

# Årlig melding 2008 for Helse Nord RHF

til Helse- og omsorgsdepartementet

Versjon 1.0

# 1. INNLEDNING

## 1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Nord's vedtatte strategi fra 2002 gir følgende visjon, verdigrunnlag og strategier:

Helse Nord skal være en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil. Helse Nord velger samarbeid mellom enheter og nivåer som hovedstrategi:

Vår visjon er:

Pasientene skal gis rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord  
- Helse i Nord der vi bor -

Helse Nord bygger på de nasjonale verdier: KVALITET, TRYGGHET og RESPEKT.

## 1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2008

Helse Nord RHF synes å ha lyktes relativt bra med prioritering av nasjonale og regionale satsningsområder, sett i lys av de store økonomiske utfordringene foretaksgruppen har hatt i 2008. Faglig utvikling har gitt et bredt tjenestetilbud preget av kvalitet i behandling og pleie og en bedre styring mot riktig prioritering fagene imellom. Det har lyktes oss å prioritere psykisk helsevern, rus og tilbud til kronikergruppene herunder styrket pasientopplæring og brukermedvirkning gjennom lærings- og mestringstilbud. Barne- og ungdomspsykiatrien gir tilbud til 6% av barnepopulasjonen, noe som ligger over det nasjonale måltallet. BUPene har også hatt en betydelig bedre effektivitet i 2008 enn i 2007.

Vi har i 2008 vedtatt og startet implementeringen av handlingsplan for diabetesomsorgen, tilbud til ME-pasienter og styrket innsatsen innenfor kreftområdet. Smittevern og beredskap har hatt fokus og det er økt innsats innen forskning. Det har vært en ressursmessig økning på forskning innen rus og psykisk helsevern i forhold til 2007.

Av uløste utfordringer er det selvsagt den økonomiske situasjonen som er mest bekymringsfull. Innad i foretaksgruppen har det vært fokus på at omstillingstiltakene skal ha langsiktige varige effekter og at disse skal være prioritert over tiltak med kortsiktig effekt.. Helse Nord RHF har i 2008 hatt månedlig oppfølging av status på tiltaksplanlegging og gjennomføring i helseforetakene, med vurdering av tilhørende prognose og risikovurdering. Dette har vært fast punkt i månedsrapportene og tema på oppfølgingsmøtene med foretaksdirektør. Den løpende oppfølgingen og rapportering har vist at tiltaksplanene har gitt for liten effekt i forhold til de utfordringer som har vært rapportert. Dette er den viktigste årsaken til avviket fra resultatkravet.

Sykefraværet i Helse Nord for 2008 er stabilt på 9,1%, sammenlignet med samme periode i både 2007 (9,0%), 2006 (8,9%) og 2005 (9,0%). Totalt sykefravær i Norge (9,6%) var i 2. tertial økt med 4,6% mot samme periode for 2007. Sykefraværet er høyest innen helse- og sosiale tjenester, og har siste året økt med 6,2% på landsbasis. Styret i Helse Nord erkjenner at

sykefraværet er for høyt og at det er av stor betydning, også for å få kontroll på utgiftene i foretaksgruppen, å fortsette arbeidet med sykefraværsoppfølgingen.

Helse Nord gjennomførte et regionalt sykefraværsprosjekt "Prosjekt Arbeidsglede", der en forsterket sykefraværsoppfølging skulle bidra til at flere av de langtidssykemeldte arbeidstakerne i Helse Nord får bistand til å komme tilbake til arbeidslivet. En objektiv evaluering av metoden som benyttes gjøres ved følgeforskning i regi av Høgskolen/handelshøgskolen i Bodø. Følgeforskningen pågår i hele 2009.

Foruten det betydelige avviket i forhold til balansekravet og det høye sykefraværet er det de nasjonale kvalitetsindikatorene og utviklingen av økt ventetid og flere korridorpasienter som anses som de største avvikene. I tillegg har vi fortsatt mangelfulle tekniske løsninger på en del nøkkeldata, som gjør rapporteringen vanskelig. Disse forhold vil måtte ha økt fokus i året vi er inne i og årene framover.

## **2. RAPPORTERING**

### **2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2008**

#### **2.1.1 Ivaretagelse av "Sørge for"-ansvaret. Overordnet vurdering av måloppnåelse.**

Helse Nord ivaretar sørge-for-ansvaret for pasientbehandling og faglig prioriterte områder i tråd med oppdragsdokument og Nasjonal Helseplan. Det er vedtatt handlingsplaner for alle nasjonale og regionale satsningsområder (se kap.3) og disse følges opp i alt vesentlig. Den stramme økonomien preger virksomheten, men prioriterte områder som kronikeromsorg, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og kreft har vært skjermet fra nedskjæringer. Aktiviteten har økt betydelig innenfor barne- og ungdomspsykiatri og rusbehandling. Innen somatisk virksomhet legges behandlingen om fra døgn til dag- og poliklinisk behandling, slik planlagt. Når det gjelder voksenpsykiatri har de voksenpsykiatriske poliklinikkene ennå problemer med å oppnå mål for aktivitet/konsultasjoner etter nasjonale måltall.

