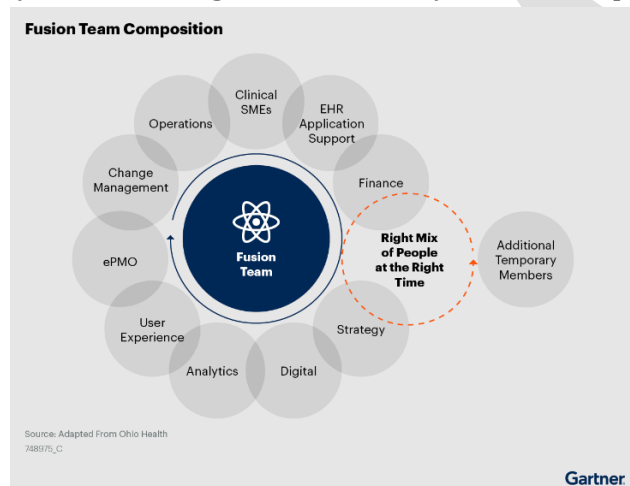
⁷⁴ Fusion Teams: A New Model for Digital Delivery <https://www.gartner.com/document/3955908?ref=TypeAheadSearch>

⁷⁵ Digi.no, «Den nye Normalen – hybrid hverdag» av Arne Løvold, publisert 15.04.22 <https://www.digi.no/artikler/debatt-den-nye-normalen-digital-ledelse-i-en-hybrid-hverdag/517302>

Fordelene til fusjonsteam er betydelige. En tverrfaglig, delt modell med bred involvering gir bedre resultater enn sentraliserte, adskilte digitale prosjekter. Organisasjoner som har tatt i bruk fusion-teams har oppnådd en effektivitet 2,5 ganger raskere i sine digitale forretningstransformasjoner enn organisasjoner som driver initiativer i et sentralt administrert team som vanligvis er adskilt fra den øvrige virksomheten.

Fremtidsrettede virksomhetsledere (og IT-ledere) fokuserer på den menneskelige siden ved risikovurderingen ved innføring av ny digital teknologi (de kulturelle, organisatoriske og atferdsmessige aspektene ved risikostyring) for kunne ta ut best og mest mulig nytteverdi fra den nye digitale leveransen. Nye begreper som "smidige team" (agile teams), "smidige bedrifter" og "digitale produktteam" har blitt vanlig.

Et skifte til fusjonsteam kan gi betydelige fordeler i forhold til tradisjonelle, sentraliserte prosjektteams. Det er imidlertid ikke uten risiko. Problemer knyttet til styringsprosesser (dårlig etterlevelse og risikostyring), talentledelse (rekrutteringsutfordringer) ledelse (uklar fordeling av lederansvar) kan alle avspore fusjonsteamlede initiativer.



Case Study: Fusion Team Drives Operational Efficiency in Patient Throughput (OhioHealth):

En casestudie om forbedring av pasientgjennomstrømning ved OhioHealth⁷⁶ illustrerer hvordan klinisk-ikt-ledere med suksess har anvendt fusion-teams for å løse komplekse, organisatoriske problemer.⁷⁷

Poenget med å vise til dette case-studiet er primært å vise det ledelsesmessige aspektet (og ikke den helsefaglige løsningen som helseforetaket kom fram til) ved anvendelsen av fusion teams som organisatorisk samarbeidsmodell. Digitale muligheter utnyttes best når teknologien inngår i en større sammenheng. Det vil si fra teknologi som separate løsninger levert fra en IT-avdeling til et sammenhengende konsept som utvikles i samhandling mellom klinikere som prosjektdeltakere og IT-ressurser. For

⁷⁶ <https://www.ohiohealth.com/about-us>

⁷⁷ Case Study: Fusion Team Drives Operational Efficiency in Patient Throughput (OhioHealth) Av Sharon Hakkennes, Veronica Walk, 2021 <https://www.gartner.com/document/4003971?ref=TypeAheadSearch>

helsepersonell kan fusion-teams representere et grunnleggende skifte fra IT som en funksjon som leverer tjenester til sine kunder til IT-samarbeid med klinikere, sykepleiere og annet helsepersonell med sikte på å levere digitale løsninger tilpasset det kliniske behovet.

Utfordring ved OhioHealth var velkjent i sektoren: helseforetakets sykehus hadde utnyttet kapasiteten maksimalt, og bemanningsmangel forsterket problemene deres med pasientgjennomstrømning og kapasitetsstyring. På tvers av 13 sykehus hadde de mer enn 50 separate initiativer på gang for å løse problemene med pasientgjennomstrømning og kapasitet. Mange av disse initiativene var overlappende i omfang, konkurrerte om ressurser og jobbet til og med på tvers med liten varig suksess.

OhioHealth trengte derfor å konsolidere alle uavhengige initiativene til et samlet prosjekt for å forbedre pasientgjennomstrømning på systemnivå, ledet av et fusjonsteam. Teamet hadde til enhver tid den rette sammensettingen av ansatte og kompetanse. Kjerneteamet, som blant annet besto av sykepleieledere, driftsledere, dataanalytikere, og brukerrepresentanter, ble supplert med midlertidige medlemmer for å bringe nødvendig kompetanse og erfaring på tvers av de ulike fasene av prosjektet inn etter behov. Endringen i teamsammensettingen ga teamet inspirasjon til å holde god motivasjon og fremdrift. Tilnærmingen krevde at medlemmer av fusjonsteamet deltok på heltid, og gikk ut av sine tradisjonelle roller i opptil 18 måneder, noe som krevde tillit og engasjement fra mellomledere for å sikre de ressursene som krevdes.

Designtenkning ble brukt for å forstå og kartlegge pasientreisen. Fusjonsteamet identifiserte og adresserte problemer knyttet til gjennomstrømning på klinisk nivå og helsesystemnivå ved å etablere en forenklet oversikt over pasientforløpet og utviklet et organisasjonsomfattende System Capacity and Resource Center. Resultatet ble en betydelig kapasitetsforbedring og pasientgjennomstrømning.

Suksessfaktorene til OhioHealths fusjonsteam var teamets vilje til å lære av egne feil og endrede krav. Å levere resultater var helt avhengig av evnene og ferdigheter til medlemmene. Teamet besto av personer som:

- var ute etter utfordringer og er klar og i stand til å strekke seg profesjonelt
- hadde et sterkt ønske om å lære og utvikle seg
- brakte inn mangfold, ferdigheter og erfaring
- var kreative, nysgjerrige og robuste
- kunne bygge relasjoner med eksterne interessenter og engasjere seg med andre for å støtte prosjektet

OhioHealth avdekket behovet for sterkt lederskap for å holde fremdriften, dette inkluderte både lederstøtte og ledelse av fusjonsteamet. Fusjonsteamet krever en strategisk leder som forstår organisatoriske kompleksiteter og har sterke operasjonelle og kliniske relasjoner. Lederfunksjonen er kritisk for å kunne håndtere hindringer,

motivere og løse interne teamkonflikter. Siden teamets roller kontinuerlig endrer seg basert på behovene og ulike tidspunkt i prosjektet, er lederen av fusjonsteamet avgjørende for å sikre kontinuerlig rolleklarhet for alle teammedlemmer.

Digital eller ikke digital- ledelse handler om mennesker og relasjoner og hvordan noen ansatte i organisasjonen har fått et spesielt ansvar for å sikre at alle i en gruppe deltar aktivt for å nå mål, både kortsiktige og langsiktige mål. I Helse Nord vil det fortsatt diskuteres hva som er den beste ledelsesfilosofien og lederne må forholde seg til ulike ledertilnæringer slik som relasjonsledelse, ledelse av kunnskapsmedarbeider, positiv psykologi og styrkebasert ledelse, osv...

3.5.7 Datadrevet virksomhetsstyring

Gartner definerer datakompetanse som evnen til å lese, skrive og kommunisere data i kontekst, inkludert en forståelse av datakilder og konstruksjoner, analytiske metoder og teknikker som brukes, og evnen til å beskrive brukstilfellet, applikasjonen og den resulterende verdien.⁷⁸ Datakompetanse er en underliggende komponent av digital fingerferdighet – en ansatts evne og ønske om å bruke eksisterende og fremvoksende teknologi for å oppnå bedre resultater.

Forskning viser at datadrevet beslutningstaking korrelerer positivt med eller har en positiv påvirkning på resultatene til virksomheter. Det har derfor vært et ønske at man også innenfor Helse Nord skal dra vekslers på datadrevet beslutningstaking, forutsatt at datagrunnlaget er bra og at dataene er tilgjengelige. Vi har også innsett at det var et stykke vei å gå for å ta i bruk datadrevet beslutningsstøtte på grunn av manglende analysekompetanse og dermed kompetanse på gjennomføring.

Datadrevne styring kan gi beslutningsstøtte og bedre pasientbehandling. En pasient i helsetjenesten genererer mye informasjon som inneholder verdifull klinisk informasjon for helsepersonell og pasienter. Store datamengder informasjon samles i helsesektoren som en del av rutinene, blant annet gjennom elektroniske pasientjournaler (EPJ). Ved å utnytte disse dataene av relevant klinisk informasjon har man et stort potensial for å støtte helsepersonell i å gi best mulig behandling.

Datadrevet virksomhetsstyring kan lede til bedre og mer proaktiv økonomistyring. Datavarehuset Helse Nord-ledelsesinformasjonssystem (HN-LIS), samler data fra virksomhetens systemer om pasienter, aktivitet, diagnostikk, operasjoner, poliklinikk, pre-hospital aktivitet osv. Datavarehuset datasamling gir kunnskap og innsikt om virksomheten. Data fra kliniske og administrative systemer brukes for å generere informasjon til kunnskap og innsikt, som igjen kan brukes ved beslutninger basert på faktiske forhold i stedet for usikre antakelser. Bedre og proaktiv utnyttelse av data er viktig om Helse Nord skal lykkes med en bærekraftig helsetjeneste.

⁷⁸ <https://www.gartner.com/smarterwithgartner/a-data-and-analytics-leaders-guide-to-data-literacy>

I 2038 har Helse Nord derfor utviklet og hevet kompetansen på nøkkelferdigheter for kunne ta bedre datadrevne beslutninger.⁷⁹

3.5.8 Visjon

I 2038 preges lederskapet i Helse Nord av at foretaksgruppen har vært gjennom mange år med digital transformasjon og at digital transformasjon er en naturlig del av toppledelsen arbeidsområde. Helseforetakene har utviklet seg kontinuerlig og i takt med den digitale transformasjonen. Strukturene (organisering/bokser) er endret og stillingsinnhold er endret og nye har kommet til.

3.5.9 Konklusjon

Ledelse og lederes kompetanse vil være betydelig endret i 2038 som følge av den digitale transformasjonen. I Helse Nord har lederne sikret at HN fortsatt har den skaperkraften som er nødvendig, lederne er informasjonskyndighet og har fordypningsevne slik at de evner å ta gode beslutninger. Den sosiale kompetansen har blitt utviklet for å møte de nye utfordringene den digitale transformasjonen gir. Dette medfører at:

- Helse Nord bidrar til å etablere et regionalt digitalt «interhelsefellesskap» med kommunene og andre relevante aktører f.eks NAV, BUP, Aleris og påtar seg rollen med å orkestrere dette.
- I 2038 er digitalt lederskap prioritert og integrert i toppledelsen i Helse Nord RHF og i de øvrige helseforetakene i regionen.
- Helse Nord har transformasjonsledere med innflytelse og kredibilitet i organisasjonen.
- I Helse Nord benyttes tverrfaglig samarbeid (fusion teams) i den digitale transformasjonen.
- Den digitale transformasjonen har blitt fulgt opp kontinuerlig og effekter har blitt vurdert underveis. Nødvendige endringer i transformasjonsarbeidet har blitt gjennomført hurtig for å sikre ønsket effekt.
- Bedre og proaktiv utnyttelse av data er viktig om Helse Nord skal lykkes med en bærekraftig helsetjeneste.
- I 2038 har Helse Nord derfor utviklet og hevet kompetansen på nøkkelferdigheter for kunne ta bedre datadrevne beslutninger.⁸⁰

⁷⁹ <https://emtemp.gcom.cloud/ngw/globalassets/en/publications/documents/5-key-actions-for-it-leaders-for-better-decisions.pdf>

⁸⁰ <https://emtemp.gcom.cloud/ngw/globalassets/en/publications/documents/5-key-actions-for-it-leaders-for-better-decisions.pdf>

4. Vedlegg

4.1 Nasjonal e-Helse strategi

Visjon

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.

I strategien er det beskrevet tre overordnede mål som skal bidra til å sikre at effekten av digitaliseringen går i retning av visjonen:

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.

I tillegg 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.

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

I strategien er det poengtert at målene er viktige hver for seg, men de henger tett sammen og er gjensidig avhengige av hverandre. Noe som betyr at en ikke kan løse ett og ett mål, men at målene må løses parallelt.

Figuren under er hentet fra høringsdokumentet og viser sammenheng mellom strategiens visjon, overordnede mål, målgrupper og strategiske mål.



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.

4.2 IKT, digitisering og digitalisering – hva er forskjellen

Å digitalisere er å bruke elektroniske løsninger i stedet for analoge løsninger. Digital optimalisering er prosessen fra å bruke analoge eller digitale løsninger til å optimalisere arbeidsprosessene. Digital transformasjon er prosessen hvor en bruker digitale løsninger til å etablere nye forretningsmodeller med bakgrunn i de teknologiske mulighetene. Ofte medfører dette radikale endringer i måten arbeidsoppgavene utføres. Digital transformasjon krever vilje og evne til endring, vilje til å organisere arbeidet på en annen måte og krever lagspill mellom flere profesjoner herunder spesielt lagspill med teknologileverandør. Organisasjoner som er gode på å optimalisere arbeidsprosesser og videre digital transformasjon har ofte konkurransefortrinn, både hva gjelder effektivitet og kvalitet, foran organisasjoner som ikke lykkes med dette. Et eksempel på digital transformasjon er hvordan musikkindustrien har gått fra å levere på LP plater til individualiserte nettbaserte spillelister levert direkte på de media du måtte ønske å benytte.

Liste over mottagere :

- Finnmarksykehuset
- Universitetssykehuset
- Nordlandssykehuset
- Helgelandssykehuset
- Sykehusapotek Nord
- Helse Nord IKT
- RBU
- KTV/KVO

Møtedato: 10. november 2022

Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Mietinen/Sund

Dato:
27.10.2022

RBU-sak 95-2022

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF 2022-2026

Formål:

Formålet med å fremme saken for Regionalt brukerutvalg (RBU) er å orientere om utarbeidelsen av strategi for intensivmedisin, og invitere til å komme med innspill til strategien. Mandatet for strategi for intensivmedisin ble behandlet i RBU-møte 11. november 2021.

Beslutningsgrunnlag

Arbeidet med strategien har vært prosjektorganisert og ledet av Helse Nord RHF. Helse Nord har hatt en aktiv arbeidsgruppe satt sammen av personell fra helseforetakene. Arne Vassbotn har deltatt i arbeidsgruppen på vegne av RBU.

Utkast til strategi har vært ute på åpen høring fra 4. juli til 1. september 2022.

Høringsinnspill ble lagt ut på Helse Nord's internettside fortløpende.

[Høring: Strategi for intensivmedisin - Helse Nord RHF \(helse-nord.no\)](https://helse-nord.no)

På grunn av forsinkelser i arbeidet er gyldighetsperioden for delstrategien endret til 2022-2026.

Bakgrunn

Strategi for intensivmedisin svarer ut flere oppdrag på intensivområdet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene, og skal erstatte *Handlingsplan for intensivmedisin* fra 2008.

I foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020 jf. *foretaksmøtesak 8 Reviderte krav og oppdrag for 2020 - punkt 8.2.2 Intensivvirksomheten ved Finnmarkssykehuset HF* viste foretaksmøtet til at Stortinget gjorde et anmodningsvedtak ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan som omhandlet intensivvirksomhet ved Finnmarkssykehuset, Kirkenes. Anmodningsvedtaket ble fulgt opp gjennom et prosjektarbeid i Helse Nord RHF, og fremlagt i *styresak 154-2020 Intensiv Finnmarkssykehuset - delutredning*. Strategi for intensivmedisin har inkludert relevante områder fra *styresak 154-2020 Intensiv Finnmarkssykehuset - delutredning*. Arbeidet med strategien viste at flere av utfordringene ved Kirkenes sykehus er sammenfallende med øvrige intensivenheter i regionen.

Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF 2022–2026 er en delstrategi som følger opp avtalte satsningsområder fra *Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024*. I delstrategien konkretiseres problemstillinger og tiltak som skal prioriteres innenfor det intensivmedisinske området. Formålet med en strategi for intensivmedisin er at kritisk syke i Helse Nord skal ha tilgang til gode, likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn.

Hovedfunn

Intensivbehandling tilbys til pasienter med de mest komplekse sykdomsbildene, og involverer mange ulike fagområder. Området stiller derfor høye krav til tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlingen og til organisering og ledelse av virksomheten.

Med økende gjennomsnittsalder for befolkningen i regionen vil behovet for intensivmedisin øke. Samtidig vil tilgangen til helsepersonell bli knappere. Over tid har det allerede vært utfordrende å rekruttere intensivsykepleiere ved enkelte av intensivavdelingene våre.

Vår desentraliserte struktur gir noen driftsmessige utfordringer. Mange små intensivavdelinger krever mange intensivsykepleiere. Få alvorlig syke intensivpasienter spredt utover et stort geografisk område gir utfordringer når det kommer til å opprettholde og vedlikeholde kompetanse ved de mindre intensivavdelingene.

Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet ble godkjent av interregionalt fagdirektørmøte i mai i år. Det er nå nasjonal enighet om definisjoner på de ulike sengekategoriene ved norske sykehus og hvordan intensivkapasiteten skal beregnes. Sengekategori 2 og 3 beskriver intensivkapasitet. Oversikt over intensivkapasiteten i Helse Nord er justert i oktober 2022 etter første kartlegging utført i mai 2022, og viser en reduksjon i antatt intensivkapasitet.

Årsrapport fra Norsk intensiv- og pandemiregister 2020 viser at Helse Nord har en høyere andel intensivsykepleiere og leger per 100 000 innbygger sammenlignet med de andre regionene. Fagmiljøet har forklart at årsaken til at kapasiteten fremstår høyere i Helse Nord enn i landet for øvrig skyldes behov for å opprettholde beredskap. I årsrapporten for 2021 er forskjellen mellom Helse Nord og landet for øvrig noe redusert. Helse Nord har forholdsvis små endringer i sine tall, mens øvrige regioner har økt på de fleste indikatorer.

Nordlandssykehuset har allerede konkludert med at intermediærkapasiteten ved helseforetaket er for liten og har beskrevet tiltak for styrking av området i sin strategiske utviklingsplan. UNN har i løpet av arbeidet med strategien kommet fram til at de har tilsvarende behov.

Prioriterte innsatsområder

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

Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR) samler inn data om pasienter som er behandlet ved norske intensivenheter, blant annet for å utarbeide faglige kvalitetsindikatorer for norske intensivenheter. Pårørendetilfredshet er en internasjonal anbefalt kvalitetsindikator for intensivavdelinger, da intensivpasienten ofte husker lite fra sitt intensivopphold. NIPaR benytter *Pårørendeskjema FS-ICU*. Det er per tiden ingen registrering over pårørendetilfredshet fra intensivavdelingene i Helse Nord, og ifølge NIPaRs årsrapport for 2021 var det kun én intensiv enhet i landet som benyttet verktøyet. Det er ønskelig fra registeret at flere enheter benytter dette verktøyet.

For kritisk syke pasienter er det spesielt viktig at pårørende blir godt ivaretatt, da pasienten ikke nødvendigvis kan svare for seg selv. Der er derfor et innsatsområde å forbedre kvalitet på registerdata i regionen ved at intensivavdelingene har et tettere samarbeid med NIPaR og bruker resultatene fra registeret til kvalitetsforbedring.

Samiske pasienter og deres pårørende må få informasjon på riktig språk og tilpasset sin særegne kultur. Viktigheten av dette belyses i eget innsatsområde der en skal legge til rette for samiske pasienter og pårørende på intensivavdelinger, jamfør *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*.

Oppgavedeling og nye måter å organisere intensivavdelingene på inngår som viktige virkemidler for å møte framtidens utfordringer. Nordlandssykehuset har gjort en vurdering av samlet intensivkapasitet og fordeling av funksjoner for å ivareta bærekraft i eget helseforetak. Det er behov for en tilsvarende vurdering og gjennomgang av pasientforløp i de andre helseforetakene i Helse Nord.

Intensivsykepleiernes spissede kompetanse må brukes på en fornuftig måte. Større grad av oppgavedeling med andre yrkesgrupper vil kunne gi bedre ressursutnyttelse ved intensivavdelingene. Økt innsats på tidlig rehabilitering vil kunne redusere liggetiden og øke prognosen i pasientbehandlingen.

Regionale tiltak gjennom jobbutveksling/hospitering, etablering av virtuelle visitter og opprettelse av regionalt kompetansenettverk vil bidra til å ivareta kompetanse, heve kvaliteten på behandlingen og øke graden av samarbeid mellom intensivavdelingene i Helse Nord. Et bedre samarbeid med moderpostene om hvilke pasienter som kvalifiserer for behandling på intensiv vil sannsynligvis gi mindre press på intensivavdelingene. Økt samarbeid mellom lokalsykehusene og Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø vil kunne føre til tidligere overflytting til lokalsykehus, slik at kapasiteten ved lokalsykehusene utnyttes bedre og personellet ved lokalsykehuset vedlikeholder nødvendig kompetanse.

Å styrke tilgangen til intermediærkapasitet ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset i Bodø synes fornuftig. Dette støttes også av koronakommisjonens utredninger som viser til at en moderat økning i grunnkapasitet vil gjøre avdelingene bedre i stand til å håndtere perioder med økt pågang og gi en større fleksibilitet både i ordinær drift og ved kriser.

Evalueringer etter pandemien og anbefalinger fra koronakommisjonens rapporter gir verdifull informasjon og bør gjennomgås av helseforetakene. Funn og anbefalinger bør tas med i den videre planleggingen av intensivvirksomheten og ved revisjon av pandemiplaner.

Det forutsettes i strategien at avdelingene skal samarbeide med vernetjenesten og tillitsvalgte for å sikre bærekraftige arbeidstidsordninger, som bidrar til attraktive arbeidsplasser.

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning *til Strategi for intensivmedisin Helse Nord RHF 2022–2026* med følgende innspill;
 - a) ...
 - b) ...
 - c) ...

Bodø, 02. november 2022

Hilde Rolandsen
fungerende administrerende direktør

Vedlegg: Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF 2022–2026 - utkast

Strategi for intensivmedisin

Helse Nord RHF 2022–2026



Forord

Jeg har gleden av å presentere Helse Nords strategi for intensivmedisin. Pandemien har ført til ekstra stor oppmerksomhet rundt det intensivmedisinske område, og har vist at informasjonsdeling, koordinering og samordning innad i regionen er nødvendig for å oppnå målsettingen vår. Kritisk syke i Helse Nord skal ha tilgang til gode, likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn.

For å kunne sikre dette, er det helt nødvendig å se helsetjenesten i nord samlet og å kunne benytte tilgjengelig kapasitet og kompetanse. Vi er i nord helt avhengige av hverandre på tvers av helseforetak, i tillegg til at vi må samarbeide med kommuner og også med andre sektorer. Et slikt samlet utviklingsperspektiv vil ligge til grunn for det meste av utvikling og forbedring av helsetjenestene i vår del av landet.

Strategi for intensivmedisin 2022–2026 blir førende for helseforetakenes utvikling av tjenesteområdet, og skal bidra til en bærekraftig utvikling og kontinuerlig forbedring.

Intensivbehandling gis til pasienter med de mest komplekse sykdomsbildene, noe som medfører høye krav til tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlingen og til organisering og ledelse av virksomheten. På grunn av store avstander i regionen er det behov for en desentralisert struktur. Det er utfordrende å drifte mange lokasjoner med små fagmiljø, både med hensyn til vedlikehold av kompetanse, tilgang til helsepersonell og økonomi.

De strategiske grepene som skisseres i strategien er aktuelle tiltak som vil avhjelpe disse utfordringene. Vi skal bidra til tettere samarbeid mellom sykehusene våre, utveksling av kompetanse, oppgavedeling, økt bruk av registerdata, økt bruk av teknologi og involvering av pasienter og pårørende.

Arbeidet med intensivstrategien har medført stort engasjement i hele foretaksgruppen, både fra helsepersonell, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter. Jeg vil takke alle som har bidratt til arbeidet med denne strategien.

Bodø, XX. november 2022

Cecilie Daae
adm. direktør
Helse Nord RHF

Innhold

Forord	2
Ordliste/forkortelse	4
Sammendrag	5
Prioriterte strategiske innsatsområder for intensivmedisin i Helse Nord	7
Utredning	15
1. Innledning	15
1.1 Avgrensning	15
1.2 Bakgrunn	16
1.2.1 Organisering av arbeidet.....	16
2. Nasjonale mål og rammer	18
2.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023	18
2.2 Interregionale utredninger	18
2.3 Lover, forskrifter, retningslinjer og utredninger	19
2.4 Nærmere om enkelte bestemmelser og krav i lov og forskrift	20
3. Regionale mål og rammer	21
3.1 Regional utviklingsplan 2035	21
3.2 Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024	21
3.2.1 Koblinger til andre strategier	22
4. Dagens situasjon – utviklingstrekk og utfordringer	23
4.1 Intensivmedisin i Helse Nord	23
4.2 Aktivitet	28
4.2.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	28
4.2.2 Identifiserte utfordringer	31
4.3 Kapasitet	32
4.3.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	32
4.3.2 Identifiserte utfordringer	41
4.4 Kvalitet i intensivmedisin	41
4.4.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk,	41
4.4.2 Identifiserte utfordringer	46
4.5 Samarbeid	46
4.5.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk	46
4.5.2 Identifiserte utfordringer	48
4.6 Bemanning	48
4.6.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	48
4.6.2 Identifiserte utfordringer	54
4.7 Kompetanse og utdanning	54
4.7.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	54
4.7.2 Identifiserte utfordringer	56
4.8 Særegenheter i landsdelen	56
4.8.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	56
4.8.2 Identifiserte utfordringer	60
4.9 Erfaringer fra pandemien	60
4.9.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	61
4.9.2 Identifiserte utfordringer	62
5. Vedlegg	64
6. Referanser	65

Ordliste/forkortelse

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

Med begrepet «Helse Nord» menes hele foretaksgruppa, med alle helseforetakene. «Helse Nord RHF» betyr eieren av helseforetakene, det regionale helseforetaket.

ABIOKJ – anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon-, kreftsykepleier og jordmor

HF – helseforetak

FIN – Finnmarkssykehuset

NLSH – Nordlandssykehuset

HMS – helse, miljø og sikkerhet

HN LIS – Helse Nord ledelsesinformasjonssystem

HSYK– Helgelandssykehuset

IA – Inkluderende arbeidsliv

Intensivpasient – kritisk syk pasient med truende eller manifest (inntruffet) akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner

KVO- konsernverneombud

KTV- konserntillitsvalgt

LAT - Luftambulansetjenesten

NIPaR – Norsk intensiv- og pandemiregister

Non invasiv ventilasjon (NIV) - respiratorbehandling på maske med overtrykk

Invasiv ventilasjon - respiratorbehandling gjennom et rør i luftveiene

RBU - Regionalt brukerutvalg

SANO – Sykehusapotek Nord

SMR – Standart mortalitetsratio

SSB – Statistisk sentralbyrå

UNN- Universitetssykehuset Nord-Norge

Bildekreditering

Forsidefoto: Colourbox.com

Sammendrag

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF er en delstrategi til strategi for Helse Nord RHF 2021–2024. Strategi for intensivmedisin er utarbeidet av Helse Nord RHF i samarbeid med fagmiljøet og er førende for foretaksgruppens egne utviklingsplaner på området. Strategien viser til innsatsområder og tiltak som kan sikre intensivavdelingene bærekraft gjennom bedre kapasitet, heve kompetansen, bygge beredskap og kompensere for sårbarhet.

Parallelt med arbeidet har det pågått et interregionalt arbeid som har beskrevet hvordan kapasiteten på intensivmedisin i sykehus skal beregnes gjennom felles definisjoner av sengekategori. Det finnes i skrivende stund ikke tilgjengelige tall for sammenligning mellom regionene etter de nye definisjonene. Tidligere utredninger på intensivområdet har vist at Helse Nord har en høyere kapasitet per 100 000 innbygger sammenlignet med de andre regionene.^{1 2} Avviket har blitt noe redusert fra 2020 til 2021. I arbeidet med strategien har det kommet indikasjoner på at det er noe behov for å øke kapasiteten på intermediærsenger (sengekategori 2) i regionen.

Hovedutfordringene som er avdekket gjennom denne utredningen er en forventning om økt behov for intensivkapasitet kombinert med mindre tilgang til helsepersonell, samt at vår desentraliserte struktur gir driftsmessige utfordringer. Med økende gjennomsnittsalder for befolkningen i regionen forventes behovet for intensivmedisin å øke. Samtidig vil tilgangen til helsepersonell bli redusert og spesielt tilgangen til intensivsykepleiere er allerede i dag kritisk for noen av våre intensivavdelinger.

Få alvorlig syke intensivpasienter spredt utover et stort geografisk område gir utfordringer når det kommer til å opprettholde og vedlikeholde kompetanse, samtidig kreves det et desentralisert tilbud for å opprettholde helseberedskapen i regionen. Det er derfor helt nødvendig å tenke nytt om organisering av tilbudet til kritisk syke i Helse Nord. I utredningen har det framkommet behov for å gjennomgå hva tilbudet til intensivpatienten i hvert helseforetak bør inneholde.

Omstilling og endring krever gode styringsdata som kan støtte kompetente og modige ledere i planleggingen av driften. Lederne må ha oversikt over fremtidig kompetansebehov både for leger og intensivsykepleiere og utarbeide en bærekraftig plan for rekruttering. Oppgavedeling og nye måter å organisere intensivavdelingene på inngår som viktige virkemidler for å møte framtidens utfordringer. Intensivsykepleiernes spissede kompetanse må brukes på en fornuftig måte. Økt bruk av annet klinisk personell vil frigjøre sykepleierressurser og ta ned noe av behovet for intensivsykepleiere.

¹Regional intensivutredning *Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv*, desember 2019

² Norsk intensiv- og pandemiregister. Årsrapport 2020 og 2021

I innspillmøtene og i arbeidsgruppen har det ikke framkommet bekymring for tilgang til leger som ivaretar det intensivmedisinske området, men foretaksgruppen har de siste årene etablert flere nye helikopterbaser. Dette gir økt behov for anestesileger, noe som krever en bærekraftig plan for rekruttering og utdanning også på dette området.

For å skaffe tilstrekkelig kompetanse til intensivavdelingene våre vil det også i framtiden være nødvendig med et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Helse Nord har de siste årene intensivert arbeidet for å utdanne og rekruttere spesialsykepleiere. Det mest effektfulle tiltaket for å øke intensivkapasiteten på kort sikt har vært å utdanne flere intensivsykepleiere.

I styresak 154-2020 *Intensiv Finnmarkssykehuset – delutredning* vises det til tiltak for å gjøre fagmiljøet ved Kirkenes sykehus mer robust. Utfordringene ved intensivavdelingen i Kirkenes deles av flere av de små intensivavdelingene i Helse Nord. Tiltak for å vedlikeholde kompetanse og kompensere for lavt antall alvorlig syke intensivpasienter vil derfor være aktuelle for alle våre mindre intensivavdelinger.

Regionale tiltak gjennom jobbutveksling/hospitering, etablering av virtuelle visitter og opprettelse av regionalt kompetansenettverk vil bidra til å ivareta kompetanse, heve kvaliteten på behandlingen og øke graden av samarbeid mellom intensivavdelingene i Helse Nord.

Vi må i større grad sikre at behandlingen tilbys på rett omsorgsnivå og at det er de rette pasientene som mottar intensivbehandling. Det er derfor nødvendig å bedre samarbeidet med moderavdelinger og med kommunene som ivaretar pasienter med avansert hjemmebehandling og skrøpelige eldre. Ved å tilrettelegge for økt rehabilitering av pasientene allerede på intensivavdelingen vil pasientene både få bedret prognosen og utskrives raskere fra intensivavdelingen. Kvaliteten på registrerte data i Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR) må forbedres, for å få oversikt over kvaliteten og utviklingen ved intensivavdelingene i Helse Nord.

Erfaringer fra pandemien viser at planverket må gjennomgås for å kunne imøtekomme en ny pandemi eller en annen krevende hendelse. I tillegg til å ha et planverk som er oppdatert og dynamisk må det tilrettelegges for mer trening og erfaringsutveksling innad i regionen i «fredstid». Resultatene fra evalueringer etter pandemien og anbefalinger fra koronakommisjonens rapporter må gjennomgås av HF-ene og anbefalinger tas med i den videre planleggingen og ved revisjon av pandemiplaner. Erfaringene viser noen sårbarheter, men også potensial for en mer bærekraftig bemanning med strukturert opplæring av offentlig godkjente sykepleiere og nye muligheter for samarbeid.

Leseveiledning:

Dette dokumentet er delt inn i to deler, der del en redegjør for strategiske grep og prioriteringer. Kapittel en til fire inneholder bakgrunnsmateriale, redegjørelse og utredning som ligger til grunn for de prioriterte strategiske innsatsområdene som er presentert i del en.

Prioriterte strategiske innsatsområder for intensivmedisin i Helse Nord

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF 2022–2026 bygger på Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 og konkretiserer hvilke tema og problemstillinger som skal prioriteres innenfor det intensivmedisinske området. Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF 2022–2026 tar utgangspunkt i de samme fem innsatsområdene som er vektlagt i Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024:

1. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
2. Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
3. Vi forbedrer gjennom samarbeid
4. Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
5. Vi er forberedt

Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig

Mange av utfordringene som har blitt avdekket i denne utredningen ligger til ledelse og nye tiltak må iverksettes av ledelsen. Hvert helseforetak er ansvarlig for å ha en tilstrekkelig intensivkapasitet som også inkluderer beredskap og at de ansatte har nødvendig kompetanse for å utføre oppgavene. Nasjonal bemanningsmodell³ viser at dersom dagens organisering av intensivvirksomheten opprettholdes vil det medføre manglede intensivkapasitet i regionen.

Koronakommisjonen anbefaler en økning i grunnkapasiteten ved å utdanne flere intensivsykepleiere og ta i bruk annet klinisk personell på intensivavdelingene i større grad enn i dag. Helse Nord har allerede økt utdanningskapasiteten for intensivsykepleiere og ting tyder på at ytterligere mulighet til økning er svært begrenset.

I utredningen er tiltak som vil bidra til en bærekraftig utvikling diskutert. Det er kjent at tilgangen til intensivsykepleiere vil bli ytterligere forverret. Det er derfor nødvendige å

³ Sluttrapport: Dokumentasjon nasjonal bemanningsmodell, Helse Vest 2016

fokusere på å beholde intensivsykepleierne og bruke deres spisskompetanse på en annen måte enn vi gjør i dag.

Den samlede kompetansen må utnyttes bedre gjennom å fordele arbeidsoppgavene på flere yrkesgrupper. Dette vil også frigjøre mer tid hos intensivsykepleierne til pasientrettet arbeid. Oppgavedeling har vært diskutert i arbeidsgruppen og tilbakemeldingene fra fagmiljøet viser at oppgavedeling med annet klinisk personell vil kunne redusere behovet for intensivsykepleiere. Offentlig godkjente sykepleiere, fysioterapeuter, portører, assistenter, farmasøyter, apotekteknikere, helsefagarbeidere, sosionomer, prester og merkantil personell kan i noen grad overta oppgaver fra intensivsykepleierne. Bedre tilgjengelighet av støtte til håndtering av medisinskteknisk utstyr og IKT-systemer vil også frigjøre kapasitet hos intensivsykepleierne.

Nordlandssykehuset planlegger å starte opp et innovasjonsprosjekt med sensortechnologi til oppfølging av intermedieærpasienter⁴. Ny teknologi, som for eksempel trådløse bærbare monitører, kan gi intensivsykepleierne informasjon om pasienten uten å være tilstede i pasientrommet til enhver tid og kompensere for noe av ulempen med enerom.

Vi skal arbeide for å ha god oversikt over framtidig kompetansebehov og benytte strategisk kompetansekartlegging ved våre intensivavdelinger. Helseforetakene må ha tilgjengelig styringsinformasjon som viser framtidig behov gjennom framskrivninger og bemanningsanalyser, slik at intensivavdelingene kan tilpasse seg den forventede utviklingen. Nasjonal bemanningsmodell skal benyttes som verktøy i Helse Nord.

I det interregionale arbeidet for intensivkapasitet er det utviklet felles definisjoner for sengekategorier som viser kapasitet på intensivområdet og mal for rapportering. Helseforetakene skal årlig rapportere tilgjengelige senger slik at informasjon om intensivkapasitet er oppdatert og lett tilgjengelig. Gjennom arbeidet med strategien har det fremkommet et behov for økt kapasitet i sengekategori 2 (intermedieær seng) i UNN, Tromsø og Nordlandssykehuset, Bodø. Koronakommisjonens utredninger viser til at en moderat økning i den samlede grunnkapasiteten på intensiv- og intermedieæravdelingene vil gjøre disse avdelingene bedre i stand til å håndtere perioder med økt pågang og gi en større fleksibilitet både i ordinær drift og ved kriser.

Demografisk utvikling er den viktigste driveren for intensivkapasitet, der økning i gjennomsnittsalder blant befolkningen vil øke behovet. Andre drivere er uforutsette hendelser med mange syke og skadde, endring i sykdomspanorama, ny teknologi, medisinsk utvikling og bosettingsmønster. I fremtiden forventes det mer komplisert behandlingstilbud og økning i avansert kirurgi, noe som også vil kreve intensivkapasitet.

⁴ Forsknings- og innovasjonsrapport for 2021, Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset har gjort en vurdering av samlet intensivkapasitet og fordeling av funksjoner for å ivareta bærekraft i eget helseforetak. Det er behov for en tilsvarende vurdering og gjennomgang av pasientforløp i de andre foretakene i Helse Nord. Helseforetakene gis i oppdrag å utarbeide en plan for framtidig dimensjonering av intensivkapasitet der intensivavdelingene tar utgangspunkt i de strategiske innsatsområdene beskrevet i strategi for intensivmedisin. Handlingsplanene skal vise en bærekraftig retning og utvikling. Intensivavdelingene i Helse Nord er ulikt organisert og gir noe ulikt tilbud. Det er derfor viktig at hvert enkelt foretak tar utgangspunkt i egne forutsetninger ved utarbeidelse av tiltak.

Flere forhold taler for å styrke tidlig rehabilitering av kritisk syke pasienter. Volumet av eldre pasienter vil øke, tidlig og bedre tilgang til fysioterapeuter vil kunne gi bedre prognose og kortere liggetid på intensivavdelingene. For kritisk syke pasienter er det spesielt viktig at pårørende blir ivaretatt, siden pasienten ikke nødvendigvis kan svare for seg selv. Samiske pasienter og deres pårørende må få informasjon på riktig språk og tilpasset sin særegne kultur.

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

- Ha oversikt over kapasitet og fremtidig behov for intensivmedisin i regionen, ved å gjennomføre årlig karlegging jamfør nasjonal mal.
- Innføre oppgavedeling på intensivavdelingene der andre yrkesgrupper ivaretar enkelte arbeidsoppgaver som i dag ligger til intensivsykepleiere.
- Følge opp planlagt økning i intermedierplasser i Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan, og be UNN vurdere eget behov for økning.
- Følge opp at helseforetakene gjennomgår egen intensivkapasitet og fordeling av funksjoner innad i helseforetaket.
- Styrke tidlig intensiv rehabilitering.
- Legge til rette for samiske pasienter og pårørende på intensiv jamfør *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - Rapport med tiltaksplaner 2022*.
- Ta i bruk ny teknologi som kan gi mer fleksibilitet i arbeidshverdagen for intensivsykepleierne.

Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling

Vi vil bruke helsedata når vi planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer praksis. Å følge opp resultater fra kvalitetsregisteret og bidra til endring i praksis der det er nødvendig er et lederansvar for ledere på alle nivå. Ved stor variasjon vil det regionale helseforetaket følge opp dette med helseforetakene. Pasientnært må klinikere benytte resultatene til fagdiskusjoner og forbedringsarbeid. Mindre enheter som har kritisk syke pasienter, men ikke leverer data til kvalitetsregisteret må ha andre metoder som ivaretar overvåkning av kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er nødvendig å sette inn tiltak for å kompensere for små og sårbare fagmiljøer i regionen. Et tiltak kan være å utvikle en felles arena som beskriver aktivitet innenfor faget, simulering og kompetansekrav gjennom regionale fagnettverk for fagutviklingssykepleiere og andre. Simuleringstrening benyttes i dag for å trene på pasientbehandling og vil i noen grad også kompensere for lavt antall pasienter. Planlagt simulering og fagutvikling bør ligge i arbeidsplanen, slik at dette inngår som en naturlig og nødvendig aktivitet i avdelingene. Det er også et potensial for å samarbeide om enkelte kompetanseplaner for intensivsykepleiere og leger i regionen.

Strukturert plan for jobbutveksling og hospitering må tas i bruk både for de små intensivavdelingene og større avdelinger. En positiv bieffekt med jobbutveksling er at terskelen for å utveksle personell ved bemanningsutfordringer blir lavere da personellet allerede er kjent i avdelingen. Kombinasjonsstillinger, der den ansatte er ansatt ved ulike intensivavdelinger, kan også være med på å vedlikeholde kompetanse, særlig ved mindre intensivavdelinger. Intensivsykepleiere har tradisjon for å kombinere ulike arbeidssteder, f.eks. er det flere som veksler mellom tjeneste på ambulansfly og intensivavdeling.

Et mer strukturert samarbeid der fagmiljøet i regionen kan møtes på ukentlig basis via virtuelle visitter bør utredes. Intensivmiljøet ved UNN Tromsø vil gjennom tale, lyd og bildeoverføring kunne bistå i behandlingen av kritisk syke pasienter ved mindre intensivavdelinger. Virtuelle visitter vil sannsynligvis også bidra til å bedre kapasitetsutnyttelsen ved overflytting til rett tid og med bedre overganger mellom nivåene i Helse Nord.

Barn på intensiv er en spesiell pasientgruppe som krever særskilte kompetansetiltak for at personalet skal oppleve større trygghet i behandlingen og at de barna som kan få behandling i regionen unngår overflytting.

Muligheten for overflytting av kritisk syke pasienter i ambulansely til en mer spesialisert intensivavdeling bidrar til å redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen. Samtidig kan luftambulansetjeneste være en begrenset ressurs, og dersom venting medfører prognosetap for pasientene, må dette registreres som en pasienthendelse.

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

- Forbedre kvalitet på registerdata i regionen ved at intensivavdelingene har et tettere samarbeid med NIPaR og bruker resultatene fra registeret til kvalitetsforbedring.
- Legge til rette for styrket samarbeidet mellom intensivavdelingene.
- Legge til rette for strukturert jobbutveksling og hospitering for å vedlikeholde kompetanse for leger og intensivsykepleiere.
- Samordne maskinparken i regionen slik at jobbutveksling skal bli enklere.
- Legge til rette for særskilt oppmerksomhet på kompetansehevende tiltak for å ivareta barn på intensiv gjennom tettere samarbeid mellom intensiv og barneavdeling.
- Påse at HF-ene registrerer hendelser der pasienter risikerer prognosetap ved forsinket transport.
- Gi UNN Tromsø i oppdrag å utrede plan for virtuelle visitter, der intensivavdelinger fra hele regionen deltar i arbeidet.
- Utrede behovet for å opprette en regional koordinator.
- Opprette regionalt kompetansenettverk for intensivmedisin i Helse Nord.

Vi forbedrer gjennom samarbeid

Samarbeid og samhandling mellom intensivavdelingene i regionen og mellom intensivavdelingene og moderavdelingene er nødvendig for en god kapasitetsutnyttelse, pasientsikkerhet og kvalitet. Erfaringer fra pandemien har vist gode muligheter for et tettere samarbeid om de kritisk syke pasientene både mellom intensivavdelingene og internt i sykehusene. I utredningen har for eksempel økt samarbeid med infeksjonsmedisinsk avdeling blitt fremhevet som en kvalitetsforbedring.

Det er potensial i å få til bedre sammenheng i pasientforløpet mellom avdelingene internt i HF-ene slik at intensivpatienten får behandling i rett tid og etter rette kriterier. Avgjørelse om intensivbehandling bør være tverrfaglig før oppstart av behandling, og fattes i samråd med pårørende og pasienten der det er mulig. Det samme gjelder for pasienter som mottar avansert hjemmebehandling og skrøpelige eldre på kommunale institusjoner. Der må nødvendige avklaringer være utført før en eventuell akutt situasjon, som krever intensivbehandling, oppstår.

Ordning med mobil intensivsykepleier er etablert ved noen avdelinger. Denne ordningen innebærer at sengepostene kontakter intensivavdelingen for vurdering og beslutningsstøtte. Rask avklaring og iverksatte tiltak kan føre til at pasienten ikke trenger overflytting til intensivavdeling likevel eller få raskere overflytting der det er nødvendig.

