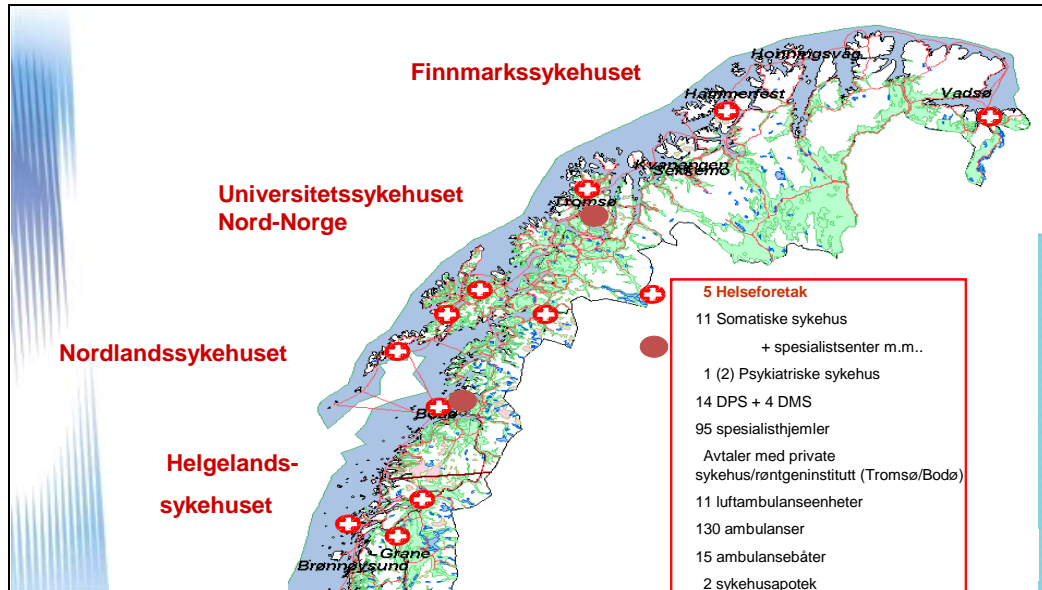


# Helse Nord RHF.

*Halvparten av Norges areal – en tiendedel av befolkningen.  
Sykehus og samarbeid i nettverk.*



## Nøkkeltall

Helse Nord har om lag 13 000 ansatte og er dermed Nord-Norges største arbeidsplass. Årlig budsjett er på 15.5 milliarder kroner. På grunn av store avstander og en desentralisert sykehusstruktur går hele 1.9 milliarder til pasienttransport og prehospitale tjenester.

Regionen har, etter mange år med store utfordringer, en god økonomisk utvikling, og hadde i 2013 et overskudd på 488 millioner. Overskudd forstås i denne sammenheng som oppsparing og grunnlag for investeringer. Helse Nord investerer nå årlig mer enn 10 prosent av budsjettet. Det investeres, over en ti års periode i mange nye sykehusbygg og det skjer en betydelig satsning innen standardisering og integrering av IKT (FIKS prosjektet, samlet kostnad en milliard).



18.03.2014

### *Helse Nord som regionalt helsesystem*

Helse Nord består av fem helseforetak – Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, Universitetssykehus i Nord-Norge, Finnmarkssykehuset og Sykehusapotek Nord. – Det er til sammen 11 somatiske og to psykiatriske sykehus. Med et befolkningsgrunnlag på om lag 450 000 mennesker representerer dette en svært desentralisert sykehusstruktur, og den suppleres av 14 distriktpsikiatriske sentra og fire distriktsmedisinske sentra (nummer fem er under etablering i Brønnøysund).

Spesialisthelsetjenestedelen i Helse Nord omfatter også 95 avtalespesialister, samarbeidsavtaler med private sykehus og røntgeninstitutt og en omfattende prehospital tjeneste. Alle disse samvirker så med regionens om lag 450 fastleger.