I 2009 vil styret få framlagt "Lokalsykehusstrategi for Helse Nord" som vil inneholde tiltak for sikring av helhetlige behandlingsforløp som skal sikre bedre tilgjengelighet og tjenester for de store pasientgruppene. Det er arbeidet med pilotprosjekter innen samhandling mellom nivåene, slik som Helsepark i Rana, FAM i Mosjøen og sykestueprosjektene i Finnmark. En rekke andre samhandlingstiltak i form av desentraliserte tjenestetilbud, ambulering og praksiskonsulentordninger er iverksatt og styrket.

Utdanning, rekruttering og stabilisering av nok og kompetent personell er kritiske faktorer for tjenestetilbudet i Helse Nord, og det er utført godt arbeid i 2008 for å få kontroll på bemanningsutviklingen og redusere bruk av innleie og vikarer. Helse Nord driver regionale utdanningsprogram innen fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri, revmatologi, voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri samt klinisk barne- og ungdomspsykologi i tillegg til utdanningsprogrammet i Finnmark. Programmene gjør at rekrutteringen av legespesialister er bedre enn noensinne.

Forskning og fagutvikling har hatt høy profil i 2008 og det skjer mye positivt med ressursallokering og satsing på de fleste områder. Det finansieres også prosjekter innen samisk forskning og kvinnehelse. Kvalitetsarbeidet drives gjennom fokus på implementering av faglige retningslinjer, bruk av prioriteringsveilederne etter hvert som de "rulles ut" og gjennom det regionale kvalitetsnettverket og fagnettverkene.

Et helhetlig oppfølgings- og rapporteringssystem knyttet til kravene i oppdragsdokumentene er etablert og videreføres for 2009. Styret i Helse Nord RHF behandlet sak om implementering av internkontrollsystem i 2007. Dette systemet innebærer både et internkontrollsystem for Helse Nord RHF og implementering av en elektronisk løsning for internkontroll dokumenter (DocMap) for hele foretaksgruppen. Helseforetakene har startet implementeringen men det er fortsatt behov for mer tid og fokus for at systemet skal være fullstendig implementert, slik at vi sikrer at flest mulig avvik blir fanget opp gjennom systemet. Noen av helseforetakene har allerede tatt i bruk avviksmodulen.

### **2.1.2 Oppfølging av styringskravene.**

For besvarelse av de enkelte styringskrav og oppfølgingspunkter, se vedlegg 1 og iverksetting av tiltak i foretaksprotokoller i vedlegg 1b. Rapporteringen på styringskravene (styringsvariabler og tiltak) følger strukturen i oppdragsdokumentet. For styringsvariabler som også er nasjonale kvalitetsindikatorer, er det foretatt en rapportering i vedlegg 1 c.

De fleste styringskrav er iverksatt eller under iverksettelse. Krav merket grønt er å anse som innfridd eller vil bli innfridd i løpet av 1.tertial 2009. Krav merket med gult er det startet arbeid i forhold til, men disse er enten forsinket eller beregnet å ta lengre tid enn først antatt. Krav merket med rødt er ikke innfridd eller er avvik i forhold til mål.

De aller fleste kravene i oppdragsdokument fra HOD til Helse Nord RHF betrakter vi som innfridd. 3 krav er merket med rødt. Disse er ikke innfridd hovedsakelig pga manglende datasystemer eller tekniske løsninger som kan gi svar på styringskravet.

#### *Psykisk helsevern spesielt*

Det vises til kapittel 8 i oppdragsdokumentet om oppfølging og rapportering. Rapportering er gjort i vedlegg 1b.

### **2.1.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer.**

Av positive trender ser vi at antall pasienter med individuell plan innen barnehabilitering ligger på et nivå som vi tror er rimelig godt, hensyntatt de pasientgrupper som har behov for, og ønsker om, en individuell plan. Helseforetakene har jobbet godt med området og antallet er økt fra i fjor. Antallet konsultasjoner per årsverk i psykisk helsevern er i en positiv utvikling for barne- og ungdomspsykiatrien, men for voksenpsykiatriske poliklinikker er antallet konsultasjoner fortsatt altfor lavt og det har også vært en svak nedgang.