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

- Legge til rette for økt samarbeid mellom intensivavdelingene i regionen og internt i helseforetakene, for best mulig utnyttelse av intensivkapasitet.
- Legge til rette for konsensusmøter og tverrfaglige diskusjoner om kriterier for intensivbehandling.
- Bruke etablerte samarbeidsarenaer mellom HF-ene og kommunene for pasienter som får avansert hjemmebehandling og skrøpelige eldre ved kommunale institusjoner. Ved oppstart av avansert hjemmebehandling må det foreligge prosedyrer som beskriver tiltak ved akutt forverring av tilstanden.
- Revidere *Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter* og *Sjekkliste overflytting pasienter mellom intensivavdelinger*.

Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser

Å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere er en forutsetning for å yte forsvarlige tjenester. Trygge og kompetente medarbeidere med gode og forutsigbare arbeidsvilkår gir sikker pasientbehandling. Å bruke spesialkompetansen til intensivsykepleierne i større grad vil også kunne øke jobbtilfredshet og motivasjon til å bli i jobben.

Mulighet for fagutvikling gjennom kompetanseplaner og jobbutveksling kan virke både rekrutterende og bidra til å beholde personell. Gode kolleger og et trygt arbeidsmiljø er også viktig for å bli værende i stillingen. Mentorordning for nyansatte og mindre bruk av vikarer kan føre til større opplevelse av trygghet på arbeidsplassen. I noen av høringsinnspillene hevdes det at belastningen på intensivsykepleierne må ned. Det kan derfor være hensiktsmessig å gjennomgå grunnbemanning, arbeidstid og bruk av vikarer.

Avdelingene må samarbeide med vernetjenesten og tillitsvalgte for å komme fram til individuelle, fleksible og bærekraftige arbeidstidsordninger og arbeidsplaner som er innenfor avdelingens rammer og budsjett. Kunnskap om fremtidig behov for personell må planlegges inn i avdelingens budsjett slik at avdelingen har en langsiktig plan for antall utdanningsstillinger.

Utdanningsbehovet for intensivsykepleiere må fortsatt ivaretas gjennom tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre at utdanningen dekker fremtidige behov. For å kunne satse på ansatte bosatt i regionen må det tilrettelegges bedre for videreutdanning gjennom større grad av fleksibilitet, og ulike modeller med kortere utdanningsløp som kvalifiserer til å jobbe på intensivavdeling i fremtiden bør vurderes. Andre aktuelle tiltak kan være å innføre kvote eller justere opptakskrav og poengberegning.

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

- Prioritere mer ressurser til utdanning og kompetanseutvikling.
- Følge opp og etterleve funn i riksrevisjonsrapporten som berører det intensivmedisinske området.
- Forsterke partssamarbeidet og videreutvikle strategisk bemanningsplanlegging.
- Ivareta veiledere ved å styrke veiledningskompetanse og legge til rette for nettverk for veiledere.
- Avdelingene skal bruke resultatene fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring for å utvikle godt og sikkert arbeidsmiljø.
- Fortsatt motivere til god ledelse og tilby lederutvikling.
- Samarbeide med utdanningsinstitusjonene om fleksibilitet i utdanningen, antall studieplasser og etablering av tiltak.

Vi er forberedt

Erfaringer fra pandemien viste at i perioder av pandemien har presset på enkelte av intensivavdelingene i Helse Nord vært for høy. Det har vært utfordrende å skaffe nok arbeidskraft og belastningen på enkelte ansatte har vært stor. Spesielt var tilgangen til intensivsykepleiere utfordrende, da flere av avdelingene hadde gjort seg avhengig av vikarinnleie ved ordinær drift.

Helse Nord hadde i utgangspunktet bedre kapasitet enn de andre helseregionene på grunn av en desentralisert sykehusstruktur med mange intensivavdelinger. Men våre mindre avdelinger er sårbare med tanke på små fagmiljø, noen hadde utfordringer med ledige stillinger over tid og utstrakt vikarbruk. Kapasiteten har derfor ikke vært mulig å utnytte i full grad.

I Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet vises det til hvordan intensivkapasitet skal beregnes og hvilke tiltak som skal iverksettes for å øke beredskap. Tiltak beskrevet i rapporten som handler om å øke beredskapen på intensiv må inngå i beredskapsplaner i sykehusene.

Erfaringer fra pandemien har vist viktigheten av å gjennomgå pandemiplaner, oppdatere beredskapsplaner og å trene på pandemi i «fredstid». Koronakommisjonen anbefaler at sykehusene innfører rotasjonsordninger/jobbutveksling mellom intensivsykepleiere og andre sykepleiere ved normal drift. Dette vil bidra til rask og fleksibel omdisponering og omorganisering av personell under kriser og gi et kompetanseløft. Kommisjonens granskinger viste at intermediærsenger var viktige for å håndtere covid-19-pasienter under pandemien, og at det gradvis oppsto et ekstra behov for slike senger. Rapporten anbefaler at sykehusenes planverk beskriver hvordan de skal trappe opp kapasiteten og omdisponere personellressurser ved pandemier og andre kriser.

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

- Implementere tiltak beskrevet i *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet 2022 om intensivkapasitet* i beredskapsplaner i HF-enes pandemiplaner for å øke beredskapen ved intensivavdelingene.
- Legge til rette for jobbrotasjon mellom intensivavdelingene slik at fleksibel bruk av personell kan benyttes ved behov for oppskalering ved en avdeling.
- Bruke erfaringer fra pandemien der mangel på isolat og areal for kohortisolering ga utfordringer for ivaretagelse av smittevern.
- Følge opp at HF-enes avhengighet til vikarer fra vikarbyrå reduseres.

Utredning

1. Innledning

Formålet med å utarbeide en strategi for intensivmedisin er å sikre at kritisk syke pasienter i Helse Nord har tilgang til gode, likeverdig helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Dette er i tråd med våre verdier kvalitet, trygghet og respekt. Strategien skal også ivareta organisering, bærekraft og fornuftig utnyttelse av felles ressurser.

Intensivbehandling gis til pasienter med de mest komplekse sykdomsbildene, og involverer mange ulike fagområder. Området stiller høye krav til tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlingen, og til organisering og ledelse av virksomheten. At samarbeid er avgjørende for at vi skal lykkes er framhevet i Helse Nord RHF sin visjon *Sammen om helse i nord*, og i den fjerde av verdiene våre, lagspill.

Strategi for intensivmedisin tar innover seg generelle utfordringer for intensivområdet og de spesielle utfordringer for vår landsdel, med synkende folketall og økende andel eldre. Sammenlignet med andre regioner er vi avhengige av en stor andel innleie av personell, noe som gjorde oss sårbare under pandemien. Den demografiske utviklingen vil påvirke framtidig tjenestetilbud og kreve at vi optimaliserer bruken av de ressursene vi har, til beste for befolkningen i Nord-Norge.

Regionene er nylig kommet til enighet om definisjonen på de ulike sengekategoriene i Norge og hvordan intensivkapasiteten skal beregnes. *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet* ble godkjent av interregionalt fagdirektørmøte i mai i 2022, og vil bidra til at vi teller samme type senger og beregner kapasitet med samme metode innad i og mellom regionene.

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord viser hvilke strategiske grep Helse Nord RHF vil prioritere de neste årene. Strategi for intensivmedisin er en delstrategi for Helse Nord RHF og skal være gjeldende fra 2022–2026. Strategien vil bli gjenstand for administrativ gjennomgang om fire år.

1.1 Avgrensning

Strategien omhandler organisering, aktivitet og identifiserte utfordringer på intensivavdelinger for barn og voksne. Aktivitet som foregår på nyfødttintensivavdelinger er ikke tatt med i dette arbeidet.

Intensivmedisin er basert på et tverrfaglig samarbeid mellom ulike helsepersonellgrupper med ulik spesialkompetanse. Akutt- og mottaksmedisinerne er en fremtidig samarbeidspartner på dette området, men har ikke vært inkludert i

arbeidsgruppens arbeid da de per tiden ikke har formelt ansvar for intensivpasienter i Helse Nord.

1.2 Bakgrunn

Strategi for intensivmedisin skal svare ut flere forhold på intensivområdet gitt i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Departementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å vurdere fremtidig behov for intensivkapasitet, se på organiseringen av tjenesten og sikre tilstrekkelig kompetanse nå og i fremtiden.

Handlingsplan for intensivmedisin i Helse Nord ble publisert i 2008. Handlingsplanen pekte blant annet på variasjon i fordeling av intensivsenger mellom helseforetakene og kom med en anbefaling om kapasitet og organisering av intensivmedisin i Helse Nord. Handlingsplan fra 2008 erstattes av strategi for intensivmedisin.

I foretaksmøtet 10. juni 2020 punkt 8.2.2 viste foretaksmøtet til at Stortinget gjorde et anmodningsvedtak ved behandling av *Nasjonal helse- og sykehusplan* som omhandlet intensivvirksomhet ved Finnmarksykehuset. Anmodningsvedtaket ble fulgt opp gjennom et prosjektarbeid i Helse Nord, og fremlagt i styresak 154-2020 *Intensiv Finnmarkssykehuset - delutredning*. Strategi for intensivmedisin inkluderer tiltak fra delutredningen.

Bemanning og kompetanse er spesielt sårbart innenfor det intensivmedisinske området. Over tid er det registret et stort behov for intensivsykepleiere. Funn i Riksrevisjonens rapport *Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* bekrefter dette. Rapporten påpeker at mange helseforetak mangler oversikt over fremtidig bemanningsbehov og mangler konkrete planer for å løse bemanningsutfordringene.

I forbindelse med pandemien har kapasiteten på intensivavdelingene blitt satt under press. Den største begrensede faktoren for å skalere opp kapasiteten har vært tilgang til intensivsykepleiere. Det er derfor nødvendig å vie tilgang til intensivsykepleiere og organisering av denne tjenesten særlig oppmerksomhet.

1.2.1 Organisering av arbeidet

Arbeidet har hatt prosjektorganisering og har blitt ledet av Helse Nord RHF. Administrerende direktører i sykehusforetakene og representant fra KVO/KTV har vært styringsgruppe. Arbeidsgruppen er satt sammen av representanter fra HF-ene, RBU og KTV. Arbeidsgruppen har hatt sju møter i løpet av perioden. Fagsjefene i helseforetakene har vært referansegruppe.

Det har vært gjennomført innspillmøter med alle intensivavdelinger i Helse Nord. Representanter fra moderavdelinger, lokale tillitsvalgte og vernetjenesten har også blitt invitert til å delta.

I tillegg er det avholdt egne møter med Luftambulansetjenesten, Sykehusapotek Nord, regional traumekoordinator og Regionalt nettverk for kompetanse og utdanning. HR- og organisasjonsavdelingen i Helse Nord RHF har også deltatt inn i arbeidet med å utvikle strategien.

Strategien har kartlagt dagens kapasitet og situasjon, utfordringsbilde og fremtidige muligheter ved å belyse følgende områder:

- demografisk utvikling
- endringer i befolkningens helsetilstand som er relevant
- kompetanse og kompetansesammensetting
- organisering og utforming av pasienttilbud
- behov for medisinskteknisk utstyr
- karlegging av bemanning og framskrivning av behov
- samhandling internt i HF-ene og mellom HF-ene i vår region
- ikke medisinsk begrunnet variasjon i pasienttilbudet
- innovasjon – ny teknologi som har konsekvenser for fremtidig tilbud
- eventuelle særegenheter i landsdelen

2. Nasjonale mål og rammer

Dette kapittelet gir en oversikt over dokumenter som gir overordnede mål og rammer for intensivmedisin.

Det finnes ingen dokumenter fra Helsedirektoratet som beskriver faglige mål og føringer på området intensivmedisin i Norge.

2.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

Stortingsmelding nr. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er regjeringens strategi for å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Planen gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Knapphet på arbeidskraft vil sette grenser for hvordan vi skal løse oppgavene i framtiden. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter teknologi, bruker kompetansen til de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.

I Nasjonal helse- og sykehusplan fremheves to eksempler fra intensivavdelinger der oppgavedeling praktiseres. Ved Stavanger universitetssykehus har de jobbet systematisk med å gi helsefagarbeideren en faglig identitet og har nå lærlinger i helsefag ved intensivavdelingene. Ved UNN bidrar kliniske farmasøytter i sykehus til bedre pasientsikkerhet og reduserte kostnader ved intensivavdelingen.

Sykehusene skal være gode arbeidsplasser og bygges med nok kapasitet og rom til pleie og behandling. Regjeringen vil øke intensivkapasiteten og gjennomgå finansiering av beredskapsfunksjoner i sykehusene. Det er også et mål fra helsemyndighetene at annet klinisk personell tas i bruk for å sikre effektive pasientmøter⁵.

2.2 Interregionale utredninger

I 2019 utarbeidet en interregional arbeidsgruppe rapporten *Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv*. Mandat og oppdrag ble gitt av interregionalt fagdirektørmøte i 2018. Rapporten ble behandlet i interregionalt fagdirektørmøte i januar 2020. Rapporten og høringen avdekket flere forhold som krevde nasjonal oppmerksomhet. Det var blant annet nødvending å komme fram til en felles enighet om definisjoner. På bakgrunn av dette og nye krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2021 utarbeidet Interregionalt fagdirektørmøte 20. oktober (sak 222-21) mandat til et nytt interregionalt arbeidet. Det interregionale fagdirektørmøtet ba om at det utarbeides en rapport som:

- *beskriver definisjoner for sengekategorier med bakgrunn i behov for ressurser (utstyr, bemanning og sammensetning av kompetanse) og behandlingstilbudet, samt kriterier*

⁵ Hurdalsplattformen (2021-2025)

for bruk, basert på nødvendig tilpasning til lokale forutsetninger og behov. Det tas utgangspunkt i bruk av definisjoner/begreper i Norsk intensivregister

- *beskriver hvordan intensivkapasitet skal beregnes*
- *beskriver hvordan innrette beredskap for pandemier, masseskade-situasjoner og andre hendelser som krever endring i prioritering og organisering av intensivtjenester samt tilgrensende funksjoner.*

Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet ble levert i mai 2022 og legger føringer for strategi for intensiv i Helse Nord. I rapporten er det blant annet enighet om definisjon av fire kategorier av senger. Rapporten beskriver også forslag til bemanning, sammensetning av kompetanse, hvordan intensivkapasiteten skal beregnes og tiltak for å øke beredskap.

2.3 Lover, forskrifter, retningslinjer og utredninger

Dette er en oversikt over utvalgte lover, forskrifter, rundskriv mv. som legger føringer for organisering og utvikling av intensivmedisinen:

Lover

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999)
- Lov om helseforetak m.m. (2001)
- Lov om helsepersonell (1999)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999)
- Lov om helsemessig og sosial beredskap (2001)
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1994)
- Lov om medisinsk utstyr (2015)

Aktuelle forskrifter, rundskriv mv.

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016)
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (2019)
- Forskrift om medisinsk utstyr (2021)
- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021)

Stortingsmeldinger

- Meld. St. nr. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
- Meld. St. nr. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)
- Meld. St. nr.38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

Utredninger og rapporter

- NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
- Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (2019–2020)
- Norsk intensiv- og pandemiregister. Årsrapport for 2020 og 2021
- NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 1
- NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2
- Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa
- Styresak 154-2020 Intensiv Finnmakssykehuset Kirkenes- delutredning
- Handlingsplan for intensivmedisin. Kapasitet og struktur i Helse Nord 2008
- Beredskapsarbeid ved covid-19-pandemien 2020. Evaluering delrapport 1
- Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, 2014 NAF og NSF-LIS
- Beslutningsprosesser ved begrensinger av livsforlengende behandling, Helsedirektoratet 2013
- Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF 2021
- Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF 2022
- Regional intensivutredning desember 2019
- Rapport fra interregional utredning for intensivkapasitet 2022

2.4 Nærmere om enkelte bestemmelser og krav i lov og forskrift

Jamfør *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring* har daglig leder for det enkelte helseforetak det overordnede ansvaret innenfor sitt foretaksansvarsområde. Daglig leder har også det overordnede ansvaret for styringssystemet. Styringssystemet skal beskrive hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med rettslige krav. Styrene for RHF-ene og HF-ene skal gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem⁶.

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Dette innebærer også forsvarlig organisering av tjenesten der organisatoriske og systemmessige tiltak muliggjør forsvarlig yrkesutøvelse⁷.

⁶ Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2017

⁷ Lov om spesialisthelsetjeneste 2001

3. Regionale mål og rammer

3.1 Regional utviklingsplan 2035

Styret i Helse Nord RHF behandlet Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord i 2018 (sak 158-2018)⁸. Planen skal ligge til grunn for prioriteringer og utviklingsarbeid i Helse Nord, og konkretiseres i oppdragsdokument (ettårig), handlingsplaner (fireårige) og investeringsplaner (åtteårige). Det er lagt til grunn at Helse Nord bl.a. skal arbeide for økt utdanningskapasitet for spesialsykepleiere, også som desentralisert utdannings-tilbud. Videre skal Helse Nord bruke kvalitetsregistre for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.

3.2 Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024⁹ bygger på føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, hvor utviklingen av pasientens helsetjeneste er et overordnet mål.

Strategien viser hvilke strategiske grep Helse Nord RHF vil prioritere de neste fire årene. Dokumentet skal suppleres av delstrategier for spesifikke deler av virksomheten, regionale fagplaner og økonomisk langtidsplan, og strategi for intensivmedisin vil utgjøre en av disse delstrategiene.

Strategien angir fem innsatsområder/prioriterte strategiske grep:

1. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
2. Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
3. Vi forbedrer gjennom samarbeid
4. Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
5. Vi er forberedt

Satsingsområder som har særlig relevans for strategi for intensivmedisin i Helse Nord, er å

- bruke data fra kvalitetsregistre og andre helseregistre som grunnlag for forbedring og prioritering, og være tydelige og åpne om resultater
- forbedre pasientforløp gjennom bruk av teknologi
- videreutvikle felles regionale prosedyrer, standarder og metoder
- iverksette oppgavedeling for å ta i bruk ubenyttet kompetanse og sikre rett bruk av kritisk kompetanse

⁸ Regional utviklingsplan 2035

⁹ Helse Nord RHF: Styresak 10-2021.

- 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
- redusere sykefravær og frafall ved å styrke kapasiteten til inkluderende arbeidsliv og nærværarbeid
- prioritere vesentlig mer ressurser til utdanning og kompetanseutvikling

3.2.1 Koblinger til andre strategier

Strategi for intensivmedisin er en delstrategi som har koblinger til andre strategiske dokumenter i Helse Nord:

- Specialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – strategidokument juni 2020
- Sammen om forskning og innovasjon i nord. Delstrategi for Helse Nord RHF 2021–2025
- Strategi for prehospitaltjenester i Helse Nord 2022-2025
- Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2022-2025
- Et digitalt 2038. Digital strategi for Helse Nord RHF 2023-2038.
- Strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK)

4. Dagens situasjon – utviklingstrekk og utfordringer

Dette kapittelet gir en oversikt over det intensivmedisinske tilbudet i Helse Nord, og gjennomgår status, utviklingstrekk og utfordringer i tjenesten. Omtalen er basert på foreliggende statistikk, tidligere utredninger, kvalitetsindikatorer, samt kartlegging og innspill i forbindelse med arbeidet med strategien.

4.1 Intensivmedisin i Helse Nord

I fremtiden vil intensivavdelingene få flere eldre pasienter med sammensatte lidelser. De viktigste årsakene til behov for intensivbehandling i Norge er akutt respirasjonssvikt, akutt sirkulasjonssvikt, og sepsis. Dette utgjør 2/3 av alle innleggelser. Trolig vil dødelighet av hjerte-karsykdommer og kreft fortsette å falle, da behandlingen av disse tilstandene er blitt bedre. Pasienter med sepsis på intensiv i Helse Nord vil sannsynligvis øke da denne tilstanden først og fremst rammer personer over 65 år.^{10 11} Flere eldre vil bo hjemme i fremtiden, men være skrøpelige og motta avansert behandling i hjemmet. Dette gjør at vurderingene om det er riktig å tilby pasienter intensivmedisinsk behandling blir viktigere og vanskeligere fremover. Det forventes tettere oppfølging av tidligere intensivpasienter for å gi riktig tilbud og unngå reinnleggelser.

Intensivenhetene i Helse Nord er ulikt organisert og gir noe ulikt tilbud innenfor sine HF. De mindre avdelingene er ofte samlokalisert med flere tjenester og fyller ulike funksjoner ved sykehuset. Personalet brukes mye på tvers og til ulike oppgaver.

Under presenteres nøkkeltall for intensivavdelingene samlet for hvert av helseforetakene. Befolkningsframskrivingene er hentet fra SSB og øvrige tall er fra 2020 i Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR). I kartene er det illustrert hvor det enkelte foretak har intensivmedisinske enheter, og størrelsen på den røde markeringen indikerer hvor mange pasientopphold den enkelte intensivavdelingen hadde i 2020. De blå markeringene indikerer intermediæravdelinger som ikke leverer data til NIPaR.

¹⁰ Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv desember 2019

¹¹ Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet mai 2022

Finnmarkssykehuset

■ Finnmarkssykehuset HF
● Intensivenhet



	2020	2050*
0-19 år	16 721	14 873
20-64 år	44 788	40 436
65 år +	13 963	22 046
Antall pasientopphold		282
Antall pasienter		236
Median liggedøgn		1,9
Totalt antall respiratordøgn		194,9
Median Respiratordøgn		0,5
Median alder		73,4

Figur 1: Illustrasjon ansvarsområde og aktivitet ved intensivenhetene i Finnmarkssykehuset

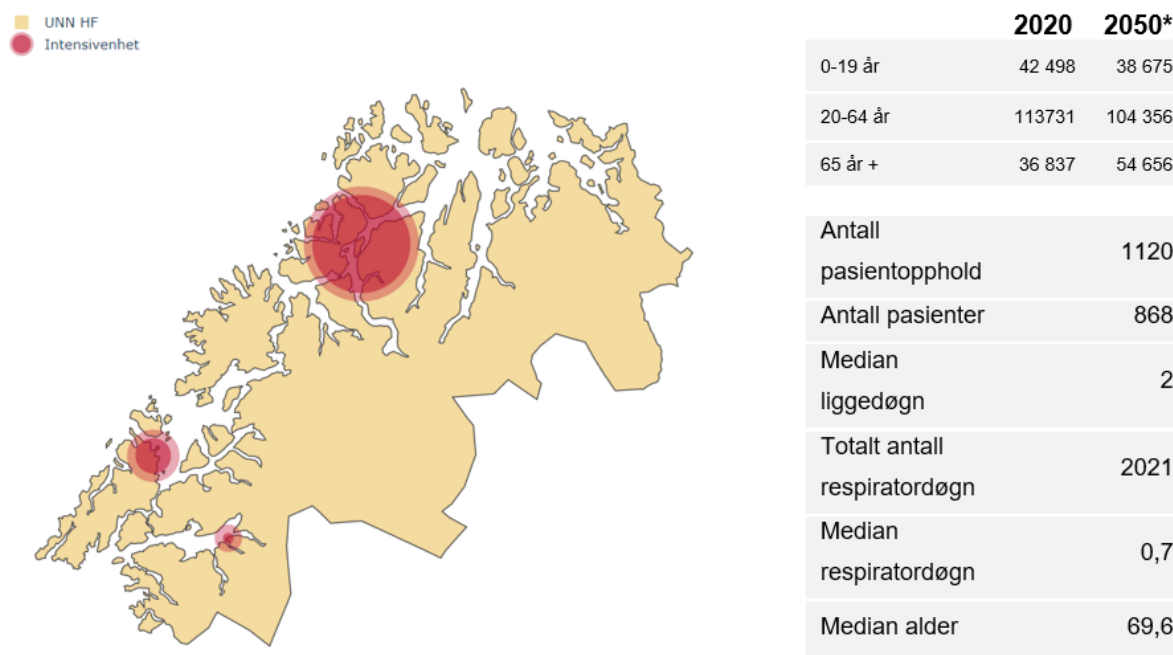
Ansvarsområdet til Finnmarkssykehuset omfatter 18 kommuner og til sammen omlag 76 000 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB vil befolkningen øke med omtrent 2,5 prosent over de neste 30 årene. Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 65 år vil øke med 58 prosent, antall mellom 20 og 64 år vil reduseres med nesten 10 prosent, mens antall under 20 år vil bli redusert med 11 prosent.

Finnmarkssykehuset har ikke gjennomgående klinikkstruktur. Intensivbehandling tilbys ved Kirkenes sykehus og Hammerfest sykehus. De to enhetene hadde i 2020 henholdsvis 120 og 162 pasientopphold, fordelt på henholdsvis 106 og 134 pasienter.

Intensivenhetene tar imot pasienter både i kategorien postoperativ-, overvåkning, intermediær og intensiv.

Ved Kirkenes sykehus er akuttmottak, dagkirurgi, intermediær og intensivbehandling samlokalisert i felles lokaler. Legevakten i Sør-Varanger kommune har også kontor i akuttmottaket som benyttes etter ordinær arbeidstid og i helger/høytider. Personalet brukes på tvers mellom enhetene i sykehuset og legevakten, og fyller mange funksjoner.

Intensivenheten ved Hammerfest sykehus har postoperativ, intensiv og intermediærsenger. Akuttmottaket ligger på et annet plan, og har i likhet med Kirkenes sykehus ansvar for kommunal legevakt deler av døgnet, men er adskilt fra aktiviteten på intensivavdelingen.



Figur 2: Illustrasjon ansvarsområde og aktivitet ved intensivhetene i UNN

Ansvarsområdet til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) omfatter 25 kommuner og til sammen omlag 191 000 innbyggere, i tillegg til øvrig befolkning i Nord-Norge som skal ha behandling på universitetssykehus. Basert på framskrivningene til SSB vil befolkningen øke med omtrent 2,4 prosent over de neste 30 årene. Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 65 år vil øke med 48 prosent, antall mellom 20 og 64 år vil reduseres med vel 8 prosent, mens antall under 20 år vil bli redusert med 9 prosent.

UNN Tromsø har regionale funksjoner og er det høyest spesialiserte behandlingsnivået i Helse Nord. Intensivbehandlingen i UNN Tromsø er organisert i to klinikker: Operasjon - og intensivklinikken (OPIN) og Hjerter- og lungeklinikken (HLK). Avdelingene samarbeider om fag, drift, kapasitetsutnyttelse og prioritering av pasienter til intensivbehandling i UNN.

Ved Medisinsk intensiv og hjerteroppvåkning behandles kardiologiske, indremedisinske og thoraxkirurgiske pasienter som trenger overvåkning eller intensivbehandling, inkludert respiratorbehandling.

Intensivavdelingen i OPIN er den største intensivavdelingen i Helse Nord. Intensivavdelingen behandler alle fagområder, inkludert barn fra to måneder og all type organunderstøttende intensivbehandling, samt intermedieærbehandling.

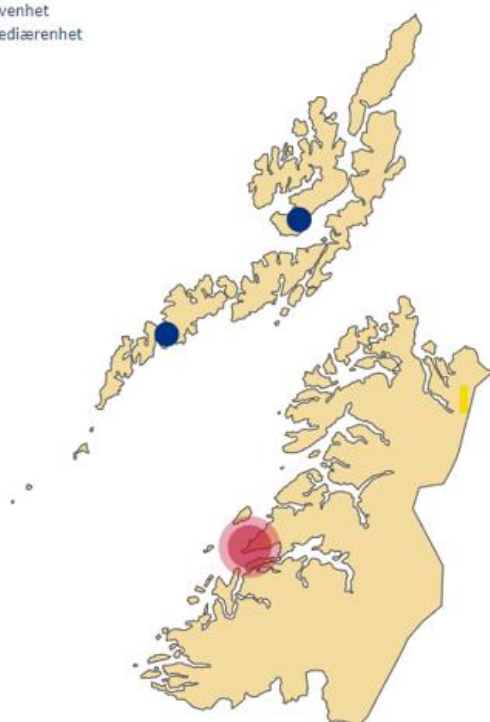
Intensivavdelingene ved UNN Harstad og UNN Narvik er en del av Operasjon og intensivklinikken. Intensivheten ved UNN Narvik består av intensiv, intermedieær og

postoperative senger. Deler av personalet drifter også dagkirurgisk enhet. Avdelingen kan ferdigbehandle intensivpasienter med svikt i ett og to organsystem.

Avdelingen ved UNN Harstad er en generell intensivavdeling som også ivaretar intermediaerpatienter og postoperative pasienter. Harstad samarbeider med universitetsklinikken gjennom tverrfaglig og helhetlig behandlingsteam, for å ivareta pasienter med langtrukne intensivforløp til respiratoravvenning og har mulighet for å tilby nyreerstattende behandling.

Nordlandssykehuset

- Nordlandssykehuset HF
- Intensivenhet
- Intermediaerenhet



	2020	2050*
0-19 år	30 769	27 075
20-64 år	79 546	71 823
65 år +	27 830	40 865
Antall pasientopphold		364
Antall pasienter		315
Median liggedøgn		2
Totalt antall respiratordøgn		576,3
Median Respiratordøgn		1
Median alder		70,7

Figur 3 Illustrasjon ansvarsområde og aktivitet ved intensivhetene i Nordlandssykehuset

Ansvarsområdet til Nordlandssykehuset omfatter 20 kommuner og til sammen omlag 138 000 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB forventes befolkningsveksten å være flat over de neste 30 årene (+1,2 prosent). Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 65 år vil øke med 47 prosent, antall mellom 20 og 64 år vil reduseres med nesten 10 prosent, mens antall under 20 år vil bli redusert med 12 prosent.

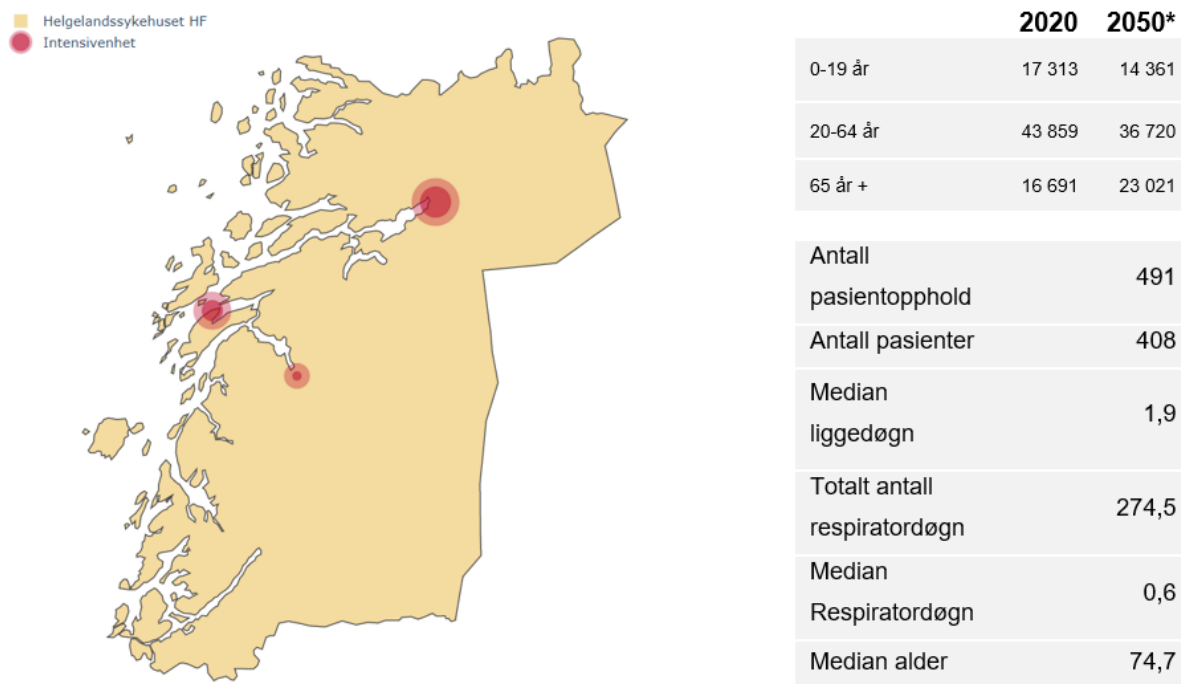
Nordlandssykehuset er klinikkorganisert med gjennomgående ledelse på tvers av lokalisasjonene. Intensiv, intermediaer og oppvåkning er organisatorisk plassert i Klinikkkirurgi. Nordlandssykehuset har kun intensivavdeling i Bodø, mens det er intermediaeravdelinger i Lofoten og Vesterålen.

Ved intensivheten i Bodø ivaretar intensiv A postoperative pasienter, mens Intensiv B yter behandling og pleie av pasienter fra alle kliniske avdelinger i hele opptaksområdet. Det gis også tilbud om nyreerstattende behandling. Medisinsk overvåkning, som er organisert i medisinsk klinikk, har intermedieærplasser og overvåkning. I tillegg har barneavdelingen to intermedieærplasser, mens nevrologisk sengepost har tre. Kirurgisk klinikk har foreløpig ikke intermedieærseenger.

Sykehuset i Lofoten ivaretar intensivpasienter i kortere perioder før overflytting til Bodø. I Lofoten er mottak og overvåkning én enhet. I Vesterålen er intermedieær, postoperativ, dagkirurgi og mottak organisert i én enhet.

Nordlandssykehuset Vesterålen har for 2020 registrert intensivopphold i Norsk intensiv- og pandemiregister, men grunnet få intensivopphold, jf. definisjonen i NIPaR, fyller ikke avdelingen inklusjonskravene til registeret. Sykehuset i Lofoten har tradisjonelt sett ikke oppfylt kravene til en intensivhet, men under pandemien ble det lagt beredskapsplaner som tilsa at de kunne opprette en intensivplass ved behov. Organiseringen for Lofoten og Vesterålen er tilrettelagt for at pasientene skal stabiliseres og overflyttes til Nordlandssykehuset Bodø eller UNN Tromsø, slik at det kun er overvåkning- og intermedieærpasienter som behandles over lengre tid ved disse sykehusene.

Helgelandssykehuset



Figur 4: Illustrasjon ansvarsområde og aktivitet ved intensivhetene i Helgelandssykehuset

Ansvarsområdet til Helgelandssykehuset omfatter 18 kommuner og til sammen omlag 77 500 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB vil antall innbyggere bli redusert med nesten 5 prosent de neste 30 årene. Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 65 år vil øke med 38 prosent, antall mellom 20 og 64 år vil reduseres med 16 prosent, mens antall under 20 år vil bli redusert med 17 prosent.

Helgelandssykehuset har intensivavdelinger ved alle sine tre sykehus i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Antall pasientopphold ved intensivenehetene var i 2020 på henholdsvis 248, 74 og 169, og disse fordelte seg på henholdsvis 208, 65 og 144 pasienter. Avdelingene har tilbud til medisinske og kirurgiske kritisk syke pasienter som kan motta behandling ved lokalsykehus i tillegg til postoperative pasienter. Avdelingen i Mosjøen er samlokalisert med akuttmottaket. Helgelandssykehuset har nylig etablert gjennomgående klinikkstruktur. Intensivavdelingene er organisatorisk plassert i Akuttmedisinsk klinikk.

4.2 Aktivitet

4.2.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Data fra NIPaR gir oss oversikt over intensivpasientene i Helse Nord. I 2021 var 41,1 prosent av intensivpasientene i Helse Nord kvinner og 58,9 prosent menn. Median alder var 72,0 år. Pasienter over 80 år stod for 22,4 prosent av alle intensivopphold, og barn under 18 år stod for 2,4 prosent av alle intensivopphold. Median liggetid var 2,1 døgn.

Andel pasienter som fikk respiratorstøtte var 58,1 prosent. Ved 89,3 prosent av oppholdene på intensiv ble pasientene utskrevne fra intensiv i live, og 77,8 prosent var i live 30 dager etter innleggelse på intensiv.

Intensivpasientene i Helse Nord skiller seg ut fra resten av landet på noen områder. I 2021 var median alder nasjonalt på 67,6 år. Pasienter med alder over 80 år utgjorde 16,5 prosent av pasientene og andel under 18 år 4,8 prosent. Vi har altså eldre pasienter enn landsgjennomsnittet og en lavere andel pasienter under 18 år. Andel pasienter som fikk respiratorstøtte ligger nasjonalt på 60,3 prosent altså litt høyere enn i vår landsdel. Median liggetid er den samme. Overlevelse etter behandling ligger nasjonalt på 89,8 prosent ved utskrivelsen og 79,6 prosent var i livet etter 30 dager etter innleggelse¹².

Tabell 1 under viser nøkkeltall for intensivkapasiteten i Helse Nord i årene 2018 til 2021. Det fremgår av tabellen at det var en økt aktivitet i 2020, som var det første året med pandemi. Ved UNN Tromsø var det en manglende rapportering i 2019, grunnet omorganisering av intensivavdelingene, det er derfor mest hensiktsmessig å sammenligne 2018 med 2020 og 2021. Her ser vi en økning i antall opphold og antall

¹² Norsk intensiv- og pandemiregister. Årsrapport for 2021

pasienter på henholdsvis 23 og 17 prosent til 2020, mens det ble nedgang året etter på henholdsvis 11 og 9 prosent. Antall liggedøgn økte med 9 prosent fra 2018 til 2020, og ble redusert med 4 prosent i 2021. For respiratordøgn er antallet omtrent uendret fra 2018 til 2020, men økte med 3,5 prosent fra 2020 til 2021.

Nøkkeltall for intensivopphold i Helse Nord				
År	2018	2019*	2020	2021
Antall opphold	1833,0	1585,0	2257,0	2004,0
Antall pasienter	1549,0	1349,0	1702,0	1552,0
Antall intensivdøgn	7524,0	5222,0	8226,0	7882,0
Liggedøgn (median)	2,2	2,0	2,0	2,1
Liggedøgn (totalt)	7523,9	5222,5	8226,5	7881,8
Respirator-støtte (%)	59,1	46,7	56,5	58,1
Respiratordøgn (median)	0,8	0,6	0,7	0,6
Respiratordøgn (totalt)	3177,3	1499,2	3165,7	3275,2

Tabell 1: Nøkkeltall for intensivopphold i Helse Nord RHF 2018–2021 (Kilde: NIPaR)

Tabell 2 illustrerer tilsynelatende en stor variasjon i aktiviteten i form av antall intensivopphold ved de ulike avdelingene i regionen. De fleste avdelingene har hatt en nedgang i aktivitet i 2021, noe som kan ha sammenheng med at pandemien ble mindre krevende.

Antall intensivopphold fordelt på lokasjoner				
Lokasjon	2018	2019*	2020	2021
Hammerfest	181	182	162	130
Kirkenes	116	129	120	93
Tromsø generell	238	14	456	423
Tromsø kir. int.	218	0	2	0
Tromsø medisinsk	8	0	303	408
Harstad	25	253	276	261
Narvik	154	122	83	36
Bodø	221	254	314	213
Mo i Rana	333	304	248	233
Mosjøen	150	120	74	55
Sandnessjøen	189	207	169	152

Tabell 2: Antall intensivopphold innrapportert til NIPaR i perioden 2018-2021 ved den enkelte intensivavdeling (Kilde: NIPaR)

I arbeidet med strategien har både medlemmer av arbeidsgruppen og høringsinnspillene påpekt at det er ulikheter i registreringspraksis. Det har blant annet kommet innspill som redegjør for at mindre enheter tradisjonelt vil levere tall som tilsier for høy aktivitet, mens større sykehus rapporterer relativt sett færre pasienter. Tallene må derfor tolkes med varsomhet, og arbeidsgruppen fremhevet et behov for at foretaksgruppen jobber i fellesskap med NIPaR for å samordne rutinene for registrering.

I 2022 ble det innført en ny særkode for å identifisere intensivpasienter i ISF-systemet, begrunnet i at dagens DRG-system gir en lite treffsikker ISF-finansiering for intensivpasienter. Koden er innført for en prøveperiode i 2022, og Helsedirektoratet vil evaluere om koden gir en bedret oversikt over pasientgruppen, men per i dag finnes det ikke offentlige data som kan benyttes i vår kartlegging.

Respiratordøgn betyr antall døgn med mekanisk respiratorbehandling i løpet av pasientoppholdet. Antall respiratordøgn i tabell 1 inkluderer både non-invasiv ventilasjon (NIV) og invasiv ventilasjon. Ved non-invasiv ventilasjon får pasienten respiratorbehandling via en tett maske med overtrykk. Ved invasiv ventilasjon er pasienten som oftest sedert og får respiratorbehandling via et rør i luftveiene.

Arbeidsgruppen har påpekt at det er stor variasjon på antall pasienter med invasiv ventilasjon ved intensivavdelingene i Helse Nord. I tabell 3 fremkommer det at Mosjøen, Sandnessjøen og Narvik hadde i 2020 under 10 pasienter med invasiv ventilasjon når vi ikke inkluderer overflyttede pasienter. Det samme var tilfelle for Hammerfest, Kirkenes, Narvik og Mosjøen i 2021.

Intensivavdeling	Antall pasienter som har motatt invasiv ventilasjon eks. overflyttede pasienter	Antall pasienter som har motatt invasiv ventilasjon eks. overflyttede pasienter
	2020	2021
Hammerfest	16	<10
Kirkenes	12	<10
Tromsø intensivavdeling	153	142
Tromsø medisinsk intensiv	47	61
Harstad	22	24
Narvik	<10	<10
Bodø	82	79
Mo i Rana	25	29
Mosjøen	<10	<10
Sandnessjøen	<10	13

Tabell 3: Antall pasienter med invasiv ventilasjon uten overførte pasienter (Kilde: NIPaR årsrapport 2020 figur nr. 3.4, NIPaR årsrapport 2021 figur 3.5)

Ved å inkludere overflyttede pasienter fremkommer også antall pasienter som har fått startet sin behandling ved ett sykehus før de er overflyttet til et annet nivå. Tabell 4, som inkluderer overflyttede pasienter, viser at de nevnte sykehusene har et lavt volum av pasienter som får invasiv ventilasjon, og at omtrent halvparten av de som mottar denne behandlingen i Tromsø og Bodø er overflyttet fra lokalsykehusene.

Intensivavdeling	Antall pasienter som har motatt invasiv ventilasjon inkl. overflyttede pasienter	Antall pasienter som har motatt invasiv ventilasjon inkl. overflyttede pasienter
	2020	2021
Hammerfest	35	19
Kirkenes	25	20
Tromsø intensivavdeling	329	309
Tromsø medisinsk intensiv	64	101
Harstad	37	39
Narvik	13	<10
Bodø	168	132
Mo i Rana	34	44
Mosjøen	16	<10
Sandnessjøen	11	18

Tabell 4: Antall pasienter med invasiv ventilasjon med overførte pasienter (Kilde: NIPaR årsrapport 2020 figur 3.28 og 3.29, NIPaR årsrapport 2021 figur 3.27 og 3.28)

4.2.2 Identifiserte utfordringer

- Det er ulikheter i registreringspraksis.
- De minste intensivenhetene har få pasienter som mottar invasiv ventilasjonsbehandling.
- At intensivbehandlingen foregår ved mange lokasjoner og med lange avstander gjør det krevende både med hensyn til overflytting av pasienter, personellressurser og effektiv drift. Samlet gir dette større beredskapsutfordringer for Helse Nord enn øvrige regioner.

4.3 Kapasitet

4.3.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Sammenlignet med øvrige regioner fremstår det som at Helse Nord har høy kapasitet på alle indikatorer fra Norsk intensiv- og pandemiregister, jf. tabell 5 og 6 under. På flere av indikatorene har Helse Nord et betydelig høyere antall ressurser per 100 000 befolkning, enn gjennomsnittet for Norge for øvrig.

Denne oversikten fremkommer for første gang i NIPaRs årsrapport fra 2020, og det fremkommer her at Helse Nord har over 70 prosent flere senger og fulle sykepleierstillinger enn landsgjennomsnittet. Videre hadde Helse Nord i 2020 17,1 respiratorer per 100 000 befolkning i avdeling, noe som utgjør 45 prosent mer enn gjennomsnittet for Norge. Det laveste avviket finner vi for indikatoren «antall respiratorpasienter som kan behandles ved ordinær drift», hvor Helse Nord i 2020 lå 21 prosent høyere enn gjennomsnittet for landet.

Indikator	Antall per 100 000 innbygger (2020)				
	Helse Nord	Helse Midt-Norge	Helse Vest	Helse Sør-Øst	Norge
Antall monitorerte senger	23,5	11,7	12,8	13,0	13,7
Antall bemannede senger ved ordinær drift	16,3	9,5	9,9	8,0	9,4
Antall respiratorer i avdeling	17,1	10,6	11,8	11,1	11,8
Antall respiratorpasienter som kan behandles ved ordinær drift	5,8	4,6	5,5	4,5	4,8
Antall hemofiltrasjonsmaskiner	3,1	1,2	2,1	2,0	2,0
Antall intensivplasser ved full beredskap	33,2	18,1	13,5	12,1	15,1
Antall fulle sykepleierstillinger	78,4	40,9	39,6	42,6	45,0
Antall leger på dagtid ved ordinær drift	4,3	2,5	3,9	2,3	2,9

Tabell 5: Oversikt over tilgjengelige ressurser i hver helseregion i 2020 (Kilde: Årsrapport NIPaR, 2020 tabell 3.5-3.9)

Oppdaterte tall for 2021, jf. tabell 6, viser at forskjellen mellom Helse Nord og landet for øvrig er redusert. Helse Nord har forholdsvis små endringer i sine tall, mens øvrige regioner har økt på de fleste indikatorer. Dette gjør at Helse Nord i 2021 hadde 43 prosent flere senger og 37 prosent høyere antall fulle sykepleierstillinger per 100 000 innbygger. Indikatoren «antall respiratorpasienter som kan behandles ved ordinære drift» har for Norge økt med over 10 prosent fra 2020 til 2021, og Helse Nord ligger nå 9 prosent over landet for øvrig.