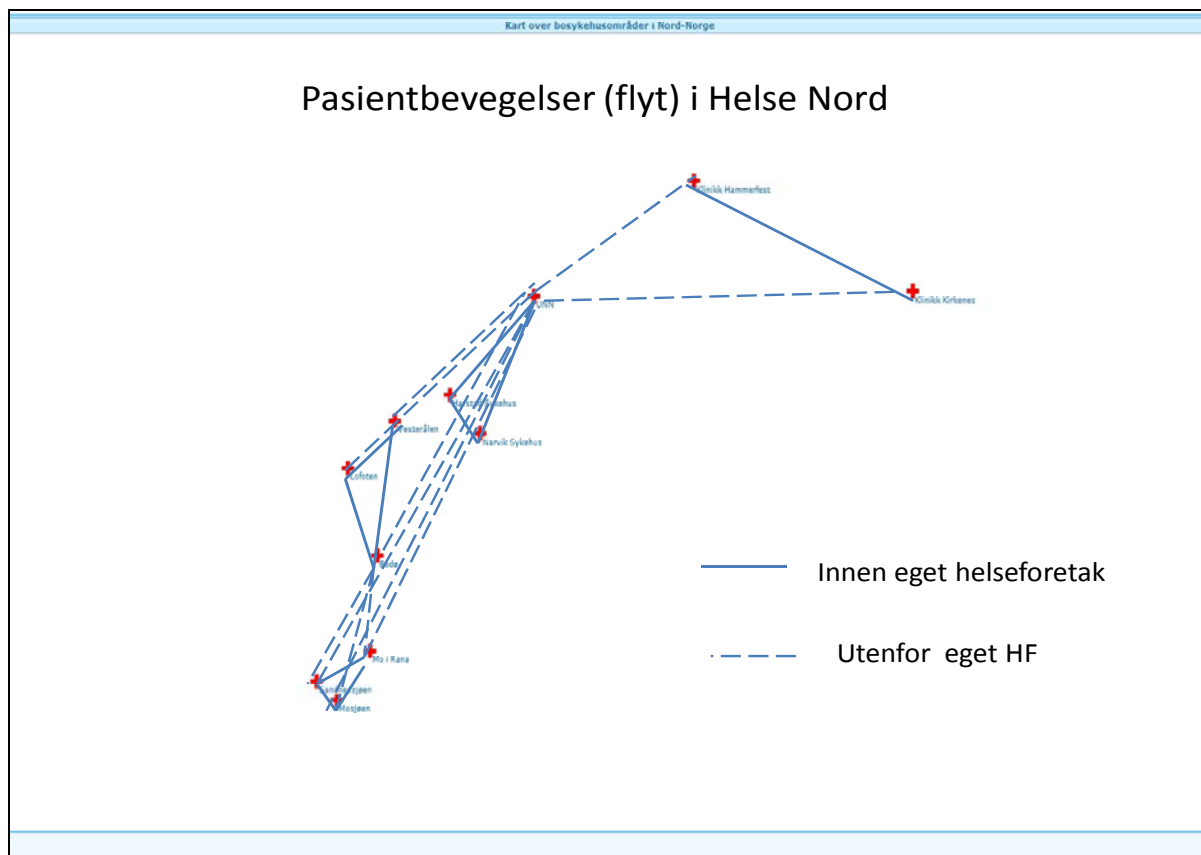
### *Faglig samarbeid i nettverk*

Den desentraliserte strukturen gjør behovet for faglig samarbeid særlig stort. Det gjelder både fagutvikling på systemnivå, oppgavedeling mellom ulike enheter og sammensetning og rekruttering av personell.

Regionale fagråd gir Helse Nord råd i overordnede faglige spørsmål, og om oppgavefordeling mellom enheter. Det betyr også å legge til rette for sammenhengede pasientforløp. For tiden finnes det fagråd innen diabetes, geriatri, gynekologi og fødselshjelp, klinisk IKT, lungemedisin, nyremedisin, ortopedi, psykiske helsevern for barn og unge, psykisk helsevern for voksne, radiologi, rehabilitering, rus og TSB og revmatologi. Et fagråd for hjerneslag er under etablering.

Regionale fagnettverk er møteplasser for samhandling og kvalitetsforbedring innen et fagområde, drives av fagfolkene selv med mulighet til å søke regional støtte til møter, reiser etc. For tiden finnes det fire fagnettverk.

Alle helseforetakene i Helse Nord er nødt til å forholde seg til nettverktankegang når det gjelder både oppgavedeling og bemanning av de ulike sykehusene.