Andel rettighetspasienter viser en tilnærming mellom foretakene og dermed en mer lik praksis. De nye nasjonale prioriteringsveilederne forventes å gi økt harmonisering når det gjelder andel som gis rett til nødvendig helsehjelp.

Det er dessverre slik at foretaksgruppen på de aller fleste kvalitetsindikatorene har hatt en negativ utvikling. Særlig vil vi trekke fram epikrisetid, korridorpasienter og ventetid. Antall sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning ligger for foretaksgruppen totalt på 53,9%

Dette er en nedgang fra 3.tertial 2007 med 3,4%. Kun ett helseforetak har bedring på indikatoren. Dette er noe overraskende da det har vært stort fokus på indikatoren over år.

Helse Nord vurderer det slik at noe lengre ventetid på elektiv behandling, færre epikriser innen 7 dager og økt antall korridorpasienter har sammenheng med det sterke fokus på økonomisk balanse, omorganisering av foretak og tiltaksplaner, som til dels var ventet å kunne få slik effekt på den pasientrettede virksomheten. Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker har imidlertid nedgang i gjennomsnittlig ventetid, noe som sammen med økte konsultasjoner pr behandler tyder på en klart mer effektiv tjeneste. Det er imidlertid betenkelig at ventetid for rettighetspasienter overstiger ventetid for de uten rett til nødvendig helsehjelp innen BUP. Dette må det iverksettes tiltak på i 2009.

## 2.2 Rapportering på krav i foretaksprotokoller

Rapporteringen følger struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til foretaksprotokoll fra foretaksmøte i januar 2008, samt foretaksmøte 03.06.08.

### 2.2.1 Økonomisk resultat 2008

Foretaksprotokollen av 24 januar 2008 setter krav om økonomisk balanse, tilsvarende et årsresultat på null kroner. Foretaksmøtet presiserte i tillegg at økte pensjonskostnader som følge av ny regnskapsstandard, ikke inngår i resultatkravet for 2008. Dette var beregnet til 415 mill kroner. Styret for Helse Nord RHF behandlet konsolidert budsjett 2008 og fastsatte konkrete resultatkrav for hvert enkelt HF innenfor kravene fra eier.

Helse Nord RHF fikk første halvår 2008 en tilleggsbevilgning på kr. 360 mill kroner til delvis dekning av økte pensjonskostnader. Foretaksmøtet 3. juni 2008 sak 5 satte resultatkravet for Helse Nord RHF til et underskudd på inntil 68 mill kroner inklusive økte pensjonskostnader.

Styret for Helse Nord RHF behandlet fordeling av disse økte inntektene og fastsatte nye resultatkrav for helseforetakene, i samsvar med foretaksprotokollen (sak 62/2008).

Tall i mill kroner

Helse Nord	Foreløpig regnskap 2008
Foreløpig resultat 2008	-303,8
Resultatkrav fra eier	-68,0
<b>Avvik fra resultatkrav</b>	<b>-235,8</b>

Det understrekes at resultatet er foreløpig og kan endres noe. Erfaring fra tidligere år er at vi treffer rimelig godt i forhold til endelig resultat, men det gjenstår enda fullstendige avstemminger og gjennomgang av avsetninger, anlegg, varelager etc. og revisors gjennomgang. Disse forhold vil kunne påvirke resultatet.

Da konsolidert budsjett 2008 ble vedtatt i februar var det ikke utarbeidet komplette tiltaksplaner for å oppnå det økonomiske resultatkravet. I brev av 30/01-2008 redegjøres det for utfordringen i 2008. Basert på egne vurderinger og dialog med ledelsen i foretakene, konkluderte vi med at det var høy risiko knyttet til omstillingstiltak i budsjett 2008, på til sammen 200- 250 mill kroner.

Styret aksepterte ikke dette og fattet følgende vedtak:

3. *Styret er ikke fornøyd med at det ikke er fremlagt komplett, detaljert og konsekvensvurdert tiltaksplan for den samlede omstillingsutfordringen i foretaksgruppen slik som forutsatt i styresak 96-2007 Budsjett 2008 – Rammer og føringer. Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF gis frist til 10. mars 2008 med å utarbeide og styrebehandle tiltaksplan i henhold til forutsetningene. Samtlige helseforetak må detaljere sine planer på en slik måte at oppfølgingsansvar er i samsvar med fullmaktsstruktur, og fremdriften mht forutsatt oppstart, tidspunkt for full effekt m.v.er konkretisert.*
8. *Styret aksepterer ikke avvik fra resultatkravet og påpeker nødvendigheten av at det fokuseres på organisasjonskultur og ledelsesutvikling for å sikre lojalitet på alle nivå i organisasjonen til de økonomiske rammer og det gitte oppdraget i henhold til oppdragsdokumentet med hensyn til prioritering samt gjeldende regler for HMS.*

Styret aksepterte også i samme sak at salgsgevinster av fast eiendom (boliger) kunne inngå som tiltak for å oppnå økonomisk balanse i 2008. I foretaksmøtet ble det senere presisert fra HOD at salgsgevinster ikke ville bli akseptert som tiltak for balanse.