Indikator	Antall per 100 000 innbygger (2021)				
	Helse Nord	Helse Midt-Norge	Helse Vest	Helse Sør-Øst	Norge
Antall monitorerte senger	23,7	16,4	16,5	15,6	16,6
Antall bemannede senger ved ordinær drift	16,0	12,2	13,8	10,3	11,8
Antall respiratorer i avdeling	18,3	12,8	12,7	13,2	13,5
Antall respiratorpasienter som kan behandles ved ordinær drift	5,8	5,4	4,1	5,7	5,3
Antall hemofiltrasjonsmaskiner	3,5	1,5	2,1	3,0	2,7
Antall intensivplasser ved full beredskap	33,4	12,6	13,8	15,1	16,1
Antall fulle sykepleiestillinger	79,3	62,8	53,1	55,3	58,0
Antall leger på dagtid ved ordinær drift	4,4	3,4	2,8	2,9	3,1

Tabell 6: Oversikt over tilgjengelige ressurser i hver helseregion i 2021 (Kilde Årsrapport NIPaR, 2021 tabell 3.5-3.9)

Sykehuskategorier og sengekategorier

I Rapport fra interregional arbeidsgruppe om intensivkapasitet¹³ er det utarbeidet separate beskrivelser av det høyeste behandlingsnivået (kategori 3) tilpasset de tre ulike sykehuskategoriene med akutfunksjoner jf. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). I tabell 7 under vises en oversikt over hvordan sykehuskategoriene fordeler seg i Helse Nord.

Sykehuskategori	Beskrivelse	Helse Nord's sykehus
Regionsykehus	Det sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehuset. Vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.	UNN Tromsø
Stort akutt sykehus	Sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.	NLSH Bodø
Akutt sykehus	Sykehus som minst har akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.	FIN Hammerfest, FIN Kirkenes, UNN Harstad, UNN Narvik, NLSH Vesterålen, NLSH Lofoten, HSYK Mo i Rana, HSYK Sandnessjøen, HSYK Mosjøen er akutt sykehus, med full indremedisinsk beredskap, men ikke akuttkirurgisk beredskap ¹⁴ .

Tabell 7: Oversikt over sykehuskategorier

I arbeidet med rapporten kom regionene til enighet om definisjon på de ulike sengekategoriene i Norge. Det er den døgnkontinuerlige driften av kategori 2 og 3 som reflekterer den totale intensiv- og overvåkningskapasiteten. Rapporten viser hvordan intensivkapasitet skal beregnes og tiltak for å øke beredskap og kapasitet. Det skal telles bemannede senger inklusive utstyr. Postoperative sengeplasser telles ikke i en normal driftssituasjon.

¹³ Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet
Mai 2022

¹⁴ <https://helse-nord.no/nasjonal-helse-og-sykehusplan#akuttisykehus>

Sengekategori 1 (forsterket observasjonsseng): Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av ett organ.

Sengekategori 2 (overvåkingsseng): Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av to organ. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutt hjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365).

Sengekategori 3 (intensivsenng): Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning til fullverdig intensivmedisinsk behandling inkludert sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og annen nødvendig organstøttende behandling. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutt hjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365).

Krav til behandlingstilbud ved sengekategori 3	
Regionsykehus	Skal kunne tilby langvarig intensivbehandling for svikt i flere organsystem. Sengeplassene i kategori 3 skal samlet dekke alle relevante spesialiteter og all relevant intensivbehandling tilpasset sykehusets aktivitet. Ved regionsykehusene finnes både generelle intensivenheter og spesialiserte intensivenheter tilpasset definerte pasientgrupper som pediatriske, nevrokirurgiske, thoraxkirurgiske eller kardiologiske pasienter.
Stort akutt sykehus	Skal kunne tilby langvarig intensivbehandling for svikt i flere organsystem tilpasset sykehusets aktivitet, spesielt respirasjonssvikt, sirkulasjonssvikt og nyresvikt. Ved akutt sykehus og stort akutt sykehus er det anestesivdelene som driver generelle intensivenheter.
Akutt sykehus	Skal kunne tilby intensivbehandling i form av døgnkontinuerlig sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og medikamentell sirkulasjonsstøtte med tilhørende overvåking og behandling tilpasset sykehusets aktivitet.

Tabell 8: Krav til behandlingstilbud i sengekategori 3 for de ulike sykehuskategoriene

Den første kartleggingen av sengekapasitet i Helse Nord basert på den interregionale rapporten ble utført av fagsjefene i Helse Nord i juni 2022. På grunn av variasjonen i innrapporterte tall ønsket styringsgruppen en ny kartlegging i oktober. Tallene viser fordeling av sengekategori per sykehus ved normal drift, økt kapasitet og beredskapskapasitet. Tilbakemelding fra fagsjefene gir grunn til å legge mest vekt på innrapporterte tall ved normal drift, mens det er noe usikkerhet knyttet til kategoriene «økt beredskap» og «beredskapskapasitet». Dette må helseforetakene jobbe videre med

i egne beredskapsplaner. Ved mindre avdelinger vil en økning i kapasiteten i sengekategori 3 kunne medføre redusert kapasitet i sengekategori 2.

Finnmarkssykehuset

Navn på sykehus		Hammerfest sykehus		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		47 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle		1	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2			1	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1			1	Under vurdering

Navn på sykehus		Kirkenes sykehus		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		28 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle		1	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2			1	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1			1	Under vurdering

Tabell 9: Kapasitet sengekategori 1-3 pr intensivavdeling for Finnmarkssykehuset

I en kategori 3-seng ved Finnmarkssykehuset kan pasienter med sepsis, KOLS, intoks, covid-19, post operative pasienter med respiratorbehov og andre akutte pasienter som venter på transport til høyere behandlingsnivå, få behandling.

I Prop. 1 S (2022-2023) redegjør regjeringen for at de anser at anmodningsvedtak nr. 577 av 14. mai 2020 vedrørende intensivkapasiteten ved sykehuset i Kirkenes er oppfylt, etter at det i juni ble innrapportert at sykehuset har én sengeplass tilsvarende kategori 2 og én sengeplass tilsvarende kategori 3 under normal drift. Finnmarkssykehuset opplyser at rapportert kapasitet ved intensivavdelingen i Kirkenes er usikker grunnet nåværende budsjettsituasjon.

UNN

Navn på sykehus		UNN Tromsø		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Regionsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		165 000 (lokalsykehuskommuner)		
Tromsø		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	8	Under vurdering	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)	2	Under vurdering	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 2		7	Under vurdering	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1		4	Under vurdering	Under vurdering

Navn på sykehus		UNN Harstad		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet				
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	Under vurdering	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		3	Under vurdering	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1			Under vurdering	Under vurdering

Navn på sykehus		UNN Narvik		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet				
Tromsø		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	Under vurdering	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		2	Under vurdering	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1		0	Under vurdering	Under vurdering

Tabell 10: Kapasitet sengekategori 1–3 pr intensivavdeling for UNN

UNNs befolkningsgrunnlag når man ser universitets- og regionsykehusfunksjoner samlet er om lag 482 000 innbyggere. Kategoriene «økt beredskap» og

«beredskapskapasitet» vil oppdateres etter at helseforetaket har revidert egne beredskapsplaner for pandemi.

Nordlandssykehuset

Navn på sykehus		Nordlandssykehuset, Bodø		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Stort akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		75 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	5	8	14
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		6	10	13
Antall sengeplasser kategori 1		8	8	12

Navn på sykehus		Nordlandssykehuset, Vesterålen		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		30 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	0	0	0
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		2	3	5
Antall sengeplasser kategori 1		2	2	5

Navn på sykehus		Nordlandssykehuset, Lofoten		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Helse Nord RHF		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		24 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	0	0	0
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		2	3	5
Antall sengeplasser kategori 1		2	2	5

Tabell 11: Kapasitet sengekategori 1-3 pr intensivavdeling for Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset har aktivt tatt stilling til at det bare er sykehuset i Bodø som har senger i kategori 3, noe som innebærer at de tyngste pasientene ved sykehusene i Vesterålen og Lofoten stabiliseres lokalt før de flys med ambulansfly til Bodø. I praksis betjener sykehuset i Bodø også pasienter tilhørende Helgelandssykehusets opptaksområde pasienter med behov for en intensivseng i kategori 3, noe som samlet sett gir et befolkningsgrunnlag på ca. 210 000.

Helgelandssykehuset

Navn på sykehus		Helgelandssykehuset, Mo i Rana		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		34 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	2	3
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		1	3	3
Antall sengeplasser kategori 1		2	0	0

Navn på sykehus		Helgelandssykehuset, Mosjøen		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		16 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	1	2
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		1	3	2
Antall sengeplasser kategori 1		1	0	0

Navn på sykehus		Helgelandssykehuset, Sandessjøen		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		32 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	2	2
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		1	1	2
Antall sengeplasser kategori 1		1	0	0

Tabell 12: Kapasitet sengekategori 1–3 pr intensivavdeling for Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset opplyser at overlege i anesthesiologi i utgangspunktet har hjemmevakt, men ved behov er overlegespesialist til stede ved sykehuset hele døgnet. Videre redegjør helseforetaket for at alle sykehusene er sårbare med hensyn til intensivkompetanse, noe som påvirker kapasiteten til å ivareta pasienter lokalt før en eventuell overflytting til et høyere nivå. Med hensyn til intensivsykepleiere er det forskjell mellom sykehuslokalisasjonene. Sandessjøen og Mosjøen har bemanningsplaner som sikrer at det er minimum én intensivsykepleier på vakt, mens Mo i Rana har en mer robust dekning av intensivsykepleiere.

Vedtaket i foretaksmøtesak 9-2020 *Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering* vil trolig medføre endringer i tilbudet i Mosjøen.

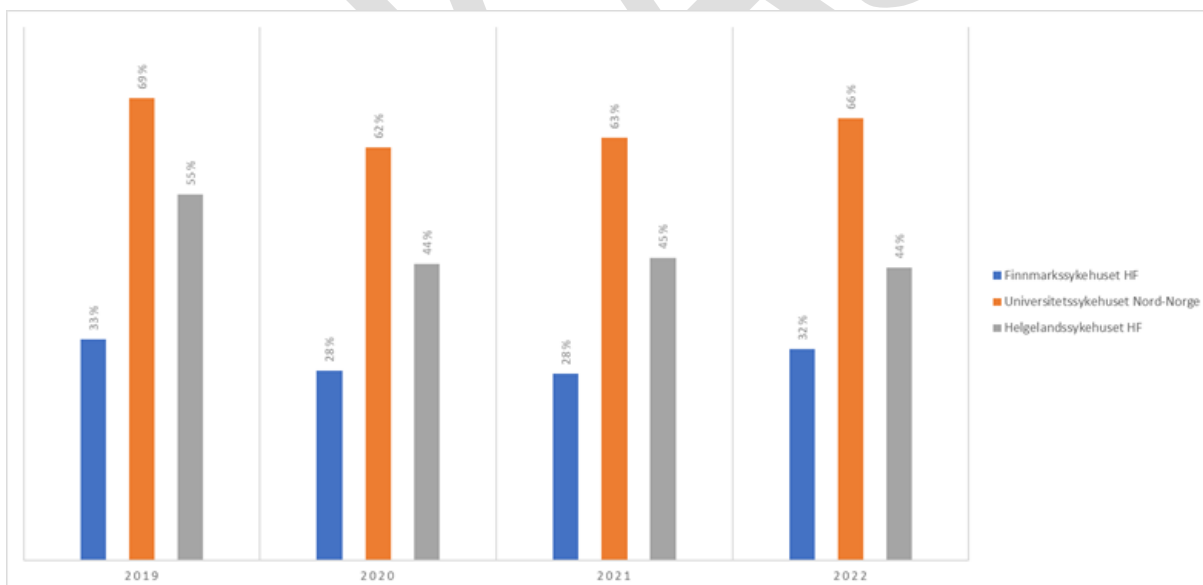
Sum Helse Nord	Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	22	Ikke avklart	Ikke avklart
Antall sengeplasser kategori 2	27	Ikke avklart	Ikke avklart
Antall sengeplasser kategori 1	21	Ikke avklart	Ikke avklart

Tabell 13: Kapasitet sengekategori 1–3 samlet for Helse Nord

Ved å legge til grunn en befolkning på 480 000 gir dette en kapasitet ved normal drift i Helse Nord på 4,6 senger per 100 000 innbygger i kategori 3 og 5,6 senger per 100 000 innbygger i kategori 2. Summen av kategori 2 og 3 senger beskriver intensivkapasiteten. Utredningen fra 2019 viste en tilgang på 6,3 intensivsenger per 100 000 og 8,7 intermediære senger per 100 000.¹⁵

Belegg på intensivavdelingene

Stolpediagrammet (figur 5) viser beleggsprosenten i de fire av årets første måneder ved intensivene i Helse Nord fra 2019–2022. Diagrammet inkluderer belegg på alle typer senger som er registrert ved intensivavdelingene per mai 2022 (intensivseng, intermediær og oppvåkning).

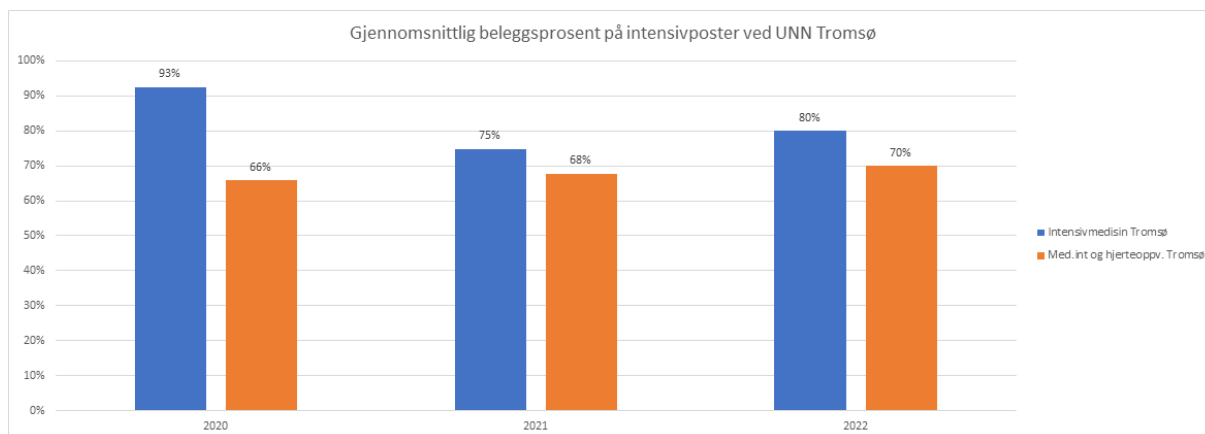


Figur 5: Beleggsprosent 2019-2022 for FIN, UNN og HSYK (t.o.m. mai for siste år) (kilde: HN LIS)

Det har vært vanskelig å tolke resutater for beleggsprosenten ved Nordlandssykehuset, Bodø, de er derfor utelatt her.

Ved å ta ut en egen oversikt over enhetene i Tromsø får vi en nærmere presentasjon av at særlig generell intensiv i Tromsø hadde høyt belegg under pandemien.

¹⁵ Regional intensivutredning: status, utfordring og fremtidsperspektiv, desember 2019



Figur 6: Beleggsprosent intensivavdelingene i Tromsø 2020-2022 t.o.m. mai for 2022 (Kilde: HN LIS)

Ved å ta i bruk nye nasjonale definisjoner på sengekategorier vil intensivavdelingene lettere kunne beskrive egen virksomhet og sammenligne seg med andre avdelinger når det kommer til organisering og bemanning. Bruk av historiske data som beskriver aktivitet og belegg kombinert med nye definisjoner vil gjøre planlegging av bemanning enklere og sikre bærekraft.

4.3.2 Identifiserte utfordringer

- Det har fram til nylig vært utfordrende for det nasjonale fagmiljøet å enes om hvordan man skal beregne intensivkapasitet da sykehusene har lagt ulike definisjoner til grunn for beregning av intensivkapasitet.
- Felles forståelse av ny beregningsmetode for intensivkapasitet krever modning.
- Beregning av kategoriene «økt kapasitet» og «beredskapskapasitet» er ikke ferdigstilt for regionen.
- Det er uklart i hvilken grad avdelingene benytter beleggsprosenten i dimensjoneringen av tilbudet, og det er spesielt vanskelig å vurdere beleggsprosenten ved intensivavdelingen i Bodø.

4.4 Kvalitet i intensivmedisin

Jamfør *Strategi for Helse Nord RHF* skal vi ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling ved å bruke data fra kvalitetsregistre og andre helseregistre som grunnlag for forbedring og prioritering, og være tydelige og åpne om resultatene.

4.4.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk,

Norsk intensivregister ble opprettet i 1998 og bygger på opplysninger om pasienter behandlet ved intensivavdelingene i Norge. I 2020 fikk registeret i tillegg i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartement og Helsedirektoratet om å registrere alle pasienter innlagt med covid-19 i spesialisthelsetjenesten og ble dermed til Norsk intensiv- og

pandemiregister (NIPaR). Formålet med registeret er å gi en tilbakerapportering til deltagende sykehus og til sentrale helsemyndigheter om virksomheten ved norske intensivenheter og om epidemiutbrudd.

Flere av avdelingene i nord er kombinerte avdelinger der noen av pasientene oppfyller inklusjonskriterier til registeret, andre ikke.

Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR) samler inn data om pasienter som er behandlet ved norske intensivenheter blant annet for å utarbeide faglige kvalitetsindikatorer for norske intensivenheter. Registeret har totalt sju kvalitetsindikatorer. Disse er inndelt i henholdsvis to strukturindikatorer, to prosessindikatorer og tre resultatindikatorer.

Pårørendetilfredshet er en internasjonal anbefalt kvalitetsindikator for intensiv-avdelinger, da intensivpasienten ofte husker lite fra sitt intensivopphold. NIPaR benytter *Pårørendeskjema FS-ICU*. Det er per tiden ingen registrering over pårørendetilfredshet fra intensivavdelingene i Helse Nord, og ifølge NIPaRs årsrapport for 2021 var det kun én intensiv enhet i landet som benyttet verktøyet. Det er ønskelig fra registeret at flere enheter benytter dette verktøyet.

Strukturindikatorer:

- *Leverer data til registeret*

Indikerer hvorvidt avdelingen rapporterer data til NIPaR, noe alle landets intensivenheter oppfyller, inkludert enhetene i Helse Nord.

- *Primærvakt 24/7*

Indikerer tilgang til intensivmedisinsk (anestesi) legekompentanse på sykehuset hele døgnet alle dager i året i tre ulike nivåer (nivå 1 og 2 oppfyller indikatoren):

- Nivå 1: Lege med spesialistkompetanse i primærvakt.
- Nivå 2: Lege uten spesialistkompetanse i primærvakt på sykehuset, lege med spesialistkompetanse i bakvakt som kan tilkalles.
- Nivå 3: Lege ikke kontinuerlig tilstede på sykehuset, anestesilege i bakvakt som kan tilkalles deler av døgnet (kveld/natt). Kvalitetsindikatoren er ikke oppfylt.

Helseforetak (år 2021)	FIN		UNN		NLSH		HSYK	
	Lokasjon	Nivå	Lokasjon	Nivå	Lokasjon	Nivå	Lokasjon	Nivå
Tilgang på intensivmedisinsk legekompentanse 24/7	Hammerfest	3	Tromsø generell	1	Bodø	2	Mo i Rana	2
	Kirkenes	3	Tromsø medisinsk	1			Mosjøen	2
			Harstad	1			Sandnessjøen	3
			Narvik	3				

Tabell 14: Nivå tilgang på intensivmedisinsk legekompentanse 24/7 pr intensivavdeling (kilde: Årsrapport NIPaR 2021)

Nasjonalt lå denne indikatoren i 2021 på 92 prosent (57 av 62 enheter). Helse Nord er den eneste regionen med enheter som ikke oppfylte indikatoren. For å oppfylle kravet må lege uten spesialistkompetanse i primærvakt være LIS anestesi.

Prosessindikatorer:

- *Enheten har daglig, tverrfaglig gjennomgang av pasientene*

Samarbeid mellom ulike fagfelt og spesialiteter er en forutsetning for god intensivbehandling.

- *Ved utskrivning fra intensiv foreligger som rutine relevant dokumentasjon*

Kvalitetsindikatoren viser hvilke avdelinger som har som rutine at det foreligger ferdig utskrivningsnotat med relevant informasjon/oppsummering av intensivoppholdet og oppdatert medikamentliste.

Prosessindikatorer		
Hvorvidt enheten oppfylte indikatoren i 2020 og 2021		
Intensivavdeling	Tverrfaglig gjennomgang (2020/2021)	Rutinenotat ved utskrivning (2020/2021)
Hammerfest	ja/ja	nei/nei
Kirkenes	ja/ja	nei/nei
Tromsø generell	ja/ja	ja/ja
Tromsø medisinsk	ja/ja	ja/ja
Harstad	ja/ja	ja/ja
Narvik	ja/ja	ja/ja
Bodø	ja/ja	ja/ja
Mo i Rana	ja/ja	nei/nei
Mosjøen	ja/ja	ja/ja
Sandnessjøen	ja/ja	ja/ja

Tabell 15: Oppfyllelse av prosessindikatorer pr intensivavdeling (Kilde: Årsrapport NIPaR 2020, 2021)

Nasjonalt oppfylder 57 av 60 enheter kravet om tverrfaglig gjennomgang, mens 55 av 60 oppfylder kravet om rutinenotat ved utskrivning.

Resultatindikatorer:

- *Median invasiv respiratortid <2,5 døgn*

Respiratortid er den tiden pasienten får pustehjelp fra en respirator. Målet er at minst halvdelen av slike opphold skal ha respiratortid under 2,5 døgn. Respiratorbehandling gjennom slange gir økt risiko for lungebetennelse og pustemusklene svekkes dersom respiratoren tar over pustearbeidet for pasienten over lang tid, noe som vil øke rekonvalesenstida. Nasjonalt ligger denne indikatoren på 63 prosent.

Respiratortid		
Måltall : < 2,5 døgn for minst 50 % av oppholdene		
Helseforetak	År 2020	År 2021
FIN	86 %	53 %
UNN	74 %	79 %
NLSH	72 %	61 %
HSYK	71 %	59 %
Nasjonalt	63 %	61 %

Tabell 16: Nivå på indikatoren median invasiv respiratortid pr HF (Kilde: Årsrapport NIPaR 2020, 2021)

- *Reinnleggelse til intensiv i løpet av 72 timer < 4 prosent av oppholdene*
- Reinnleggelse er definert som nytt et opphold på samme intensivenhet, der innleggingstidspunktet er mindre enn 72 timer etter utskrivningstidspunktet. Det er ønskelig med mindre enn 4 prosent reinnleggelser. Nasjonalt lå denne indikatoren på 2,7 prosent i 2020 og 2,4 prosent i 2021.

Reinnleggelse innen 72 timer		
Måltall : < 4 %		
Helseforetak	År 2020	År 2021
FIN	3,8 %	2,2 %
UNN	1,7 %	3,2 %
NLSH	4,3 %	2,9 %
HSYK	3,3 %	4,6 %
Nasjonalt	2,7 %	2,4 %

Tabell 17: Nivå på indikatoren reinnleggelse ilt. 72 timer pr HF (Kilde: Årsrapport NIPaR 2020, 2021)

- *Standardisert mortalitetsratio (SMR) < 0,7*
- SMR er faktisk dødelighet delt på estimert dødelighet ut fra SAPS-II-skår. SMR er avhengig av korrekt skåring av SAPS-II¹⁶. NIPaR har de senere år avdekket at skåring av

¹⁶ SAPS-II-skår beregnes ut fra: • Kroniske sykdommer: ChronicDiseases • Glasgow Coma Scale (GCS): Glasgow • Alder ved innleggelse: Age • Systolisk blodtrykk: SystolicBloodPressure • Pulsfrekvens: HeartRate • Temperatur: Temperature • Respirasjonsstøtte/CPAP/PaO2/FiO2-ratio (kPa) de 24 første timene: MvOrCpap • Urinproduksjon/24 timer: UrineOutput • S-karbamid (mmol/L): SerumUreaOrBun • Leukocytter (x10⁹/L): Leukocytes • S-Kalium (mmol/L): Potassium • S-Natrium (mmol/L): Sodium • S-HCO3: Hco3 • S-Bilirubin (mikromol/L): Bilirubin • Innleggelsesmåte/hastegrad: InnMaate

SAPS-II kan inneholde feil. En bør derfor være varsom med tolkningen av SMR, og være oppmerksom på at feil skåring kan skape og maskere variasjon, både mellom enheter og pasientgrupper. På grunn av dette har vi valgt på presentere SMR per helseregion og over tid for å vise utviklingen.

SMR (alle uten covid-19)				
Mål: < 0,7				
Region	2018	2019	2020	2021
Helse Nord	0,809	0,867	0,835	0,831
Helse Midt-Norge	0,744	0,837	0,873	0,871
Helse Vest	0,686	0,651	0,699	0,745
Helse Sør-Øst	0,743	0,674	0,654	0,663

Tabell 18: Nivå SMR pr helseregion 2021-2018 (Kilde: NIPaR)

I utredningen har det kommet fram at resultater fra kvalitetsregistret ikke følges opp systematisk ved alle intensivavdelinger. Ikke alle har kjennskap til egne tall og det er hersker usikkerhet rundt kvaliteten på innmeldte data.

Lavt volum av pasienter som fyller inklusjonskriteriene til NIPaR kan føre til at medlemskap i registerets ikke opprettholdes. Manglede data fra intensivenheter med lavt volum gir imidlertid mangel på oversikt over kvaliteten og vanskeliggjør sammenligning mot andre intensivavdelinger.

Fagmiljøet uttrykker bekymring fordi det lave volumet gir liten erfaring med behandling av alvorlig syke intensivpasienter, noe som utfordrer opprettholdelse av kvalitet i tjenesten. Også UNN Tromsø med sine regionfunksjoner har lavt volum sammenlignet med større universitetssykehus/regionsykehus som tilbyr tilsvarende behandling nasjonalt.

Overflytting av pasienter fra høyere nivå til lokalsykehus skal skje på medisinsk indikasjon, og bør prioriteres der det er mulig. For pasienten og pårørende vil det være positivt å få behandling nærmere hjemstedet. De store intensivavdelingene vil få avlastning, mens lokalsykehusene vil få flere pasienter med invasiv respiratorbehandling. Mulighet for overflytting til intensivavdeling ved lokalsykehus må sees i sammenheng med kapasitet og kompetanse ved de andre avdelingene ved lokalsykehuset når intensivpasientens behov for eventuell annen spesialisert behandling vurderes.

Barn fra 2 måneder til 18 år utgjorde i 2021 bare 2,4 prosent av pasientene ved våre intensivavdelinger. Kritisk syke barn er en spesiell gruppe med tanke på kompetanse hos personalet. Fagfolkene melder at de har behov for tiltak som kan bedre kompetanse og gi større trygghet i behandlingen av barn på intensiv. Styrket samarbeid med barnelegene og større faglig trygghet vil muligens kunne forhindre overflytting til

barneintensiv utenfor regionen. Ny nasjonal retningslinje i intensivsykepleie har også fått egne sluttkompetansebeskrivelser knyttet til barn.

Andre sårbare pasientgrupper er pasienter som trenger akutte intervensjoner det ikke er tilgang til på lokalsykehus. Disse kan være pasienter med akutt nyresvikt, nevrokirurgiske eller kardiologiske pasienter som kan oppleve forsinkelser i planlagt overflytting til høyere nivå.

4.4.2 Identifiserte utfordringer

- Mange små intensivavdelinger med få pasienter gjør det utfordrende å oppfylle enkelte av kravene fra registeret
- Det er ikke etablert samarbeid med felles kompetansekrav og fagsamarbeid innad i regionen
- Helseforetakene har ikke en systematisk oppfølging av resultatene i registeret, der man bl.a. sammenligner sine resultater med andre
- Opplæring i rapportering til NIPaR synes mangelfull/ikke benyttet
- Begrenset erfaring med barn ved intensivavdelingene skaper utrygghet blant personalet
- Ikke alle avdelinger har en fast lege som er medisinsk ansvarlig for avdelingen
- Det mangler felles regionalt nettverk for fagsykepleiere
- Manglende arena for regionalt samarbeid for intensivmedisin
- Strukturert plan for å ivareta og videreutvikle kompetanse hos intensivsykepleiere mangler ved enkelte avdelinger
- Det mangler system for kompenserende tiltak som ivaretar utfordringen med lavt antall pasienter med invasiv respiratorbehandling
- Det gjennomføres ikke registrering over pårørendetilfredshet ved intensivavdelingene

4.5 Samarbeid

Regional utviklingsplan og Strategi for Helse Nord vektlegger behov og nødvendigheten av samhandling og samarbeid i helsetjenesten for at vi skal nå våre mål om å sikre befolkningen i Nord-Norge gode og likeverdige helsetjenester.

4.5.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Gjennom innspillmøtene har samhandling og samarbeid vært sentrale diskusjonspunkter. I hovedtrekk har fagmiljøet i regionen en oppfatning av at samarbeidet mellom de ulike intensivavdelingene i Helse Nord fungerer tilfredsstillende. Samarbeidet beskrives som godt når det kommer til driftsoppgaver som handler om kapasitet mellom sykehusene. Men det eksisterer ingen fast struktur for

faglig samarbeid på et regionalt nivå, der faglige spørsmål kan diskuteres og lokalsykehus få veiledning i pasientbehandlingen.

Hver dag tas det prioriteringsbeslutninger der helsepersonell og ledere må ta beslutninger om hvem som skal få behandling på intensivavdeling. Prioriteringene kan handle om begrensninger i kapasitet eller at tiltakets nytte ikke står i forhold til kostnaden. Verdigrunnlag og prinsippene som ligger til grunn for beslutningene som tas bygger på nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet¹⁷.

I Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet foreslås det at følgende kriterier bør vurderes før behandlingstilbud gis ved intensivavdeling:

1. *Kan tilstanden reverseres eller behandles?*
2. *Fravær av annen sykdom eller skade som representerer en kontraindikasjon?*
3. *Ønsker pasienten intensivbehandling?*
4. *Trengs overvåking eller behandling som ikke kan gis på lavere behandlingsnivå?*

I det daglige pågår det et samarbeid mellom intensivavdelingene og akuttmottak, og ved enkelte sykehus er disse samlokalisert. Fra innspillsmøtene vektlegges det et ønske om å styrke samarbeidet mellom intensivavdeling og moderpost. Dette gjelder for eksempel i vurderinger om pasienten skal tilbys intensivbehandling, fortsatt livsforlengende behandling på intensiv og ved tilbakeføring til moderpost. Moderpost/organspesialister ønsker å bli tatt med i diskusjonen før pasienten legges på respirator. Mulighet for reinnleggelse på intensiv etter at intensivbehandlingen er avsluttet ønskes også avklart mellom intensivavdelingen og aktuell moderpost.

Samhandling med den kommunale helsetjenesten bør styrkes slik at nødvendige avklaringer for kommunens pasienter er gjennomført i samråd med pasient og pårørende før en akutt hendelse inntreffer. Dette gjelder spesielt pasienter som mottar avansert hjemmebehandling og skrøpelige pasienter på kommunale institusjoner. Fra fagmiljøet etterlyses systematisk bruk av regional prosedyre for overflytting av kritisk syke pasienter¹⁸. For eksempel må intensivavdelinger på lokalsykehus få beskjed om nødvendige medikamenter i god tid før overflytting.

Samarbeid med pårørende og pasienter er ikke problematisert av fagmiljøet og oppleves av arbeidsgruppen som godt. Tilgjengelighet til pårønderom og mulighet for støttesamtaler er forbedret og avdelingene har egne prosedyrer som ivaretar *Barn som*

¹⁷ Meld. St. 38 (2020–2021)

Nytte, ressurs og alvorlighet— Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

¹⁸ RL3259 Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter og RL3260 Sjekkliste overflytting pasienter mellom intensivavdelinger

*pårørende*¹⁹. Da vi mangler data på pårørendetilfredshet fra NIPaR er det vanskelig å gjøre en videre vurdering på dette området.

4.5.2 Identifiserte utfordringer

- Manglende struktur for faglig samarbeid, kompetanseheving og behandlingsstøtte i regionen.
- Ikke systematisk bruk av regional prosedyre ved overflytting av intensivpasienter.
- Manglende samarbeid hindrer kapasitetsutnyttelse internt i eget helseforetak og mellom helseforetakene.
- Manglende struktur for samarbeid med moderpost.
- Manglende rapportering til NIPaR om pårørendetilfredshet.

4.6 Bemanning

Helseforetakene skal ha styringssystemer som sikrer planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av aktivitetene slik at tjenestene er forsvarlige. Dette innebærer blant annet å sørge for tilgang til personell med nødvendig kompetanse.

I Helse Nord er relevante tiltak for å rekruttere og beholde ansatte beskrevet i *Handlingsplan for rekruttering og stabilisering*. Handlingsplanen er først og fremst et verktøy for ledere og HR-personell i møte med rekrutteringsutfordringene og beskriver strategiske mål for å rekruttere og beholde personell med tilhørende tiltak.

4.6.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Framskrivninger viser at behovet for årsverk i spesialisthelsetjenesten vil øke med rundt 30 prosent fram mot 2030. Helsetjenesten stilles ovenfor store utfordringer når det kommer til å rekruttere, beholde og mobilisere arbeidskraft²⁰.

I sak 92-2021 *Anestesiberedskap og utdanningsbehov* i direktørmøte i Helse Nord ble direktørene gjort kjent med at det var en bekymring for fremtidig rekruttering av anestesileger til Helse Nord. Det ble besluttet at prioritering i bemanningsfeltet skal tas med videre i arbeidet med regional utviklingsplan²¹.

Helse Nord RHF planlegger å starte opp et arbeid som omhandler utdanningskapasitet for legespesialiseringene. I utkast til prosjektmandat for «Utdanningskapasitet LIS2 og 3 i Helse Nord» legges det opp til å dekke flere behov:

¹⁹ *Barn som pårørende – overordnet fagprosedyre*, PR11066

²⁰ *Riksrevisjons rapport om bemanningsutfordringer i spesialisthelsetjenesten*, 2019

²¹ Dir. møtesak 92-2021 *Anestesiberedskap og utdanningsbehov*

- Tilstrekkelig antall stillinger for LIS2 og 3 i de ulike spesialitetene i regionen.
- Helhetlige og forutsigbare utdanningsløp uten unødige forsinkelser for den enkelte lege og utdanningsvirksomhetene.
- Felles prosedyrer for framskriving, planlegging og styring av spesialistutdanningen i foretaksgruppen.

Planlagt prosjektperiode er desember 2022 – oktober 2023, og vil inkludere en gjennomgang av behovet for leger til det intensivmedisinske området.

I *Riksrevisjonens rapport om bemanningsutfordringer i spesialisthelsetjenesten* er det beskrevet at det er lederne for intensivsykepleiere som har de største utfordringene med rekruttering. Godt over halvparten av lederne oppgir å ha mislyktes i å rekruttere intensivsykepleiere og nesten tre av fire enheter der det jobber intensivsykepleiere har ledige stillinger.

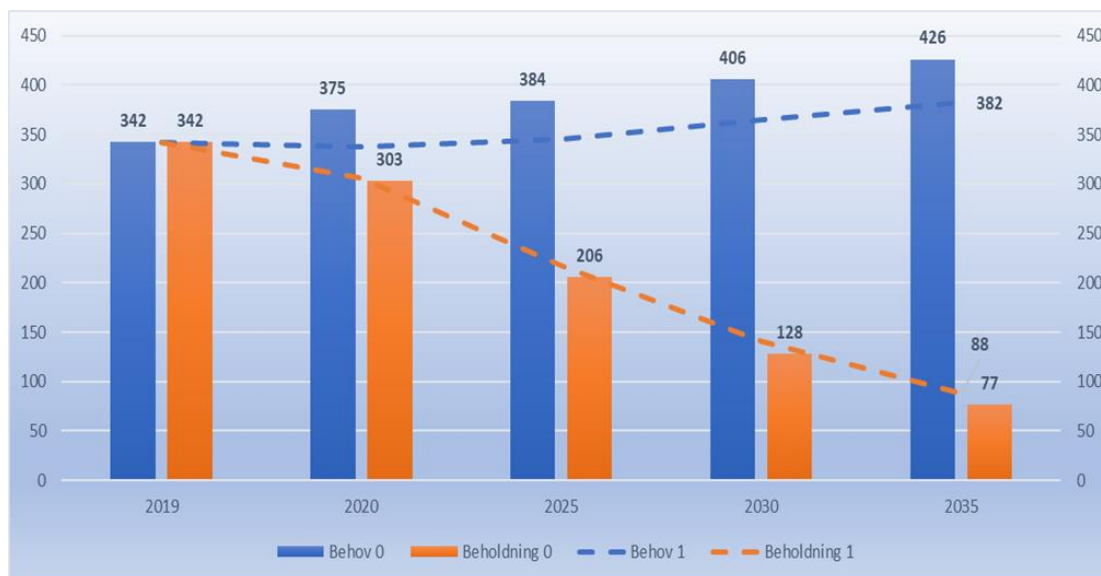
I konklusjonen i riksrevisjonsrapporten vises det til at de regionale helseforetakene og helseforetakene ikke legger godt nok til rette for å sikre rekruttering av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere. Mange helseforetak kan ikke vise til planer eller oversikt som på en systematisk måte kartlegger behovet for spesialsykepleiere.

I innspillmøtene med intensivavdelingene i Helse Nord kommer det fram at bemanning av intensivsykepleiere vurderes som den største sårbarheten i pasientbehandlingen. Flere av avdelingene har ledige stillinger over tid og er avhengige av merarbeid utført av eget personell og vikarbruk for å opprettholde driften av avdelingen. Tre avdelinger oppgir å ha søkere til utlyste stillinger, men også her meldes bekymring for fremtidig tilgang til intensivsykepleiere.

Avdelingene oppgir at de har en høy andel av intensivsykepleiere som begynner å nærme seg pensjonsalderen, men det framstår som usikkert hvor god kontroll avdelingene har på framskriving av behov, planer for rekruttering og tiltak.

Framskrivninger gjort av Helse Nord RHF ved hjelp av Nasjonal bemanningsmodell²² viser behovet for intensivsykepleiere fram mot 2035. De blå søylene i diagrammet (figur 7) viser beholdning og fremtidig behov. De oransje søylene viser fremtidig beholdning, gitt at det ikke iverksettes tiltak eller gjennomføres nyrekruttering. Den blå stiplede linjen viser fremtidig behov gitt et nedtrekk av behov på 10 prosent. Dette kan man eksempelvis tenke seg å gjennomføre ved hjelp av omorganisering og/eller oppgavedeling.

²² Sluttrapport: Dokumentasjon nasjonal bemanningsmodell, Helse Vest 2016



Figur 7: Nasjonal bemanningsmodell behov og beholdning av intensivsykepleiere i Helse Nord

Behovet for intensivsykepleiere i framtiden vil vanskelig kunne realiseres uten stor omstilling. For å etablere en bærekraftig utvikling for intensivsykepleie i framtiden er det nødvendig å tenke nytt. Arbeidsgruppen til strategidokumentet ble gjort kjent med innholdet i rapporten *Etablert bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere* fra Helse Vest²³. Formålet med prosjektet i Helse Vest var å finne en bærekraftig retning for intensivsykepleiere i regionen og gi bedre innsikt i hvilke tiltak helseforetakene kan ta i bruk for å løse sine bemanningsutfordringer.

Mange av driverne for intensivkapasitet og tiltak fra Helse Vest var gjenkjennbart i vårt fagmiljø. I arbeidet med strategien har vi latt oss inspirere av rapporten fra Helse Vest. Arbeidsgruppen fikk i oppgave å identifisere endringsdrivere for intensivsykepleie og beskrive scenarier for avdelingene i 2040 som tar ned behovet for intensivsykepleiere. Hensikten med oppgaven var å finne en god og bærekraftig retning for intensivsykepleie ved de aktuelle avdelingene.

Avdelingene er ulikt organiserte og har noe ulikt tilbud, potensialet vil derfor variere mellom intensivavdelingene i Helse Nord. Men det er enighet om at bruk av annet klinisk personell, teknologi og bedre utnyttelse av areal kan bidra til å redusere behovet for intensivsykepleiere i framtiden.

Oppgavedeling der intensivsykepleieren flytter over oppgaver til andre yrkesgrupper kan virke stabiliserende og gi økt jobbtilfredshet. Offentlig godkjente sykepleiere, fysioterapeut, portør, assistent, farmasøyt, apotektekniker, helsefagarbeider, sosionom, prest og merkantilt personell kan overta oppgaver fra intensivsykepleiere. Dette kan både ha den hensikt å redusere behovet for intensivsykepleiere, men også legge til rette

²³ Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleie, Felles regional rapport. Helse Vest

for at intensivsykepleierne i større grad skal få bruke sin spesialkompetanse. Ved UNN er det utviklet en kompetansetrapp som ved en strukturert opplæring setter offentlig godkjente sykepleiere i stand til å jobbe ved intensivavdelingen.

Jamfør funn i Riksrevisjonens undersøkelser er det mindre bruk av deltid blant intensivsykepleiere enn andre sammenlignbare grupper. Det stemmer overens med funn fra Helse Nord. En del av intensivsykepleierne som er registrert med en mindre stilling enn 100 prosent jobber gjerne den resterende stillingsbrøken på ambulansesykepleier eller gjennom vikarbyrå.

Problemet med å få helgekabalen til å gå opp er imidlertid velkjent blant ledere på intensivavdelingene. Avdelinger med samdrift tar ned sengetallet i helgene og reduserer bemanningen. Fra diskusjonene på innspillsmøtene og i arbeidsgruppen kan det tyde på at arbeidsplanene ikke alltid er tilpasset avdelingens drift og rammer, spesielt på natt og helg.

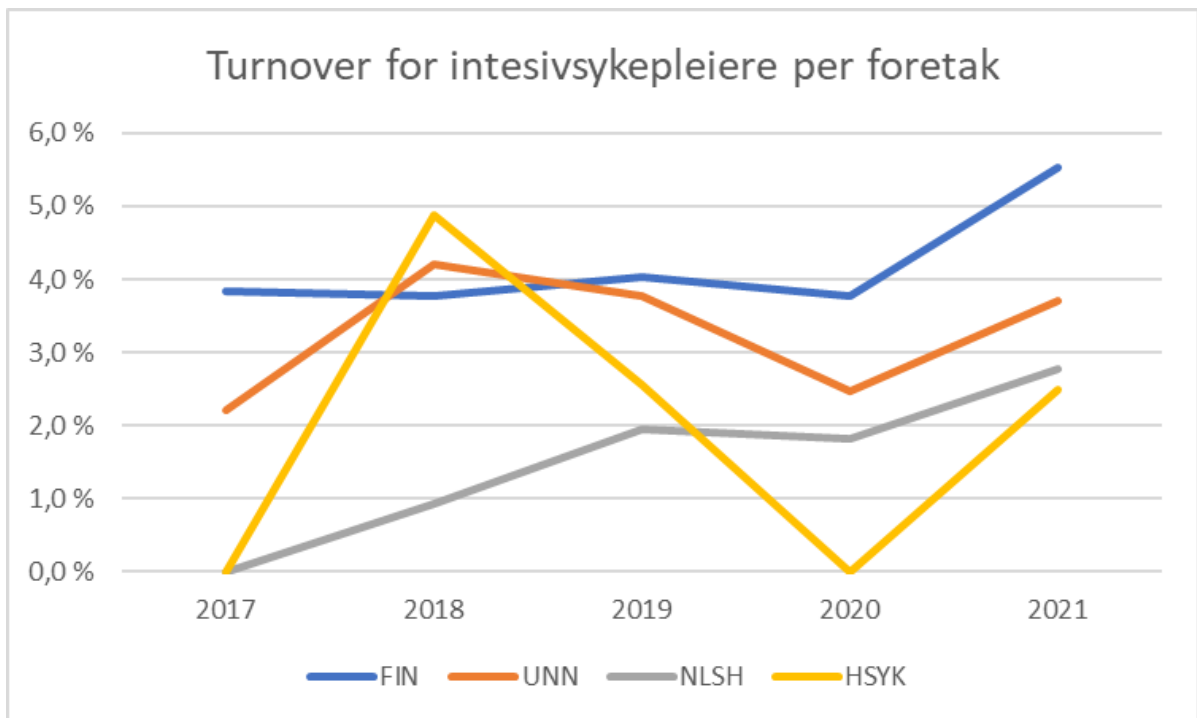
Oslo Economics utarbeidet i mai 2022 en kunnskapsoppsummering²⁴ som belyste hvorfor sykepleiere forlater yrket i regionene Nordland og nordre Trøndelag, og hva som skal til for å få sykepleiere til å bli eller komme tilbake. I rapporten omtales blant annet arbeidstid og mulige tiltak for å sikre nok kapasitet i helgene:

- Flere helgevakter per ansatt
- Inkludere flere sykepleiere i helgevaktsordning
- Økt bruk av langvakt i helgene
- Kompensasjonsordninger som motiverer til oppmøte i helgene
- Vikar pool/ressurspool

Gjennom innspillsmøtene har det kommet fram at lederne på enhetsnivå bruker mye av tiden sin til bemanningsutfordringer og dag-til-dag styring slik at avdelingen skal ha tilstrekkelig med kompetanse på plass. Bemanningsutfordringene tar mye av ledernes tid og kapasitet, noe som fører til lite tid til andre lederoppgaver.