### *Intermediære tilbud – grenseland mellom primær- og spesialisthelsetjeneste*

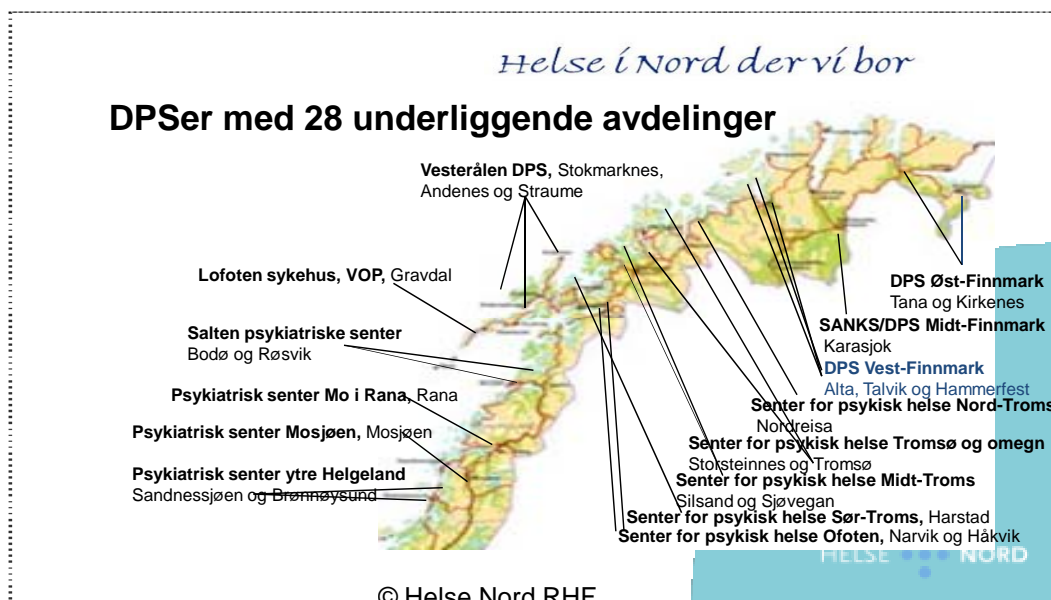
Det skjer en betydelig fremvekst av nye behandlingstilbud i dette grenselandet. Distriktsmedisinske sentra er etablert i Alta (under utvidelse), Karasjok, Vadsø, Nordreisa, Lenvik (Finnsnes) og Brønnøysund. Det er også DMS aktiviteter på Bardufoss (Troms Militære Sykehus).

40 sykestueplasser er etablert i Finnmark.

I tillegg er tilbud inne "kommunale akutte døgnplasser" under etablering i et stort antall kommuner – med ulike tilnærminger og modeller. Det synes som en utfordring at KAD-plassene etableres med liten grad av standardisering, noe som vil kunne gjøre integrering med spesialisthelsetjenesten mer komplisert (og ressursutnyttelse potensielt dårligere).

Pre-obs-enheter er 1-2 senger som "eies" av legevakta på sykehjem i Steigen, Saltdal og Meløy. Konfereringsordning med indremedisiner støtter denne modellen.

Kommuner som samarbeider om legevakt har som utfordring at legevaktslege fra en kommune ikke har journaltilgang på nabokommunens pasienter.



Dette området har hatt en opptrappingsplan siden 90-tallet. Den desentraliserte strukturen har bidratt til at ventetidene er betydelig redusert, men representerer en svært stor kvalitets- og rekrutteringsutfordring. Pasienttilfredshet beskrives som gjennomsnittlig.

#### *Prehospitale tjenester – limet i en desentralisert helsetjeneste*

Med 49 prosent av Norges areal, 9 prosent av befolkningen, en svært desentralisert spesialisthelsetjeneste – og et overskudd av vær – er dette Norges mest utfordrende region for prehospitale tjenester. Det henspiles blant annet i at mer enn 10 prosent av Helse Nord's budsjett går med til pasientreiser og prehospitale tjenester.

Stammen i de prehospitale tjenestene er 130 ambulanser og 15 ambulansebåter. De støttes av fire helikoptere og seks (snart syv) ambulansefly. På grunn av klima er det lavere tilgjengelighet (regularitet) på lufttransport enn i resten av landet – om vinteren helt ned i under 50 prosent av tiden i kystområdene og 20 prosent i innlandet. Det betyr at lufttransport ikke kan påregnes og at man må bygge kapasitet (og desentralisert struktur) på bakken og til havs. Utviklingen av nye og bedre helikoptre forventes ikke å bedre dette vesentlig.