Styret for Helse Nord RHF behandler løpende økonomirapporter. I forbindelse med behandlingen av tertialrapport nr 1 vurderte styret for Helse Nord RHF situasjonen som uakseptabel og kalte inn til foretaksmøte i slutten av juni hvor kravene til resultat og utvikling og gjennomføring av tiltak for å oppnå balanse ble gjentatt og presisert.

Den løpende oppfølgingen og rapportering har vist at tiltaksplanene har gitt for liten effekt i forhold til de utfordringer som har vært rapportert. Dette er den viktigste årsaken til avviket fra resultatkravet. Lønnsøkning ut over forutsetningene i statsbudsjettet og en overraskende tilleggsregning fra Norsk Pasientskadeforsikring i desember samt merforbruk rus og ambulansedrift, forklarer deler av avviket.

På tross av økte inntekter i desember (omgrupperingsproposisjonen) viser foreløpig regnskap for 2008 et avvik på 232 mill kroner fra eiers styringsmål. Kort oppsummert forklares avviket slik:

<b>Avvik fra resultatkrav skyldes:</b>	
Manglende salgsgevinst	-70
Pasientskade	-15
Lønnsoppgjør ut over forutsetninger	-60
Manglende effekt av tiltaksplaner	-133,8
Underbudsjetterte kostnader rus/ambulanse ca.	-30
Økte inntekter	73
<b>Sum</b>	<b>-235,8</b>

### ***Risikostyring og internkontroll***

Helse Nord har satt i gang et arbeid med bedre integrering av risikostyring i foretaksgruppen. Det er satt ned en gruppe som skal utarbeide en risikoveileder og gjøre representanter ved HF'ene i stand til å bistå foretaksledelsen i risikoidentifisering, -vurdering og -respons. I dette arbeidet blir internrevisjonen i Helse Nord benyttet som rådgiver. Helse Nord gjennomførte overordnet risikovurdering av driften i oktober for 2. tertial. Denne ble behandlet i styret som styresak 109/2008 og oversendt HOD med tertialrapport 2-2008

For resultat av øvrige styringskrav i foretaksprotokollene vises til vedlegg 1 b.

### **3. STYRETS PLANDOKUMENT**

Planen redegjør for økonomi- og befolkningsutvikling, medisinske utviklingstrekk og kapasitetsbehov. I hovedmål og strategier for 2009 – 2011 fremheves Helse Nords prioriteringer innen pasientbehandling, utdanning, forskning, pasientopplæring og brukervedvirkning. Følgende prioriteres i planperioden:

- Videreutvikle gode lokalsykehus og desentraliserte helsetjenester
- Styrke samhandlingen med primærhelse- og sosialtjeneste og utvikle helhetlige behandlingsforløp.
- Styrke tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere
- Videreutvikle helhetlige og differensierte tilbud til psykiatriske pasienter
- Fortsatt styrke tilbudet til syke eldre og personer med kroniske lidelser
- Styrke forskningsinnsats, satse måltettet ut fra forskningsstrategi, og få fram mer behovsdrivet- og forskningsdrivet innovasjon
- Styrke fagutvikling og fagnettverk
- Fortsatt satse på rekruttering av helsepersonell innen helsepolitisk høyt prioriterte områder, og der rekrutteringsproblemen er størst
- Videreutvikle brukervedvirkning
- Styrke samarbeidet om folkehelse i partnerskap med fylkeskommunene

#### **3.1 Utviklingstrender og rammebetingelser**

Medisinsk kunnskap og teknologi er i kontinuerlig utvikling. Det skjer stadig endringer i behandlingstilbudet, bl.a. som følge av digitalisering, genteknologi, nye medikamenter og teknikker. Behandlingsmetodene blir mer avanserte, men også mer skånsomme og effektive, slik at flere pasienter kan behandles, oftere uten innleggelse. Likeledes fører økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon til at flere får behandling. Noen trekk som preger utviklingen:

- Kreftsykdommer fortsetter å øke betydelig. Antallet som lever med kreft øker.
- Nye tilfeller av hjertesykdommer ser ut til å stabiliseres eller gå litt ned i alle aldersgrupper. Antallet som lever med hjertesykdommer vil imidlertid øke, men neppe mer enn befolkningsutviklingen.
- Perifere karsykdommer viser en relativ økning både for nye tilfeller og antall som lever med slike sykdommer. Økningen er i første rekke knyttet til pasienter med diabetes type II.
- Astma, allergi og luftveissykdommer vil øke mer enn befolkningsutviklingen tilsier.
- Sykdommer knyttet til fedme og overvekt, som diabetes, artrose, hypertoni m.v. vil øke kraftig pga endrede vaner innen kosthold og fysisk aktivitet.
- Problemer knyttet til nye infeksjonssykdommer, forårsaket av multiresistente mikroorganismer, forventes å øke.