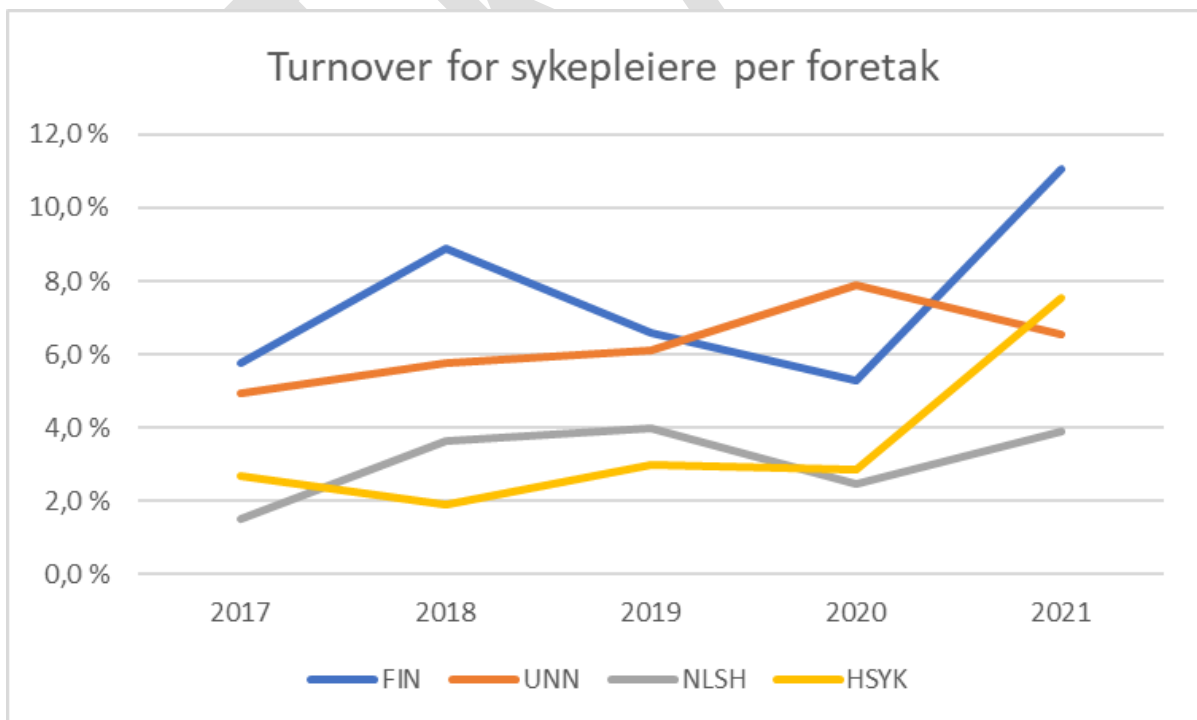
I Riksrevisjonsrapporten om bemanningsutfordringer i helseforetakene fremkommer det at den samlede gjennomsnittlige årlige eksterne turnoveren er på 8 prosent for alle stillingstypene (sykepleier, spesialsykepleier og jordmor). Sammenlignet med dette er det ikke høy turnover blant intensivsykepleierne i Helse Nord. Som diagrammet under (figur 8) viser har det vært noe økning i turnover for intensivsykepleierne i alle foretak fra 2017 til 2021, men fortsatt er nivået mellom 2,5 prosent (Helgelandssykehuset) og 5,5 prosent (Finnmarkssykehuset).

²⁴ Oslo Economics *Hvordan beholde sykepleiere i Nordland og nordre Trøndelag etter endt utdanning, mars 2022*



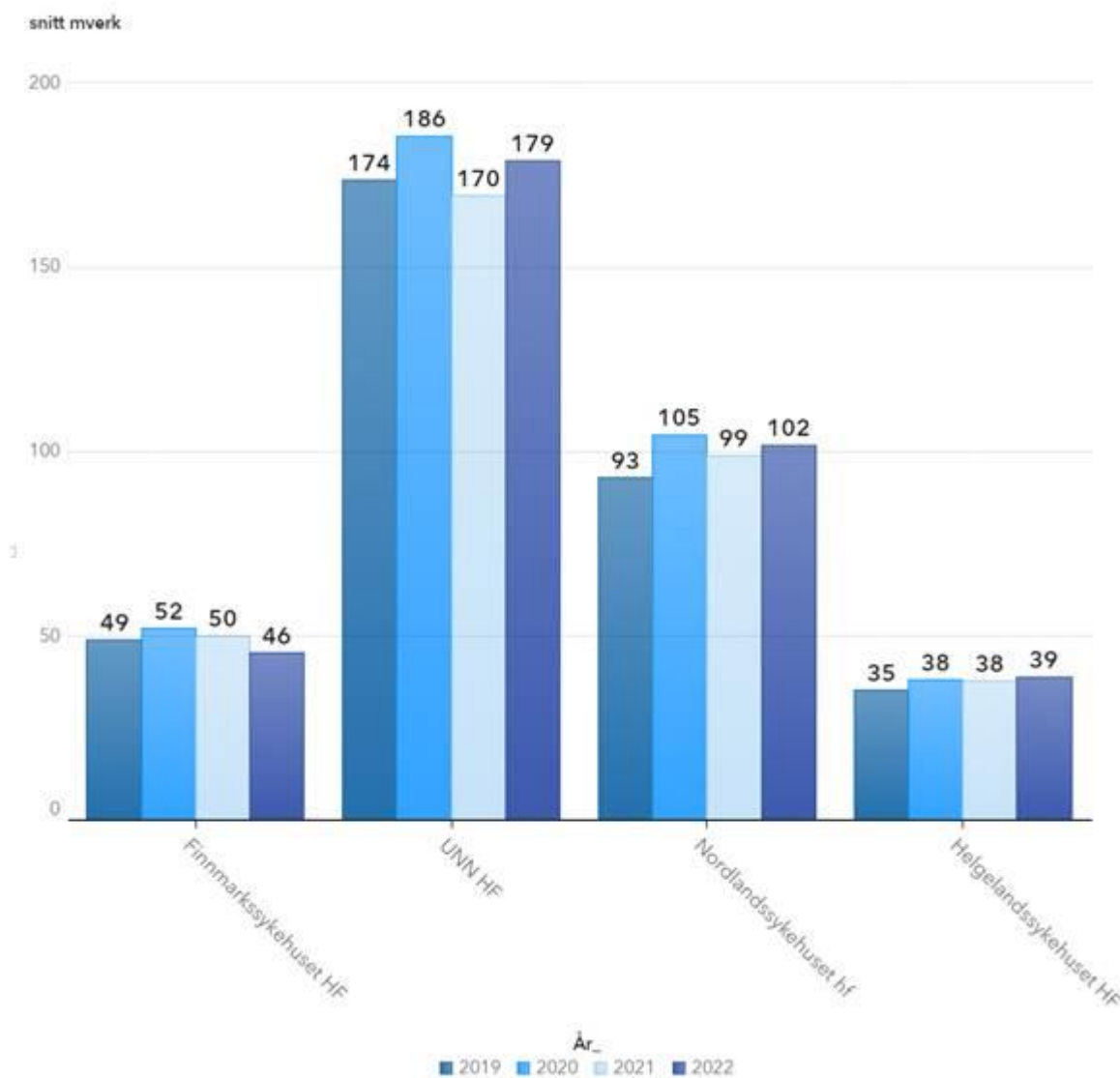
Figur 8: Endring i turnover for intensivsykepleiere pr HF i perioden 2017-2021 (Kilde: HR/Org, Helse Nord RHF)

Til sammenligning er turnoveren blant ansatte registrert med stillingskode «sykepleier» jevnt over høyere for alle år, og varierer i 2021 mellom 3,9 prosent (Nordlandssykehuset) og 11,1 prosent (Finnmarkssykehuset), jf. figur 9 under.



Figur 9: Endringer i turnover for sykepleiere pr HF i perioden 2017-2021 (Kilde: HR/Org, Helse Nord RHF)

Stolpediagrammet under (figur 10) viser antall faste månedsverk for intensivsykepleiere i Helse Nord per helseforetak i første kvartal i perioden 2019–2022. Diagrammet viser at alle foretakene hadde en økning i antall månedsverk fra 2019 til 2020, da pandemien kom. Videre fremkommer det at tre av helseforetakene har en økning i antall månedsverk fra 2019 til 2022. Økningen utgjør henholdsvis 3 prosent for UNN, 10 prosent for Nordlandssykehuset og 11 prosent for Helgelandssykehuset, mens Finnmarkssykehuset har en reduksjon på 6 prosent.



Figur 10: Gjennomsnittlig antall månedsverk intensivsykepleiere Q1 2019-2022 (Kilde: Helse Nord LIS).

Det er holdepunkter som viser at forekomsten av uønskede hendelser i helseforetakene påvirkes av både arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Dette gir grunn til å tro at god pasientsikkerhet også bidrar til godt arbeidsmiljø.²⁵ Erkjennelsen av at helsepersonellens HMS og pasientenes sikkerhet er gjensidig avhengig av hverandre har fått konsekvenser ved kartlegging og forbedringsarbeid i helseforetakene. Et av

²⁵ ForBedring – kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten, 2017

innsatsområdene beskrevet i *Strategi for Helse Nord RHF* og i *Regional utviklingsplan* er å benytte systematikken i den årlige medarbeiderundersøkelsen for å utvikle et godt og sikkert arbeidsmiljø. Fra innspillsmøtene har trygghet, tilstrekkelig grunnbemanning, mulighet for faglig utvikling, konkurransedyktig lønn, gode kolleger og mentorordning blitt framhevet som insentiver som antas å virke stabiliserende.

I rapporten fra Oslo Economics vises det til at sykepleiere som forlater yrket trekkes mot en arbeidssituasjon som er mindre fysisk og psykisk utmattende og gir større grad av medbestemmelse. Tiltak for å rekruttere tilbake sykepleiere som har forlatt yrket eller regionen kan være endrede arbeidsforhold, bedre oppfølging, gode fagmiljø og bedre arbeidsbetingelser.

4.6.2 Identifiserte utfordringer

- Stillinger for intensivsykepleiere står ubesatt over tid, på grunn av manglende søkertilgang.
- Ustrakt bruk av overtid og merarbeid.
- Avhengighet til vikarer.
- Faste ansatte som ikke bor på stedet kan ikke kalles inn på kort varsel.
- Mangel på systematisk bruk av styringsdata som sier noe om behovet for intensivsykepleiere framover.
- Manglede tid til å utøve ledelse utover å sikre bemanning.
- Legge til rette for bedre oppfølging og tilby bedre arbeidsbetingelser.
- Manglende realisme i arbeidsplaner.
- Arbeid med rekruttering går på bekostning av arbeid med å beholde og utvikle personell.
- Manglende plan for ivaretagelse av kompetanse etter endt utdanning.
- Avdelingene må konkurrere med vikarbyrå om fleksible arbeidstidsløsninger.
- Regionsykehuset mangler spisset kompetanse blant intensivsykepleiere på enkelte områder.

4.7 Kompetanse og utdanning

4.7.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner²⁶. En intensivsykepleier har autorisasjon som sykepleier i Norge og har utdanning etter gjeldende rammeplan for intensivsykepleie. Studieretningen gjennomføres på heltid over 2 år, og består av en opplæringsdel på 90 studiepoeng og en masteroppgave på 30 studiepoeng.

²⁶ NSFLIS Generalforsamling 2. september 2004

For å sikre at intensivavdelingene er tilstrekkelig bemannet nå og i framtiden, må utdanningsinstitusjonene og spesialisthelsetjenesten i Helse Nord ha et godt samarbeid. Det er høyskolene og universitetene som har ansvar for grunn- og videreutdanning av sykepleiere, men de er avhengige av at helseforetakene kan bidra med nok veiledere og praksisplasser.

Helseforetakene i Helse Nord rekrutterer i stor grad intensivsykepleiere gjennom utdanningsstillinger. Dette innebærer at sykepleierne får lønn under videreutdanning og har bindingstid til helseforetaket etter gjennomført utdanning.

Utdanningskapasiteten i regionen må være tilpasset intensivsenhetenes behov. Både Nord universitet og UiT - Norges arktiske universitet har økt antallet studieplasser og gjennomført ekstraopptak av studenter i 2021/22. Parallelt har Helse Nord økt antall utdanningsstillinger med 43 prosent innen spesialsykepleie. Bare i 2021 opprettet sykehusene i Helse Nord 29 nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere. Dagens utdanningskapasitet er med dette godt tilpasset dagens organisering av tjenesten, men det er nødvendig å se lengre frem for å sikre en stabil bemanning.

Utdanningsstillinger ABIOKJ	2018/2019	2020/2021	2021/2022	Endring fra 2018/2019 til 2021/2022
FIN	9	11	15	67 %
UNN	57	70	80	40 %
NLSH	26	30	40	54 %
HSYK	14	10	15	7 %
Sum Helse Nord	106	121	150	42 %

Tabell 19: Antall utdanningsstillinger til ABIOK og jordmor i Helse Nord 2018-2021 (Kilde: HR/Org ved Helse Nord RHF)

Intensivavdelingene i Helse Nord har meldt at tiltak for egne ansatte i HF-ene på utdanningen er nødvendige for å sikre tilgang til fremtidig kompetanse. Per i dag er det iverksatt endringer i opptakskrav og poengberegning. Tiltakene vil evalueres av utdanningsinstitusjonene slik at treffsikkerhet ivaretas.

Generert bør det sees på innholdet i både grunnutdanningen i sykepleie og utdanningen for intensivsykepleiere. Utdanningen må være fremtidsrettet og dekke våre behov. Modeller med kortere utdanningsløp som kvalifiserer til å jobbe på intensiv bør utredes. Erfaringer har vist at HF-ene bør satse på egne sykepleiere som er bosatt på stedet.

Rapporten fra Oslo Economics viser til at det bør satses spesielt på å skape lokal tilhørighet for unge sykepleiere da de har størst tendens til å flytte ut av landsdelen. For å senke terskelen for å ta videreutdanning etterlyses et mer fleksibelt utdanningsdesign

der deler av utdanningen kan gjennomføres digitalt og mer av praksisen på eget sykehus.

Antall utdanningsplasser på fagområdet er økt, men det setter praksisfeltet under press, da flere studenter skal ha veiledning. Det beskrives som usikkert om praksisfeltet klarer å tilby en tilfredsstillende klinisk praksis der læringsmål nås ved økt studenttall. I tillegg meldes det om fare for «veiledningstretthet» blant veiledere på grunn av et høyt antall studenter i praksisfeltet. Press på veiledere er også kjent fra andre fagområder og tiltak omtales i Helse Nord RHF's strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK). Det er også en bekymring for at antall søkere til intensivutdanningen vil reduseres i fremtiden da framskrivninger viser generell mangel på tilgang til offentlig godkjente sykepleiere.

Selv med økt antall utdanningsstillinger vurderes muligheten til å rekruttere det antall intensivsykepleiere som i dag beskrives som fremtidig behov som urealistisk.

Helse Nord RHF's strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK) er gjeldende for alle yrkesgrupper. Strategien omhandler HMS, IA og mangfold, ledelse og medarbeiderskap, utdanning og kompetanse og rekruttering og stabilisering. Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til sårbare fagmiljø som intensivområdet blir også omtalt her.

4.7.2 Identifiserte utfordringer

- Stort press på praksisfeltet.
- Lite veiledningskompetanse i avdelingene.
- Veiledere savner nettverk.
- HF-ene får ikke plass på utdanningen til «egne» sykepleiere.
- Utdanningsstillingene er ikke attraktive nok.
- Manglende pedagogisk kompetanse i avdelingene.
- Behov for mer fleksible løsninger på utdanningsdesign, der mer av utdanningen kan foregå digitalt og praksis kan gjennomføres ved egen arbeidsplass.

4.8 Særegenheter i landsdelen

4.8.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

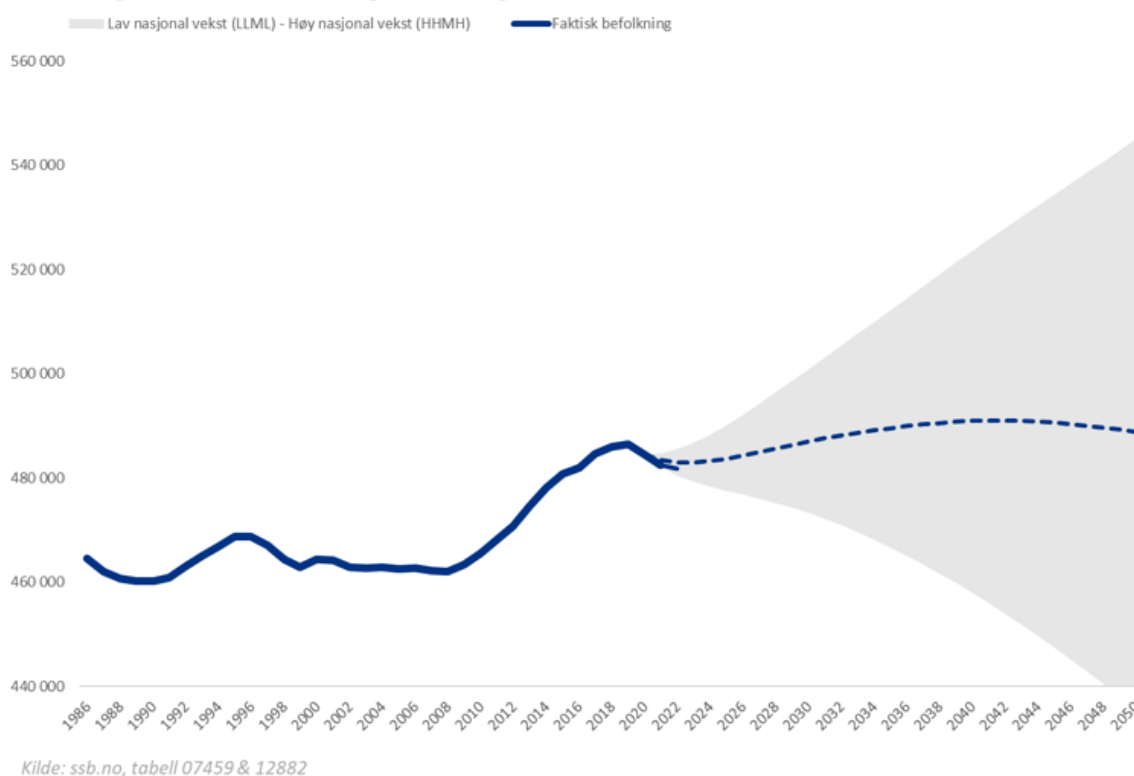
Den demografiske utviklingen og geografiske forhold skiller Helse Nord fra de andre helseregionene, og gir oss noen særskilte utfordringer. Helse Nord's plassering og geografi setter oss i en sentral, men utsatt posisjon i nordområdene.

Demografi

Den siste ti-års perioden har det vært vekst i folketallet i vår region, selv om den relativt sett har vært lavere enn for øvrige regioner. De siste par årene har det vært en liten nedgang i folketallet, mens befolkningsframskrivninger fra SSB tyder på at folketallet i Nord-Norge vil holde seg forholdsvis stabilt fremover, jf. figur 11 under.

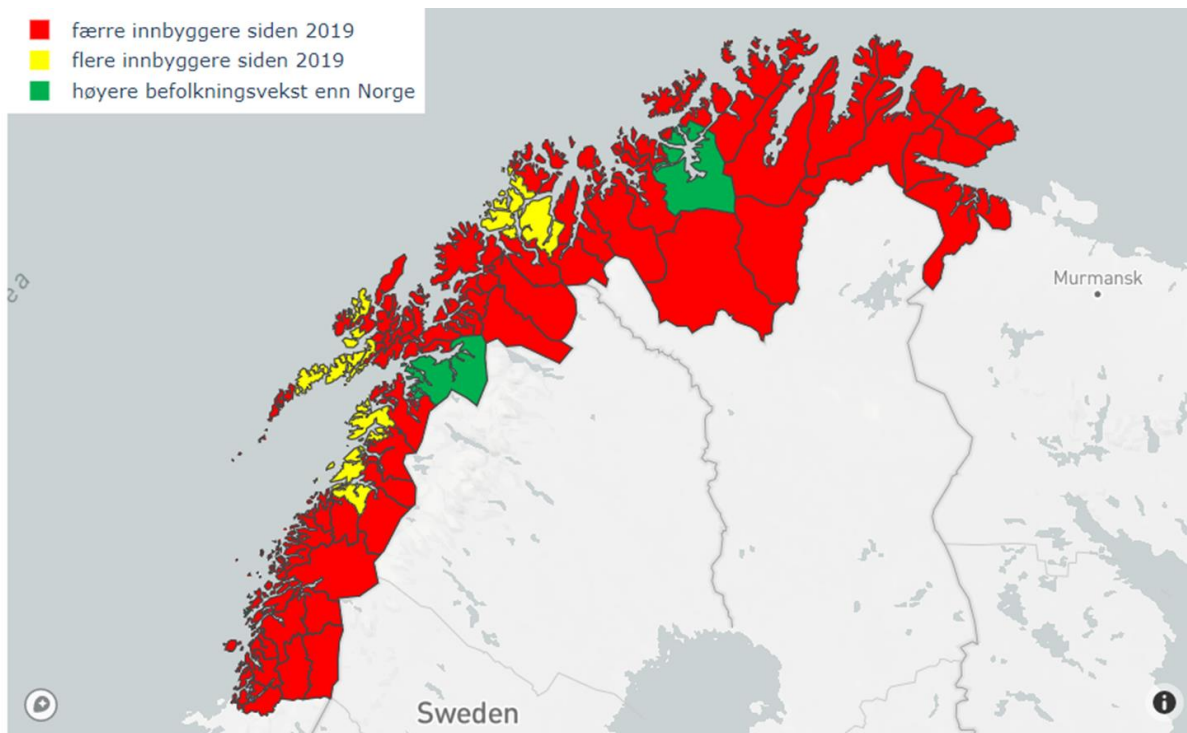
SSB framskrivninger for Nord-Norge

Faktisk og framskrevet befolkning i Nord-Norge



Figur 11: Faktisk og framskrevet befolkning i Nord-Norge (kilde: SSB)

Den gjennomsnittlige befolkningsveksten i Norge fra 2019 til 2021 var på 1,82 prosent, men i samme periode var det kun tre av kommunene i vår region som hadde en høyere vekst enn landet for øvrig. Dette var Herøy, Alta og Narvik, og disse er illustrert med grønt i kartet under. For øvrig var det vekst i folketallet i Bodø, Vågan, Tromsø, Vestvågøy, Steigen, Øksnes og Hadsel, mens de øvrige 69 kommunene hadde nedgang i folketallet.



Figur 12: Forventet befolkningsendring i de enkelte kommunene i Helse Nord (kilde: SSB)

Nedgangen i folketallet i Helse Nords ansvarsområde medfører at vår andel av basisrammen i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen reduseres. Budsjettsaken²⁷ i styremøtet for Helse Nord RHF 27. oktober 2021 redegjør for hvordan en befolkningsnedgang de to foregående årene medførte at regionen fikk 137 mill. kroner mer i trekk i inntektsfordelingen enn det som var lagt til grunn i planen.

Samtidig er intensivmedisin et område som stiller store krav til beredskap, noe som gjør det utfordrende å effektivisere driften selv om folketallet reduseres. Den desentraliserte modellen med mange små intensivavdelinger og få intensivpasienter gjør det også svært utfordrende å opprettholde kompetanse hos fagfolkene.

Geografi

Som det fremgår av tabell 6 i kapittel 4.3.1 om kapasitet har vi tilsynelatende god intensivkapasitet i Helse Nord, sammenlignet med øvrige helseregioner. Dette henger sammen med den spredte bosettingen i landsdelen, der Helse Nord har ansvaret for 9 prosent av befolkningen, mens landarealet dekker 45 prosent av hele Norge. På grunn av lange avstander og usikkerhet knyttet til overflyttinger er vi nødt til å ha en desentralisert organisering, noe som utfordrer mulighetene for en effektiv drift. I praksis betyr det at Helse Nord har betydelig høyere beredskapskostnader per innbygger enn øvrige regioner.

²⁷ Styresak 130-2021 Budsjett 2022, foretaksgruppen – ramme og føringer

Spredt bosetting i et stort geografisk område gjør at vi totalt i regionen har elleve somatiske sykehus. Det er ikke alle disse som har en intensivavdeling som kvalifiserer som en slik avdeling i henhold til Norsk intensiv- og pandemiregister, men alle har mulighet til å stabilisere en intensivpasient før vedkommende sendes videre til et høyere nivå, det vil si Tromsø eller Bodø. Pasientene som må flyttes fra et av lokalsykehusene til Tromsø eller Bodø har alle lange avstander, der Kirkenes sykehus har lengst avstand med 800 km til nærmeste store sykehus. Kirkenes sykehus ble beskrevet spesielt i styresak 154-2020 *Intensiv Finnmarkssykehuset Kirkenes – Delutredning*, og var et tilsvarende svar til Helse- og omsorgsdepartementet på oppdrag gitt i foretaksmøtet i 10. juni 2020.

For å kunne realisere et høyere nivå på intensivavdelingen ved Kirkenes sykehus var det nødvendig å se på ulike tiltak for å kompensere for lavt pasientvolum. I delutredningen er det gjort rede for hvilke pasienter som kunne behandles ved Kirkenes sykehus uten overføring, samt hvilke pasienter UNN Tromsø kunne tilbakeføre for fortrinnsvis respiratoravvenning. Det ble også vurdert ulike tilnærminger for hvordan fagfolkene skulle kunne opprettholde sin kompetanse gjennom økt samarbeid med UNN Tromsø og å innføre rotasjonsordninger for leger og intensivsykepleiere.

Et tiltak for å avhjelpe de lange avstandene i regionen er at vi har god tilgang på luftambulanseressurser i Helse Nord. Det er til sammen sju ambulansefly lokalisert ved fem ulike baser i Nord-Norge. Til sammenligning er det totalt tre ambulansefly lokalisert ved to ulike baser i de øvrige tre regionene til sammen. I tillegg har vi fire ambulanshelikopter og tre redningshelikopter (inkludert Svalbard). Siden intensivpasientene er kritisk syke transporteres disse i hovedsak med ambulansefly til Bodø eller Tromsø.

Luftambulansetjenesten fungerer i all hovedsak godt i Helse Nord. Selv om ambulanseflyene sikrer raskest mulig transport er vi avhengige av å ha et visst tilbud innenfor intensivområdet på alle våre elleve lokalsykehus. For eksempel kan det skje at det ikke er tilgjengelig et ambulansefly på grunn av værforhold eller oppbrukt tjenestetidsgrense. Videre kan det ta tid å få et ambulansefly klart for å hente en pasient fordi sikkerhetshensyn blant annet gir krav til å kunne lande på en alternativ flyplass, og i enkelte tilfeller gjør det at Avinor må kontaktes og stengte flyplasser må åpnes. Til tross for slike utfordringer vil alltid en intensivpasient overflyttes med fly, dersom det er behov for det, men man kan måtte påregne flere timers venting. Under innspillmøtene har det fremkommet at intensivavdelingene ikke har som vanlig praksis å melde et avvik, dersom det tilkommer ekstra ventetid som følge av andre hendelser.

Det kan være krevende for sykehusene og Luftambulansetjenesten å bli enige om hvem som skal sørge for spesialisert personell til å følge en pasient mellom flyplass og sykehus. På den ene siden brukes det av tjenestetidsgrensen/duty-tid dersom flypersonell følger pasienten, men på den andre siden risikerer et lite lokalsykehus å

mangle intensivpersonell over lang tid dersom det er lav bemanning. I *Strategi for prehospital tjeneste Helse Nord 2022-2025* legges det opp til å forbedre kapasiteten i tilbringertjenesten.

Helse Nord's særskilte ansvar for den samiske befolkningen

De særlige utfordringene den samiske befolkningen har i møte med helsetjenesten er beskrevet i *Spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen*. Det er ikke ønskelig med egen spesialisthelsetjeneste for samene, men å utvikle de ressursene vi allerede har gjennom økt kunnskap og bedre kulturforståelse. I møtet med den samiske intensivpatienten må helsepersonellet spesielt være oppmerksom på storfamiliens betydning og vise forståelse for at folketroen står sterkt når noen rammes av alvorlig sykdom. Tolk skal tilbys på alle tre språkene, nord-samisk, lule-samisk og sør-samisk.

4.8.2 Identifiserte utfordringer

- Befolkningsnedgang gir redusert ramme i nasjonal inntektsfordelingsmodell.
- Desentralisert organisering er lite kostnadseffektivt.
- Økning i luftambulanseressurser gir økte kostnader for regionen.
- Det meldes ikke avvik dersom økt ventetid på ambulansefly gir redusert prognose for pasienten.
- Vi er ikke gode nok til å tilrettelegge for helsetjenester til vår samiske befolkning.

4.9 Erfaringer fra pandemien

To av kronakommisjonens hovedfunn var at pandemien i perioder medførte stor belastning på enkelte av landets intensivavdelinger og at intensivberedskapen på sykehusene var for dårlig da pandemien rammet Norge.²⁸

Koronakommisjonen viser til konklusjon fra tidligere erfaringer og utredninger som har anbefalt at intensivkapasiteten i Norge burde styrkes. I Regional intensivutredning fra 2019 beskrives en minimumskapasitet på fem intensivsenger per 100 000 innbygger.

I koronakommisjonens rapport ble det konkludert med at sykehusene hadde planverk for pandemi, men at planene ikke var tilpasset covid-19-pandemien med sitt langvarige forløp der sykehusene måtte skalere opp og ned kapasiteten i takt med smitten i samfunnet.²⁹

²⁸ NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 1
NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2

4.9.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

I 2020 ble det registrert 15 intensivopphold fordelt på 14 pasienter med covid-19 i Helse Nord. For 2021 var dette økt til henholdsvis 92 og 70. Andel opphold med menn som pasient var 73,6 prosent i 2020 og 68,5 prosent i 2021. Median alder var i 2020 på 64,3 år og i 2021 på 62,9 år, mens og median liggedøgn i 2020 var 13,8 døgn og i 2021 på 8,2 prosent. For 6,7 prosent av oppholdene var alder ved innlegging på intensiv 80 år eller høyere i 2020 og 16,3 prosent i 2021. Det var ikke registrert pasienter med covid-19 under 18 år noen av årene. Til sammenligning var det i Norge som helhet 502 intensivopphold fordelt på 413 pasienter i 2020 og 1413 intensivopphold fordelt på 1083 pasienter i 2021.

Under pandemien har intensivkapasiteten blitt satt på prøve og spesielt har sykepleierne strukket seg langt. Evalueringer og erfaringer fra pandemien har synliggjort hvor sårbare vi er i Nord-Norge. Avhengighet til vikarer skapte store utfordringer med å skaffe tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse da muligheten for å leie inn personell ble sterkt redusert under pandemien.

Alle intensivenheter hadde pandemiplaner, men har endret disse underveis. Planene var ikke alltid mulig å gjennomføre i praksis og avdelingene var ikke klare til å håndtere en så langvarig hendelse.

Tilgjengelig areal skapte driftsutfordringer og begrensede muligheter til å ivareta smittevern hensyn. Det er beskrevet mangel på isolat, men også problemer med store nok areal til kohort isolering. Enerom på nyere intensivavdelinger hadde allerede gitt økt behov for bemanning, noe som ble særlig sårbart under pandemien med en generell dårligere tilgang til personell.

Det ble utfordrende å gå over til teamorganisering og bruk av annet klinisk personell på intensivavdelingene uten å ha noe erfaring med denne nye måten å organisere arbeidet på. Sykehusene manglet en plan for vedlikehold av kompetanse hos offentlig godkjente sykepleiere som hadde fått opplæring i å bistå på intensivavdelingene i forbindelse med pandemien. Det var heller ikke lett å få frigitt opplærte offentlig godkjente sykepleier når behovet oppsto, da de etterhvert var opptatt med normal drift i egen avdeling.

Pandemien har vist stor omstillingsevne og nye muligheter for samarbeid. Tidligere etablert intensivnettverk mellom intensivavdelingene ble revitalisert og har vært svært viktig for fagmiljøet under pandemien. Det ble under pandemien etablert faglige behandlingsmøter digitalt på Teams og på telefon.

Under pandemien var det nødvendig for HF-ene å få oversikt over intensivsykepleiere ansatt på andre avdelinger enn intensiv for, om mulig mobilisere denne kompetansen.

Ulike erfaringer med et godt samarbeid mellom sengeposter og intensivavdelinger om pandemipasienter bør videreføres og gjøres gjeldende for alle pasienter som har behov for opphold ved intensivavdeling. Erfaringer har vist at personell fra operasjonsavdelingen kunne omdisponeres ved pandemi. Strukturert opplæring setter offentlig godkjente sykepleiere i stand til å jobbe med utvalgte pasientgrupper på en intensivavdeling.

Kompetansen i lokalsykehusene har vært viktig som en buffer ved pandemien. På lokalsykehusene fremheves de korte linjene internt, som legger til rette for godt samarbeid og mulighet for bruk av kompetanse på tvers av avdelingene.

Intensivavdelingene opplevde at tidligere knapphet på medisinskteknisk utstyr, som for eksempel respiratorer nærmest opphørte. Samtidig har utredningen vist at ett sykehus mottok respiratorer fra tre ulike leverandører, noe som gir økt krav til opplæring og vedlikehold og kan være en pasientsikkerhetsrisiko.

For å bedre beredskapen ved intensivavdelingene anbefaler koronakommisjonen at grunnkapasiteten i intensiv- og intermediæravdelingene må økes noe. Tidligere utredninger framhevet både mangelen på personell, særlig intensivsykepleiere, utstyr og egnede lokaler. Det ble også pekt på at den demografiske, medisinske og teknologiske utviklingen ville gi et stadig mer omfattende behandlingsbehov til flere pasienter og sette et enda større press på intensivkapasiteten.

Koronakommisjonens granskning har vist at intensivavdelingene har lite å gå på i ordinær drift. Kommisjonen viser til at helsepersonell, ledere på sykehus, ledere i de regionale helseforetakene og i forvaltningen har indikert at det ønskelig med en økning i nasjonal grunnkapasitet på mellom 10–20 prosent. Intermediærsenger beskrives i rapporten som er et mellomnivå som kan avlaste intensivsengene, samtidig som pasientene kan få mer komplisert behandling på en intermediærenhet enn på en vanlig sengepost. Koronakommisjonen har kommet frem til at flere intermediærsenger vil gi sykehusene økt fleksibilitet både med hensyn til senger og personell, og vil redusere risikoen for overbehandling ved intensivavdelingene.

Dersom en krise oppstår vil kommunene være en del av den helhetlige beredskapen for å ivareta befolkningen. Hvordan dette skal håndteres i praksis vil det være hensiktsmessig at kommunene og helseforetakene jobber med i fellesskap.

4.9.2 Identifiserte utfordringer

- Pandemiplanene var ikke tilpasset en pandemi av den typen vi har opplevd
- Sykehusene var ikke forberedt på en så langvarig hendelse
- Arealbegrensinger skapte driftsutfordringer

- Avhengighet til vikarer og lav grunnbemanning skapte bemanningsutfordringer
- Personalet hadde ikke fått trent/simulert på pandemi før hendelsen
- Ved en pandemi vil flere intensivavdelinger kunne ha behov for anestesilege tilstede hele døgnet
- Utfordrende å få frigitt opplærte sykepleiere ved behov på grunn av drift i egen avdeling
- Manglede plan for vedlikehold av kompetanse etter opplæring av sykepleiere
- Renholdstjenesten er ikke tilgjengelig hele døgnet
- Innføring av MetaVisjon og DIPS Arena under en pandemi har vært krevende
- Manglende koordinering ved innkjøp av medisinskteknisk utstyr ved ett sykehus

5. Vedlegg

Organisering av arbeidet

Oppdragsgiver: Cecilie Daae, administrerende direktør i Helse Nord RHF

Prosjekteier: Geir Tollåli, fagdirektør i Helse Nord RHF

Styringsgruppe:

Siri Tau Ursin/Vivi Brenden Bech

Anita Schumacher/Marit Lind

Beate Sørslett/Siri Tau Ursin

Hulda Gunnlaugsdóttir/Hanne Frøyshov

Jeanette Mikalsen (KVO)

Martin Øien Jenssen (KTV)

Referansegruppe: Fagsjefer i sykehusforetakene og SANO

Arbeidsgruppe:

Bente Mietinen (RHF), leder

Anne Berit Sund (RHF)

Oddvar Kvalsvik (FIN)

Trond Steinsholt (FIN)

Shirin Kordasti Frisvold (UNN)

Birgith Nerskogen (UNN)

Per Bjørnerud Rønning (UNN)

Rønnaug Hammervold (NLSH)

Astri-Marie Blegeberg (NLSH)

Espen Bergli (HSYK)

Svein Arne Monsen (HSYK)

Arne Vassbotn (RBU)

Sissel Viola Alterskjær (KTV)

6. Referanser

Direktørmøtesak 92-2021 Anestesiberedskap og utdanningsbehov 9.6.2021

ForBedring – kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten

<file:///C:/Users/KKBEM/Downloads/forbedring-kartlegging-av-sikkerhetskultur-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>

Handlingsplan for intensivmedisin. Kapasitet og struktur i Helse Nord 2008

https://helse-nord.no/Documents/Fagplanerprosent20ogprosent20rapporter/Fagplaner/Handlingsplan_intensivmedisin_31012008.pdf

Helse Nord RHF og våre helseforetak Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 Evaluering - delrapport 2

<https://helse-nord.no/Documents/Korona2020/Evaluering/Beredskapsarbeidprosent20ogprosent20hprosentC3prosentA5ndteringprosent20avprosent20covid-19-pandemienprosent202020prosent20iprocent20Helseprosent20Nordprosent20prosent20delrapportprosent202.pdf>

Lov om spesialisthelsetjeneste 2001 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 [Meld. St. 11 \(2015–2016\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2544388/)

Norsk intensiv- og pandemiregister Årsrapport for 2020

<https://www.kvalitetsregistre.no/register/skade-og-intensiv/norsk-intensiv-og-pandemiregister>

NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 1

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>

NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>

Oppdragsdokument Helse Nord RHF 2021 [http s://helse-](https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokumentprosent202021prosent20fraprocent20Helse-)

[nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokumentprosent202021prosent20fraprocent20Helse-](https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokumentprosent202021prosent20fraprocent20Helse-)

[prosent20ogprosent20omsorgsdepartementetprosent20tilprosent20Helseprosent20Nordprosent20RHF.pdf](#)

Oppdragsdokument Helse Nord 2022 <https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokumentprosent202022prosent20fraprocent20HODprosent20tilprosent20Helseprosent20Nord.pdf>

Oslo Economics «Hvordan beholde sykepleiere i Nordland og nordre Trøndelag etter endt utdanning», mars 2022 [Styresak 75-2022-5 Rekrutteringskampanjer i Helse Nord.pdf \(helse-nord.no\)](#)

PR11066 Barn som pårørende – overordnet fagprosedyre

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020
<https://www.regjeringen.no/contentassets/e55bd3bd515143f69b77308781869b65/protokoll-foretaksmote-10.-juni-2020-helse-nord-rhf.pdf>

Rapport fra interregional utredning for intensivkapasitet 2022 https://helse-sorost.no/Documents/Omprosent20oss/Hvaprocent20giprocentC3procentB8rprocent20vi/Utrecent20avprocent20fremtidigprocent20behovprocent20forprocent20intensivkapasitetprocent20iprocent20spesialisthelsetjenesten/rapport-interregional-arbeidsgruppe-intensivkapasitet_endelig_06_05_22.pdf

Regional utviklingsplan 2035 <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regionalprosent20utviklingsplanprosent202035/Regionalprosent20utviklingsplanprosent202035prosent20Helseprosent20Nord.pdf>

Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, 2014 NAF og NSF-LIS
https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf

Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv 2019
[https://khrono.no/files/2021/04/20/2021-02-10_Regionalprosent20intensivutredning-Endeligprosent20utkastprosent2030-12-19prosent20\(1\).pdf](https://khrono.no/files/2021/04/20/2021-02-10_Regionalprosent20intensivutredning-Endeligprosent20utkastprosent2030-12-19prosent20(1).pdf)

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene Del av Dokument 3:2 (2019–2020) Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helseforetakene/>

RL3259 Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter

RL3260 Sjekklister overflytting pasienter mellom intensivavdelinger

Spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen

<https://helse-nord.no/Documents/Fagplanerprosent20ogprosent20rapporter/Samiskeprosent20helsetjenester/Strategiprocent20Spesialisthelsetjenesterprosent20tilprosent20denprosent20samiskeprosent20befolkningenprosent20-prosent20bokmprosentC3prosentA51.pdf>

Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 <https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024>

Styresak 154-2020 Intensiv Finnmarkssykehuset Kirkenes – Delutredning

<https://helse-nord.no/Documents/Styret/StyremprosentC3prosentB8ter/StyremprosentC3prosentB8terprosent2020/20201125/Styresakprosent20154-2020prosent20Intensivprosent20Finnmarkssykehusetprosent20Kirkenesprosent20-prosent20Delutredning.pdf>

Styresak 130-2021 [Styresak 130-2021 Budsjett 2022, foretaksgruppen – ramme og føringer.pdf \(helse-nord.no\)](#)

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2017 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og>

Møtedato: 10. november 2022
Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Lars Alvar Mickelsen

Dato:
31.10.2022

RBUSAK 96-2022 Konseptutredning behandlingshjelpemidler - oppnevning av brukerrepresentant

Bakgrunn for saken

I møte i Regionalt brukerutvalg (RBU) 17. oktober 2022 ble det i sak 82-2022 *Behandlingshjelpemidler - mandat konseptutredning* orientert om oppstart av konseptutredning for behandlingshjelpemidler med fokus på følgende tema:

1. Organisering
2. Økonomi og finansieringsmodell
3. Personvern og informasjonssikkerhet
4. Samhandling med primærhelsetjenesten
5. Utstyr og anskaffelser
6. Forvaltningssystem

Arbeidet skal starte i høst og forventes ferdigstilt i løpet av første halvår 2023

Vurdering

Det jobbes nå med fremdriftsplan samt oppsett av arbeidsgruppe og i den forbindelse ønskes det deltakelse fra RBU.

Møtefrekvens er ikke fastlagt ennå, men det vurderes innledningsvis korte, hyppige møter (en gang per uke) med tilpasninger underveis. Alle møter planlegges gjennomført digitalt på Teams. Det vil bli vurdert om det er behov for fysiske møter når en har kommet et stykke ut i prosessen.

Forslag til vedtak

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

Regionalt brukerutvalg oppnevner *NN* som medlem av arbeidsgruppen i arbeidet med konseptutredning for behandlingshjelpemidler.

Bodø, den 31. oktober 2022

Hilde Rolandsen
fungerende administrerende direktør

Utrykt vedlegg: [RBU-sak 82-2022 Behandlingshjelpemidler - mandat konseptutredning](#)

Møtedato: 10. november 2022

Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
02.11.2022

RBU-sak 97-2022

Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Forskningsaktivitet i foretaksgruppen i 2021
5. Innsiktsteamets arbeid – *mundlig*
6. Oppdragsdokument 2023 til helseforetakene – oppfølging av innspill fra RBU – *mundlig*
7. Tertialrapport nr. 2-2022
8. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte saker
9. Budsjett 2023 – rammer og føringer

Forslag til vedtak:

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

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 02. november 2022

Hilde Rolandsen
fungerende administrerende direktør

Møtedato: 10. november 2022

Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Klæboe Nilsen

Dato:
01.11.2022

RBU-sak 97-2022/4

Forskningsaktivitet i foretaksgruppen i 2021

Formål

Denne saken fremmes for Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF som den årlige oppdateringen på status i forskningsaktiviteten i foretaksgruppen. Saken ble lagt fram for styret 26. oktober 2022 (sak 143-2022) for at styret skal følge med på måloppnåelsen innen forskning. Saken er også orientert om i samarbeidsmøte med konserntillitsvalgte og konsernverneombud 8. november 2022 (sak 168-2022).

Målet med forskningsaktiviteten i regionen er angitt i strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025, vedtatt i *styresak 54-2021 Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025* i styremøte 26. mai 2021.

Målet med forskningsaktiviteten er *mer og bedre forskning som svarer på pasientenes og tjenestenes behov.*

Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF behandlet *styresak 54-2021 Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025* i styremøte 26. mai 2021. Strategien angir at forskning skal være jevnlig på agendaen på ledelsesarenaer, inkludert i toppledelsen og styrene i det regionale helseforetaket og alle helseforetakene.

Styret i Helse Nord RHF har hatt minimum en årlig styresak om forskning siden 2016, da styret vedtok forrige forsknings- og innovasjonsstrategi i *styresak 15-2016 Strategi for forskning og innovasjon 2016-2020* i styremøte 24. februar 2016.¹

Det vises også til:

- *styresak 55-2021 Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2020, oppfølging av styresak 15-2016* (styremøte 26. mai 2021)
- *styresak 115-2021 Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen, oppfølging av styresak 55-2021* (styremøte 29. september 2021)
- *styresak 105-2022 «Forskning og innovasjon til pasientens beste» - nasjonal rapport fra spesialisthelsetjenesten 2021* (styremøte 24. august 2022)

¹ Styret har fått presentert status på innovasjonsfeltet, som er den andre delen av forsknings- og innovasjonsstrategien, årlig siden 2019, og senest i *styresak 52-2022 Innovasjon i Helse Nord 2021 - rapportering*

Innhold

Det vises i strategien til styrets tidligere vedtak om at Helse Nord i 2025 skal ha *ressursbruk, aktivitet og resultater* på samme nivå som i de andre regionene, relativt sett ut fra regionenes størrelse². Dette måles gjennom etablerte nasjonale indikatorer som viser status for virksomheten i alle helseforetak i alle regioner. Helse Nord RHF har også egne rapporteringer som brukes i vurderingen av måloppnåelse.