Gjennomgående har man nådd målene om nesten full dekning fra ambulansarbeidere med fagbrev. Også her melder dilemmaet seg med å opprettholde kompetanse og trening i kombinasjon med en struktur som er så desentralisert at pasientvolumene blir lave.

#### *Arbeid med kvalitet*

Arbeidet med kvalitet i Helse Nord baseres på Kvalitetsstrategien 2011-14. Den ble vedtatt av styret i Helse Nord i 2011, og er fulgt opp av egne styresaker i alle helseforetakene i 2012.

Strategien baserer seg på fire områder:

1. Kunnskapsforankring: gjennomføring av retningslinjer, fagrevisjoner med mer
2. Pasientfokus: helhetlige pasientforløp og systematisk bruk av pasienterfaringer
3. Pasientsikkerhet: oppfølging av pasientsikkerhetskampanjen
4. Dokumentasjon og analyse av klinisk praksis

Arbeidet med dokumentasjon og analyse av klinisk praksis virker å være kommet langt i Helse Nord. Det utføres med støtte fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). SKDE har som oppdrag å bidra til kvalitativ forbedring og riktigere prioritering av helsetjenesten gjennom opprettelse og drift av medisinske kvalitetsregistre, produksjon av klinisk styringsinformasjon og helsetjenesteforskning. Det er en tverrfaglig organisasjon med 15 årsverk, og samarbeider med regionale faggrupper i de andre helseregionene.

Både gjennom SKDE og FIKS programmet (Felles innføring av kliniske systemer) arbeides det med å integrere og automatisere kvalitetsarbeidet. I revisjon av kvalitetsstrategien prioriteres bruk av IKT i kvalitetsarbeidet og systematisk bruk av pasienterfaringer.

#### *Kompetanse og bemanning*

Norsk helsevesen har samlet sett utfordringer i å sikre tilgang på arbeidskraft med riktig kompetanse. Helse Nord har de største utfordringene (og har hatt dem lengst). Særlig stort er behovet for spesialsykepleiere, legespesialister og helsefagarbeidere (særlig i kommunene). Utfordringen er todelt; sikre nok kompetanse til regionen samlet sett og rett fordeling innen regionen.

#### *Kompetanse til regionen*

Helse Nord har gjennomført et målrettet rekrutteringsprogram for legespesialister i Finnmark som har sikret tilnærmet full bemanning.

Det pågår et prøveprosjekt med Spania for å rekruttere helsepersonell som er arbeidsledige der).

Helse Nord har også betydelig lekkasje av personell som er utdannet i nord men som senere flytter sørover.

#### *Kompetanse innen regionen*

Flere forhold gjør det krevende å rekruttere til de minste sykehusene, for eksempel ønsket om å bo på steder med bredere tilbud både innen kultur, skole og arbeidsplasser. Den største utfordringen i rekrutteringen av leger er ønsket om faglig utvikling. Skal man fortsette å rekruttere spesialister til småsykehusene så er man nødt til å ivareta dette. Hvordan etablerer man en sammenheng som gjør at en nyutdannet spesialist ser mulighet for personlig utvikling innen sitt fagfelt når antallet pasienter er svært lite? Sammenheng i nettverk, ambulering til deler av regionen som har større volum og definerte planer for fagutvikling må være deler av svaret. Hørt fra en legespesialist på et lite sykehus: ” Det er helt i orden for oss å være lillebror bare storebror brydde seg litt mer om oss”.

Et annet tiltak er flytting av elektiv virksomhet innen definerte områder ut til lokalsykehusene. Dette kan være en del av løsningen, men innebærer lenger reisevei for pasienter og dersom det også skal danne grunnlage for beredskap er kabalen ganske komplisert.

Alle sykehus har behov for legespesialister med breddekompetanse, men dette er aller viktigst i lokalsykehusene for at man skal kunne opprettholde bærekraftige vaktordninger. Man ser derfor med bekymring på muligheten for at generalistbiten av utdanningene reduseres i volum (vi tror dette er ivare tatt i pågående utredning fra HDIR).