- Psykososiale problemer knyttet til sosial ustabilitet, svakere sosiale nettverk og sosiale ulikheter, og som bidrar til mer helseproblemer og dårligere livskvalitet for utsatte grupper, ser ut til å øke.
- For enkelte grupper preges sykdomsbildet i større grad av skader som følge av vold, rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser.
- Antall unge mennesker med depresjoner, selvmord- og selvskadingsproblematikk, samt antall mennesker med rus- og alvorlige psykiske lidelser, øker
- Alvorlige adferdsforstyrrelser og ADHD-problematikk viser økning blant barn og unge.

Dagens pasienter stiller krav til informasjon, medbestemmelse, kvalitet og valgfrihet, og har f.eks. rett til nødvendig helsehjelp, fritt sykehusvalg og individuell plan. I tillegg endres også befolkningens opplevelse av lidelser og plager. Sammen med flere muligheter til å avdekke og behandle sykdom og helsetilstand, vil dette både skape økte forventninger til helsevesenet og gi større behov for helsetjenester. Dette krever kontinuerlig omstilling, utvikling og prioritering innen og mellom tjenestetilbudene.

### **3.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet**

Befolkningstallet i regionen er nokså stabilt, men det skjer fortsatt en relativ befolkningsvekst i byer og en gradvis nedgang i befolkningen i små kommuner. Relativ andel eldre vil øke i årene fremover. Hovedutfordringen fremover er å tilpasse tjenestetilbudene til behov som følger av endring i befolkningssammensetning. Tilbudene er fortsatt mangelfulle overfor eldre og mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Det samme gjelder overfor personer med sykkelig overvekt, psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet, og ME. For å løse utfordringene er det nødvendig å styrke samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten og med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Helsefremmende tiltak og forebygging må også vektlegges. Partnerskapsavtale mellom fylkeskommunene og Helse Nord er et godt grunnlag.

### **3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger.**

Det er identifisert et omstillingsbehov i overkant av 140 mill kr i 2009 for å nå balansekravet. Det har til nå ikke lyktes å oppnå nødvendig effekt av omstillingstiltakene i 2008. Helseforetakene skal i 2009 gjennomføre en rekke tiltak som skal medvirke til bedre styring og budsjettmessig balanse. Økonomisk balanse i 2009 kan bety strukturelle omlegginger av tjenestetilbudet. Samtidig skal målsettingen om relativt større vekst innen psykisk helsevern og rusomsorg i forhold til somatisk virksomhet innfris. Det er en utfordring for helseforetakene å ivareta dette kravet, og samtidig ivareta kravet om budsjettmessig balanse og bedre økonomisk styring.

Risikobildet for økonomisk måloppnåelse i 2009 er todelt. Eiers resultatkrav er balanse, mens foretaksgruppen har lagt opp til et overskuddskrav på 100 mill kr for å styrke likviditeten i foretaksgruppen og sikre muligheten for å gjennomføre vedtatt investeringsprogram. Dette innebærer at risikoen for at eiers resultatkrav ikke nås er



lavere enn risiko for at foretaksgruppens resultatmål ikke vil realiseres. Dersom resultatutviklingen i 2009 avviker fra Helse Nord styrets krav, vil investeringsplanen måtte justeres ned.

Risikoen for at Helse Nord ikke skal nå sine økonomiske mål vurderes som høy. Risikoen er særlig knyttet til helseforetakenes tiltaksplaner og gjennomføringen av dem. Styret i Helse Nord RHF sendte derfor budsjettforslagene tilbake til HF-styrene for ny behandling og revidering av tiltaksplanene. Helse Nord RHF vil følge opp foretakenes tiltaksplaner tett og stille krav til løpende realisering av tiltakene. Det vil bli gjennomført hyppige oppfølgingsmøter med foretaksledelsen i helseforetakene. Videre skal oppfølgingen gjennom styrekanalen med bruk av de virkemidlene som følger av helseforetaksloven vurderes løpende.