I denne saken redegjøres det for status i forskningsaktiviteten i foretaksgruppen med vekt på:

- status ut fra gjeldende forsknings- og innovasjonsstrategi
- måling av forskningsaktivitet i helseforetakene i regionen
- måling av ressursbruk til forskning i Helse Nord

Status ut fra strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2021-2025

Målet i forsknings- og innovasjonsstrategien skal nås ved implementering av tiltak på seks innsatsområder. Strategien gjelder for Helse Nord RHF og er førende for det regionale arbeidet med forskning og innovasjon i foretaksgruppen i perioden 2021-2025. Strategien er retningsgivende for det regionale helseforetaket (RHF) ved prioritering og ytterligere utpeking av regionale satsingsområder, og ved tildeling av forsknings- og innovasjonsmidler fra Helse Nord RHF i åpen konkurranse samt ved direkte tildelinger av strategisk art.

De seks innsatsområdene, med mange tilhørende tiltak er:

- Vi stiller krav til ledelsesoppmerksomhet og kultur for forskning
- Vi sørger for forskningskompetanse i helseforetakene
- Vi forbedrer infrastruktur som understøtter forskning
- Vi prioriterer strategiske satsingsområder
- Vi får til god forskning gjennom samarbeid
- Vi styrker systemer for kunnskapsdeling og implementering av forskningsresultater

Alle innsatsområder jobbes med parallelt. Det er redegjort for i *styresak 54-2021*. Innsatsområdene ligger til grunn for aktivitet og prioriteringer fra RHF-et, og gir overordnede føringer for helseforetakenes strategiske grep og virksomhet innen forskning³.

RHF-et implementerer tiltak som er på RHF-nivå, og følger med på implementeringen i helseforetakene gjennom dialog i regionalt forskningsledernetverk. I det regionale forskningsledernetverket deltar forskningssjefene eller tilsvarende i hvert helseforetak

² Basert på vedtak i styret i Helse Nord RHF 19.12.2018, pkt 6 i sak 158-2018, Regional utviklingsplan 2035. Angående ressursbruk er konsekvensen at økning i midler kan og må komme fra alle kilder helseforetakene henter forskningsfinansiering fra – øremerkede midler i statsbudsjettet, budsjettet til det regionale helseforetaket, helseforetakenes egne basismidler, og ekstern finansiering fra Forskningsrådet, EU, og private forskningsstiftelser.

³ Helseforetakene i regionen fikk krav i oppdragsdokumentet for 2022 å følge opp strategien, med spesifikt krav om å øke antallet kliniske studier jf. nasjonal handlingsplan for kliniske studier med 15 % sammenlignet med 2021, og øke antallet pasienter inn i kliniske studier, samt følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av kliniske behandlingsstudier i helseforetakene.

sammen med forskningsledelsen i Helse Nord RHF, for å diskutere satsinger, implementering av strategien, og saker helseforetakene er opptatt av. Nettverket fungerer som en gjensidig samarbeids- og læringsarena.

Strategien følges også opp i samarbeidsorganet med universitetene (USAM), som har møter fire ganger i året, og ivaretar samarbeidet med UiT Norges arktiske universitet og Nord universitet på et strategisk nivå.

Det er Helse Nord RHF's vurdering at helseforetakene jobber godt med de ulike innsatsområdene og tiltakene, og det vil synliggjøres gjennom de resultater som legges fram i denne saken. Det er også potensiale for å både øke forskningsaktiviteten, se på de faglige prioriteringene og nytteverdien av den forskningen som gjøres, og å integrere forskning mer i øvrig virksomhet i helseforetakene. Det gjelder også i formidling og å få tatt forskningsresultater – egne og andres – i bruk.

Årsrapport forskning i Helse Nord

Forskningsaktivitet i egen region synliggjøres hvert år gjennom årsrapport for forskning, der det rapporteres på *alle enkeltprosjekter, strategiske og faste tiltak finansiert* av Helse Nord RHF. Det er også laget oversiktstabeller og nøkkeltall ut fra foreliggende materiale hvert år.

Rapport for 2021 ble lagt fram til orientering i USAM 25. mars 2022. USAM hadde følgende innspill til rapporten (*USAM-sak 05-2022 Rapportering forskning 2020 – referatførte kommentarer*):

- *Andelen brukere som har deltatt i formidling av forskningsresultater er lav. Brukermedvirkere som ressurs i formidling og implementering av forskningsresultater er et område det må arbeides med fremover, jf. pkt. 6.6 i strategien.*
- *Positivt at andelen midler og vitenskapelige artikler til helsekategorien psykisk helse er høy. Psykisk helse som forskningsområde i Helse Nord vil bli nærmere kartlagt, også som følge av arbeid knyttet til USAM-sak 07-2022.*
- *Den lave andelen intervensjonsstudier er bekymringsfull, og det er forventet at pågående satsing på kliniske studier vil bedre resultatet på området.*
- *Rapporteringen mht. antall publikasjoner må behandles med varsomhet. Det er innholdet i artiklene som er viktigste, ikke antallet.*

Miljøgiftlaboratoriet

I styresak 100-2019 Miljølaboratorium ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF – status og framtidsperspektiv (behandlet i styremøte 25. september 2019) gjorde styret gjorde følgende vedtak i vedtaks punkt 2:

Styret vil påpeke at miljøgiftlaboratoriet ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er et dedikert satsningsområde, også innen forskning, og styret forutsetter at nødvendige midler til både investeringer og drift stilles til disposisjon i de årlige budsjettprosesser. Styret ber derfor adm. direktør om å sørge for at det fortsatt stilles midler til disposisjon i de årlige budsjettprosesser for å sikre den videre utviklingen av miljøgiftlaboratoriet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Etter styrets vedtak ble det lagt 4 mill. kroner til Miljøgiftlaboratoriet som særskilt kostnadskomponent i inntektsmodellen for somatikk i 2020, og 4,3 mill. kroner i 2021.

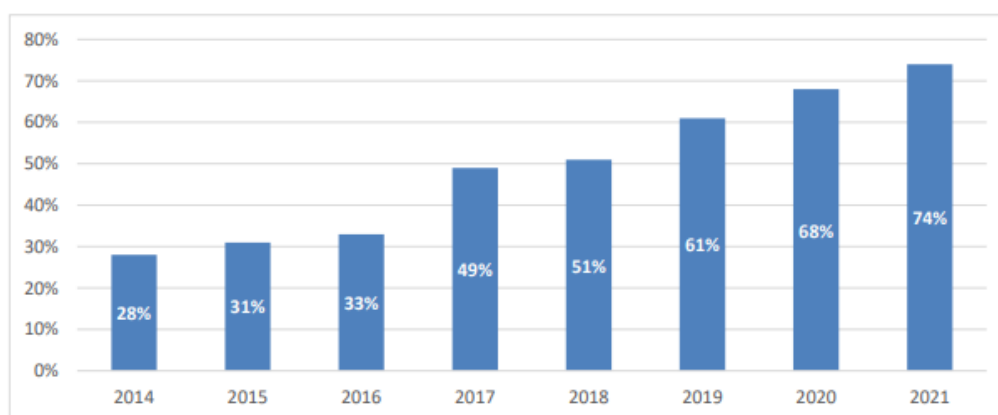
Miljøgiftlaboratoriet er tatt inn som prioritering i strategi for forskning- og innovasjon 2021-2025, sammen med øvrige kjernefasiliteter og større forskningssatsinger i regionen. Det er innhentet faglig rapportering på den årlige bevilgningen sammen med øvrige strategiske forskningssatsinger gjennom den årlige forskningsrapporten fra rapporteringsåret 2020, og det vises til denne rapporten for detaljer om hvordan midlene er brukt.

Brukermedvirkning i forskning

Helse Nords satsing med brukere som erfaringskonsulenter i forskning ble implementert i januar 2021 med tilsetting av to brukere, og det er endelig tilsatt en egen fagrådgiver for å fremme brukermedvirkning i forskning (oktober 2022). Alle tre skal jobbe med implementering av brukermedvirkning i forskning i hele regionen, og er plassert organisatorisk i fagmiljøet ved Klinisk forskningsavdeling på UNN. Brukerne er opptatt av å fremme forslag til satsinger, og bidra til at pasientene i hele regionen deltar i forskning.

Brukermedvirkning skal inngå i alle prosjekter der det er relevant⁴⁵. Andelen forskningsprosjekter hvor prosjektleder oppgir at brukermedvirkning inngår, har økt hvert år fra 2014 til 2021, se figur 2-6 nedenfor fra forskningsrapporten. Datagrunnlaget er alle forskningsprosjekter som har fått midler fra Helse Nord RHF i åpen utlysning. Det er stor grad av brukermedvirkning, men ikke så mye i siste fase av et prosjekt som er formidling og implementering av resultatene.

Figur 2-6 Andel prosjekt som har brukermedvirkning 2014–2021



Forskningsstrategiens prioriterte områder

Vi har kartlagt hvordan tildelingene for 2021 samsvarer med forskningsstrategiens prioriterte områder, både med hensyn til de fire prioriterte pasientgruppene, og de utpekte fagområdene i strategien.

Datagrunnlaget er alle forskningsprosjekter som har fått midler fra Helse Nord RHF i åpen utlysning, og basert på prosjektlederens egen vurdering. Strategiske bevilgninger er

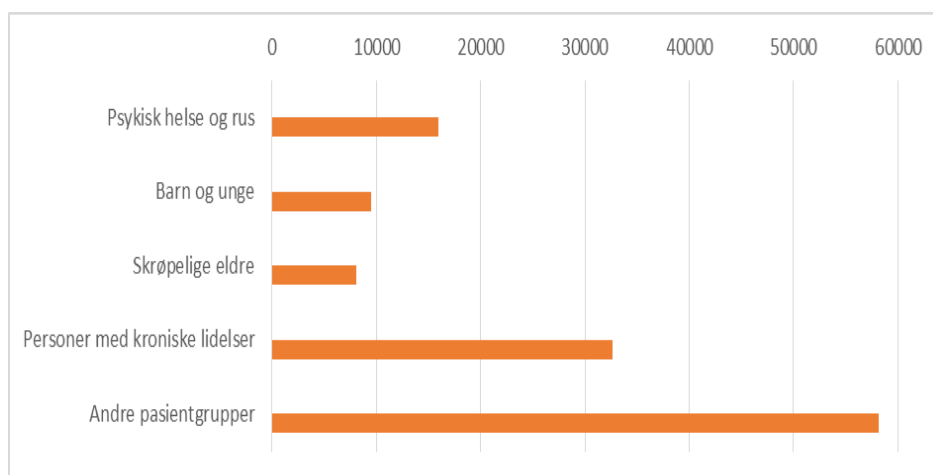
⁴ Det skal beskrives hvem - primært pasienter og pårørende - som er bruker av resultatene av forskningsprosjektet. Det skal redegjøres for i hvilken grad bruker er involvert i planlegging og gjennomføring av prosjektet, eventuelt hvorfor dette ikke er relevant, og dette er tydeliggjort i alle våre utlysninger om forskningsmidler.

⁵ Strategiens kap. 6.1.1.b og RHF-enes retningslinjer for brukermedvirkning i forskning.

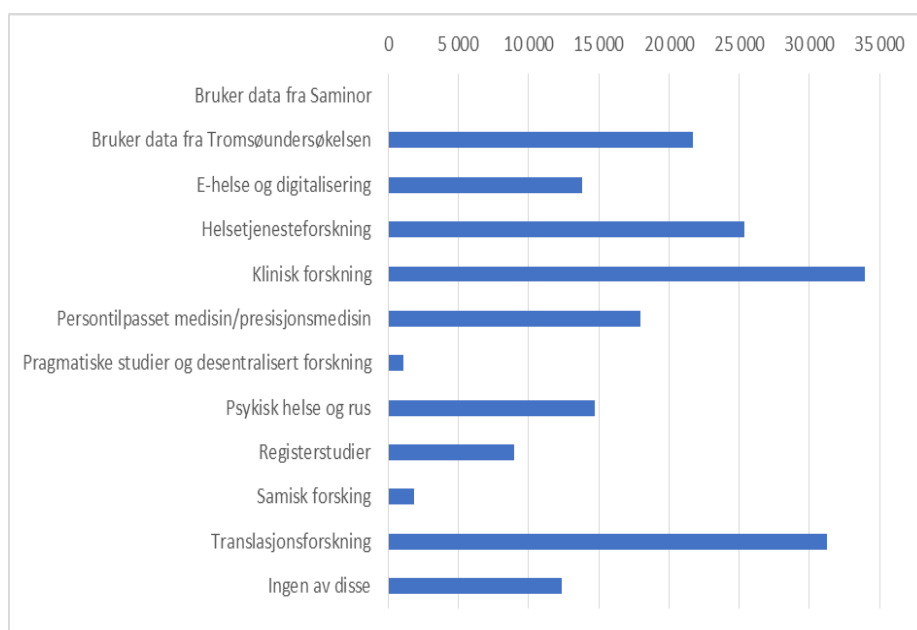
holdt utenom denne rapporteringen, og kommer i tillegg. Det er gitt strategiske midler blant annet til psykisk helse og rusfeltet. Rapporteringen brukes blant annet aktivt til å se hvilke miljøer og fagområder som bør stimuleres særskilt, også via strategiske tildelinger.

Det er også registrert andel kliniske studier av alle disse prosjektene, og 66% oppgir at de vil karakterisere forskningen sin som klinisk forskning. Det er brukt en vid definisjon, og baserer seg på forskernes egenrapportering. Tallet er derfor vesentlig høyere enn det som registreres i den nasjonale målingen (se senere i saken).

Oversikt pasientgrupper som forskningsprosjektene (her målt i midler) omfatter i 2021 (figur 3-1 i forskningsrapporten)



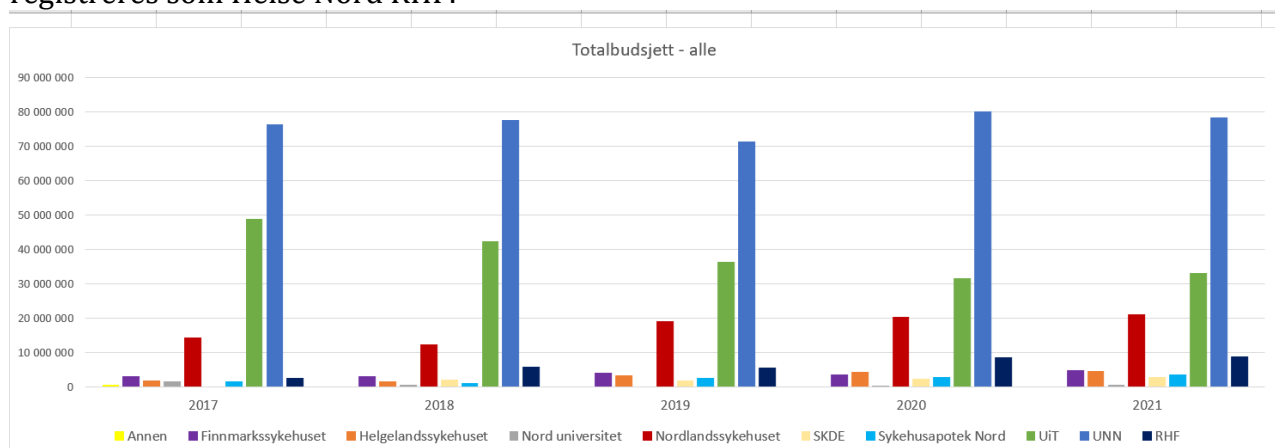
Oversikt satsingsområder som forskningsprosjektene (her målt i midler) omfatter i 2021 (figur 3-2 i forskningsrapporten)



Forskning i alle helseforetak

For å bidra til å styrke forskningsaktiviteten i alle helseforetak, har helseforetakene utenom UNN en 80 % stilling fra RHF som strategisk tiltak, som de bruker på ulikt vis ut fra eget definert behov. Det finansieres også et betydelig forskningsstøtteapparat med regionalt ansvar. Det er lokalisert til Klinisk forskningsavdeling ved UNN.

Figuren under viser fordelingen av alle forsknings- og innovasjonsmidlene fra Helse Nord RHF for årene 2017-2021 til helseforetakene og UiT som også har søkeadgang etter gitte kriterier. Noen midler er registrert på RHF-nivå fordi de betales direkte ut fra RHF til enkelte tiltak, noen ligger i RHF-et før tildeling (innovasjon) og SKDEs tildelinger registreres som Helse Nord RHF.



Måling av forskningsaktivitet i helseforetakene i regionen

Aktivitet innen forskning måles nasjonalt ut fra publisering. 2021-tallene fra Norsk vitenskapsindeks (NVI)/Cristin ble offentliggjort 7. april 2022, se nettsted [Cristin/NVI](#). Resultatene for hver enkelt sektor, institusjonsnivå og oversikt for flere år er lett tilgjengelig, både i grafisk framstilling med utvikling over mange år, og med originaldataene for hver institusjon og region for hvert år i excel-filer.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) publiserer årlig komplette nasjonale målinger og forskningsstatistikk for foregående år. Denne inneholder poengfordeling for 2021, for hver region samlet sett og detaljert for hvert helseforetak. Indikatoren for kliniske behandlingsstudier («KBS»-poeng) er med i beregningene, og den teller 15% av total poengsum. Indikatoren er ment å stimulere til økt klinisk forskning og at flere pasienter inkluderes i studier.

Poengsammensetning	Vekting
Forskningspoeng (sum av <i>publikasjonspoeng</i> som er avlagte doktorgrader, ulike publikasjoner og <i>finansieringspoeng</i> for innhentede midler fra EU og Forskningsrådet)	85%
KBS-poeng (poeng for kliniske behandlingsstudier, både antall studier og antall pasienter i studier)	15%
Sum	100%

HODs måling viser treårssnittet for total poengfordeling mellom regionene (prosentandel fordeling mellom regionene):

Prosentfordeling	2019-2021	2018-2020	2017-2019
Helse Sør-Øst RHF	61,6	61,4	62,2
Helse Vest RHF	19,5	19,2	18,5
Helse Midt-Norge RHF	11,4	11,9	11,7
Helse Nord RHF	7,5	7,6	7,7
Sum	100	100	100

Treårssnittet for alle poeng legges til grunn for resultatbasert tildeling av midler (70% av det øremerkede tilskuddet til forskning) over statsbudsjettet påfølgende år. Poengene har altså økonomiske konsekvenser for RHF-et. Det gjør ikke store utslag på budsjettet, men er et insentiv til endret og økt aktivitet. Poengene uttrykker hva som er status for aktiviteten for forskning i vår region, slik det måles i HODs poengberegning.

Følgende resultater kan leses ut av målingen for Helse Nord for 2021:

- Vår region har en svak nedgang i den totale poengfordelingen.
- Det er liten endring i publikasjonspoengene, det vil si premiering for vitenskapelig publisering.
- Det er en betydelig økning i forskningspoeng, det vil si premiering for tilslag på prosjekter fra Forskningsrådet og EU, særlig for UNN, men også for Nordlandssykehuset.
- Det er en stor økning i poeng for kliniske studier. Vi har omtrent det samme antall studier som i 2020, men en økning i antall inkluderte pasienter i kliniske studier.

Nøkkeltall for Kliniske behandlingsstudier ⁶(KBS), 2019-2021 (kilde HOD):

	Antall KBS	Antall KBS	Antall KBS	Antall pasienter	Antall pasienter	Antall pasienter
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
Helse Sør-Øst RHF	357	337	349	8844	8472	8363
Helse Vest RHF	130	136	145	2305	2227	3341
Helse Midt RHF	117	120	113	1819	2615	2310
Helse Nord RHF	59	63	60	815	751	1052
Totalt	497	463	485	13783	14065	15066

⁶ Kliniske behandlingsstudier som telles her er studier som har *inkludert pasienter* i det aktuelle året. Mange studier som pågår er enten ferdige med å inkludere, eller befinner seg på et stadium der inkludering foreløpig er stoppet, men tas opp igjen senere. Slike studier er ikke med i tabellen.

Nøkkeltall for Kliniske behandlingsstudier (KBS) for vår region for 2021 (kilde HOD):

Resultater 2021	Antall KBS	Antall pasienter
Finnmarkssykehuset	1	12
Helgelandssykehuset HF	1	11
Nordlandssykehuset HF	18	195
Universitetssykehuset Nord-N	49	834
HELSE NORD TOTALT	60	1052

Måling av ressursbruk til forskning i Helse Nord

Forsknings- og innovasjonsbudsjettet for Helse Nord RHF i 2021 var på 156,9 mill. kroner, med følgende komponenter:

	Inntekter 2021 (millioner kroner)
Basisbevilgning Prop 1 S (30%)	46, 200
Resultatbasert tilskudd Prop 1 S (70%)	33, 100
RHF-styrets budsjett	77, 605
SUM	156, 905

I tillegg til dette er de 4,3 millioner kroner til Miljøgiftlaboratoriet, RHF-enes fellesmidler i programmet Klinbeforsk⁷, helseforetakenes egne basismidler til forskning, og det foretakene henter inn midler på søknader til eksterne kilder. Total ressursbruk er derfor høyere enn midlene over RHF-ets budsjett.

RHF-ets regnskap viser en svak økning i totale kostnader til forskning for årene 2019-2020, og det samme for antall forskerårsverk.

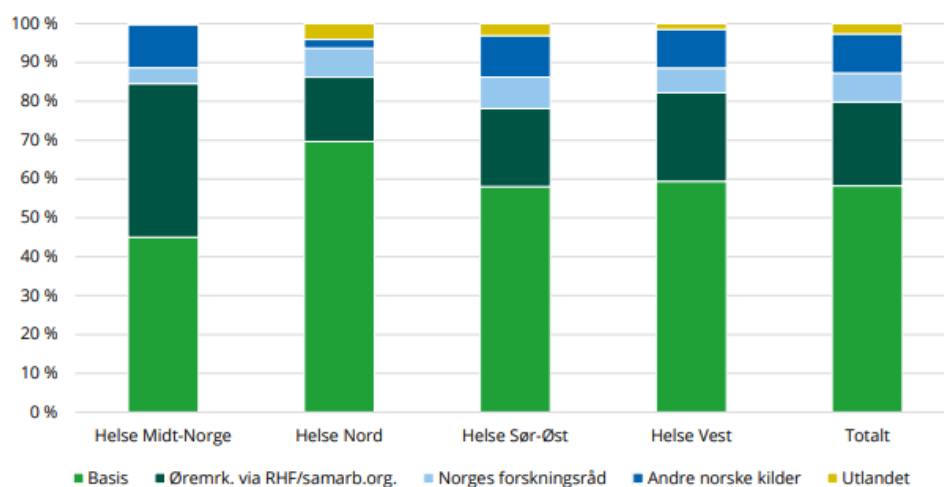
Kostnader til forskning	Sum (mill. kr.)
2021	337, 430
2020	314, 081
2019	329, 304

Årsverk forskning	Antall
2021	250
2020	235
2019	244

⁷ <https://kliniskforskning.rhf-forsk.org/>

Den nasjonale statistikken som innhentes av Statistisk sentralbyrå viser følgende finansieringsstruktur for forskning totalt og per helseregion, se figur 2.2. fra siste års SSB-rapport:

Figur 2.2 Helseforetakenes finansieringsstruktur for forskning i 2021, totalt og etter helseregion. Prosent



Kilde: SSB

Helse Nord skiller seg ut fra andre regioner med at en mindre andel av den totale finansieringen til forskning kommer fra det øremerkede tilskuddet over statsbudsjettet, og mer fra basis. Vi har en mindre andel fra andre norske kilder, men høy andel fra utlandet i 2021.

En annen måte å se på finansieringsstruktur på er å se på hvor stor *andel av driftskostnadene til forskning utgjør av de totale driftskostnadene*, ref. tabell 2.2. fra SSBs rapport. Her ligger Helse Nord betydelig under Helse Sør-Øst og Helse Vest, men over Helse Midt-Norge, som regnskapsfører en del av sine forskningsmidler ved universitetet.

Tabell 2.2 Nøkkel tall for helseforetak og private, ideelle sykehus¹ i 2021, etter helseregion. Driftskostnader er her inklusive eksternt finansiert forskning og avskrivninger. Millioner kroner. Antall. Prosent

Indikator	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Alle
Totale driftskostnader ² . Mill. kr.	22 871	19 031	93 011	31 527	166 440
Prosent	13,7	11,5	55,9	18,9	100
Driftskostnader til forskning. Mill. kr	311	302	3 231	855	4 699
Prosent	6,6	6,4	68,8	18,2	100
Driftskostnader til forskning i prosent av totale driftskostnader	1,4	1,6	3,5	2,7	2,8
Antall forskningsårsverk	193	244	2 335	578	3 350
Prosent	5,8	7,3	69,7	17,3	100
Driftskostnader til forskning per forskningsårsverk. Kr.	1 610 000	1 237 000	1 383 000	1 479 000	1 402 000
Antall rapporteringsenheter	4	6	23	11	44

¹ Kategoriseringen er basert på FOR 2010-12-17 nr. 1706. Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten.

² Inkludert avskrivninger. Basert på oppgaver fra det enkelte helseforetak og private, ideelle sykehus.

Kilde: SSB

Styret i Helse Nord RHF vedtok et eget punkt angående forskning i styresak 158-2018 *Regional utviklingsplan 2035* (styremøte 19. desember 2018), jf. punkt 6 i vedtaket: *Styret vil presisere viktigheten av et vel fungerende forskningsmiljø i foretaksgruppen. Ressursbruk og aktivitet innen forskning må løftes minimum opp på samme nivå som i de andre regionale helseforetakene.*

Dette målet var ikke nådd med hensyn til total ressursbruk i årene 2019-2021 ut fra helseforetakenes regnskaper og nasjonal statistikk. Målet skal nås ved *alle* former for finansiering, både fra RHF, egne basismidler, og midler fra andre forskningsfinansiører som blant annet Forskningsrådet, Kreftforeningen og EU. Styret i Helse Nord RHF har vedtatt en økning i forskningsmidlene på 5 millioner kroner per år i årene 2023-2026 (styresak 81-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026*, i styremøte 22. juni 2022).

Prioriteringer og tiltak i 2022

De utlyste forskningsmidlene for 2022 ble lyst ut med prioriteringene i gjeldende forsknings- og innovasjonsstrategi, og det vil rapporteres på dette i styresak i 2023.

For 2022 har RHF tildelt betydelige strategiske midler til å understøtte klinisk forskning. Det gjelder om lag 7 millioner kroner til støttepersonellstillinger til klinisk forskning, og medfinansiering av den nasjonale NorTrials-satsingen som innebærer mer industrifinansiert forskning. Det er videre gitt strategiske bevilgninger både til Tromsøundersøkelsen og SAMINOR (den tredje samiske befolkningsundersøkelsen), forskning innen persontilpasset medisin og Senter for pasientnær kunstig intelligens.

Det er stort fokus på økning i antall kliniske studier, og at flere pasienter skal tilbys deltakelse i kliniske studier.

RHF-et vil fortsatt stimulere til at flere søker ekstern finansiering, med flere av virkemidlene som er redegjort for i forsknings- og innovasjonsstrategien.

Konklusjon

Helse Nord RHF har i 2021 jobbet aktivt med tiltak knyttet til gjeldende strategi for forskning og innovasjon 2021-2025.

Det må fortsatt være et sterkt fokus på klinisk forskning i vår region, der også brukermedvirkningen er tydelig. Vi har lyktes med å få etablert en økning i antall kliniske prosjekter. Vi må fortsatt stimulere til denne typen forskning.

Det er fortsatt et mål å fortsatt innhente mer eksterne forskningsmidler til Helse Nord, og komme nærmere de andre regionale helseforetakenes nivå for ressursbruk og aktivitet.

Det er en ambisjon både å koordinere flere kliniske studier fra vår region, at forskningsmiljøer i våre helseforetak deltar i nasjonale multisenterstudier, og ikke minst at pasientene i nord henvises til deltakelse i studier som er aktuelle for dem og der de fyller inklusjonskriteriene. Dette er helt nødvendig for at pasientene i vår region skal ha samme tilgang til deltakelse i kliniske studier, som pasientene i resten av landet.

Tiltakene og prioriteringene i Helse Nord's strategi for forskning og innovasjon 2021-2025 vurderes som gode for å nå målet om *mer og bedre forskning som svarer på pasientenes og tjenestenes behov*. Det forutsettes at innretningen på forskningsprosjektene fortsatt monitoreres, slik at det kan stimuleres til forskning der det mangler i dag, eller der noen prioriterte områder har lite kunnskapsbasert behandlingsgrunnlag.

Referanseliste:

1. [Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020](#)
2. [Rapportering på forskning i Helse Nord 2021](#)
3. [RHF-enes rapport for 2021 - forskning og innovasjon til pasientens beste](#)
4. [Norsk Vitenskapsindeks - NVI - publisering av publikasjonsstatistikk](#)
5. [Nasjonalt system for måling av forskningsaktivitet på HODs hjemmesider](#)
6. [Ressursbruk til forskning i helseforetakene - Rapport 2022/42 Statistisk sentralbyrå](#)

Møtedato: 10. november 2022

Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Eirik Holand

Dato:
02.11.2022

RBU-sak 97-2022/7

Tertialrapport nr. 2-2022

Regionalt brukerutvalg fikk i møte 17. oktober 2022 en muntlig orientering om sak 83-2022 *Tertialrapport nr. 2-2022*. Skriftlig versjon av *Tertialrapport nr. 2-2022* vedlegges til orientering.

Vedlegg: Tertialrapport nr. 2-2022

Tertialrapport T2-2022 for Helse Nord RHF



Innhold

Om tertialrapporten	4
Krav i oppdragsdokument 2022:.....	5
3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder	5
3.2 Somatikk	6
3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	6
4.8 Beredskap.....	7
5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten.....	8
7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell.....	8
7.3 Utdanning av helsepersonell.....	9
9.2 Anskaffelsesområdet.....	10
10.0 Teknologi	10
13.0 Oppfølging og rapportering	16

Helhet

Helse Nords helhetlige styringsprosess. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig.



Om tertialrapporten

Tertialrapportene for 2022 er en del av tertial- og årlig melding for 2022. Den tertialvise rapporteringen for områdene økonomi, aktivitet og personell kommuniseres i all hovedsak til styret i Helse Nord RHF gjennom månedlige virksomhetsrapporter.

Tertialrapport T2-2022 har som mål å informere styret i Helse Nord RHF om de styringsparametere som helseforetakene skal rapporteres til eier pr. 2. tertial 2022, status på nasjonale kvalitetsindikatorer og krav som styret i Helse Nord RHF har bedt om oppfølging på. Helseforetakene i Helse Nord er bedt om å rapportere konkret og konsist, og rapportene skal inneholde informasjon om status med beskrivelse av gjennomførte tiltak.

Nummereringen på kravene i rapporten viser til kapittel og kravnummer slik de fremgår i oppdragsdokumentet.

Krav i oppdragsdokument 2022:

3.0 Vår felles helsetjeneste - felles for alle tjenesteområder

Krav nr	Krav tekst	Gjelder foretak	Rapporterings-frekvens
3	Rapportere gevinstrealisering av implementerte forbedringstiltak for pasientreiser med rekvisisjon.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helseforetakene har foreløpig ikke noen <u>målbare</u> gevinster på delprosjektene som er implementert i programmet av effektivitets- og kvalitetsfremmende tiltak på reiser med rekvisisjon. Hittil i 2022 er noen hundre reiser avbestilt og endret av pasienter gjennom selvbetjeningsløsningen. Dette gir ingen merkbar effekt på antall henvendelse til pasientreisekontorene og gir ingen vesentlig økonomisk besparelse.			
5	Implementere nye nasjonale retningslinjer for avviksmelding og -oppfølging innenfor pasientreiser fra andre tertial 2022.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Implementering i Helse Nord er utsatt til tredje tertial på grunn av forsinket leveranse fra det nasjonale prosjektet.			
7	I samarbeid med Pasientreiser HF videreføre arbeidet som følger av «Utredning av mulige effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak innenfor området reiser med rekvisisjon». Dette innebærer utvikling og implementering, samt utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner og oppfølging av effekter. Status på effektiviserings- og kvalitetsfremmende tiltak på området reiser med rekvisisjon skal inngå som en del av helseforetakets tertialvise rapportering.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helseforetakene og det regionale helseforetaket deltar i ulike arbeids- og kompetansegrupper i de ulike nasjonale forbedringstiltakene. Gevinstrealisering fremgår av rapportering på krav nr. 3. Forbedringsprogrammet er slik at de største gevinstene oppstår når den samlede effekten av de ulike tiltakene kommer, mot slutten av programperioden (2018-2025).			
9	Vurdere hvilken elektiv aktivitet som helt eller delvis kan flyttes fra større til mindre sykehus.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helse Nord RHF's vurdering er at helseforetakene i stor grad har fordelt aktivitet mellom sykehusene, ut fra tilgjengelige fagfolk, utstyr, støttepersonell og øvrige ressurser. Samtidig er det sannsynlig at det fortsatt er områder hvor elektiv aktivitet kan overføres.			

3.2 Somatikk

26	<p>Lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Dette skal gjøres ved å inkludere alle helseforetak i prosjektet Trygg Akuttmedisin. Hvert HF skal delta i prosjektgruppen med representasjon som sikrer forankring fra foretaksledelse og berørte fagmiljø som for eksempel ambulansetjenesten og nødmeldetjenesten og ivareta prosjektoppfølgning i eget opptaksområde. Foretaket skal sikre en aktiv involvering i prosjektet fra primærhelsetjenesten med hovedvekt på legevaktene gjennom Helsefelleskapene. Fagråd for Hjertemedisin skal være referansegruppe og fagsjefmøtet skal være styringsgruppe for prosjektet. Det skal sikres medvirkning fra KTV/KVO.</p>	UNN	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Det er utarbeidet mandat og prosjektplan, og arbeid med å rekruttere prosjektleder og involvere helsefelleskapene pågår. Arbeidet med å implementere Trygg akuttmedisin er omfattende, og det er ikke forventet å gi målbare effekter før i 2023 eller 2024.</p>			

3.3 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

35	<p>Legge til rette for å tilby vurderingssamtale innen psykisk helsevern, særlig for barn og unge og der det er uklart om pasient har rett til helsehjelp eller det er behov for supplerende informasjon, eller der lege/henviser mener det er behov for rask avklaring før eventuell henvisning.</p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Helseforetakene har i varierende grad lagt til rette for vurderingssamtaler. Ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling på UNN er det etablert fast tilbud om vurderingssamtale til alle henviste, en arbeidsform de har jobbet etter siden 2015. I de andre klinikkene er det varierende grad av tilbud om vurderingssamtaler. Generelt tilbys vurderingssamtale hyppigere i BUP enn i voksenpsykiatri og TSB.</p> <p>I tilfeller der det er behov for ytterligere avklaringer eller at det mangler opplysninger for å kunne vurdere om pasient har rett til helsehjelp gjennomføres det oftere vurderingssamtaler.</p> <p>Kombinasjonen av henvisningsmengde, ventelister, fristbrudd og få spesialister skaper utfordringer med å kunne tilby vurderingssamtaler til alle henviste pasienter.</p> <p>Helse Nord RHF vil igjennom arbeid med ny <i>Delstrategi for psykisk helsevern og TSB i Helse Nord 2023-2030</i> vurdere mulighetene for å kunne tilby vurderingssamtaler ved alle helseforetakene.</p>			

4.8 Beredskap

49	Innen 2. tertial evaluere ansattes erfaringer i møte med pandemien. Arbeidet skal gjøres i nært samarbeid med ansattes representanter	Alle	2. tertial og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Alle HF har gjennomført evalueringer av ansattes erfaringer i pandemien. Noen rapporter er ikke ferdigstilt ennå og vil oversendes seinere i høst. Ett foretak har kun gjennomført evalueringen blant ledere og FTV etterfulgt av en ROS-analyse som følges opp i forhold til beredskapsledelsen.</p> <p>KTV og KVO har understreket viktigheten av å involvere dem når evalueringer til de ansatte planlegges. Evalueringer bekrefter viktigheten av å sikre involvering særlig i beredskapssituasjoner som står over lang tid.</p> <p>Det er ønskelig at man har ferdige spørsmål i f.eks medarbeiderundersøkelsene når det gjelder å kunne evaluere påvirkning av de ansattes situasjon ved forskjellige beredskapshendelser som f.eks. pandemi.</p> <p>Tema som går igjen er:</p> <ul style="list-style-type: none">- Behovet for kvalitetssikret og koordinert informasjonsflyt.- Behov for å kjenne til beredskapsplanverk og ha øvd dette.- ROS-analyser som var utført i noen driftsområder var ikke kjent for de ansatte.- Tilgang på og opplæring i bruk av smittevernutstyr og smittevern varierer mellom sykehus.- Behov for god opplæring i forhold til spesifikke forhold vedrørende covid-19 viruset og smittevern (særlig i starten).- Prosedyre for bruk av hjemmekontor som kom på plass var nyttig for ledelse og ansatte.- Opplæring til omplassert personell er kommentert som svært viktig. Noen fornøyd, andre mindre fornøyd med tilbudet som ble gitt.- Noen opplevde at relevant avklaring rundt funksjoner i handtering av pandemien ikke var utført. <p>Evaluering utført blant ansatte i HN RHF ultimo mai 2020 ga følgende forbedringspunkter i forhold til bruk av hjemmekontor:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Bedre tilrettelegge for at kollegaer treffes oftere i mer uformelle fora, både fysisk og virtuelt.2. Bedre struktur og regelmessighet i arbeidsdagen med faste tidspunkt for både møter, eget arbeid, pauser og et tydeligere skille mellom jobb og fritid.3. Etablere felles tidspunkt for «lunsj med kolleger».4. Videreføre digital deltakelse i møter i den «nye normalen» <p>Disse tiltak ble tidlig fokusert og implementert i et samarbeid mellom ledelse og ansatte i RHF.</p> <p>Alle unntatt ett HF har gjennomført undersøkelser ut til alle eller et bredt utvalg ansatte. Ut fra meldinger vil alle rapportene foreligge ferdig utarbeidet innen utgangen av 2022. Det ene HF som ikke har utført en evaluering ut til alle ansatte fokuserte kun på ledelse og FTV i sin evaluering.</p>			

5.0 Samhandling med primærhelsetjenesten

53	<p>Utarbeide en handlingsplan (2022-2023), med milepæler for hvordan helseforetakene i helsefelleskapene vil bidra til å planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå (de fire prioriterte grupper). Frist 1. september 2022.</p> <p>- Ved hjelp av tilgjengelige data og dokumenterte erfaringer, gjøre opp status for hvordan spesialisthelsetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene i dag blir ivaretatt i eget helseforetak. - I handlingsplanen skal inngå tverrfaglige, pasientsentrerte team på tvers av tjenestenivå, digital avstandsoppfølging, økt ambulering og styrking av spesialisthelsetjenester som kan ytes i pasientens hjem. - Bruk av individuell plan skal vektlegges i handlingsplanen - Rollen til og bruk av koordinerende enhet skal tydeliggjøres - I den interne oppfølgingen sikre god ledelsesmessig oversikt og oppfølging over framdrift i arbeidet med å forbedre tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene</p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
----	---	-------------------------------	-----------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Arbeidet med handlingsplan er fullført/godt i gang i tre av helseforetakene, og samlet vurderes måloppnåelsen til å være god. Dette blir et godt utgangspunkt for å planlegge sammen i helsefelleskapene. Helgelandssykehuset har ikke utarbeidet en slik handlingsplan, noe som kan tilskrives at helsefelleskapet ikke er etablert, men har ulike tiltak for målgruppene mot enkeltkommuner.

54	<p>Inngå avtaler med kommunene når de yter desentraliserte spesialisthelsetjenester på vegne av helseforetaket, jf ISF regelverkets bestemmelser.</p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	2. tertial og Årlig melding
----	---	-------------------------------	-----------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Prossesser med å inngå slike avtaler er i gang, men dette tar tid og måloppnåelsen kan samlet sett ikke sies å være på det nivå vi skulle ønske. Ikke minst fordi leveranse av tjenester på denne måten, når det er faglig mulig, er svært ønskelig sett fra pasientenes side. Det er nødvendig både å få på plass avtaler for alle områder hvor slik tjenesteleveranse skjer og det er svært ønskelig i enda større grad å få etablert slike ordninger.

7.2 Tilstrekkelig kvalifisert personell

63	<p>Innen utgangen av 2022 skal GAT gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid.</p>	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
----	---	-------------------------------	-----------------------------------

RHF-ets vurdering av måloppnåelse:

Sykehusforetakene jobber godt med å få GAT til å gjenspeile all planlagt og faktisk arbeidstid. Ved UNN er dette på plass for de fleste, men de ikke forventer å være i mål innen utgangen av 2022. Finnmarkssykehuset rapporterer at de vil være i mål i god tid før årsskiftet 2022/23. Det gjenstår

noe ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, men arbeidet er satt i prosess for å få resterende enheter i mål.

64	Gjennomføre oppgavedeling mellom nivåer og yrkesgrupper for blant annet å nå kravet om over 5% andel helsefagarbeidere innen 2023.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Andel helsefagarbeidere utgjør 3,5 % i foretaksgruppen per T2-22 og har vært uendret siden 2019. Sykehusforetakene har prosjekter pågående med fokus på endring i oppgavedeling mellom flere yrkesgrupper. Så langt har det gitt mindre endringer i andel helsefagarbeidere.</p> <p>Nordlandssykehuset er et av foretakene med positiv utvikling og har høyest andel med 4,25 %. For at dette kravet skal bli innfridd må innsatsen bli styrket ytterligere, herunder må oppgavedeling også være tematikk ved etablering av nye tilbud/enheter.</p>			

67	Delta inn i prosjektet «avansert oppgaveplanlegging» (AOP) med aktuelle enheter etter avklaring med prosjekteier. For disse skal det som et minimum innføres 9 måneders planleggingshorisont.	FIN, UNN, NLSH, HSYK	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Sykehusforetakene deltar inn i prosjektet som har endret navn til "Godt planlagt".</p> <p>Finnmarkssykehuset er pilot, representert ved KirOrt Hammerfest. Piloter ved øvrige sykehus er forventet å bli avklart i nær framtid. Å etablere 9 måneders planleggingshorisont er kulturelt betinget og det er vurdert som krevende å legge om praksis. Det må bli påberegnet noe tid for å få dette på plass. Den tekniske systemstøtten via integrasjonen mellom GAT og Dips er under utvikling og har foreløpig ikke noe ferdig løsningsdesign.</p>			

7.3 Utdanning av helsepersonell

72	ForBedring: Faktoren "oppfølging" skal på lang sikt ha en foretaksskår lik 75 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.	Alle	2. tertial og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Foretakene som har en foretaksskår lavere enn 75 for faktoren "Oppfølging" i forbindelse med undersøkelsen ForBedring har laget en handlingsplan for å nå målet om 75. Kravet er innfridd.</p>			
73	ForBedring: "Psykososialt arbeidsmiljø" skal på begge faktorene på lang sikt ha en foretaksskår lik 80 eller høyere. Foretakene skal lage en handlingsplan for å nå dette målet innen 1. juli 2022.	Alle	2. tertial og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Foretakene som har en foretaksskår lavere enn 80 for faktoren "Psykososialt arbeidsmiljø" har laget en handlingsplan for å nå målet om 80. Kravet er innfridd.</p>			

9.2 Anskaffelsesområdet

84 (*)	Sørge for at gjennomføring av tiltak knyttet til samordning av leverandøravtaler og registre i Clockwork gis prioritet og utføres i henhold til omforente planer.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Det er etablert rutiner i foretaksgruppen for hvordan denne prosessen skal gjennomføres, men det vil være en terskel som må overstiges for å komme i mål. Den samlede kapasiteten i foretaksgruppen til å opprettholde momentumet synes ikke å være på plass, og det pekes på at RHFet (REFIL) ikke har kapasitet til den tilretteleggingen som er forutsetningen for jobben som skal gjøres i foretaksgruppen. Vi er således ikke der vi ønsker å være.</p>			

85	I tråd regional vedtatt styringsmodell for anskaffelser sine forutsetninger samt fordeling av kategorier gjort i regionalt Innkjøpsforum, må vært enkelt foretak sikre tilstrekkelig kapasitet og kompetanse for å ivareta foretaksgruppens interesser innenfor den enkelte kategori	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Implementering av nasjonal styringsmodell koordineres på tvers av regionene, og er noe forsinket. Selv om mye er på plass knyttet til fordeling av ansvar er det fremdeles et stykke å gå, særlig knyttet til de medisinske kategoriene. Modellen baserer seg på å fordele et regionalt ansvar og foreløpig tilbakemelding er at det vil være utfordrende for foretakene å ta på seg dette ansvaret gitt ressursituasjonen.</p> <p>Gjennom oppdragsdokumentet de siste årene er det stilt krav om interessentkartlegging som skal ligge til grunn for samhandlingene som vil være et fundament i denne styringsmodell. Her er det fremdeles store hull. Vi er heller ikke her kommet dit vi ønsker å være.</p>			

10.0 Teknologi

87	Benytte Helse Nord IKT knyttet til lokale innføringer, utfasing og endring av system, rådgiving og prosjektledelse gjeldende IKT. Styringskravet gjelder ikke medisinsk utstyr som er særskilt regulert i egne forskrifter.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Alle sykehusforetak melder at dette er OK. NLSH har i samarbeid med HN IKT benyttet eksterne leverandører der ressurser ikke har vært tilgjengelig i HN IKT.</p> <p>Arbeidet vil fortsette inn i 2023.</p>			

88	Innen 1.10.2022 fullføre arbeidet med å oppdatere nødvendige tjenesteavtaler, databehandleravtaler og andre avtaler som tydeliggjør ansvarsforholdene.	Alle	Tertialrapporter og Årlig melding
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i></p> <p>Det vises til Tertialrapport T1-2022. Arbeidet har tatt lenger tid enn forutsatt. Forventes ferdig innen 31.12.2022. Avtale med prosjektleder er forlenget til samme dato.</p> <p>Tjenesteavtaler gjennomgås når ny driftsavtale er på plass, og får også mye oppmerksomhet i oppdrag 89. NLSH melder at de har mål om å signere driftsavtale innen 1.11.2022.</p>			

Arbeidet med underliggende tjenesteavtaler vil fortsette inn i 2023.