#### *Pasientenes rolle – brukervedvirkning*

Helse Nord har et utbygget system for brukervedvirkning i tråd med nasjonale forutsetninger, med regionalt og lokal brukervedvalg, plan for brukervedvirkning og dedikerte midler til arbeidet. Lett tilgjengelig informasjon på hjemmesiden – inkludert oppsummering av erfaringene fra nasjonal brukertilfredshetsundersøkelse (PASOP). Utfordringen er å gjennomføre tiltak på systemnivå som styrker vedvirkningen for den enkelte pasient i behandlingssituasjonen.

#### *Samhandling med kommunene*

Helse Nord omfatter 87 kommuner – derav 38 med færre enn 2000 innbyggere. Der strukturen i spesialisthelsetjenesten er mer standardisert, har kommunene et mindre forutsigbart system for hvordan de leverer helsetjeneste. Helse Nord samarbeider med kommunene gjennom 18 regionale råd.

#### *Om struktur og fremtid*

Norske sykehus har i stor grad blitt anlagt som følge av industrietablering med påfølgende bosetting. I vurderingen av fremtidig sykehusstruktur er dette fortsatt viktig – dekker Helse Nord en landsdel der det ligger til rette for nyetablering eller styrking av eksisterende industri?

Selv om bildet er sammensatt, ser det ut til landsdelen kan stå foran en periode med styrking av (desentralisert) industri. Særlig tydelig er dette i Nordland, mens Finnmark og Troms ser ut til å følge etter.



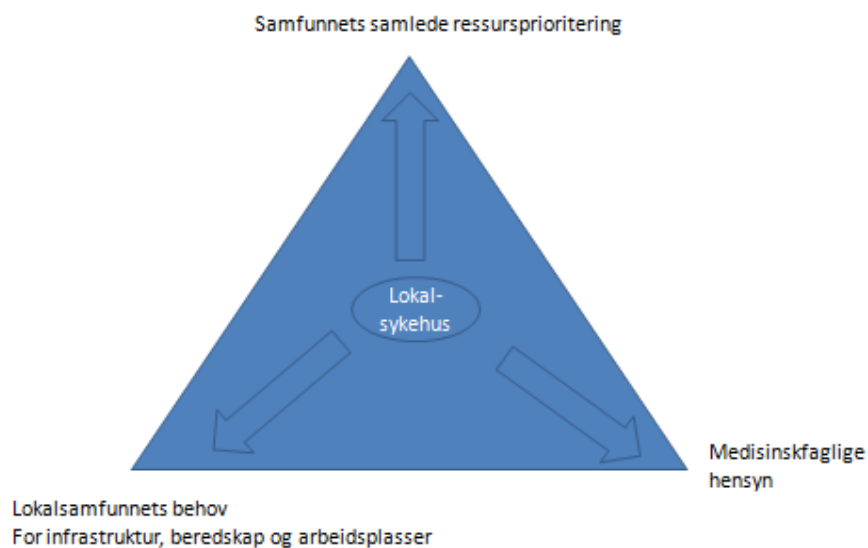
#### *OPPSUMMERING – om å balansere dilemmaer:*

En spennende region som har tenkt og gjort mye klokt. Utfordringene med avstand og desentralisert spesialisthelsetjeneste er større her enn noe sted i Norge. Det har gjort nettverkstankegangen vel etablert.

Hvordan balansere sentralisering og desentralisering? Samfunnets behov for best mulig samlet ressursbruk fører sammen med fagfolks ønske om å være del av robuste og utviklende fagmiljøer til en betydelig gravitasjonskraft mot de større sykehusene. Befolkningens ønske om nærhet – men nærhet til hva – og betydning for beredskap, samfunnsstøtte (sykehusene er en samfunnsinfrastruktur med betydning langt utover helse alene) og arbeidsplasser trekker mot desentrale løsninger.

Man kan ikke velge å vurdere sykehusene og spesialisthelsetjenestestruktur ut fra et av perspektivene, men må finne en balanse mellom alle tre hensyn. Det finnes ingen enkel løsning som man har oversett, eller som har vokst frem gjennom endringer i teknologi og kommunikasjon.

En enkel løsning krever at man velger bort minst en av aksene i figuren under.



### *Gode råd til sykehusplanen*

Mer nasjonale, faglige krav til hovedfunksjonene i sykehus kan være hjelpsomt for framtidig oppgavedeling og kvalitetsstyring.

Nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning kan understøtte mer brukermedvirkning – også i arbeidet med å utvikle standardiserte, kliniske behandlingsretningslinjer, pasientforløp mm.