### **3.1.3 Personell og kompetanse**

Helse Nord arbeider med å slutføre avtaler med høgskolene, samt vurderinger og gjennomganger av utdanningsbehovet i forhold til de utfordringer helsetjenestene står overfor i framtida. Dette inkluderer også behovet for spesialister. Den strategiske kompetanseplanen er under utvikling. Det vi ser i dag er at foretaksgruppen vil ha stort behov for intensivsykepleiere i mange år framover og det vil være nødvendig med kompetanseprogram for helsepersonell i intermedieære enheter som FAM, DMSene og lokalsykehusene generelt innen akuttmedisin for å møte et framtidig bortfall av generelle kirurger og evt anestesileger.

Helse Nord har en aktiv rekruttering og utdanningspolicy i forhold til legespesialister og vi har iverksatt utdanningsprogrammer innen de fleste rekrutteringsutsatte spesialiteter.

### **3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer**

Realkapitalen i bygg- og anlegg har fortsatt et etterslep på vedlikehold og oppgradering. Styret i Helse Nord RHF har vedtatt en strategi med fornying av realkapitalen og innhenting av etterslepet på vedlikehold ved en ambisiøs investeringsplan.

Investeringsplanen baseres på at en stor del av investeringsmidlene nyttes til fornying av bygg og anlegg ved større strategiske prosjekter ved sykehusene i Bødø, Vesterålen (Stokmarknes), Narvik, Kirkenes og Hammerfest foruten utbygginger ved UNN (A-fløy og pasienthotell). Forutsetningen for at strategien skal lykkes vil være budsjettbalanse ved foretakene, økte effektiviseringskrav, langsiktige lån til strategiske prosjekt og god prosjektstyring.

Helse Nord RHF og foretakene vil i 2009 ha fokus på sammenligningsanalyser for å identifisere hvor potensialet for areal- og kostnadseffektivisering innen bygg- og eiendomsforvaltning kan finnes.

## **3.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer**

Helse Nord's vedtatte strategiske mål er:

- At tilbudene i Helse Nord har en kvalitet av god internasjonal standard
- At det i Helse Nord skal etableres en evaluerende kultur basert på kunnskap om ”beste praksis” og dokumentasjon av egen virksomhet
- Å videreføre en betydelig desentralisering av høyvolumtjenester
- Å eliminere uverdige ventetider
- Å utdanne og rekruttere nok helsepersonell til å dekke landsdelens behov
- Å stabilisere fagmiljøene gjennom gode og utviklende arbeidsmiljø
- Å satse på forskning for å sikre rekruttering, kvalitet på tjenestene og en fagkritisk evaluerende kultur.
- At pasientene i Helse Nord skal møte et mest mulig sømløst helsevesen uten unødige omveier, forsinkelser eller barrierer mellom leddene i behandlingsskjeden
- En optimal samordning av tjenester og fleksibel utnyttelse av ressurser og kompetanse på tvers av nivåer og foretaksgrenser, til beste for befolkningen
- At Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk informasjonsteknologi som verktøy for å bedre tilgjengelighet og arbeidsflyt, samarbeid og effektivitet
- Å organisere spesialisthelsetjenesten i Helse Nord på en kostnadseffektiv måte, samtidig som de kombinerte krav til kvalitet og tilgjengelighet og utdanning ivaretas
- At Helse Nord skal utvikle seg til en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil, gjennom medvirkning fra pasienter, pårørende og ansatte, og gjennom bred mobilisering av landsdelens befolkning.
- Å styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

For å bygge opp kapasitet og kompetanse til å følge opp disse målene har Helse Nord vedtatt handlingsplaner og strategier for en rekke sentrale fagområder: psykisk helse, geriatri, rehabilitering/habilitering, revmatologi, diabetes, rusomsorg, intensivmedisin, barnemedisin, samhandling/desentralisering, plan for avtalespesialister (desentralisering og ambulerende) og forskning. Regional forskningsstrategi er under revisjon og ny strategi vil være behandlet i styret i løpet av 2009. Samlet sett gir disse planene god oversikt over nødvendige tiltak for å styrke tilbudet til de store pasientgruppene i Helse Nord. De stemmer også godt overens med målene i Nasjonal helseplan.

I 2009 vil styret få framlagt en samlet lokalsykehusstrategi for Helse Nord. Planen vil inneholde tiltak for helhetlige behandlingsforløp og kvalitetsutvikling som vil sikre bedre tjenester for viktige pasientgrupper. Lokalsykehusstrategien kan ses som en overbygning over alle planer som styret har vedtatt de siste årene. I planen integreres også Nasjonal helseplan 2007-10. Plan for 2009-2012 må ta hensyn til den økonomiske situasjonen helseforetaksgruppen er i.