89	<i>Fortsette arbeidet med å overføre teknisk og merkantil forvaltning av IKT-systemer til Helse Nord IKT. Foretakene skal innen 1.12.2022 i fellesskap etablere en robust merkantil forvaltning i tråd med prinsipper beskrevet i oppdragsdokumentet 2021.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> HN IKT har etablert applikasjonforvaltningsprosjektet for å sikre fremdrift og oppfølging av kravet. Prosjektgruppen ble etablert i mai. Alle kliniske helseforetakene er invitert til deltakelse i styringsgruppen. Alle sykehusforetak melder tilbake at arbeidet pågår.</p> <p>Arbeidet vil fortsette inn i 2023.</p> <p>SANO har teknisk og merkantil forvaltning hos FarmaPro. Denne skal fases ut. For nytt interregionalt apotekfagsystem (Orion) er forvaltning ikke avklart. Dialog med HN IKT.</p>			
90	<i>Videreføre arbeidet med å avklare drifts- og forvaltningsmodeller som sikrer at installasjon og endringer i medisinsk utstyr og eventuelt driftstekniske IKT systemer oppfylder krav i regionalt styringssystem for informasjonssikkerhet. Arbeidet ledes av Helse Nord IKT HF, og skal gjennomføres i samarbeid med HN RHF og sykehusforetakene.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Forslag til drifts- og forvaltningsmodell for MTU er utarbeidet og blir i løpet av høsten testet på utvalg av MTU-programvarer. Dette betyr at HN IKT overtar teknisk drift og forvaltning av disse tjenestene i henhold til modellen. Alle sykehusforetak melder at arbeidet pågår.</p> <p>Arbeidet vil fortsette inn i 2023.</p>			
91	<i>Fullføre oppgaven med å overføre ansvar og oppgaven for leveranse av IKT infrastruktur tjenester fra helseforetakene i tråd med styresak 120-2021 Styringsstruktur IKT infrastruktur - ansvar, roller og oppgaver, samt styresak 135-2021 Styringssystem for informasjonssikkerhet - strategiske sikkerhetsmål og strategi for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 32-2021.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> HN IKT har etablert applikasjonsforvaltningsprosjektet for å sikre fremdrift og oppfølging (ref. krav 89). NLSH melder «<i>Rapporter fra kartlegging planlegges ferdigstilt fra prosjektet 4. desember 2022. Det er etablert dialog med Helse Nord IKT sin kundeavdeling for å jobbe videre for å etablere nødvendige tjenesteavtaler inkludert avklaring av ansvarsforhold og oppgaver.</i>».</p> <p>Arbeidet vil fortsette inn i 2023.</p>			
92	<i>Sikre at samtlige applikasjoner installert på servere eller klienter ved helseforetakene er registrert i "Asset Management". Helse Nord RHF avgjør hva som er å betrakte som regionale systemer som skal benyttes i</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>

	<i>helseregionen. Applikasjonene skal kategoriseres i tråd med NSMs grunnprinsipper, tiltak 1.2.2, i-iv.</i>		
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Fra NLSHs tertialrapport hitsettes: «Det er gjennomført en jobb i svært godt samarbeid med Helse Nord IKT sitt HIS2 Asset management team med å få registrert alle PC klienter inn i Asset Management systemet (SMAX) til Helse Nord IKT. (...) Det gjenstår fortsatt endel arbeide med å definere de dataelementer som skal inn i Asset Management for utstyr og applikasjoner og få Asset Management systemet koplet mot resterende nødvendige register/systemer. Fra vår side bidrar vi i nært samarbeid med Helse Nord IKT sitt Asset management team.».</p> <p>Utgangspunkt for felles applikasjonsoversikt blir publisert tidlig i 4. kvartal. Arbeidsgruppe under etablering. Denne skal avklare hvilke felter som skal inngå i oversikten, og avklare ansvarsforhold og rutiner for oppdatering.</p> <p>Arbeidet vil fortsette i 2023.</p>			

93	<i>Innen 1.9 oversende til Helse Nord RHF oversikt over eventuelle applikasjoner der det ikke er identifisert gjeldende avtaler med leverandør.</i>	Alle	<i>Tertialrapporter og Årlig melding</i>
<p><i>RHF-ets vurdering av måloppnåelse:</i> Arbeidet fortsetter i henhold til plan. Helseforetakene melder at med dagens oversikt er det ikke avdekket applikasjoner i bruk som ikke har gyldig avtale. Finnmarkssykehuset ligger bak plan.</p> <p>Arbeidet fortsetter i 2023.</p>			

Presentasjon av utvalgte kvalitetsresultater

Administrasjonen i Helse Nord RHF har gått gjennom årsdata fra nasjonale medisinske kvalitetsregister for 2021, og redegjør her for utviklingen på utvalgte prioriterte områder. Områdene som er valgt ut er fulgt opp over tid i oppfølgingsdialogen med helseforetakene.

Reperfusjonsbehandling ved STEMI

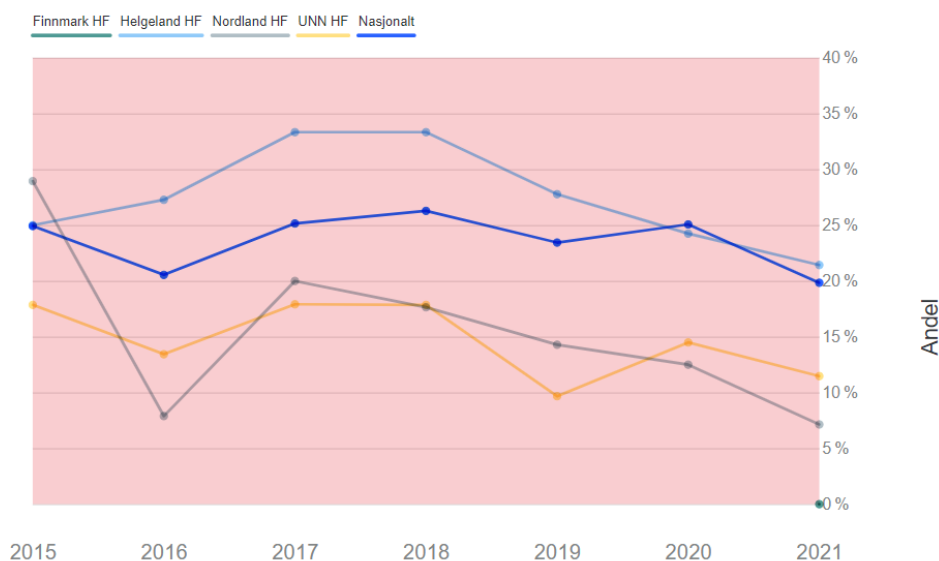
I 2021 fikk 98 % av pasientene under 85 år, blodproppløsende medisin eller utblokkning ved mistanke om tett hjerteåre. Dette er høy måloppnåelse, også når vi sammenligner med andre regioner.

Behandlingen gis imidlertid ikke raskt nok, og Helse Nord har fortsatt lavest andel pasienter som får slik behandling innen anbefalt tid (31 % mot 61 % nasjonalt).

Resultatene i Helse Nord området har vært lite tilfredsstillende over flere år. Derfor har Helse Nord RHF satt et særskilt fokus på prehospital behandling av STEMI, og foretakene har i 2022 fått i oppdrag å samarbeide i et kvalitetsforbedringsprosjekt under ledelse av UNN for å øke andelen som får behandling i rett tid.

Resultatene fra hjerteinfarktregister viser at måloppnåelsen er fallende for Helse Nord, og at bare 12 % fikk blodproppløsende behandling innen anbefalt tid i 2021.

Effekter av det regionale forbedringsprosjektet Trygg Akuttmedisin forventes først i 2023-2024.

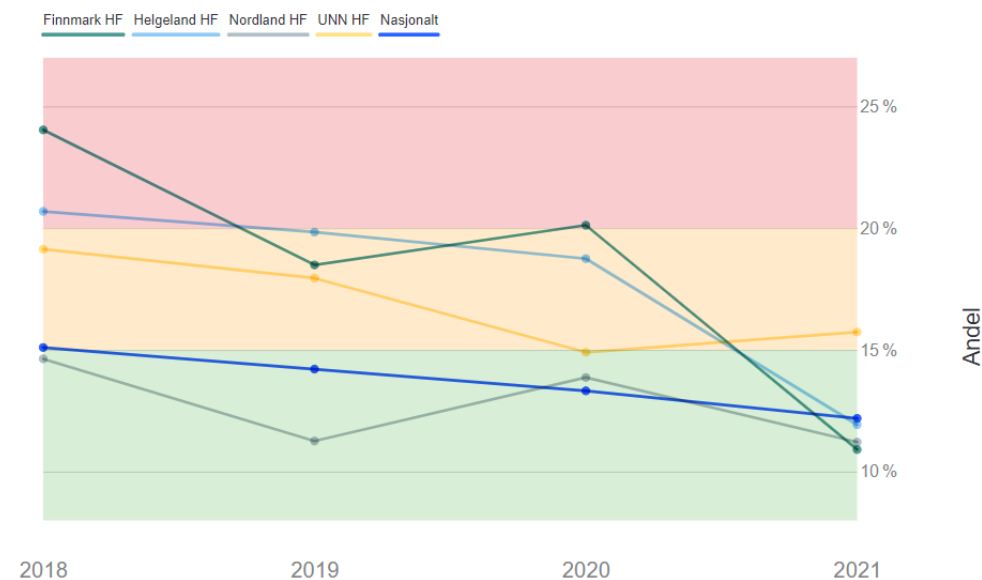


Figur 1: Andel trombolyse innen anbefalt tid ved STEMI (Kilde: Norsk hjerteinfarktregister)

Diabetes hos voksne

Andel med langtidsblodsukker under 53 mmol/mol er i tråd med ønsket målnivå, og er under 25 % ved alle helseforetak i Helse Nord.

Andelen med høyt langtidsblodsukker ($HbA1C \geq 75$ mmol/mol) er redusert for Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset fra 2020 til 2021, og ligger nå under ønsket målnivå som er lavere enn 15 %. UNN har hatt en liten økning i samme periode og ligger nå like over 15%.



Figur 2: Andel med $HbA1C \geq 75$ mmol/mol (Kilde: Norsk diabetesregister for voksne)

Hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer

Det skal tilstrebes å operere hoftebrudd innen 24 timer etter bruddtidspunktet. Foretakene i Helse Nord presterer her på linje med landsgjennomsnittet.

Det er imidlertid variasjon mellom sykehusene. For 2021 er for eksempel variasjonen stor mellom UNN Tromsø med meget lav andel (29% operert innen 24 timer) mens Harstad og Narvik har gode resultater med moderat måloppnåelse på hhv 70% og 75%. For andelen hoftebrudd operert innen 48 timer er variasjonen mellom sykehusene stor;

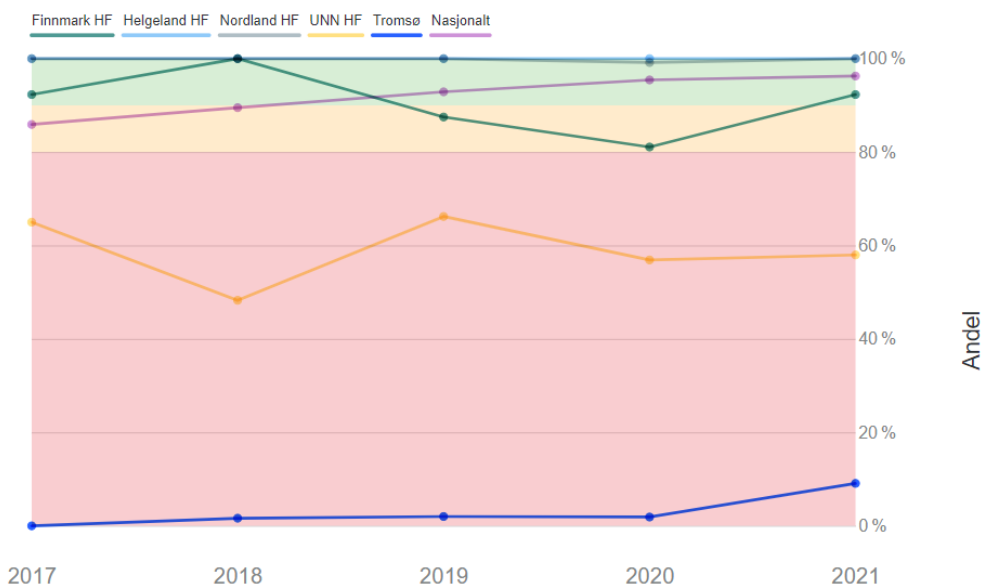


Figur 3: Andel hoftebrudd operert innen 24 og 48 timer (Kilde: Nasjonalt hoftebruddregister)

Bruk av sementert stamme i protese ved hoftebrudd

Det er anbefalt at pasienter over 70 år med hoftebrudd bør få lårbensprotesen sementert. Foretakene i Helse Nord oppnår høyt målnivå, med unntak av UNN.

UNN Tromsø har ikke benyttet slik protese frem til 2021. Tallene fra Nasjonalt hoftebruddregister viser at UNN Tromsø har begynt å ta i bruk metoden fra 2021, og at andelen operert med sementert stamme var økt til 9% - en utvikling i riktig retning.

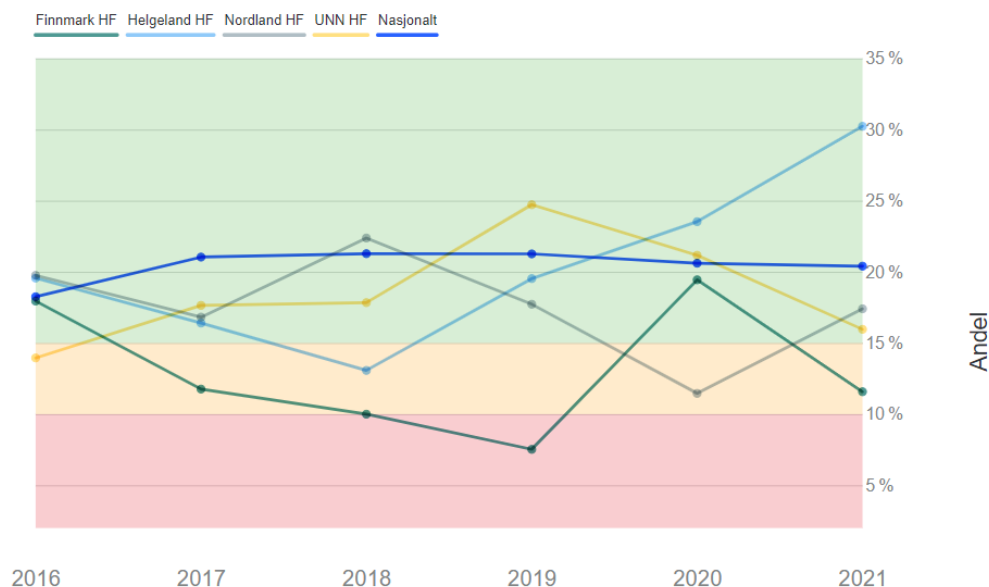


Figur 4 Andel bruk av sementert stamme i protese ved hoftebrudd (Kilde: Nasjonalt hoftebruddregister)

Hjerneslag

Andelen pasienter med hjerneslag som får blodproppløsende behandling (trombolyse) er i stort innenfor anbefalt målnivå ($\geq 15\%$) for foretakene i Helse Nord.

Finnmarkssykehuset hadde en reduksjon fra 2020 til 2021 til under anbefalt målnivå. For de små foretakene er tallene sårbare for naturlig variasjon, og må tolkes med varsomhet. Helgelandssykehuset har en tydelig positiv utvikling fra 2018.

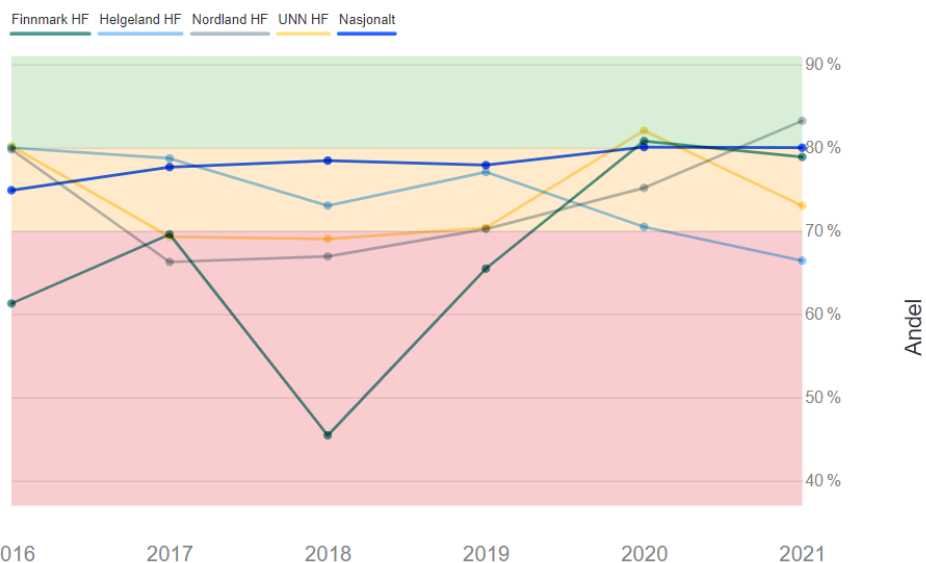


Figur 5: Andel behandlet med trombolyse (Kilde: Norsk hjerneslagsregister)

Andel med rapportert status, 3 måneder etter hjerneslaget er en indikasjon på i hvor stor grad pasienter med hjerneslag følges opp. God måloppnåelse er også en forutsetning for vurdering av kvalitet i behandlingen etter hjerneslag.

Helseforetakene i Helse Nord oppnår moderat måloppnåelse samlet sett.

Helgelandssykehuset har hatt en negativ utvikling siste to år og hadde lav måloppnåelse i 2021. Nordlandssykehuset har hatt en positiv utvikling fra 2017 og oppnår høy måloppnåelse.



Figur 6: Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslaget (Kilde: Norsk hjerneslagsregister)

13.0 Oppfølging og rapportering

I [Oppdragsdokument 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene](#) fremgår det at «Enkelte krav i oppdragsdokumentet inngår i Helse Nords risikostyring. Disse kravene skal følge metodikk og oppfølging i risikostyringen.»

Helse Nord RHF ber helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer.

Helse Nord RHF ber spesielt sykehusforetakene om å vedlegge oversikt over risikovurderinger tilknyttet hovedmålene angitt i Oppdragsdokumentet 2022.

Risikovurderinger og tiltak bes oversendt som vedlegg til tertialrapport.

Risikovurdering

I februar ble styret orientert om risikovurdering av styringsmål for 2022, samt prioriterte tiltak for å øke sannsynligheten for å oppnå overordnede mål i 2022 og fremover, jfr styresak 15-2022. Styret ba administrerende direktør følge opp tiltakene i tråd med saksfremlegg og diskusjonen i styret, og legge frem oppdatert risikovurdering som en del av tertialrapporteringen.

I saken var det gjort risikovurdering av syv målområder:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning og innovasjon
3. Forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Sørge for rask tilgang til helsetjenester
5. Sørge for sammenhengende pasientforløp
6. Styrke kompetanse
7. Økonomisk bærekraft

For å oppdatere og styrke grunnlaget for risikovurderingene, ba Helse Nord RHF helseforetakene ved rapportering til 1. og 2. tertial 2022 legge ved en oversikt over gjennomførte risikovurderinger med tiltak som er fremlagt for egne styrer. Det er fortsatt slik at helseforetakene gjennomfører risikovurderingene ulikt, og dette gjør at vurderingene ikke kan oppsummeres til regionalt nivå.

Helse Nord RHF reviderer regionale retningslinjer for risikostyring. Et mer planmessig og systematisk arbeid med risiko skal skaffe til veie en bedre oversikt over regionens samlede risikoområder. Det regionale nettverket for risikostyring er startet opp igjen.

Gjennom virksomhetsrapportene og andre styresaker er styret fortløpende oppdatert på status på risiko. Den økonomiske utviklingen har vært svært negativ siste tertial, og det er usikkert i hvilken grad helseforetakenes tiltaksarbeid er tilstrekkelig til å gjenvinne kontroll på driften i 2023. På grunn av den høye risikoen har styret vedtatt å etablere et *Regionalt innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeidet i Helse Nord*, se mandat i styresak 134-2022 vedtatt i styremøte 7.oktober 2022.

Internrevisjonen har også omarbeidet sin revisjonsplan til revisjon av pågående omstillingsarbeid. Som følge av den økonomiske situasjonen er lånesøknader stoppet og investeringer utsatt. Styret vil i oktober behandle sak om utsettelse av investeringer.

Helseforetakene har store utfordringer med rekruttering i kritiske funksjoner, for eksempel innenfor radiologi. Dette skjer samtidig med en stor vekst i årsverk og innleide siden 2008. Utviklingen er ikke bærekraftig på sikt. Det startes nå et regionalt prosjekt for å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet i de ulike legespesialitetene. Utdanningsløpene skal også samordnes og harmoniseres for økt gjennomstrømming og færre forsinkelser. Prosjektet vil gjøre en kartlegging av dagens spesialistbemanning, vurdere fremtidige bemanningsbehov og foreslå riktig utdanningskapasitet for LIS2 og LIS3. Dette prosjektet avhjelper ikke de løpende utfordringene, men vil gi bedre innsikt i risikoen og hvilke utdanningstiltak som må iverksettes. Det jobbes med kortsiktige tiltak for å løse problemene i radiologiområdet.

Møtedato: 10. november 2022
Vår ref.:

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
1.11.2022

RBU-sak 97-2022/8**Styremøter i Helse Nord RHF –
informasjon om planlagte styresaker**

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **23. november 2022 i Tromsø**:

STYRESAK	ansv.
Statsbudsjett 2024 - felles innspill fra alle regionale helseforetak og innspill fra Helse Nord RHF	EAH
Eierstyring i byggeprosjekter	HIR/LAM
Virksomhetsrapport nr. 10-2022	EAH
Helseforetakenes omstillingsplaner, investeringer og funksjoner – oppfølging av sak 117-2022	HIR
Helhetlig informasjonssikkerhet - tertialrapportering	HiR
Felleseide helseforetak pr. 2. tertial 2022 - statusrapport	HIR
Delstrategi for intensivmedisin i Helse Nord, sluttrapport, oppfølging av styresak 175-2021	JTF
FRESK (Fremtidens systemer i klinikken) - tertialrapportering	HiR
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 11/20, behandling av personopplysninger i Helse Nord, oppfølging av sak 156-2021	JB/IMA
Styringssystem for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 135-2021	JB/IMA

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 11. november 2022

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **14. desember 2022 i Bodø**:

STYRESAK	ansv.
Likviditetsprognoser for 2023, oppfølging av styresak 139-2022	EAH
Konsernbestemmelser for investering, oppfølging av styresak 139-2022	EAH
Budsjett 2023 – kuttliste, oppfølging av sak 140-2022	EAH
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 05-2021: Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppfølging av styresak 18-2022	JTF
Regional beredskapsplan – styrets rolle og ansvar	JB

Operative mål for Helse Nord RHF 2023, oppfølging av sak 123-2022	HIR
Beredskapsplan for forsyningssikkerhet	HIR/RSÆ
Felles regionale retninglinjer for varsling av kritikkverdige forhold i Helse Nord, oppfølging av styresak 76-2021	AME
Oppfølging av internrevisjonsrapport 06/2021: Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord, status handlingsplan, oppfølging av styresak 17-2022	JTF
Årlige nasjonale beredskapsøvelser, evaluering	JB
Arkitekturstyring – prinsipper, oppfølging av sak 32-2021	HIR
Regionalt prosjekt Radiologi, oppfølging av sak 125-2022	JTF
Digital strategi – Helse Nord RHF	HiR
RU2038	HIR
Plan for internrevisjonen 2023-2026	JHA

b) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 2. desember 2022

Møtedato: 10. november 2022

 Vår ref.:
 2022/140-25

 Saksbehandler:
 Erik Arne Hansen

 Dato:
 02.11.2022

RBU-sak 97-2022/9
Budsjett 2023 – ramme og føringer

Regionalt brukerutvalg orienteres om *styresak 139-2022 Budsjett 2023, foretaksgruppen – ramme og føringer*, som ble behandlet av styret i Helse Nord RHF 26. oktober 2022.

Styret i Helse Nord RHF vedtok følgende i *styresak 139-2022 Budsjett 2023, foretaksgruppen – ramme og føringer*:

1. *Styret i Helse Nord RHF viser styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplanen 2023-2030 (styremøte 22. juni 2022). Faglige føringer i økonomisk langtidsplan skal ligge til grunn for virksomheten i 2023.*

2. *Resultatkrav for 2023:*

<i>Helse Nord RHF/styrets disposisjon</i>	<i>+ 171 mill. kroner</i>
<i>Finnmarkssykehuset HF</i>	<i>+ 24 mill. kroner</i>
<i>Universitetssykehuset Nord-Norge HF</i>	<i>+ 40 mill. kroner</i>
<i>Nordlandssykehuset HF</i>	<i>+ 5 mill. kroner</i>
<i>Helgelandssykehuset HF</i>	<i>+ 42 mill. kroner</i>
<i>Sykehusapotek Nord HF</i>	<i>+ 1 mill. kroner</i>
<i>Helse Nord IKT HF</i>	<i>0 mill. kroner</i>
<i>Sum</i>	<i>+ 283 mill. kroner</i>

3. *Basisrammen for 2023 fastsettes mellom helseforetak og formål slik (i 1000 kr):*

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalsum	
Ambulans	204 726	359 763	252 540	156 986	570 157	1 544 172	
Pasientreiser	281 435	232 862	276 685	160 482	32 557	984 021	
Psykisk helse	332 085	1 098 259	899 390	299 526	134 015	2 763 274	
TSB (rus)	29 856	157 836	55 234	37 838	156 562	437 326	
Somatikk	967 988	3 831 986	1 996 108	955 493	724 643	8 476 218	
Overgangsordninger	33 893	267 373	92 645	28 216		422 127	
Kapital	149 487	388 954	348 286	96 980	131 917	1 115 623	
Felleskostnader/adm					371 313	371 313	
Totalsum	1 999 470	6 337 032	3 920 888	1 735 521	2 121 162	16 114 074	

Øvrige inntekter fastsettes i tråd med vedlegg 1 i utredningen til styresak 139-2022 ad. inntektsrammer 2023.

4. *Styret vedtar oppdatert investeringsplan i tråd med vedlegg 2 i utredningen til styresak 139-2022.*
5. *Styret gir adm. direktør fullmakt til å justere investeringsrammer mellom prosjekter og mellom Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF innenfor vedtatte rammer for IKT-området.*
6. *Styret viser til vedtakspunkt 8 i styresak 117-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner, oppfølging av styresak 80-2022 og 97-2022 og ber adm. direktør komme tilbake til styret i november med forslag til samling av funksjoner som kan ha rask økonomisk effekt.*
7. *Styret ber adm. direktør utarbeide likviditetsprognoser for 2023 med scenarier for ulik grad av resultatoppnåelse, sammen med beskrivelse av styrets handlingsrom.*
8. *Styret ber om at adm. direktør fremlegger forslag til budsjett for styrets revisjonsutvalg i forkant av styrebehandling.*
9. *Styret forventer at adm. direktør fortløpende vurderer behov for nye vedtak som understøtter omstilling/har kostnadsreducerende effekt.*
10. *Styret ber adm. direktør komme tilbake innen utgangen av året med forslag til endrede fullmakter i konsernbestemmelser for investeringer.*
11. *Styret forutsetter at god medvirkning og medbestemmelse blir ivaretatt.*

Vedlegg:

1. Styresak 139-2022 Budsjett 2023, foretaksgruppen – ramme og føringer
2. Vedlegg til styresak 139-2022 - utredning

Møtedato: 26.oktober 2022
Vår ref.:
2022/66-16

Saksbehandler:
Hansen/Tidemann/Monsen

Dato:
20.10.2022

Styresak 139-2022

Budsjett 2023, foretaksgruppen – ramme og føringer

Saksdokumentene var ettersendt

Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF viser *styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplanen 2023-2030* (styremøte 22. juni 2022). Faglige føringer i økonomisk langtidsplan skal ligge til grunn for virksomheten i 2023.

2. Resultatkrav for 2023 vedtas slik:

Helse Nord RHF/styrets disposisjon	+ 171 mill. kroner
Finnmarkssykehuset HF	+ 24 mill. kroner
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	+ 40 mill. kroner
Nordlandssykehuset HF	+ 5 mill. kroner
Helgelandssykehuset HF	+ 42 mill. kroner
Sykehusapotek Nord HF	+ 1 mill. kroner
Helse Nord IKT HF	0 mill. kroner
Sum	+ 283 mill. kroner

3. Basisrammen for 2023 fastsettes mellom helseforetak og formål slik (i 1000 kr):

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finnmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF		Totalsum
Ambulanse	204 726	359 763	252 540	156 986	570 157		1 544 172
Pasientreiser	281 435	232 862	276 685	160 482	32 557		984 021
Psykisk helse	332 085	1 098 259	899 390	299 526	134 015		2 763 274
TSB (rus)	29 856	157 836	55 234	37 838	156 562		437 326
Somatikk	967 988	3 831 986	1 996 108	955 493	724 643		8 476 218
Overgangsordninger	33 893	267 373	92 645	28 216			422 127
Kapital	149 487	388 954	348 286	96 980	131 917		1 115 623
Felleskostnader/adm					371 313		371 313
Totalsum	1 999 470	6 337 032	3 920 888	1 735 521	2 121 162		16 114 074

Øvrige inntekter fastsettes i tråd med vedlegg 1 i utredningen til denne styresaken ad. inntektsrammer 2023.

4. Styret vedtar oppdatert investeringsplan i tråd med vedlegg 2 i utredningen til denne saken.
5. Styret gir adm. direktør fullmakt til å justere investeringsrammer mellom prosjekter og mellom Helse Nord RHF og Helse Nord IKT HF innenfor vedtatte rammer for IKT-området.

Bodø, 20. oktober 2022

Cecilie Daae
administrerende direktør

Formål

Formålet med denne styresaken er å:

- redegjøre for konsekvenser av forslag til statsbudsjett 2023.
- foreslå saldering av budsjett 2023.
- vedta budsjetttrammer og økonomiske resultatmål for 2023.

Styresaken bidrar til å oppfylle Helse Nords strategi gjennom å gi presise rammebetingelser og føringer som grunnlag for god virksomhetsstyring.

Beslutningsgrunnlag

Forslag til statsbudsjett 2023

Økonomiske rammebetingelser

For helseforetakene og foretaksgruppen samlet medfører forslag til statsbudsjett svært stramme rammebetingelser og behov for omfattende omstillinger for å bringe økonomien under kontroll. Lønns- og prisvekst for 2022 medfører en resultatforverring på omlag 300-400 mill. kroner som ikke kompenseres for 2023. Alle pandemirelaterte kompensasjoner avsluttes, noe som medfører at helseforetakenes inntekter reduseres med 255 mill. kroner sammenlignet med 2022.

I sum medfører forslag til statsbudsjett 2023 rammebetingelser for den sentrale budsjettsalderingen omtrent som lagt til grunn i *styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplanen 2023-2030* (styremøte 22. juni 2022). Sammenlignet med vedtatte rammer 2022 er det en netto realvekst i frie inntekter på om lag 70 mill. kroner. Det legges i tillegg inn ressurser til økt døgnkapasitet innen psykisk helse og rusbehandling og finansiering av utdanningsstillinger for spesialsykepleiere.

Oppdatering av nasjonal inntektsfordeling reduserer bevilgningen til Helse Nord isolert sett. Nedgangen utgjør om lag 118 mill. kroner for 2023 og den utgjorde 95 mill. kroner for 2022. Nord-Norge har over tid hatt en relativt lavere befolkningsvekst sammenlignet med andre regioner, og de siste tre årene en faktisk nedgang i antall innbyggere. Samtidig er det vekst i Sør- og Vest-Norge som medfører at andelen ressurser til Helse Nord reduseres. Trekket i inntektsfordelingen for 2023 er isolert sett 48 mill. kroner mer enn lagt til grunn i planen. Realvekst til spesialisthelsetjenesten demper konsekvensene, men befolkningsutviklingen medfører at Helse Nord må planlegge med lav inntektsvekst i årene framover.

Refusjonsandel innen innsatsstyrt finansiering (ISF) for somatikk er foreslått redusert fra 50 % til 40 % og medfører at basisrammen øker på 821 mill. kroner. I vår sentrale budsjettsaldering har vi lagt til grunn en netto negativ effekt for Helse Nord på 14 mill. kroner av endringen. De regionale helseforetakene vil få i oppdrag at ventetiden ikke skal øke i 2023 sammenlignet med 2022.

Det stilles fremdeles effektiviseringskrav til sektoren. Dette påvirker Helse Nord på flere områder:

- Basisrammen til Helse Nord reduseres isolert sett med 18 mill. kroner.
- ISF-prisen er underregulert med 0,2 %
- Polikliniske refusjonstakster underreguleres med 1,7 %.

Samlet innebærer dette et effektiviseringskrav på om lag 30 mill. kroner for foretaksgruppen.

Pensjonskostnadene i Helse Nord øker med 228 mill. kroner fra vedtatt budsjett 2022. Dette kompenseres med 241 mill. kroner i økt basisramme.

Forventet lønns- og prisstigning er 3,8 %, hvorav lønnsvekst 4,2 % og prisstigning på varer og tjenester 3,0 %. Kompensasjon for forventet lønns- og prisvekst er lavere enn anslagene fra Norges Bank og Statistisk sentralbyrå (SSB) og dette medfører risiko for 2023.

Øvrige større endringer

Helseregionene er styrket med 150 mill. kroner, hvorav Helse Nord får 18,1 mill. kroner for å øke døgnkapasiteten for barn, unge og voksne i psykisk helsevern. Bevilgningen holdes sentralt fram til vi har gjort vurdering av hvor det er hensiktsmessig å styrke kapasiteten. Det er generelt god døgnkapasitet i Helse Nord for disse gruppene, men det er press på kapasiteten for døgnbehandling av bla. spiseforstyrrelser og sikkerhetspsykiatri. Den økte bevilgningen til døgnkapasitet vil bli sett i sammenheng med det pågående arbeidet med delstrategi for psykisk helsevern og TSB, jf. *styresak 124-2022 Delstrategi psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling* (styremøte 28. september 2022). Styret vil få presentert et forslag til prioritering av midlene tidlig i 2023.

Helseregionene er styrket med 199 mill. kroner, hvorav Helse Nord tildeles 25,2 mill. kroner til utdanningsstillinger for spesialsykepleiere. Sammen med bevilgning fra 2022 (3,2 mill. kroner) skal midlene finansiere helårseffekt av stillinger opprettet tidligere år, samt opprettelse av nye stillinger. Det foreslås å fordele 20 mill. kroner til helseforetakene for å finansiere etablerte stillinger, mens 8,4 mill. kroner fordeles for opprettelse av 24 nye stillinger i 2023.

Helse Nord ble bevilget 15 mill. kroner (engangstilskudd) i statsbudsjettet for 2021 til operasjonsstue i Alta. Av forslag til statsbudsjett 2023 fremgår det at Finnmarkssykehuset har ledig operasjonsstuekapasitet og derfor har et større behov for å benytte midlene til oppgradering og utvidelse av poliklinikk og arealer for dagbehandling i Alta, enn til investering i ny operasjonsstue.

Regjeringen foreslår økt arbeidsgiveravgift med 5 %- poeng for lønnsinntekter over 750 000 kroner på personnivå. Dette medfører merkostnader på anslagsvis 50-60 mill. kroner for 2023. Dette forventes kompensert i revidert nasjonalbudsjett 2023.

Forslag til saldering av budsjett 2023

Sammen med noe større økning av basisrammen enn forutsatt knyttet til aktivitetsvekst og andre forhold, er det et sentralt handlingsrom på 10 mill. kroner. Det er da tatt høyde for økte kostnader til Norsk Pasientskade Erstatning (NPE) på 20 mill. kroner som følge av endring i rentenivå for beregningen, og usikkerhet knyttet til finansiering av nasjonale beredskapslagre på 5 mill. kroner.

Det foreslås følgende disponeringer:

- Digital læring i helseforetakene 4,1 mill. kroner
- Finansiering av kostnader til drift av regionalt beredskapslager på 6 mill. kroner.

I *styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplanen 2023-2030* (styremøte 22. juni 2022) ble det satt av 12 mill. kroner til oppfølging av faglige satsninger. Adm. direktør foreslår å disponere 5,1 mill. kroner til intensiv habilitering til barn og unge og 2 mill. kroner til oppfølging av prosjektet «trygg akuttmedisin».

Helse Nord er i ferd med å etablere tilbud om intensiv habilitering til barn og unge i regionen. Tilbudet skal integreres i det ordinære habiliteringstilbudet og gis i behandlingsskjeden mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tilbudet skal etableres i tråd med anbefalingene i rapporten «Regionalt tilbud om intensiv habilitering for barn og unge i Helse Nord».

«Trygg akuttmedisin» er et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Prosjektet ledes av UNN.

Budsjettrammer og økonomiske resultatmål for 2023.

Resultatkrav

Resultatkravene ble vedtatt i *styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030* (styremøte 22. juni 2022) og foreslås opprettholdt. Adm. direktør mener at man ved å fastholde resultatkravene til helseforetakene reduserer usikkerhet med hensyn til behov for nødvendig omstilling.

Helseforetakenes omstillingsbehov 2023

Sykehusforetakene har i perioden juli-september 2022 samlet gått med om lag 110 mill. kroner i underskudd per måned. Forslag til statsbudsjett endrer ikke rammebetingelser fra dette driftsnivået i helseforetakene nevneverdig. I økonomisk langtidsplan ble helseforetakene styrket med 50 mill. kroner for 2023. I *styresak 145-2022 Egenkapitalinnskudd og endring av driftskredittramme i helseforetakene*, som behandles i dette styremøte, foreslås egenkapitalinnskudd i helseforetakene som vil redusere rentekostnader med om lag 50 mill. kroner i helseforetakene. Sammenlignet med dagens drift er det dermed et omstillingsbehov i helseforetakene som overstiger 1 mrd. kroner for 2023, noe som tilsvarer om lag 4,7 % av driftsinntektene i foretaksgruppen.

Det vises til *styresak 134-2022 Oppfølging av omstillingsarbeidet i helseforetakene, oppfølging av sak 117-2022 og 122-2022 (ekstraordinært styremøte 7. oktober 2022)* for nærmere beskrivelser av omstillingsbehov og hvordan omstillingsarbeidet vil skje.

Helseforetakene skal som vanlig legge fram en plan for hvordan virksomheten for neste år skal drives innenfor tildelte økonomiske rammer.

Likviditet

Det er stor risiko for at omstillingsarbeidet vil ta tid og at dette vil medføre økonomiske avvik kommende år. Videreføring av dagens underskudd vil medføre likviditetsutfordringer utover i 2023. Med gradvis bedring og kontroll over

driftssituasjonen, kombinert med utsatte investeringer, vil likviditetssituasjonen være håndterbar.

Det vises til *styresak 145-2022 Egenkapitalinnskudd og endring av driftskredittramme i helseforetakene* (som behandles i dette styremøtet), hvor helseforetakenes rammer for kassakreditt endres. Det er nødvendig å endre rammene som følge av pensjonspremier større enn pensjonskostnaden, foreslått egenkapitalinnskudd i helseforetakene og for at Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset skal få betalt sine leverandører i tide. Helseforetakene må iverksette tiltak for å ha tilstrekkelig likviditet gjennom bedring av driften, utsette investeringer og vurdere salg av eiendom det ikke er bruk for.

Endringer investeringsplan

I *styresak 97-2022 Virksomhetsrapport nr. 6-2022 og 7-2022* (styremøte 24. august 2022) vedtok styret i punkt 2, som følger:

Styret i Helse Nord viser til styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 – inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030 og konstaterer at den økonomiske situasjonen i helseforetakene er forverret. Dette betyr at forutsetningene for å iverksette nye større investeringer ikke er tilstede og at lånesøknader utsettes.

I *styresak 117-2022 Helseforetakenes omstillingsplaner, oppfølging av styresak 80-2022 og 97-2022* (ekstraordinært styremøte 7. oktober 2022) vedtok styret i punkt 5, som følger: *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.*

Adm. direktør legger til grunn at helseforetakene utarbeider nødvendige tiltak for å bringe driften under økonomisk kontroll. For å ha tilstrekkelig likviditetsreserve og for å ta høyde for risiko knyttet til tidsperspektivet for omstillingsarbeidet må Nye Helgelandssykehuset og Nye Åsgård sykehus skyves i tid i økonomisk langtidsplan. Prosjektene er skjøvet to år i tid i vedlagte oppdaterte investeringsplan. Dersom helseforetakene får kontroll over økonomien i 2023 kan prosjektene vurderes framskyndet. Får helseforetakene ikke kontroll må prosjektene skyves ytterligere i tid.

I *styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030* (styremøte 22. juni 2022) ble det satt av investeringsrammer på 50 mill. kroner årlig fra 2023-2026 til standardheving av eksisterende bygg. Dette foreslås skjøvet ett år til 2024-2027.

Helseforetakenes investeringsrammer til utstyr og andre mindre investeringer foreslås ikke endret. Dette for å gi rom for tiltak som kan bidra til økt aktivitet, bedre kvalitet og bedret økonomisk resultat.

Sykehusapotek Nord HF har hatt driftsoverskudd over år og har bedt om økt investeringsramme til system for reseptur og butikkdata. Dette foreslås håndtert ved at investeringsrammen til helseforetaket økes med 7 mill. kroner i 2023.

Adm. direktør foreslår å opprettholde investeringsplanen innenfor IKT for tiltakene knyttet til informasjonssikkerhet. Cyber-risiko er vurdert som et område med høy sannsynlighet og stor konsekvens dersom foretaksgruppen blir rammet. Det foreslås at

adm. direktør får fullmakt til å åpne for en fleksibilitet mellom prosjekter som følge av løpende vurdering av risiko og eventuelle utfordringer på leveranser av komponenter knyttet til infrastruktur.

Som følge av ferdigstilt hovedinnføring for DIPS Arena, foreslår adm. direktør at investeringsrammen som er avsatt til journalarbeid i Arena-prosjektet reduseres med 50 mill. kroner. Midlene kan frigjøres uten at det går utover innføring av Arena pleieplan samt nødvendig oppfølging og videreutvikling av EPJ-området frem mot 2027. Innføring av elektronisk medikasjon og kurve anbefales videreført innenfor nåværende ramme. Forutsatt gjennomføring i løpet av 2023, er prognosen at budsjettrammen er tilstrekkelig. Innenfor ny ramme anbefales at FRESK tar ansvaret for innføring av behandlingsplaner, samt utvikling av app-løsninger for mobile enheter.

Det foreslås at investeringsrammer innen IKT flyttes fra Helse Nord RHF til Helse Nord IKT for reanskaffelser, kapasitetsutvidelser, sluttbrukerutstyr og mindre prosjekter innen IKT-området. Helse Nord IKT må tilpasse investeringsnivået for 2023 og årene framover til disse rammene. For andre større prosjekter vil rammene gjennomgå og flyttes til Helse Nord IKT etter dialog med helseforetaket. Dersom Helse Nord IKT vurderer at en annen fremdrift i godkjente prosjekter er hensiktsmessig så kan dette endres av adm. direktør i Helse Nord RHF innenfor den totale rammen for IKT-investeringer.

Det vises til vedlegg 1 i utredningen for nærmere beskrivelse av vurderinger rundt IKT-området.

I styresak 81-2022 *Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplan 2023-2030* (styremøte i Helse Nord RHF 22. juni 2022) ble det beskrevet at sammenholdt med innspillene på IKT-området innebærer investeringsrammene at det må gjøres strenge prioriteringer innenfor IKT-området i planperioden. Rammene vil medføre behov for å redusere omfanget av investeringer og ambisjonsnivået. Informasjonssikkerhetsarbeidet må ivaretas.

Medbestemmelse

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF ble orientert om arbeidet med *Økonomisk langtidsplan 2023-2026, inkludert rullering av investeringsplan* i samarbeidsmøte, den 8. mars 2022, jf. samarbeidsmøtesak 44-2022, dialogmøte 30. mai 2022 og drøfting 21. juni 2022.

Budsjett 2023 foretaksgruppen, rammer og føringer vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og -verneombud i Helse Nord RHF 25. oktober 2022. Protokoll fra drøftingsmøte ettersendes.