Utdanning, rekruttering og stabilisering av nok og kompetent personell er kritiske faktorer for tjenestetilbudet i Helse Nord, og det samme gjelder forskning og fagutvikling. Det skal også jobbes med målrettet med innovasjon framover. Det arbeides også med utvikling av en strategisk kompetanseplan for foretaksgruppen.

Helse Nord ser arbeidet med prioritering og kvalitetsforbedring i sammenheng. Riktig prioritering og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer og prosedyrer for behandling

er våre viktigste virkemidler for å oppnå likeverdig behandling av høy kvalitet. Fagmiljøene skal lære av egne erfaringer gjennom bruk av kvalitetsregistre og klinisk forskning som fokuserer på behandlingsresultat. Dette understrekes også i Helse Nord's overordnede strategi.

Gjennom innføring av gjennomgående, elektronisk kvalitetssystem DocMap, oppfølging av faglige retningslinjer og øvrige prosesser i den enkelte avdeling, i kvalitetsnettverk, fagråd og HMS-nettverk, vil vi på sikt ha et godt fundament for videre kvalitetsforbedring, som også er i tråd med nasjonale føringer.

Det er inngått avtaler med fylkeskommunene om samarbeid for å styrke folkehelsen. Som ledd i styrking av helsesamarbeidet i nordområdene er det inngått overordnet avtale med Arkhangelsk fylke tilsvarende som med Murmansk fylke i 2006.

### **3.2.1 Kort om de enkelte planene.**

#### *Videre utvikling av psykisk helsevern*

Opptappingsplanen for psykisk helsevern ble avsluttet i 2008. Helse Nord har i stor grad oppfylt målsettingene i planen. Den regionale Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005-2015 ble vedtatt av styret i juni 2005. Planen beskriver utfordringene Helse Nord står overfor i forhold til styrking og videreutvikling av det psykiske helsevernet utover opptappingsplanen.

Prinsippet om desentralisering og nærhet til befolkningen står fast. Kravet om differensierte og likeverdige behandlingstilbud forutsetter bedre samordning og formalisert samarbeid mellom behandlingssenheter og -nivå. Hovedutfordringen er å justere kursen for utviklingen av DPS-ene og få på plass en klar definert oppgave- og ansvarsdeling mellom DPS og akuttpostene. Vedvarende overbelegg ved akuttpostene i Bodø og Tromsø tilsier at det fortsatt er behov for å styrke behandlingstilbudet ved DPS-ene. Bedre samordning vil kunne bidra til å redusere presset på akuttpostene og dermed også på ventetidene, men styrking av akuttavdelingene i Tromsø kan også bli aktuelt.

Rekrutteringsprosjektene for voksen- og barne- og ungdomspsykiatere videreføres som permanente tiltak, og det ble i 2008 etablert liknende utdanningstilbud i klinisk barne- og ungdomspsykologi.

Alle DPS skal i planperioden ha etablert tverrfaglige, ambulerende team med tilgang til lege- og psykologspesialist. Dette er et viktig behandlingstilbud til pasienter som av ulike årsaker ikke kan møte til poliklinisk behandling, og styrker ettervern og oppfølging av pasienter over tid. Gjennom tidlig intervensjon, råd og veiledning til fastleger og kommunale tjenester kan teamene bidra til å forebygge innleggelse.

Krav om omstilling, økt effektivitet og samhandling stiller store krav til lederne. Helse Nord RHF vil derfor satse på utvikling av lederrollen innen psykisk helse. Brukernes erfaringer og kompetanse utgjør et viktig supplement til spesialisthelsetjenestens

faglige kompetanse. En prøveordning med å ansette medarbeidere i psykisk helsevern er i gang.

### ***Rusomsorg - handlingsplan***

Styret i Helse Nord RHF vedtok i 2007 regional handlingsplan for rusomsorg. Planen forutsetter at tilbudet til rusmiddelmissbrukere må styrkes kapasitetsmessig på noen områder, og at tjenestene må differensieres og organiseres bedre for å ivareta krav til kvalitet i tjenestene. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal integreres i de øvrige tjenestene. På kort sikt har økte ressurser blitt brukt til å sikre tilbud til pasienter med behov for innleggelse i institusjon. Fremover skal det vurderes endringer i struktur for å integrere tilbudene i større grad i den øvrige spesialisttjenesten. Det skal utvikles lokalbaserte alternativer til dagens institusjonstilbud. De tjenester som er for dårlig utbygd i dag er polikliniske tjenester og korttids døgntilbud for krisehjelp og utredning i helseforetakene. Det er også behov for en betydelig satsing i å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetanseutviklingen i tjenestene.

Utviklingen fremover skal skje innenfor de rammer og forutsetninger som legges til grunn i den nasjonale opptrappingsplanen.