Brukermedvirkning

Regionalt brukerutvalg ble orientert om forslag til Statsbudsjett 2023 i deres møte 17. oktober 2022. *Budsjett 2023 foretaksgruppen - rammer og føringer* legges frem for Regionalt brukerutvalg i deres møte 10. november 2022.

Administrerende direktørs vurdering

Den økonomiske utviklingen og rammebetingelser for 2023 er svært krevende for foretaksgruppen. Helseforetakene har tidligere år hatt omstillingsutfordringer i størrelsesorden 300-800 mill. kroner. For 2023 vurderes utfordringen til å overstige 1000 mill. kroner med bakgrunn i dagens driftssituasjon.

Det vises til omtale av den økonomiske situasjonen i Helse Nord i forslag til statsbudsjett 2023: Den økonomiske utviklingen i regionen er svært bekymringsfull og innebærer behov for omfattende omstillingstiltak, som det nå arbeides med. Det er helt avgjørende for Helse Nord RHF sin langsiktige økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at økonomien kommer under kontroll. Helse Nord RHF vil få i oppdrag å vurdere egnede tiltak.

Helseforetakene skal styrebehandle budsjett for 2023 innen 16. desember 2022. Det er en klar føring at budsjettet skal være innenfor vedtatte økonomiske rammer og resultatkrav med en realistisk og risikovurdert plan for å løse nødvendig omstilling.

For regionale tiltak vises det til *styresak 134-2022 Oppfølging av omstillingsarbeidet i helseforetakene, oppfølging av sak 117-2022 og 122-2022* (ekstraordinært styremøte 7. oktober 2022) hvor styret vedtok mandat for innsiktsteam for oppfølging av omstillingsarbeidet. Det vises også til *styresak 140-2022 Budsjett 2023 - Helse Nord RHF* (i dette styremøtet), hvor det settes av prosjektmidler til regionale tiltak som «*GODT-planlagt*» og «*oppfølging av regional utviklingsplan 2038 og omstilling*».

Vedlegg: Utredning

Utredning

Hovedpunkter fra forslag til statsbudsjett 2023

Særskilte satsningsområder i forslag til statsbudsjett 2023

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Å skape pasientens helsetjeneste betyr å involvere pasientene som partnere i utviklingen av tjenestene og involvere den enkelte pasient i egen helse. Med dette som utgangspunkt vil styringskrav og mål i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2023 samles i følgende hovedområder:

- Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp
- Teknologi og digitalisering
- Organisasjon og økonomi

Hovedområdene følges opp i budsjettopplegget gjennom prioriteringene som er gjort i plan 2023-2026.

Økonomiske konsekvenser

I sum medfører forslag til statsbudsjett 2023 rammebetingelser for den sentrale budsjettsalderingen omtrent som lagt til grunn i *styresak 81-2022 Økonomisk langtidsplan 2023-2026 - inkl. rullering av investeringsplanen 2023-2030* (styremøte 22. juni 2022). Sammenlignet med vedtatte rammer 2022 er det en netto realvekst i frie inntekter på om lag 70 mill. kroner.

Tabellen oppsummerer avvik fra våre planforutsetninger.

Effekt forslag Statsbudsjett 2023 (i mill kr)	Statsbudsjett	Forutsatt plan	Avvik
Nasjonal inntektsmodell	-118	-70	-48
Endret ISF-andel, estimat effekt 2023	-14	-	-14
Aktivitetsvekst	165	130	35
Styrket grunnbevilgning	66		66
Effektivisering	-18		-18
Økt ramme for økte pensjonskostnader	241	228	13
Merkostnader NPE	-20		-20
Nasjonalt beredskapslager	-5		-5
Sum	298	288	10

For helseforetakene og foretaksgruppen samlet medfører forslag til statsbudsjett svært stramme rammebetingelser og behov for omfattende omstillinger for å bringe økonomien under kontroll. Lønns- og prisvekst for 2022 medfører en resultatforverring på omlag 300-400 mill. kroner som ikke kompenseres for 2023. Alle pandemirelaterte kompensasjoner avsluttes, noe som medfører at helseforetakenes inntekter reduseres med 255 mill. kroner sammenlignet med 2022.

Aktivitetsforutsetninger

Forslag til statsbudsjett legger til rette for en vekst i pasientbehandlingen på om lag 1,5 % på nasjonalt nivå fra saldert budsjett 2022. Basisrammen økes med 83 mill. kroner mer enn forutsatt for Helse Nord knyttet til aktivitetsvekst, økt grunnbevilgning og effektiviseringskrav.

Det er foreslått å redusere ISF-andelen for somatikk fra 50 til 40 % fra 2023. Gjennom økt rammefinansiering vil de regionale helseforetakene gis økt strategisk handlingsrom, og det kan bli økonomisk enklere for sykehusene å prioritere oppgaver som ikke gir inntekter gjennom ISF. Omleggingen er budsjettneøytral. Helse Nord RHF har lagt til grunn en netto negativ effekt på 14 mill. kroner av endringen i 2023.

ISF-andelen for poliklinisk psykisk helsevern og TSB tjenesteområdet anslås å være om lag 25 %. Det foreslås i 2023 ingen endringer i ISF-andelen.

På nasjonalt nivå legger forslag til statsbudsjett til rette for en vekst på 1,4 % fra estimat 2022 innen ISF, mens det innenfor laboratorie- og radiologiske undersøkelser i helseforetakene legges til rette for en vekst på om lag 2,5 % neste år.

Effektiviseringskrav

Effektiviseringskrav på ISF, lab og røntgen gjelder fremdeles, til tross for at begrepet avbyråkratiseringsreformen avvikles som forutsatt.

Basisrammen til Helse Nord reduseres med 18 mill. kroner. ISF-prisen er underregulert med 0,2 % og polikliniske refusjonstakster underreguleres med 1,7 %. Dette innebærer et effektiviseringskrav på om lag 30 mill. kroner for foretaksgruppen.

Endringer ISF

Fra 2019 ble det innført en prøveordning i ISF, hvor de regionale helseforetakene mottar ISF-refusjon per registrert pasient i utvalgte medisinske kvalitetsregistre. Målet er å stimulere til økt dekningsgrad i kvalitetsregistrene. Ordningen videreføres i 2023.

Enhetsprisen for poliklinisk psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) mot rusmiddelavhengighet tilsvarer 3 480 kroner (økt med 5,6 % fra 2022). ISF-prisen i somatisk virksomhet justeres med 3,6 % til kroner 49 484,-. Justeringen består av lønns- og prisvekst (+3,8 %) fratrukket effektiviseringskrav på 0,2 %.

Legemidler

Basisrammen reduseres med 30 mill. kroner til ISF, som følge av at flere legemidler skal inkluderes i innsatsstyrt finansiering.

Det kan være aktuelt å overføre finansieringsansvaret for flere legemidler til de regionale helseforetakene. Dette gjelder blant annet legemidler til intravenøs behandling av infeksjoner og parenteral ernæring. Forslag om overføring av finansieringsansvaret for legemidlene har vært på høring. Det er behov for enkelte forberedelser før en ev. overføring gjøres. Det tas sikte på å overføre finansieringsansvaret for legemidlene i 2024.

Nasjonal inntektsmodell

Oppdatering av nasjonal inntektsfordeling reduserer bevilgningen til Helse Nord isolert sett. Nedgangen utgjør om lag 118 mill. kroner for 2023 og den utgjorde 95 mill. kroner for 2022. Nord-Norge har over tid hatt en relativt lavere befolkningsvekst sammenlignet med andre regioner, og de siste tre årene en faktisk nedgang i antall innbyggere. Samtidig er det vekst i Sør- og Vest-Norge som medfører at andelen ressurser til Helse Nord reduseres. Trekket i inntektsfordelingen for 2023 er isolert sett 48 mill. kroner mer enn lagt til grunn i planen. Realvekst til spesialisthelsetjenesten demper konsekvensene, men befolkningsutviklingen medfører at Helse Nord må planlegge med lav inntektsvekst i årene framover.

Endringer i bioteknologiloven og vedtak om fostermedisinsk undersøkelse

Basisbevilgningen øker med 1 mill. kroner og særskilt tilskudd på 4,4 mill. kroner til Helse Nord videreføres som følge av lovendringer i bioteknologiloven. Dette gjelder tidlig ultralyd, endret aldersgrense for fosterdiagnostikk inklusiv NIPT og andre kostnader som tilkommer på sykehusene i tilknytning til å etablere og tilby assistert befruktning med eggdonasjon.

Bevilgningen fordeles til helseforetakene etter kostnadsøkning. På sikt vil bevilgningen fases inn i ordinær inntektsfordeling.

Innføring av betaling for nasjonale e-helseløsninger og nettløsninger

Økning i basisbevilgningen knyttet til nasjonale e-helseløsninger med netto 1,7 mill. kroner. Bevilgningen legges til regionalt IKT-budsjett.

Nettverk tvang

Tilskudd til Helse Nord for nettverk for forskning på tvang innen psykisk helsevern (3,3 mill. kroner) videreføres i 2022 som basisramme. Bevilgningen er lagt til UNN.

Pensjonskostnader

Pensjonskostnadene i helseforetakene i Helse Nord øker med 228 mill. kroner fra vedtatt budsjett 2022, mens Helse Nord får en samlet økning av basisrammen på 241 mill. kroner.

I budsjetttopplegget fordeles 228 mill. kroner til helseforetakene tilsvarende kostnadsøkningen. Deler av veksten vil være knyttet til økning i årsverk.

Utdanningsstillinger spesialsykepleiere

Helse Nord er bevilget 28,4 mill. kroner til utdanningsstillinger for spesialsykepleiere. Midlene skal finansiere helårseffekt av stillinger opprettet tidligere år, samt opprettelse av nye stillinger.

Det foreslås å fordele 20 mill. kroner til helseforetakene for å finansiere etablerte stillinger, mens 8,4 mill. kroner fordeles for opprettelse av 24 nye stillinger i 2023.

Lønns- og prisjustering og styrking av kapitaltilskudd

Det er lagt til grunn en lønns- og prisjustering på 3,8 %, hvorav lønnsvekst 4,2 % og prisstigning på varer og tjenester 3,0 %. Vi viderefører en priskompensasjon på 3,3 %. Differansen skyldes at pensjonsgrunnlaget er trukket ut av beregningen.

Egenandeler

Egenandelene for pasientreiser, opphold ved opptreningsinstitusjoner, behandlingsreiser til utlandet og poliklinisk helsehjelp øker med 3 %. Egenandelene økes fra 1.januar 2023, bortsett fra poliklinisk helsehjelp som økes fra 1.juli 2023.

Gebyret for manglende fremmøte til somatisk poliklinikk er i dag tre ganger egenandelsbeløpet (1 125 kr). Det foreslås å øke gebyret til å utgjøre fire ganger egenandelens størrelse (1 500 kr). Gebyret gir ett trekk i basisrammen på 7,6 mill. kroner. Trekket er fordelt etter inntektsmodellen for somatikk.

Rehabilitering i innsatsstyrt finansiering

Basisrammen reduseres med 5,9 mill. kroner som følge av at rehabilitering utvides innenfor innsatsstyrt finansiering. Trekket er fordelt etter inntektsmodellen for somatikk.

Hjemmetest livmorhalsprogrammet

Helse Nord er bevilget 0,3 mill. kroner til formålet. Beløpet holdes sentralt foreløpig.

Resultatbasert finansiering

Resultatbasert finansiering erstattet den tidligere ordningen med kvalitetsbasert finansiering fra 2022. Formålet med ordningen er å stimulere til ønsket tjenesteutvikling, med vekt på samhandling og digitalisering. For 2023 fordeles bevilgningen etter resultater innen følgende indikatorer:

- Andel video- og telefonkonsultasjoner
- Andel pasienter med digital skjemabasert oppfølging og monitorering
- Andel pasienter med gjennomført nettbasert behandlingsprogram
- Andel pasienter med samarbeidsmøter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innen psykisk helsevern og rusbehandling
- Andel pasienter med teambasert oppfølging (for eksempel ACT-/FACT-team)
- Andelen schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan
- Andel epikriser sendt innen en dag

Sammenlignet med nasjonal inntektsmodell taper Helse Nord 6,7 mill. kroner som følge av svakere resultater på indikatorene sammenlignet med øvrige regioner. Helse Nord har en relativt lav måloppnåelse på indikatorene andel schizofrenidiagnostiserte som har fått individuell plan og digital skjemabasert pasientoppfølging og monitorering.

Fordelingen mellom helseforetakene er basert på resultatbasert finansiering for 2022. Bevilgningen vil oppdateres nå oppdatert fordeling mellom helseforetakene i Helse Nord foreligger.

Styret har i tillegg fordelt ytterligere 6 mill. kroner i tråd med resultatene innen resultatbasert finansiering, og dette foreslås videreført for 2023.

Forskning og nasjonale kompetansetjenester

Den øremerkede forskningsbevilgningen er 82,5 mill. kroner, som tilsvarer en vekst på 2,9 % fra 2022.

Prosjekter som tidligere har fått flerårige tilsagn legges til helseforetakenes inntektsrammer nå. Bevilgninger vil som tidligere justeres våren 2023. UNN HF og NLSH HF får deler av bevilgningen som økt basisramme og deler som øremerket tilskudd.

Nasjonale tjenester får en bevilgning på 78,5 mill. kroner som er en økning på 2,9 %.

Adm. direktør foreslår at øremerkede bevilgninger til nasjonale kompetansetjenester fordeles mellom tjenestene på samme måte som i 2022.

Nasjonalt senter for e-helseforskning

Bevilgning til nasjonalt senter for e-helseforskning videreføres med 42,6 mill. kroner.

Andre forhold

Redningshelikopterbase i Tromsø

Døgnskuttet medisinisk tilstedevakt betjenes av personell fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Det foreslås derfor en styrkning til Helse Nord RHF på 4,9 mill. kroner i 2023 (helårseffekt 10,2 mill. kroner) til kompensasjon for merutgifter ved innføring av tilstedevakt for lege.

LIS1-stillinger

Helse Nord er bevilget 55,6 mill. kroner som fordeles til helseforetakene for å finansiere eksisterende LIS1-stillinger. Det forventes ytterligere finansiering av 6 stillinger som ble etablert 1. september 2022 og dette vil fordeles i justert budsjett.

Departementet har foreslått å redusere økningen i nye LIS1-stillinger. Det innebærer at helseforetakene i nord ikke kan tilsette i de siste 6 nye LIS1-stillingene som skulle ha startet opp 1. mars 2023. Det er ikke lagt inn budsjettmidler for disse stillingene.

Ambulanshelikopter i Kirkenes

Tilskudd til permanent ambulanshelikopter i Kirkenes videreføres med kr 63,6 mill. kroner, en økning 3,75 %.

Bevilgningen fordeles med 55,1 mill. kroner til Helse Nord RHF og 8,5 mill. kroner til Finnmarkssykehuset.

Sykestuer

Tilskudd til sykestuer i Finnmark videreføres med 11,0 mill. kroner.

Øvrige tilskudd

Øvrige tilskudd som er bevilget inkluderer tilskudd til medisinsk undersøkelse barnehus (4,7 mill. kroner), bedre psykisk helsehjelp i barnevernet, pilot Bodø (7,25 mill. kroner) og landsdekkende modell for rettspsykiatri (0,6 mill. kroner).

Lån til investeringer

Helse Nord RHF gis i 2023 lån til:

- Nye Narvik sykehus 597 mill. kroner.
- Nye Hammerfest sykehus, inkl. universitetslokaler 551 mill. kroner.
- Investeringsstilskudd landingsplass helikopter Hammerfest 72 mill. kroner.

Dette er omtrent i tråd med forutsetningene i *økonomisk langtidsplan 2023-2026*.

Driftskreditt

Foreløpige anslag viser at pensjonspremien blir høyere enn pensjonskostnaden for 2023. Dette er foreslått løst gjennom økt driftskredittramme i Norges Bank og bruk av opparbeidet premiefond i KLP. Adm. direktør vil komme tilbake til styret dersom det blir behov for justering av rammer for driftskreditt i helseforetakene.

Andre forslag til prioriteringer

Regionalt beredskapslager

Under pandemien ble det opprettet et regionalt beredskapslager i Harstad. Kostnadene til drift av lageret utgjør omlag 6,0 mill. kroner. og har vært dekket av øremerkede midler til pandemien som faller bort fra 2023.

Digital læring

Det foreslås å øke ressursinnsatsen fra 2,5 årsverk til 5 årsverk for å øke kompetanse og kapasitet, kvalitetsforbedringer, økt produksjon til en større bredde av målgrupper, økt bredde i digitale læringsformer og økt bruk av digital læring

Tidligere var kostnadene belastet foretakene som en del av administrative IKT-kostnader til e-læring på 2,6 mill. kroner. Beløpet flyttes til basisramme uten å trekke inn kostnadsbesparelsen fra foretakene.

Intensiv habilitering for barn og unge

Helse Nord er i ferd med å etablere tilbud om intensiv habilitering til barn og unge i regionen. Tilbudet skal integreres i det ordinære habiliteringstilbudet og gis i behandlingsskjeden mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Målgruppen er barn og unge med medfødte eller ervervede funksjonsnedsettelse som ved CP eller annen skade i hjernen, multifunksjonshemming eller syndromer, og deres foreldre. En regional arbeidsgruppe har utarbeidet en anbefaling for hvordan tilbudet kan innføres i regionen. Helse Nord vil i 2023 tildele 3,5 mill. kroner til UNN og 0,8 mill. kroner til Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset til etablering av behandlingstilbud for intensiv habilitering. Tilbudet skal etableres i tråd med anbefalingene i rapporten «Regionalt tilbud om intensiv habilitering for barn og unge i Helse Nord».

Prosjekt «trygg akuttmedisin»

UNN HF fikk i oppdragsdokumentet for 2022 ansvar for å lede et regionalt kvalitetsforbedringsprosjekt som skal sikre samarbeid om korrekt behandling ved akutt hjerteinfarkt. Målet er å øke andelen prehospital trombolyse ved STEMI hjerteinfarkt innen anbefalt tidsfrist. Adm. direktør foreslår at det bevilges 2 mill. kroner til prosjektet.

IKT- området

Planlagt investeringsbudsjett for drift- og infrastrukturinvesteringer i HN IKT samt systemutvikling i regi av HN RHF er gjennomgått. Samlet vurdering er at FRESK-programmet kan reduseres med 50 mill kr og at den øvrige IKT-porteføljen i stort kan gjennomføres som planlagt.

Drifts- og infrastrukturinvesteringer i HN IKT

Pågående prosjekter innenfor informasjonssikkerhet, virtuell digital arbeidsflate og Telecom anbefales videreført. Nytt prosjekt «Identity Access Management - 2» (IAM2) er nært knyttet til informasjonssikkerhet, og anbefales prioritert (se *styresak 144-2022 Regional innføring av tilgangsstyring – IAM2*). Videre anbefales at innføring av Office 365 prioriteres.

Det anbefales at HN IKT planlagte driftsinvesteringer (reanskaffelser), investeringer i sluttbrukerutstyr (PC/Wifi) samt noen mindre prosjekter, og at IKT-relaterte investeringer prioriteres innenfor en ramme på 105 mill. kr. Planlagte IKT-investeringer knyttet til nye sykehus i Hammerfest og Narvik anbefales opprettholdt som planlagt.

Det er utfordringer rundt leveransesvikt på enkelte komponenter, samtidig som det er grunn til å anta at det kan komme nye behov knyttet til applikasjonsporteføljen og MTU. Det anbefales at administrerende direktør gis fullmakt til å prioritere den samlede prosjektporteføljen basert på anbefalinger fra styret i HN IKT.

Adm. direktør vil komme tilbake til styret med nærmere orientering om den pågående kartlegging av applikasjonsporteføljen.

Systemutvikling i regi av Helse Nord RHF

FRESK-programmet er gjennomgått. Store deler av Arenainnføringen er gjennomført. Det anbefales å sette av midler til videreutvikling/oppfølging slik at organisasjonen kan nyttiggjøre seg ny funksjonalitet. I forbindelse med revidering av IKT-investeringsbudsjett for de neste årene, og som en følge av ferdigstilt hovedinnføring for DIPS Arena, foreslår adm. direktør at investeringsrammen som er avsatt til journalarbeid i Arena-prosjektet reduseres med 50 MNOK. Midlene kan frigjøres uten at det går utover innføring av Arena pleieplan samt nødvendig oppfølging og videreutvikling av EPJ-området frem mot 2027. Innføring av elektronisk medikasjon og kurve anbefales videreført innenfor nåværende ramme. Forutsatt gjennomføring i løpet av 2023, er prognosen at budsjettammen er tilstrekkelig. Innenfor ny ramme anbefales at FRESK tar ansvaret for innføring av behandlingsplaner, samt utvikling av app-løsninger for mobile enheter.

Det anbefales at prosjekt Digitale innbyggertjenester og arbeidet med konsolidering av fødesystemer fullføres, og at prosjekt for medikamentell kreftbehandling og anskaffelse av nytt kvalitetssystem samt innføring av ny teknologi AMK fortsetter som planlagt.

Elektronisk medikasjon og kurve:

Færre manuelle arbeidsoperasjoner og økt sikkerhet rundt håndtering av medikamenter.

Kritisk informasjon følger med pasienten ved overflytting mellom avdelinger og mellom helseforetak.

Tilgang til pasientens legemiddelliste gjennom hele pasientforløpet.

Datafangst fra medisinteknisk utstyr.

Videreutvikling Arena – innføring av pleieplaner:

Bedre dokumentasjon av pleieplaner vil bidra til større grad av likhet i pasientbehandlingen, basert på kunnskapsbaserte felles prosedyrer. Det vil gi langt bedre dokumentasjon av faglige vurderinger som gjøres rundt pleie- og miljøterapien, og bedre oversikt over aktivitet innenfor den største yrkesgruppen i sykehusene.

Medikamentell kreftbehandling

Færre manuelle prosesser, redusere risiko for feil dosering.

Raskere informasjonsflyt.

Felles kurbibliotek.

Vesentlig bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, samt oppfølging i hjemmet.

Docmap

Betre modul for avvikshåndtering, samt integrasjon med og www.melde.no

Mer fleksibel statistikk- og rapporteringsfunksjon.

Integrasjoner med sak/arkiv og elektronisk pasientjournal.

Budsjett Helse Nord RHF (morselskap)

Tabellen viser budsjettforslag 2023 for Helse Nord RHF. Aktivitetsbaserte inntekter bygger på Helse- og omsorgsdepartementets overslagsbevilgninger for Helse Nord. I endelig budsjett for foretaksgruppen vil aktivitetsbaserte inntekter kunne avvike fra dette tallet.

Budsjett 2023 morselskap (tall i 1000 kr)	Regnskap 2022	Vedtatt budsjett 2022	Budsjettforslag 2023
Basistilskudd	14 147 770	14 454 731	16 114 076
Aktivitetsbasert inntekt	4 511 668	4 621 414	4 040 042
Annen driftsinntekt	1 143 404	578 385	607 686
Sum driftsinntekter	19 802 842	19 654 529	20 761 804
Kjøp av helsetjenester	18 899 259	18 760 831	19 801 251
Varekostnad	32 594	15 000	15 000
Lønn og annen personalkostnad	131 281	148 255	148 418
Avskrivninger og nedskrivninger	17 875	12 309	16 125
Andre driftskostnader	430 486	590 719	648 594
Sum driftskostnader	19 511 495	19 527 113	20 629 388
Driftsresultat	291 347	127 416	132 416
Finansinntekt	100 011	102 584	107 584
Netto nedskrivning verdi datterforetak	-366 309		
Annen finanskostnad	-65 271	69 000	69 000
Årsresultat	-40 223	161 000	171 000

Funksjonsfordelt ramme etter forslag i saken:

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalsum	
Ambulanse	204 726	359 763	252 540	156 986	570 157	1 544 172	
Pasientreiser	281 435	232 862	276 685	160 482	32 557	984 021	
Psykisk helse	332 085	1 098 259	899 390	299 526	134 015	2 763 274	
TSB (rus)	29 856	157 836	55 234	37 838	156 562	437 326	
Somatikk	967 988	3 831 986	1 996 108	955 493	724 643	8 476 218	
Overgangsordninger	33 893	267 373	92 645	28 216		422 127	
Kapital	149 487	388 954	348 286	96 980	131 917	1 115 623	
Felleskostnader/adm					371 313	371 313	
Totalsum	1 999 470	6 337 032	3 920 888	1 735 521	2 121 162	16 114 074	

Vedlegg 1 Inntektsrammer 2023

Inntektsrammer 2023 (tall i 1000 kr)

Basissamme 2023	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Basissamme 2022 vedtatt budsjett	1 829 939	189 576	1 786 070	5 597 395	3 501 910	1 549 842	14 454 732
Realvekt		130 000					130 000
Oppdatering nasjonal inntektsmodell		-70 000					-70 000
NPE	-124 293	124 293					0
Flere utdanningsstillinger for spesialsykepleiere		-3 171	1 021	4 086	2 043	1 021	5 000
Tolkeloven		-458	73	189	123	72	0
Endring i biotekloven		-9 449	511	7 661	851	426	0
Ledelse av Regionalt Nærvernsnettverk					260	-260	0
Styrking kapitalkompensasjon		-7 000	1 064	2 768	2 478	690	0
Pensjonskostnader		-8 000	1 220	3 410	2 257	1 113	0
Pensjonskostnader overgangsordning			-1 200	2 900	-2 200	500	0
Styrking HF		-50 000	8 508	20 013	14 208	7 271	0
Samvalgsadministrator 2021-2023		-1 500	500		500	500	0
NST Døvblinde		-600		600			0
Forskningsmidler trekkes inn for ny fordeling senere	33 067			-30 009	-3 058		0
Oppdatering inntektsmodell somatikk			9 692	-10 765	5 891	-4 818	0
Oppdatering inntektsmodell psykisk helsevern			5 830	-1 036	887	-5 681	0
Oppdatering inntektsmodell rus			3 172	-12 671	-2 209	11 707	0
Kvalitetsregister BUP		-1 500		1 500			0
Strategiplan samisk helsetjeneste	1 000	-1 000					0
Forskning	5 000	-5 000					0
Sum basissamme 2023, per juni 2022	1 744 713	286 191	1 816 461	5 586 041	3 523 942	1 562 384	14 519 732
Realvekt avvik fra planforutsetninger		35 272					35 272
Oppdatering nasjonal inntektsmodell, avvik fra planforutsetninger		-312 191					-312 191
Effektivisering		-17 716					-17 716
Avvikling videreføkt forvaltningskost helse-norge (motsvares av lavere IKT-kostnad for HF)	6 500		-1 044	-2 685	-1 748	-1 023	0
Reserver og avslutning prosjekter RHF	-5 000	5 000					0
Tuberkuloseprogram, korrigerig av feil				326	-326		0
Prisomregning 3,8 pst. (eks pensjonskostnader, eks kapital)	59 447	7 889	53 308	176 722	105 846	45 866	449 078
Styrking kapitaltilskudd			4 792	12 468	11 164	3 109	31 533
Resultatbasert finansiering			425	-800	269	106	0
Endringer i biotekloven			54	811	90	45	1 000
Nasjonale e-helseløsninger	2 700						2 700
Nasjonale e-helseløsninger- til Hdir	-990						-990
Utdanningsstillinger spesialsykepleiere			2 029	10 084	6 058	2 029	20 200
Manglende prisjustering egenandeler			1 510	3 883	2 528	1 479	9 400
Økt gebyr manglende fremtømte poliklinikk			-1 215	-3 126	-2 035	-1 191	-7 567
Hjemmetest livmorhalsprogrammet		300					300
Behandling av seksuallovbruddsdomte				4 000			4 000
Regionale kompetanse behandling barn og unge med seksuelle atferdsproblemer			260	423	357	260	1 300
Opprydding av øremerkede tilskudd under kap. 732.70/Nettverk tvang UNN		1 275		3 425			4 700
Rehabilitering og innsatsstyrt finansiering			-947	-2 437	-1 587	-928	-5 900
Inkludering av legemidler i innsatsstyrt finansiering			-4 657	-11 849	-8 721	-5 072	-30 300
Pensjonskostnad - økt basisbevilgning	2 800	12 900	31 062	104 626	61 146	28 666	241 200
Prisjustering 3 pst egenandeler pasientreiser			-118	-98	-116	-67	-400
Prisjustering 3 pst egenandeler poliklinikk			-80	-207	-134	-79	-500
Lavere ISF-andel, flytting fra kap. 732.76	5 000	249 823	96 382	415 675	218 456	99 488	1 084 823
Styrke PH døgn		18 100					18 100
Økt basisbev til å gi rom for flere tiltak i 2023		66 300					66 300
Regionalt lager	6 000	-6 000					0
Digital læring		-4 050	450	2 250	900	450	0
Kjønnsinkongruens		-1 000		1 000			0
Persontilpasset medisin	350	-350					0
Behandlingstilbud for intensiv habilitering		-5 100	800	3 500	800		0
Prosjekt Trygg Akuttmedisin		-2 000		2 000			0
Forskning	-35 000			31 000	4 000		0
Sum basissamme 2023, per oktober 2022	1 786 521	334 643	1 999 470	6 337 032	3 920 888	1 735 521	16 114 074

Øvrig ramme	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Sykestuer Finnmark			11 000				11 000
Kvalitetsregistre estimat, endelig fordeling i oppdragsdokument	40 915						40 915
Nasjonalt senter for e-helseforskning				42 600			42 600
Medisinsk undersøkelse barnehus				2 393	2 308		4 700
Bedre psykisk helsehjelp i barnevernet, pilot Bodø					7 250		7 250
Landsdekkende modell for rettspsyki				600			600
Nettverk for forskning tvang, flyttet til basissamme fra 2023							-
Døgnplass spiseforstyrrelse BUP				3 000			3 000
USA-stillinger			11 705	20 484	14 632	8 779	55 600
Tilskudd til turnustjeneste estimat, fordeles oppdragsdokument	113		943	2 438	2 007	1 019	6 520
Helikopter Kirkenes	55 092		8 508				63 600
Fellesoperert redningshelikopterbase Tromsø og Svalbard				10 200			10 200
Landingsplass Hammerfest (investeringstilskudd)			72 000				72 000
Endringer i biotekloven			238	3 567	396	198	4 400
Tarmkreftscreening			200	2 700	2 200	200	5 300
SUM øvrig ramme 2023, per oktober 2022	96 120	-	104 594	87 982	28 792	10 197	327 685

Resultatbasert finansiering	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Foreløpig fordeling 2023			11 425	29 065	19 526	9 084	69 100
SUM resultatbasert finansiering 2023, per oktober 2022	-	-	11 425	29 065	19 526	9 084	69 100

Øremerket tilskudd Nasjonale tjenester (konto 3340)	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Nasjonal kompetansetjeneste, antibiotikaresistens				7 934			7 934
Nasjonal komp.tjeneste for barn og unge med funksjonsnedsl.	2 675						2 675
Nasjonal komp.tjeneste for inkontinens og bekkenbunnsyk.				2 672			2 672
Samisk nasjonal kompetansetjeneste - psykisk helsevern og rus			4 503				4 503
Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde				3 235			3 235
Ufordelt nasjonale tjenester							-
Døvblindesentre	48 710			8 771			57 481
SUM Nasjonale tjenester 2023, per oktober 2022	51 386	-	4 503	22 612	-	-	78 500

Øremerket tilskudd Forskning (konto 3320)	RHF	Styrets disp	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	Sum
Forskningsmidler, faste bevilgninger og flerårige prosjekter. Nye prosjekter 2023	55 978		2 684	12 993	8 656	2 189	82 500
SUM øremerket forskning 2023, per oktober 2022	55 978	-	2 684	12 993	8 656	2 189	82 500

Vedlegg 2 Investeringsplan 2022-2030

Investeringsplan - Totale rammer inkl prisstigning til ferdigstillelse og byggeårsrenter	Sum tidligere år	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	SUM inkl tidl. År
Finmarkssykehuset											
Helikopterlandingsplass Kirkenes				34 000	20 000						54 000
Nye Hammerfest sykehus P50, eksklusive universitetsarealer	983 000	500 000	612 000	225 000							2 320 000
Nye Hammerfest sykehus, universitetsarealer	50 000	100 000	50 000								200 000
Nye Hammerfest sykehus, helikopterlandingsplass		22 600	72 000								94 600
Korona-investeringer styresak 104-2020	21 200										21 200
Operasjonsstue Alta		15 000									15 000
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		45 000	45 000	45 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	45 000	
Sum Finmarkssykehuset		682 600	779 000	304 000	70 000	50 000	50 000	45 000	45 000	45 000	
UNN											
Nye Narvik sykehus P50	997 000	723 000	639 000	313 000							2 672 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	73 900										73 900
UNN psykiisk helsevern Tromsø P50			0	0	50 000	150 000	700 000	700 000	300 000		1 900 000
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		275 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	180 000	180 000	180 000	
Sum UNN		998 000	839 000	513 000	250 000	350 000	900 000	880 000	480 000	180 000	
Nordlandssykehuset											
Korona-investeringer styresak 104-2020	42 200										42 200
Korona- testing	8 600										8 600
Strålemaskin		20 000	20 000								40 000
Biotechnologi - NIPT	1 200	2 400									3 600
Landingsplass Bodø			20 000								20 000
Fagplan TSB		10 200									10 200
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		80 000	80 000	80 000	80 000	80 000	100 000	90 000	90 000	90 000	
Sum NLSH		112 600	120 000	80 000	80 000	80 000	100 000	90 000	90 000	90 000	
Helgelandsykehuset											
Utvikling av Helgelandsykehuset P50	20 000	0	0	0	50 000	70 000	400 000	700 000	760 000		2 000 000
Korona-investeringer styresak 104-2020	24 800										24 800
Til HF-styrets disposisjon (MTU, ambulanser, KLP mv.)		70 000	60 000	50 000	50 000	50 000	50 000	45 000	45 000	45 000	
Sum Helgelandsykehuset		70 000	60 000	50 000	100 000	120 000	450 000	745 000	805 000	45 000	
Helse Nord IKT											
Vedtatte prosjekter											
Korona-investeringer styresak 104-2020	33 000										33 000
Til HF-styrets disposisjon		84 400	105 000	105 000	105 000	105 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
Sum Helse Nord IKT		84 400	105 000	105 000	105 000	105 000	30 000	30 000	30 000	30 000	
Sykehusapotek Nord											
IKT											
Utstyr/areal		7 000	10 000	3 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	
Lokaler i nye sykehus			7 000	8 000			15 000				
Sykehusapotek Nord		7 000	17 000	11 000	2 000	2 000	17 000	2 000	2 000	2 000	
Helse Nord RHF											
FRESK	468 100	130 000	15 100	0							613 200
Felles regionale IKT-prosjekt/digitale innbyggertjenester	395 450	131 150	30 400	4 600	7 700	0	30 000	30 000	30 000	30 000	689 300
IKT investeringer			0	50 000	0	0					50 000
IKT investeringer, ubrukte rammer tidligere år			29 700	15 800	52 700	15 000					113 200
Infrastruktur IKT UNN Narvik				17 000							17 000
Infrastruktur IKT FIN Hammerfest				16 000							16 000
Finmarkssykehuset Hammerfest P85		0	0	100 000	162 000						262 000
UNN Narvik P85			0	100 000	72 000						172 000
Helgelandsykehuset utvikling P85			0	0	0	0	0	400 000	100 000		500 000
Påkostning (standardheving) eksisterende anlegg			0	50 000	50 000	50 000	50 000				200 000
Usikkerhet strategiske prosjekter i konseptfase							0	500 000	500 000		1 000 000
Usikkerhet nye strategiske prosjekter				0	50 000	50 000	50 000	500 000	500 000	500 000	1 200 000
Sum Helse Nord RHF		261 150	75 200	353 400	394 400	115 000	130 000	980 000	1 130 000	530 000	
Sum investeringsplan		2 215 750	1 995 200	1 416 400	1 001 400	822 000	1 677 000	2 772 000	2 582 000	922 000	

Møtedato: 10. november 2022

Vår ref.:
2022/140-25

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
27.10.2022

Styresak 98-2022

Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Ungdomsrådet Nordlandssykehuset – referat 10. oktober 2022
2. Brukerutvalget Finnmarkssykehuset – referat 06. oktober 2022
3. Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset – referat 10. oktober 2022
4. Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 01. november 2022 – protokoll
5. Regional pårørendestrategi - henvendelse fra Brukerutvalget UNN

Forslag til vedtak:

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

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar framlagte saker til orientering.

Bodø, 01. november 2022

Hilde Rolandsen
fungerende administrerende direktør

Referat møte i Ungdomsrådet 10. oktober 2022

Sted: Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)

Tidspunkt: 15:30 til 18:30



Deltagere:		Tilstede	Meldt forfall
Danielle Johanna Hansen	Leder	X	
Olav Wiik Moland	Nestleder	X	
Susanne Regine Inga	Samisk representant		X
Linea Vold		X	
Lea Hasse		X	
Trine Lise Antonsen		X	
Karoline Steffensen		X	
Mari-Sofie Nordland			X
Lina Ramberg Aas		X	
Nikolai Heldahl			X
Vinjar Meosli		X	
Håvard Moland		X	
For Nordlandssykehuset			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/koordinator	X	
Kirsti Jørgensen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken	X	
Marianne Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse- og rusklinikken		X
Tone Johnsen	Kontaktperson Medisinsk klinikk	X	
Silje Hageengen Lundeng	Kontaktperson Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling		X
Daniel Mørch	Leder Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA)	Sak 31/22	
Hedda Soløy-Nilsen	Klinikk sjef psykisk helse- og rusklinikken	Sak 31/22	
Ingeborg Overvoll	Sykehusprest	Sak 33/22	
Elin Marie Wedege Irgens	Sykehusprest	Sak 33/22	

Saksliste:

28/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
29/2022	Godkjenning av referat møte 15. september
30/2022	Møte med direktøren 07. desember
31/2022	Samarbeid psykisk helse- og rusklinikken
32/2022	Oppdrag og gjennomført siden sist
33/2022	Eventuelt

Saksnummer	Sak
28/2022	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
29/2022	<p>Godkjenning av referat møte 15. september</p> <p>Vedtak: Referatet fra møtet godkjennes.</p>
30/2022	<p>Møte med direktør 07. desember</p> <p>Direktøren deltar på vært neste møte. Vi forbereder oss og jobber i grupper:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hva er viktige saker for oss å ta opp? <ul style="list-style-type: none"> • Gode overganger • Ettermiddagspoliklinikk • Ventetid for barn og unge i psykiatrien • Å ta vare på pårørende • Tilbudet til skeive og transpersoner • Samarbeidet mellom sykehuset og kommunale tjenester • Få på plass ungdomsrom • Aldersgrense på barneavdelingen må økes til 18 år • Status på FACT Ung 2. Hva synes vi fungerer godt på Nordlandssykehuset? <ul style="list-style-type: none"> • Gode lokaler som fungerer godt. Det er ikke slik alle andre deler av landet • Leilighetstilbud ved en del av psykisk helse- og rustilbudet • Brukermedvirkning på systemnivå • CL-temaet er et veldig godt tilbud, ildsjeler som jobber hardt • HIPPO-prosjektet • Arbeidet med et barnevennlig sykehus • Somatikken: Veldig flinke på å sette opp en plan og få en til å føle seg godt ivaretatt • Åpenhet om ting som har blitt gjort feil • Gode behandlere • Mange flinke helsepersonell som er interesserte og bryr seg om det vi har å si • Ungdomsrådet; vi blir faktisk lyttet til og de rundt er interessert i det vi har å si. De som møter hos oss er interessert <p>Vedtak: Sakene fra diskusjonen presenteres for direktøren på møtet i desember.</p>

<p>31/2022</p>	<p>Samarbeid psykisk helse- og rusklinikken</p> <p>Samtale med Daniel Mørch, leder barne- og ungdomsavdeling (BUPA) og Hedda Soløy-Nilsen Klinikkssjef psykisk helse- og rusklinikken.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan går det etter implementering av rutine for overgang i psykisk helse- og rusklinikken? 2. Ventetiden for barn og unge 3. Ungdomsrådet ønsker å delta på fagdager/andre arenaer med behandlere, særlig for å sette fokus på gode overganger <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet er fornøyd med at rutinen for gode overganger er implementert. 2. Klinikken ønsker ungdomsrådet velkommen til å delta på aktuelle fagdager/møter. Særlig Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) og Voksenpsykiatrisk poliklinikk (VOP) vil være relevant. 											
<p>32/2022</p>	<p>Oppdrag og gjennomført siden sist</p> <table border="1" data-bbox="261 972 1465 2020"> <thead> <tr> <th data-bbox="261 972 941 1048">Oppdrag og gjennomført siden sist</th> <th data-bbox="941 972 1465 1048">Representant ungdomsrådet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="261 1048 941 1205"> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeidsgruppe som skal se på etableringen av FACT Ung Bodø. Et tilbud for ungdom fra 13 til 24 år. </td> <td data-bbox="941 1048 1465 1205"> <p>Danielle Deltatt på to møter, prosjektsøknad er sendt inn. Spørsmål om prosjektet vil bli realisert eller ikke.</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="261 1205 941 1361"> <ol style="list-style-type: none"> 2. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning </td> <td data-bbox="941 1205 1465 1361"> <p>Viktoria i arbeidsgruppen Lea holdt innlegg, 29. september 2022</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="261 1361 941 1626"> <ol style="list-style-type: none"> 3. Innlegg på seminar om samvalg Når? 02. november, kl. 15.00 til 16.00 Hvor? Scandic Bodø Kontaktperson: Elisabeth Sundquist, UNN </td> <td data-bbox="941 1361 1465 1626"> <p>Olav Lea</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="261 1626 941 2020"> <ol style="list-style-type: none"> 4. Et barnevennlig sykehus Kirsti Neset er kontaktperson. </td> <td data-bbox="941 1626 1465 2020"> <p>Linea Lea</p> <p>Linea og Lea ønsker å ha et formøte med Kirsti. Linea: Ferdig 15.00, men passer ikke onsdag Lea: Ferdig ti over halv fire hver dag</p> </td> </tr> </tbody> </table>		Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeidsgruppe som skal se på etableringen av FACT Ung Bodø. Et tilbud for ungdom fra 13 til 24 år. 	<p>Danielle Deltatt på to møter, prosjektsøknad er sendt inn. Spørsmål om prosjektet vil bli realisert eller ikke.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning 	<p>Viktoria i arbeidsgruppen Lea holdt innlegg, 29. september 2022</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Innlegg på seminar om samvalg Når? 02. november, kl. 15.00 til 16.00 Hvor? Scandic Bodø Kontaktperson: Elisabeth Sundquist, UNN 	<p>Olav Lea</p>	<ol style="list-style-type: none"> 4. Et barnevennlig sykehus Kirsti Neset er kontaktperson. 	<p>Linea Lea</p> <p>Linea og Lea ønsker å ha et formøte med Kirsti. Linea: Ferdig 15.00, men passer ikke onsdag Lea: Ferdig ti over halv fire hver dag</p>
Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet											
<ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeidsgruppe som skal se på etableringen av FACT Ung Bodø. Et tilbud for ungdom fra 13 til 24 år. 	<p>Danielle Deltatt på to møter, prosjektsøknad er sendt inn. Spørsmål om prosjektet vil bli realisert eller ikke.</p>											
<ol style="list-style-type: none"> 2. Prosjektgruppe kurs brukermedvirkning 	<p>Viktoria i arbeidsgruppen Lea holdt innlegg, 29. september 2022</p>											
<ol style="list-style-type: none"> 3. Innlegg på seminar om samvalg Når? 02. november, kl. 15.00 til 16.00 Hvor? Scandic Bodø Kontaktperson: Elisabeth Sundquist, UNN 	<p>Olav Lea</p>											
<ol style="list-style-type: none"> 4. Et barnevennlig sykehus Kirsti Neset er kontaktperson. 	<p>Linea Lea</p> <p>Linea og Lea ønsker å ha et formøte med Kirsti. Linea: Ferdig 15.00, men passer ikke onsdag Lea: Ferdig ti over halv fire hver dag</p>											

<p>5. Videreføring og utvikling av HIPPO</p>	<p>Linea Trine-Lise</p> <p>Linea: Ferdig 15.00, men passer ikke onsdager Trine-Lise: Jobber til 15.00 hver dag.</p>
<p>6. Regionalt kompetansenettverk for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen</p> <p>Kontaktperson: Kari Bøchmann</p>	<p>Susanne Regine Inga</p> <p>Møte gjennomført 22. til 23. juni i Bodø</p>
<p>7. Regional brukerkonferanse 2022</p> <p>Leder og nestleder invitert: Deltakelse og innlegg om 10 prinsipper for god medvirkning.</p>	<p>Danielle og Olav</p>
<p>8. Samling i Tromsø for landets ledere, nesteledere og koordinatore av Ungdomsråd.</p> <p>22. til 23. september i Tromsø</p>	<p>Danielle og Olav</p>
<p>9. Arbeidsgruppe for å lage film</p>	<p>Karoline Trine-Lise Olav Linea</p> <p>Ønsker særlig å delta i start-fasen av arbeidet</p>
<p>10. Ungdommens fylkesting 2022</p> <p>Helgen 18.-20.november går årets Ungdommens fylkesting av stabelen i Bodø. Tidsrammen er Fredag 18.november kl. 12.00 til søndag den 20. november kl. 15.30. Thon Nordlys Hotell. Alle kostnader til overnatting og måltider dekkes av Nordland fylkeskommune.</p>	<p>Vinjar Lea Linnea</p>
<p>11. Nasjonalt klinisk nettverk for spiseforstyrrelser skal ha et temamøte hvor tematikken er brukermedvirkning.</p> <p>Møtet er 17.11.22, kl. 12:30. Innlegget er på 15 minutter. De ønsker: Kort presentasjon av ungdomsrådet og presentert 7 prinsipper for</p>	<p>Ønsker: Leder for ungdomsrådet Danielle Johanne Hansen deltar</p>

gode overganger og vist til hvordan de ser for seg et samarbeid med ulike avdelinger på sykehuset med temaet overganger som eksempel.

Vedtak:

1. Oppdrag gjennomføres slik det fremkommer av tabell.
2. Ungdomsrådet etterspør om FACT Ung Bodø er et tilbud som vil bli realisert.

33/2022

Eventuelt

- **Møte med preste- og samtaletjenesten**

Innledning ved Ingeborg Overvoll og Elin Marie Wedege Irgens, sykehusprester ved Nordlandssykehuset HF, presenterte preste- og samtaletjenesten. Diskusjon og spørsmål.

- **Innspill til helgesamling i februar**

- Brukermedvirkning som tema, hva er våre rettigheter
- Unge funksjonshemmede

Vedtak:

1. Ungdomsrådet takker for presentasjonen av preste- og samtaletjenesten.
2. Arbeidsutvalget jobber videre med planleggingen av helgesamling i februar.

Neste møte: 07. desember, kl. 15.30 til 18.30, Panorama kafé. Årets siste møte.

Oppfølgingsaker med status

1. Det må lages rutiner for gode overganger på alle relevante avdelinger.
 - ⇒ Eget punkt i ny strategisk utviklingsplan, etterspørre status: **Møte i oktober**
 - ⇒ Oppfølging av rutine psykisk- helse og rusklinikken: **Møte i oktober**
 - ⇒ Stille et åpent spørsmål til aktuelle klinikker/avdelinger om å kunne gå i samarbeid om rutiner: **Avventer litt, mye fokus på budsjett**
2. Aldersgrensen på barneavdelingen må økes til 18 år.
 - ⇒ Ta det opp i aktuelle fora. Møte med direktør
3. Ventetiden for barn og unge i psykiatrien og barnehabilitering må ned.
 - ⇒ **Ta opp tematikken i brukerutvalget, og i møte 10. oktober**
 - ⇒ **Ta opp tematikken med Unge Funksjonshemmede**
4. Det må opprettes en barne- og ungdomsklinikk.
 - ⇒ **Arbeidet med å fatte beslutning er satt på vent**
5. Vi må ha et brukervennlig tilbakemeldingssystem, og tjenester som tar tilbakemeldingene på alvor.
 - ⇒ **Prosess HelseNorge. Potensielt oppdragsdokument, nevne i innlegg osv. Pilot, sjekke andre ungdomsråd, FIT (Feedbackinformerte tjenester)**
 - ⇒ **Spilt inn til Oppdragsdokumentet**
6. Vi ønsker muligheten for å få timer på ettermiddagen, etter jobb og skole.
 - ⇒ **Gjennomføres på VOP**
 - ⇒ **Innspill sendt til direktør, ta opp i aktuelle fora**
7. Vi ønsker et ungdomsrom der ungdom kan oppholde seg når de er på sykehus.
 - ⇒ Ungdomsrom etablert på barneavdelingen. Kan man tenke breiere rundt rommet?
Diskutere med det nye ungdomsrådet og kontaktperson Silje.
8. Kommunikasjonen med barn og ungdom må bli bedre – vi må møtes *der vi er*.
 - ⇒ **Internundervisning og foredrag, plakat 10 råd, delta på fagdager, sende ut melding hvor vi inviterer oss inn**
9. Samarbeidet på sykehuset må bli bedre, internt i sykehuset og mellom skole/kommune/sykehus, og koordinatorsystemet må funke.
 - ⇒ Helsefelleskap (SSU), involveres i under-råd, koordinatorsystemet, hva er lovpålagt? Hva har man krav på? Generelt rettigheter, følge saken i brukerutvalget:
Møte til våren/helgesamling
10. Tilbudet til skeive og transpersoner må bli bedre, og de må bli møtt på en respektfull måte.
 - ⇒ **Spille inn til Oppdragsdokumentet 2023**
 - ⇒ **Ønskes inn på ledergruppa**
11. Pårørende og barn som pårørende må følges bedre opp
 - ⇒ Ungdomsrådet deltar på fagdag og opplæring av helsepersonell, utvikle/dokument som omhandler ungdom som er pårørende, **helgesamling/arbeidsgruppe**
12. Satsning på brukermedvirkning
 - ⇒ 10 råd for reell brukermedvirkning, foredrag/undervisning,

Siden sist i bilder



Lea holdt innlegg om ungdomsrådets arbeid på kurs for brukermedvirkere 29. september



Samling med ledere og nestledere av ungdomsrådene i landet, 22. til 23. september i Tromsø



Susanne og Sissel på møte i den regionale arbeidsgruppa som jobber med samisk helse





Brukerutvalgsmøte Finnmarkssykehuset HF

REFERAT

6. oktober 2022

Beate Juliussen
06.10.2022

Postadresse

Finnmarkssykehuset
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Besøksadresse

Hammerfest sykehus
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Tlf, sentralbord: 78 42 10 00

postmottak@finnmarkssykehuset.no
www.finnmarkssykehuset.no

Organisasjonsnummer
983 974 880



Kjell Magne Johansen	Leder	Til stede	
Gro Johansen	Nestleder	Til stede	
Torhild Ackermann	Medlem	Til stede	
Tom-Kristian Tommen Hermo	Medlem	Til stede	
Astrid Daniloff	Medlem	Til stede	
Bjørnar Leonardsen, vara for Alf Bjørn	Medlem	Til stede	
Solveig Methi	Medlem	Til stede	
Knut Harald Eriksen	Medlem	Til stede	
Susanne Elisabeth Siri	Medlem	Til stede	

Fra administrasjonen møte:

Beate Juliussen	Administrasjonsleder (referent)
Per Angermo	Administrerende direktør, deltok på sak 32/2022
Kirsti Høylo Larsen	Samvalgskordinator, deltok på sak 33/2022
Bjørn Erik Johansen	Avdelingsleder Pasientreiser, deltok på sak 34/2022
Lill-Gunn Kivijervi	Økonomileder, deltok på sak 35/2022
Violet Karoliussen	Prosjektleder OU NHS, deltok på sak 36/2022
Vivi Brenden Bech	Kvalitets- og utviklingsleder, deltok på sak 37 og 38/2022
Harald G. Sunde	Medisinsk fagleder, deltok på sak 39/2022



Sak 29/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det innkalles til Brukerutvalgsmøte i Finnmarkssykehuset HF 6. oktober 2022 på Teams. Møtet er gjort digitalt på grunn av den økonomiske situasjonen i foretaket.

Saksnr	Sakens navn
29/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
30/2022	Godkjenning av referat fra BU møte 15.-16. juni 2022
31/2022	Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg møte 15. september 2022
32/2022	Direktørens time
33/2022	Samvalg – ett felles mål
34/2022	Pasientreiser
35/2022	Den økonomiske situasjonen i Finnmarkssykehuset HF
36/2022	Nye Hammerfest sykehus – mandater for organisasjonsutviklingsprosessen
37/2022	Tertialrapport 2. tertial Oppdragsdokumentet 2022
38/2022	Innspill til oppdragsdokumentet 2023
39/2022	Medisinsk fagsjef orienterer
40/2022	Møteplan 2023
41/2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Muntlig informasjon fra BU leder 2. Muntlig informasjon fra BU medlemmer 3. Muntlig informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF
42/2022	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Bekymringsmelding fra fagmiljøet i fysikalsk medisin og rehabilitering i Nord Norge
43/2022	Eventuelt

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 30/2022 Godkjenning av referat fra møtet i Brukerutvalget 15.-16. juni 2022

Vedtak: Referatet fra brukerutvalgsmøte 15.-16. juni 2022 godkjennes.

Sak 31/2021 Referat AU-møte 15. september 2022

Vedtak: Brukerutvalget tar referatet fra AU møte 15. september 2022 til orientering.



Sak 32/2022 **Direktørens time**

Administrerende direktør Per Angermo innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Du har besøkt lokalisasjonene, kommer du til å besøke sykestuene?

Svar: Ønsker å besøke alle lokalisasjoner, og sykestuene er viktige, de er sykehusets forlengede arm.

Digitalisering er viktig, husk også å tenke på det digitale utenforskapet.

Ambulansehelikopteret til Kirkenes. Det er ikke tilrettelagt for transport av pasienten fra landingsplassen og til sykehuset/akuttmottaket. Hva skjer med dette?

Svar: Helikopterlandingsplass er det fokus på, og det jobbes med. Det jobbes også for å få på plass en base for personellet.

Økonomisk situasjon i foretaket – skal ikke gå ut over pasientbehandling, og alle skal føle seg trygg på at de som trenger helsehjelp får det.

Se på brukerutvalget som en ressurs, vi bidrar med vår kompetanse. Er også fordelt i ulike utvalg, og bidrar på ulikt vis. Kontakt oss gjerne om det er noe vi kan bidra med.

Funksjonsfordeling i Finnmarkssykehuset – må kanskje spesialisere oss mer?

Svar: Tjenestedesign og funksjonsfordeling – intensjon er å styrke pasienttilbudet. Å samle et fagmiljø vil gi positive ringvirkninger.

Vedtak:

Informasjon fra administrerende direktør tas til orientering.

Sak 33/2022 **Samvalg – ett felles mål**

Samvalgskordinator Kirsti Høylo Larsen innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Viktig å involvere pårørende i samvalg. En del valg en gjør vil kunne påvirke livet fremover. Få støtte i de valgene en gjør.

Tenker en samvalg også innen psykisk helse?

Svar: ja, psykisk helse hører også inn under samvalg.



Samvalg og samspill mellom sykehuslege og fastlege er viktig. Samvalget må starte allerede ved kontakten med fastlegen, samt at oppfølgingen etter besøk på sykehus følges opp av fastlegen.

Samvalg er et fint tillegg til pasientforløpet.

På sommeren er det stillstand, får ikke svar på henvendelser. Ønsker at ikke alle tar ferie på en gang. Viktig med forutsigbarhet for pasientene. Det er en belastning for pasienten at alt blir satt i ro på sommeren.

Kan du si noe om pasientforløp og ventelister?

Svar: På sommeren er det mange vikarer. Men må også sikre oss gode pasientløp på sommeren. Samvalg skal komme naturlig inn, også hos vikarer. Ventelister bringes videre, og det jobbes med.

Hvordan skal en løse utfordringa for de som er enslig og ikke har noen de kan ta med seg til konsultasjon hos lege? Er det mulighet for å få en pasientvenn som kan følge med til lege? Utfordring for de som er alene og spesielt for samisk talende pasienter.

Svar: Har ikke svar på dette, men tar med disse spørsmålene videre.

Vedtak:

Informasjon om samvalg tas til orientering.

Sak 34/2022 Pasientreiser

Avdelingsleder for Pasientreiser, Bjørn Erik Johansen innledet i saken.

Pasientreiser har spilt inn at det er større behov for Finnmarkspasientene å ha med seg pårørende fordi en i større grad må reise langt. Har også spilt inn at det er større behov for overnatting, og at hele beløpet for overnatting bør dekkes.

Ny attestasjonsløsning for rekvisisjon av transport

Ny ordning trer i kraft første halvår 2023 hvor behandler kan utstede en tidsbegrenset attest på inntil ett år for rekvisisjon av transport. Eksempelvis kan pasient få en rekvisisjon for bruk av drosje for ett år, og vil da ikke trenge å kontakte fastlege eller pasientreiser for hver tur det er behov for transport. Når det gjelder fly vil dette fremdeles måtte gå gjennom pasientreiser, men en trenger ikke rekvisisjon fra fastlege for hver tur dersom en har fått en tidsbegrenset attest. Henvisningene gjelder kun rekvirert fra FIN, ikke det som gjelder kommunalt eller annet. Vil komme tilbake til BU med mer informasjon om dette når det er på plass.



Spørsmål, kommentarer og svar:

Mulighet for å finne ledsager for de som ikke har noen de kan ta med seg?

Svar: Pasientreiser kan bistå å finne en ledsager dersom en ikke har det selv. Har dialog med kommunene om dette, også for samisk talende. Har også en tolketjeneste for samisk.

Dersom det er ønskelig å ha med ledsager til konsultasjoner, får en dekt dette av pasientreiser?

Svar: Dersom en har behov for ledsager må en ha rekvisisjon på dette fra fastlege eller spesialisthelsetjenesten. Dersom en får rekvisisjon har ledsager samme rettigheter som pasienten.

Widerøe skal kutte ruter i finnmark, hvordan vil det påvirke oss?

Svar: Widerøe har foreløpig kuttet en rute på formiddagen fra Kirkenes til Tromsø. Dette er en kommersiell rute. Ser at den er lite brukt. Følger nøye med. de kan ikke gjøre endringer i statlige ruter uten at departementet er involvert.

Digitalisering og selvbetjeningsløsning er viktig, men kontoret/telefonen er alltid tilgjengelig for de som trenger det.

Er det mulig at pasientreiser bestiller hotell på samme måte som flybillett og krever penger tilbake for egenandel? Det er ikke alle som har råd til å dekke hotell selv.

Svar: i dag er det ikke løsning for dette. dette er en av de tingene Pasientreiser diskuterer jevnlig. Det er oftere behov for overnatting for våre pasienter. Ønsker at pasienter skal få dekt hotell. Ønsker også at pasient skal få dekt hele hotelloppholdet.

Er det buss som går helt frem til spesialisthelsesenteret i Karasjok i dag?

Svar: Finnmarkssykehuset jobber med saken. Det er meldt inn til fylket og det er også en prosess med statens veivesen. Det er ikke etablert busstopp ved Sámi klinihkka Ávjovárgeaidnu, derfor går ikke bussen helt dit. Frem til busslomme/busstopp kommer på plass går en av ved hotellet og tar taxi videre.

Vedtak:

Informasjon fra Pasientreiser tas til orientering.

Sak 35/2022 **Den økonomiske situasjonen i Finnmarkssykehuset HF**

Økonomileder, Lill-Gunn Kivijervi innledet i saken. Presentasjon av omstillingsutfordring og bærekraftsanalyse 2022-2030.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Det er samarbeid med universitetet, men hvor tidlig begynner en med rekruttering? Ungdomsskole, videregående skole?

Svar: har et godt samarbeid med UiT, men kan helt sikkert bli ennå bedre. Er også på videregående skoler.

Når en jobber som sykepleier på sykehusene og møter unge, nyutdannede sykepleiere som kommer inn, så får de mye informasjon om spesialisering. Ett innspill til FIN er at spesialisering er viktig, og mange av de som er nyutdannede ønsker spesialisering, men det er også viktig å tenke på å etablere en stabil og robust base på de ulike avdelingene. Det er denne basen som møter vikarer, nye leger, ny utdannede sykepleiere og skal stå for opplæring. Kan en få til en kampanje for **du er god nok der du er?**

Svar: et godt innspill, og FIN trenger ikke vare spesialister. Vi må også fokusere på helsefagarbeidere.

Når nye Hammerfest sykehus tas i bruk, får vi ytterligere kostnader, avskrivninger? Blir det ennå større underskudd?

Svar: Noe utstyr kan ikke tas med fra det gamle sykehuset og over til det nye. Men det er en plan for dette, og en skal gjenbruke det en kan. Har også en plan for det utstyret som må skiftes ut før en flytter over, slik at dette kan brukes i det nye sykehuset også. Det er regnet inn ekstra kostnad på 30-40 mill. pr år i noen år etter innflytting.

Hvilken type arbeidere er det mest innleie av?

Svar: Det er for det meste legespesialister og sykepleiere med spesialisering.

Det sies at økonomien ikke skal gå ut over pasienttilbudet, hvordan vil stopp i innleie ha noe å si på pasienttilbudet?

Svar: Kan ikke stoppe all innleie. Kritiske funksjoner leies inn uansett.

Hva skjer med gamle sykehuset i Hammerfest og er salget av det med inn i budsjettet?

Svar: Det gamle sykehuset i Hammerfest skal tilbys til kommunen først. Dersom de ikke vil kjøpe, legges det ut for salg på det åpne markedet. Salget ligger inne i likviditetsprognosen.

Vedtak:

Informasjon tas til orientering.



Sak 36/2022 **Nye Hammerfest sykehus – mandater for organisasjonsutviklingsprosessen**

Prosjektleder for OU prosessen nye Hammerfest sykehus, Violet Karoliussen innledet i saken.

Gikk gjennom tertialrapport 2 for bygg og organisasjonsutviklingsprosessen. Nye Hammerfest sykehus har pr 2. tertial 65% ferdigstillingsgrad og ligger 145 dager foran plan.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Blir sykehuset for lite?

Svar: Sykehuset er bygd ut fra ramma og framskrivninger.

Brukerrepresentasjon godt inne?

Svar: ja, har vært godt representert

Pasientverter har de plass i foajeen?

Svar: ja, de skal ha plass, og deres rolle vil være veldig viktig.

Hvordan blir pårørende tatt i mot og ivaretatt når de er på sykehuset? Er det tatt høyde for eksempelvis overnatting? Spesielt innen rus og psykiatri feltet må pasienten kunne ha noen med seg om behov.

Svar: har 14 pasienthotellsenger, disse vil kunne benyttes av pårørende. Kan også ha pårørende på pasienthotellet dersom pasienten har rom der.

Hvordan blir det med kiosktilbud?

Svar: kantinedrift skal også ivareta kioskfunksjon. Ikke et eget areal til en kiosk. Ikke mulig å gjøre noe med dette bygningsmessig.

Er veldig spent på innovasjonsdelen, og det er viktig å ta i bruk innovasjon og ny teknologi.

Vedtak:

1. Informasjon om tertialrapport 2 for bygg og organisasjonsutvikling nye Hammerfest sykehus tas til orientering
2. Mandatene for organisasjonsutviklingsprosessen tas til orientering.
3. Brukerutvalget støtter ungdomsrådet sin anmodning om at ungdomsrommet ikke brukes til undervisning.



Sak 37/2022 Tertiårrapport 2. tertiårrapport Oppdragsdokumentet 2022

Kvalitets- og utviklingsleder, Vivi Brenden Bech innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Viktig med forankring av beredskapsplaner helt ned i organisasjonen

Vedtak:

Brukerutvalget tar informasjon om 2. tertiårrapport oppdragsdokumentet 2022 til orientering.

Sak 38/2022 Innspill til oppdragsdokumentet 2023

Kvalitets- og utviklingsleder, Vivi Brenden Bech innledet i saken.

Vedtak:

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

1. «Du er god nok er du er» kampanje i helseforetakene.
Det er viktig å ha en grunnstamme av stabile og erfarne fagfolk i helseforetakene av mange ulike grunner. Grunnstammen er de som sørger for stabilitet og opplæring av nye ansatte og studenter. Selv om det er viktig med videreutdanning av fagfolk, så er det også viktig med stabilisering av de ansatte vi har, og de trenger også å høre at «du er god nok der du er».

2. Oppfølging av unge som faller utenfor
Det er veldig mange unge som mister oppfølging eller ikke får god nok oppfølging i psykiatritjenesten, og da spesielt i de små kommunene. Det er viktig å ha ennå større fokus på dette og styrke psykiatritjenesten til barn og unge.

Sak 39/2022 Medisinsk fagleder orienterer

Medisinsk fagleder, Harald G. Sunde innledet i saken.

Geriatrisk team Sámi Klinikk: stillingen som overlege geriatri lyst ut, ingen søkere. Uten medisinsk ansvarlig lege i teamet vil ikke teamet kunne fungere. Klinikklederen er lege og har bistått teamet i en del saker, noe som er viktig slik at arbeidet ikke stopper opp.

Klart språk og innkallingsbrev: Digitale innkallingsbrev iverksettes 1. november. Disse vil den enkelte motta som Digipost. Før disse iverksettes har en gått gjennom språket i innkallingsbrevene både på norsk og samisk, og begge språkene iverksettes samtidig. På nettsiden



til Finnmarkssykehuset finnes [behandlingstekster](#). Det jobbes med oversetting av behandlingstekster til samisk.

Spørsmål:

Husk på digital utenforskap. De som ikke kan hente inn digital post må få papirinnkalling.

Svar: dersom en ikke henter digital post innen tre dager, sendes de ut i posten.

Parfymefrie sykehus

Det er spilt inn om å få med tekst om dette i innkallingsbrevet. Harald sender en ny henvendelse om dette.

Helikopterlandingsplass i Kirkenes, hvor står den?

Svar: Oppstart 2025 dersom det bevilges midler til dette.

Innleiestopp hvordan påvirker dette ventelistene?

Svar: Det er ikke absolutt innleiestopp. Vaktordninger skal gå opp. Skal ikke leies inn for å ta unna ventelister. Antall ventende er på tur ned.

Må følge med på ventetid når det er innleie stopp.

Viktig å få påminninger om time og få brev om innkalling så tidlig som mulig.

Astrid: dersom ikke møter til time, må en betale ikke møtt gebyr?

Svar: Ja, en må betale ikke møtt gebyr.

Utdanning av spesialsykepleiere – kvote for FIN på UiT? I dag er det 24 sykepleiere i spesialistutdanning på UiT. Psykiatriske sykepleiere er ikke en del av disse.

Brukerutvalget ber om at psykiatrisk sykepleiere blir en del av spesialistutdanningen av sykepleiere. Det starter videreutdanning hvert tredje år, og det må jobbes for å få på plass denne utdanninga for sykepleierne i Finnmark, ikke bare på sykehusene, men også for kommunene.

Vedtak:

1. Informasjon fra medisinsk fagleder tas til orientering.
2. Brukerutvalget ber om at psykiatrisk sykepleiere blir en del av spesialistutdanningen av sykepleiere.



Sak 40/2022 Møteplan 2023

Administrasjonsleder, Beate Juliussen innledet i saken.

Spørsmål og svar:

Ønskes omvisning NHS september 2023.

Vedtak:

Møteplanen godkjennes som følger:

	Dato	Dato	Dato	Dato	Dato
Arbeidsutvalg	11.01.23	02.03.22	22.05.23	04.09.23	06.11.23
Brukerutvalg	26.01.23	15.-16.03.23	07.-08.06.23	26.-27.09.23	23.11.23
	Digitalt	Alta	Karasjok	Hammerfest	Digitalt

Sak 41/2022 Orienteringssaker

1. Muntlig informasjon fra BU leder
 - a. Deltar på styremøtene – arbeidet i styret er preget av dårlig økonomi i foretaket.
 - b. Ny administrerende direktør på plass. Det blir spennende å jobbe med han.
 - c. Deltar i møter i Forskningsrådet. Var forskningssamling denne uka. Fikk orientering om de ulike forskningsprosjektene i Finnmarkssykehuset. Sitter i juryen for utdeling av forskningsprisen som direktøren deler ut i desember.
2. Muntlig informasjon fra BU medlemmer:
 - a. Strategisk samarbeidsutvalgsmøte (SU). Solveig har deltatt i SU møte. Det var et interessant møte. Mye nytt og mye å sette seg inn i. God dialog i møtet.
 - b. BU møte SANO: Solveig deltok som vara i brukerutvalget til sykehusapotek nord (SANO) sitt møte. Terje Olsen ble valgt til leder og Paul Daljord ble valgt som nestleder.
 - c. Kvalitetsutvalget: Astrid har deltatt i møte. Status i sykehusene, klinikkene og generelt i Finnmarkssykehuset. Etterlyste kreftregister. Oversender referat til Beate som sender de videre til BU.
 - d. Klinisk etikkomite (KEK): Tommen deltar i faste møter den første onsdagen i måneden.



- e. Forskningsprosjektet innen medisinsk etikk: Her er Gro med. Har ikke hatt noen møter ennå.
 - f. Stormottakersatsninga: Gro er medlem. Har ikke hatt møter.
 - g. Samisk språkutvalg: Susanne er medlem. Har hatt ett møte, men få deltakere, så fikk ikke gjort så veldig mye. Skal ha møte igjen snart.
 - h. Pasient- og brukerombudet (POBO): det ønskes kontakt med POBO. Det er ønskelig at POBO er mere rundt i hele fylket. POBO deltar i neste møte i Brukerutvalget.
 - i. Knut melder at han gjerne stiller opp i noen utvalg om det er ønskelig og behov.
3. Muntlig informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF
- a. Brukermedvirkning i byggeprosjekter. UNN og SANO har laget retningslinjer. Det tas utgangspunkt i disse retningslinjene, og utarbeides egen retningslinje for Finnmarkssykehuset. Legges frem på neste møte.
 - b. Neste møte blir digitalt: 13. desember kl 09-15. 14. desember dialogmøte med styret.
 - c. Kurs LIS2/3 – Pasient og brukermedvirkning
Det skal gjennomføres kurs på 2 timer, ett på våren og ett på høsten om pasient- og brukermedvirkning for LIS 2 og 3. Kurset gjennomføres digitalt 2. november kl 12-14. Kjell Magne Johansen deltar, og de som meldte fra at de ønsker å være med på møtet som observatører blir invitert til å delta.
 - d. Brukerutvalget stiller med representanter til å holde innlegg på pasientsikkerhetsdagene der dette har blitt etterspurt.

Vedtak:

Brukerutvalget tar informasjon til orientering.

Sak 42/2022 Referatsaker

- 1. Bekymringsmelding fra fagmiljøet i fysikalsk medisin og rehabilitering i Nord-Norge

Vedtak:

Brukerutvalget tar bekymringsmeldinga fra fagmiljøet i fysikalsk medisin og rehabilitering i Nord-Norge til orientering.



Sak 43/2022 Eventuelt

Det fremkom ingen saker under eventuelt.

Kjell Magne Johansen
Leder Brukerutvalget
Referatet godkjennes på neste møte

Kopi til:

- Styret i Finnmarkssykehuset HF
- Foretaksledelsen ved Finnmarkssykehuset HF
- Regionalt Brukerutvalg
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget UNN
- Brukerutvalget Sykehusapoteket
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset
- SANKS Brukerråd
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark
- RIO Finnmark
- Kreftforeningen
- FFO Finnmark
- Mental Helse Finnmark
- Troms og Finnmark fylkeskommune
- NHF Nord-Norge
- Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset



Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF

REFERAT

10. oktober 2022

Ingebjørg Thorbjørnsen
10.10.2022

Postadresse

Finnmarkssykehuset
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Møte i Regionalt brukerutvalg

10. november 2022 - innkalling og saksdokumenter

Besøksadresse

Hammerfest sykehus
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Tlf, sentralbord: 78 42 10 00

postmottak@finnmarkssykehuset.no
www.finnmarkssykehuset.no

Organisasjonsnummer

983 974 880



Sandra Emilie Eliassen	Leder	Meldt forfall	
Sol Andrea Hasselberg	Nestleder	Til stede	
Evelina Sæter Tro Johnsen	Medlem	Til stede	
Aleksander Kysnes Arntzen	Medlem	Til stede	
Maria Kaliainen Kyrrø	Medlem	Til stede	
Eskil Haraldsvik Amundsen	Medlem	Til stede	

Fra administrasjonen møtte:

Beate Juliussen	Administrasjonsleder/koordinator
Ingebjørg Thorbjørnsen	Koordinator, referent
Per Angermo	Administrerende direktør, deltok på sak 26/2022
Violet Karoliussen	Prosjektleder OU nye Hammerfest sykehus, deltok på sak 28/2022

Andre:

Tove Sørensen	Prosjektleder digitale pasienttjenester HN IKT, deltok på sak 27/2022
Oddgeir Strømsnes	Seniorrådgiver tjenesteutvikling HN IKT, deltok på sak 27/2022



Sak 24/2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det innkalles til møte for Ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset **HF på Teams mandag 10. oktober kl 17.00-19.15.**

Saksnummer	Sakens navn
24/2022	Godkjenning av innkalling og saksliste
25/2022	Godkjenning av referat fra 17.-19. juni 2022
26/2022	Direktørens time
26/2022	Digitale pasient- og samhandlingstjenester
27/2022	Nye Hammerfest sykehus – mandat for organisasjonsutvikling
28/2022	Pasient- og brukerombudet
29/2022	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Muntlig informasjon fra UR leder 2. Muntlig informasjon fra UR medlemmer 3. Informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset
30/2022	Eventuelt

Sak 24/2022 Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes. Sak 28/2022 Pasient- og brukerombudet utgår. Kommer inn på neste møte.

Sak 25/2022 Godkjenning av referat fra Ungdomsrådsmøte 17.-19. juni 2022

Vedtak: Referat fra Ungdomsrådsmøte 17.-19. juni 2022 godkjennes.

Sak 26/2022 Direktørens time

Innledning av Per Angermo, administrerende direktør
Finnmarkssykehuset HF

Brukerne og spesielt ungdommene er våre viktigste partnere for hvordan vi skal bygge fremtidens sykehus. Ønsker at ungdomsrådet skal brukes i alle fora hvor det er viktig.

Etter direktørens innledning var det dialog om hvordan ungdommene ser for seg hvordan sykehusene blir i fremtiden og det var mulighet for å stille spørsmål og innspill.



Sak 27/2022 **Digitale pasient- og samhandlingstjenester**

Innledning av Tove Sørensen, prosjektleder digitale pasienttjenester HN IKT og Oddgeir Strømsnes, seniorrådgiver tjenesteutvikling HN IKT.

Det jobbes med å forbedre tjenester for ungdom i Helse Norge. Aldersgruppa 12-16 har pr. i dag ikke tilgang da det kreves bank-id, men det jobbes for å finne en løsning på dette.

Behandler (lege) kan gi tilgang til Helse Norge til foreldre etter samråd med ungdommen. Helsetjenesten har informasjonsplikt til foreldre slik at de kan ivareta foreldreansvaret. Pasienten må selv avgjøre om og når foreldre får tilgang. Behandler må spørre ungdom uten at foreldrene er til stede om innsyn og dialog.

Spørsmål og svar: Trenger dere en brukerrepresentant i brukerpanelet? Ja, og de møtes digitalt en gang i måned/hver 6. uke. Diskutere ulike problemstillinger. Har medlem fra ungdomsrådet fra Nordlandssykehuset i panelet.

Vedtak: Gi beskjed til Beate dersom noen fra ungdomsrådet ønsker å være med i brukerpanelet.

Sak 28/2022 **Nye Hammerfest sykehus – mandat for organisasjonsutvikling**

Innledning av Violet Karoliussen, prosjektleder OU nye Hammerfest sykehus.

Spørsmål og svar:

Blir det noen kiosk på det nye sykehuset?

Svar: Det blir ikke egen kiosk som det er i dag. Kantina/kafe skal ha kiosksalg og det blir salgsautomater rundt på sykehuset.

Blir det lik kantina på sykehuset i Kirkenes?

Svar: Det blir ikke lik kantina i Kirkenes.

Ungdomsrådet er velkommen til en omvisning på sykehuset neste gang dere er i Hammerfest.

Vedtak:

1. Ungdomsrådene tar mandatene OU nye Hammerfest sykehus til etterretning.
2. Ungdomsrådet anmoder om at ungdomsrommet i nye Hammerfest sykehus ikke benyttes til undervisning.



Sak 29/2022 Pasient- og brukerombudet

Saken utgikk, deltar på neste møte 30.november.

Sak 30/2022 Orienteringssaker

1. Muntlig informasjon fra leder
 - Utgikk, leder deltok ikke på møtet
2. Muntlig informasjon fra UR medlemmer
 - a. Sandra Emilie og Maria deltok på nasjonalt møte for ungdomsråd i Tromsø 22.-23. september 2022. Veldig lærerikt og spennende å delta på denne samlinga. Det blir laget et referat fra samlinga som vil bli sendt ut til alle. Fikk en videohilsen fra helse- og omsorgsministeren, innlegg fra unge funksjonshemmede og pasient- og brukerombudet. Med ungdom i fokus ledet samlinga – de var skikkelig flinke!
 - b. Sandra Emilie og Maria deltok sammen med de andre ungdomsrådene i Helse Nord på Helse Nord sin Brukerkonferanse i Tromsø 21. september. La frem 10 råd for reell brukermedvirkning.
3. Informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF
 - a. Vi trenger flere medlemmer – vet dere om noen som har erfaring fra spesialisthelsetjenesten eller er pårørende til noen med erfaring fra spesialisthelsetjenesten, så tips de om å ta kontakt med en av koordinatorene.
 - b. Kurs for leger i spesialisering (LIS leger) 2. november. Her deltar Sandra Emilie og Maria. Det er fint om det er flere som ønsker å delta på dette etterhvert, slik at det ikke alltid er de samme som er med på disse kursene som skal være to ganger i året.
 - c. Neste møte – var planlagt 28. november. Vi ble enige om å flytte dette til onsdag 30. november kl. 17.00

Vedtak:

1. Informasjon tas til orientering. Neste møte flyttes til onsdag 30. november kl. 17.00-19.00.

Sak 31/2022 Eventuelt

Det fremkom ingen saker under eventuelt.



Referatet godkjennes på neste møte

Kopi til:

- Styret i Finnmarkssykehuset HF (referatsak på styremøte 26. oktober 2022)
- Foretaksledelsen ved Finnmarkssykehuset HF
- Brukerutvalget Finnmarkssykehuset HF
- Ungdomsrådet Nordlandssykehuset
- Ungdomsrådet UNN
- Regionalt Brukerutvalg

Protokoll

Vår ref.:
2022/140-24

Referent.:
Cecilie Henriksen

Dato:
01.11.2022

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	1. november 2022
Møtested:	Teams
Neste møte:	Tentativt januar 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Tina Eitran	spesialrådgiver – <i>deltok fra kl. 14.00</i>	Helse Nord RHF
Cecilie Henriksen	rådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette møtet i Regionalt brukerutvalg.

Saksliste:

- RBU-AU sak 28-2022 Utkast til innspill til Regional utviklingsplan 2023-2038
- RBU-AU sak 29-2022 Innspill til Digital strategi for Helse Nord 2023-2038
- RBU-AU sak 30-2022 Regional brukerkonferanse 2022 – oppfølging av innspill
- RBU-AU sak 31-2022 Møte i Regionalt brukerutvalg 10. november 2022 – saksliste og tidsplan

RBU AU-sak 28-2022 Utkast til innspill til Regional utviklingsplan 2023-2038

I møte i Regionalt brukerutvalg 17. oktober 2022 ble følgende vedtatt at arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF utarbeider et utkast til innspill til Regional utviklingsplan 2023-2028 for behandling i RBU-møte i november (ref. RBU-sak 80-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038 – høring).

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF oversender utkast til innspillspunkter til medlemmene i Regionalt brukerutvalg for diskusjon i møtet 10. november 2022.
2. Medlemmene i Regionalt brukerutvalg anmodes om å gi tilbakemeldinger på vurderingene før møtet 10. november 2022.

RBU AU-sak 29-2022 Innspill til Digital strategi for Helse Nord 2023-2038

Arbeidsutvalget diskuterte innspill til Digital strategi som skal behandles i RBU-møte 10. november 2022.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF oversender utkast til innspillspunkter til medlemmene i Regionalt brukerutvalg for diskusjon i møtet 10. november 2022.
2. Medlemmene i Regionalt brukerutvalg anmodes om å gi tilbakemeldinger på vurderingene før møtet 10. november 2022.

RBU AU-sak 30-2022 Regional brukerkonferanse 2022 – oppfølging av innspill

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget mener det er viktig å vurdere oppfølging av innspill fra den regionale brukerkonferansen, samt vurdere relevans i forbindelse med behandlingen av innspill til *Regional utviklingsplan 2023-2038* og innspill til *Digital strategi for Helse Nord 2023-2038*. Innspillene vedlegges saksdokumenter som oversendes til Regionalt brukerutvalg for behandling i møtet 10. november 2022.

RBU AU-sak 31-2022 Møte i Regionalt brukerutvalg 10. november 2022 – saksliste og tidsplan

Sakslisten til møte i Regionalt brukerutvalg 10. november 2022 ble gjennomgått. Det er to store saker som skal behandles i møtet– som følger: Regional utviklingsplan 2023-2038, Digital strategi 2038 og Strategi for intensivmedisin Helse Nord RHF 2022-2026.

Vedtak:

Arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til sakslisten til møtet 10. november 2022.

Bodø, den 1. november 2022

*godkjent av Knut Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 02.11.2022 – kl. 16.42*

Knut Hartviksen
RBU-leder

Overordnet strategi for pårørende - henvendelse fra Brukerutvalget ved UNN

Fra: Johannessen Hilde Anne <Hilde.Anne.Johannessen@unn.no>

Sendt: tirsdag 25. oktober 2022 14:09

Til: Henriksen Cecilie <Cecilie.Henriksen@helse-nord.no>

Emne: Overordnet strategi for pårørende - Brev fra Brukerutvalget UNN til RBU
14.12.2021

Hei Cecilie,

BU ønsker at RBU - med bakgrunn i regjeringens pårørendestrategi - spiller inn til HN RHF at det bør startes et regionalt arbeid med en helhetlig plan for samhandling, støtte og veiledning av pårørende.

Utklipp fra *Innmeldt brev fra BU UNN til RBU/ HN RHF* som du la ved som vedlegg i eposten:

BU oppfordrer UNN, med bakgrunn i regjeringens pårørendestrategi, å utarbeide og implementere en helhetlig plan for samhandling, støtte og veiledning av pårørende i UNN. Strategien bør være enhetlig og gjenkjennelig i hele UNN og være naturlig implementert i de ansattes hverdag. Gjennom «ei dør inn-prinsippet» skal veiledning og støtte være enkelt tilgjengelig for alle pårørende i UNN uavhengig av om man er pårørende i en akutfase eller i et langvarig forløp. Som regionssykehus ser vi det også som viktig at UNN har et særlig fokus på barn og unge som pårørende, samt den samiske delen av befolkningen.

Brukerutvalget ved UNN ber Regionalt Brukerutvalg ta opp denne saken, og ber om at arbeidet prioriteres i Helse Nord.

Med vennlig hilsen

Hilde Anne Johannessen

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Administrasjonskonsulent

Administrasjonen, Direktøren

Tlf: +47 77 66 91 22

Mob: +47 48 04 97 98

Med pasienten – for pasienten

Fra: Henriksen Cecilie <Cecilie.Henriksen@helse-nord.no>

Sendt: mandag 24. oktober 2022 09:10

Til: Johannessen Hilde Anne <Hilde.Anne.Johannessen@unn.no>

Emne: Overordnet strategi for pårørende - Brev fra Brukerutvalget UNN til RBU
14.12.2021

Hei Hilde!

Beklager at dere ikke har fått noen tilbakemelding fra vår side. Har snakket med Kari om denne, og vi prøver å spore opp denne saken i arkivsystemet (se vedlegg). Er det sendt inn noen tidligere henvendelse som gjelder en strategi på regionalt nivå?

RBU håndterer ikke saker som gjelder drift i det enkelte sykehus.

Med vennlig hilsen

Cecilie Henriksen | rådgiver

Helse Nord RHF | Administrasjon- og stabsavdelingen

Tlf: +47 77 75 78 53 / Mobil: 975 40 710

Besøksadresse: Moloveien 16, 8003 Bodø

Kvalitet – trygghet – respekt - lagspill

Vedlegg:

1. Overordnet strategi for pårørende - innmeldt sak fra Brukerutvalget UNN til Regionalt brukerutvalg



HELSE NORD RHF
Postboks 1445
8038 BODØ

Deres ref:
Kari Bøckmann

Vår ref:
2021/167-27

Saksbehandler:
Hilde Anne Johannessen

Dato:
14.12.2021

Overordnet strategi for pårørende

Behovet for en overordnet strategi for pårørende er tidligere tatt opp i Brukerutvalget UNN sitt møte 24.02.2021 der følgende vedtak ble fattet:

Sak BU 12/21: Pårørende – arbeidsgruppe (jf. BU sak 57/20)

Brukerutvalget ønsker en helhetlig strategi for pårørende ved UNN.

De ønsker at alle pårørende skal føle seg nyttige, og bli møtt med anerkjennelse og respekt uavhengig av hvilken klinikk pasienten er knyttet til. De ønsker også at UNN ser på mulighetene for et pårønderom.

Vedtak: *BU oppfordrer UNN, med bakgrunn i regjeringens pårørendestrategi, å utarbeide og implementere en helhetlig plan for samhandling, støtte og veiledning av pårørende i UNN. Strategien bør være enhetlig og gjenkjennelig i hele UNN og være naturlig implementert i de ansattes hverdag. Gjennom «ei dør inn-prinsippet» skal veiledning og støtte være enkelt tilgjengelig for alle pårørende i UNN uavhengig av om man er pårørende i en akutfase eller i et langvarig forløp.*

Som regionssykehus ser vi det også som viktig at UNN har et særlig fokus på barn og unge som pårørende, samt den samiske delen av befolkningen

Brukerutvalget ved UNN ber Regionalt Brukerutvalg ta opp denne saken, og ber om at arbeidet prioriteres i Helse Nord.

Vennlig hilsen

Kirsti Baardsen
Leder Brukerutvalget UNN

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.
Kopi: Brukerutvalget UNN

Sak 57/20

Innføring av helhetlig handlingsplan og strategi for pårørende på UNN

Bakgrunn;

Regjeringens pårørende strategi og handlingsplan 2021 – 2025 har tittelen «Vi – de pårørende». Regjeringen erkjenner her at til tross for at de gjennom flere stortingsmeldinger og kvalitetsreformer har satt pårørendes situasjon på dagsorden, er det fortsatt en vei å gå for å ivareta pårørende på en god måte. Vi er alle pårørende, som det stadfestes i denne strategien. Noen for en kort periode og andre i lange og kompliserte pasientforløp.

Hvordan en opplever pårørende rollen er svært varierende. Vi har opplevd å bli tatt med på råd, vi har blitt hørt og vi har fått være en viktig ressurs i pasientens behandlingsforløp. Men vi har også møtt det motsatte. Det har manglet både anerkjennelse, involvering og muligheter for medvirkning.

Å være pårørende er krevende. Noen er pårørende i korte og kanskje intense perioder, andre er pårørende i pasienter med lange og utmattende handlingsforløp. Ei utfordring når vi kommer i pårørenderollen, er at vi havner i en rolle vi er ukjent med. Uten god ivaretagelse og veiledning blir vi lett bli en famlende støttespiller som heller ikke er i stand til å ta skikkelig i vare på seg selv.

Finnes det felles faktorer og ønsker? Regjeringens pårørendestrategi peker på at det er et uttalt ønske om anerkjennelse, ivaretagelse og medvirkning.

Pårørendestrategien har ut fra dette satt tre hovedmål. Det første er å anerkjenne pårørende som en ressurs. Dessuten skal pårørende bli ivaretatt på en måte som gjør at de kan leve gode egne liv og kombinere pårørenderollen med utdanning og/eller arbeid. Det tredje målet er at ingen barn skal måtte ta omsorgsansvar for familie eller andre.

Vi i brukerutvalget ønsker at UNN har en helhetlig strategi for pårørende i UNN. Selv om ansvar for pårørende kan virke flytende mellom helseforetak og kommuner, bør UNN selv ha en klar og avklart oppfatning av hvor deres ansvar ligger.

Vi mener at vi som pårørende enten kan forkorte eller forlenge et pasientforløp. Vi ønsker alle som pårørende å være nyttige, og med riktig veiledning kan vi være nettopp det - nyttige for pasienten samtidig som vi kan være i stand til å ta vare på egen helse. Vi ønsker å bli møtt med anerkjennelse og respekt uavhengig av hvilken klinikk pasienten er knyttet til.

I tillegg til «ei dør inn prinsippet» i kontakt med pårørende ønsker vi også at UNN ser på mulighetene for et pårønderom. Stedet bør være til stede og synlig på alle UNN sine lokasjoner. Her ønsker vi at brukerorganisasjoner er til stede etter likepersons prinsippet i tillegg til faglig bemanning.

Problemer vi kjenner til fra tidligere forsøk, har vært at det er vanskelig å «befolke» et slikt senter syv dager i uka. Både for UNN sine ansatte og brukerorganisasjoner kan det være vanskelig å ha daglig tilstedeværelse. Vi mener det ikke er nødvendig for UNN å stille med ansatte døgnkontinuerlig eller for daglig tilstedeværelse for brukerorganisasjoner, et alternativ kan være at stedet har faste tidsrom der det betjenes av ansatte og likepersoner. Men rommet bør være tilgjengelig for pårørende utenfor avdelinger og klinikker.

Det er viktig å påpeke at et pårønderom er for pårørende i hele UNNs nedslagsfelt. Det bør være åpent for en digital kaffekopp hvor tilstedeværelse er vanskelig.

Forlag til vedtak:

BU oppfordrer UNN, med bakgrunn i regjeringens pårørende strategi, å utarbeide og implementere en helhetlig plan for samhandling, støtte og veiledning av pårørende i UNN. Strategien bør være enhetlig og gjenkjennelig i hele UNN og være naturlig implementert i de ansattes hverdag.

Gjennom «ei dør inn – prinsippet» skal veiledning og støtte være enkelt tilgjengelig for alle pårørende i UNN uavhengig av om man er pårørende i en akutfase eller i et langvarig forløp.

Som regionssykehus ser vi det også som viktig at UNN har også har et særlig fokus med på barn og unge som pårørende, samt den samiske delen av befolkningen.

Vedlegg;

<https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>

Sammendrag av regjeringens pårørendestrategi

Møtedato: 10. november 2022
Vår ref.:
140/2022-25

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
02.11.2022

RBU-sak 99-2022

Eventuelt