### ***Handlingsplan for geriatri***

Ifølge handlingsplanen skal det ved hvert sykehus (medisinsk avdeling) avsettes minimum 8 til 10 senger samlet til geriatri- og slagbehandling. Konkret antall senger avhenger av sykehusets størrelse. Dette skal være en felles enhet med fast personale på dagtid, for å bygge opp kompetanse og skape den felles behandlings- og rehabiliteringsfilosofi som er avgjørende for pasientenes muligheter til å gjenvinne helse og kontroll med sine liv. Ergoterapeut og fysioterapeut som er tilknyttet geriatriisk team må ha det som en del av sin arbeidsoppgave å betjene sengeenheten. Det vil være naturlig at geriater eller indremedisiner med spesiell interesse for geriatri leder disse kombinerte slag- og geriatrienhetene. Pasientene bør mottas i den akutte fasen og gis mulighet til lengre opphold enn det som er gjennomsnitt for medisinsk avdeling for øvrig.

### ***Handlingsplan for habilitering/rehabilitering***

De spesialiserte tjenestene innen habilitering og rehabilitering har en stor målgruppe som omfatter en rekke diagnoser og funksjonsutfall. Et bærende prinsipp er at alle pasientgrupper skal ha et basishabiliterings/rehabiliteringstilbud i eget helseforetak.

- LMS-tilbud skal være tilgjengelig for alle pasientgrupper
- ambulante tjenestetilbud i habilitering og rehabilitering skal styrkes i alle HFene

For slagpasienter er det god dokumentasjon på at tett oppfølging i hjemmesituasjonen med mobilt slagteam gir færre reinnleggelser og bedret resultat i form av færre dødsfall og bedret funksjon. Det skal være gode slagenheter ved alle sykehus som tar imot akutte hjerneslagpasienter. Rehabilitering etter slag skal ivaretas ved alle HF, ved de ovenfor nevnte avdelinger og nye nasjonale retningslinjer for akuttbehandling av slagpasienter skal følges ved alle enhetene.

### ***Handlingsplan for diabetes***

Alle lokalsykehus skal ha diabetesteam som skal bestå av minimum fast ansatt diabetesansvarlig overlege og diabetessykepleier. Teamet skal være ansvarlig for samhandlingsrutiner mellom 1. og 2. linjetjenesten. Helse Nords styre har i budsjett 2009 vedtatt at handlingsplanen skal gjennomføres i 2009 og 2010. Helseforetakene har fått midler i 2009 til bl.a. å sørge for at det er ansatt diabetessykepleiere ved alle lokalsykehus i 2009. Gjennomføring av handlingsplanen har høy prioritet.

Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er helt nødvendig i diabetesomsorgen ettersom en stor del av de vanlige kontrollene både for personer med type 1- og type 2-diabetes, må skje i regi av fastlegen. Samarbeidet med lokale FYSAK-sentraler er godt. Disse tar imot høyrisikopersoner etter henvisning fra fastlegene.

### ***Handlingsplan for revmatologi***

Tilbud som ifølge handlingsplanen bør finnes i alle helseforetak er:

- spesialistpoliklinikk for diagnostikk og kontroll
- tverrfaglige team i de sykehus hvor det allerede er et revmatologisk fagmiljø
- pasientskoler for de hyppigst forekommende tilstander
- dagenhet for pasientopplæring og for infusjon av de mest vanlige biologiske medikamenter

Pasientskoler i samarbeid med lærings- og mestringssentrene må finnes for de hyppigst forekommende tilstander: artrose, bløtdelsrevmatisme, RA, Bekhterev og PsA.

Sengeavdelingene i landsdelen må prioritere diagnostikk, utredning og behandling av de inflammatoriske tilstander. De mest sjeldne tilstander bør alle få en vurdering ved UNN. 5-dagers posten i Rana bør konsentrere seg om diagnostikk og behandling av de hyppigst forekommende sykdommer. Det må nedsettes arbeidsgrupper for å lage felles maler for hele regionen, både for inflammatoriske og ikke-inflammatoriske tilstander.

Hovedandel av trening/rehabilitering av pasienter med artrose og bløtdelsrevmatisme bør foregå i primærhelsetjenesten. Kommunale tilbud bør omfatte FYSAK-tilbud og inkludere private fysioterapeuter. Rehabiliteringsinstitusjonene må styrke tilbudet for pasienter med revmatisk sykdom.

### ***Handlingsplan for folkehelsearbeid***

Oppfølging av samarbeidsavtalen om folkehelsearbeid med de tre nordnorske fylkeskommunene er et sentralt element i handlingsplanen. Styret avsatte 1 mill. kroner til oppfølging av planen i budsjett 2009. Det er en nær sammenheng mellom tiltakene i handlingsplan for folkehelsearbeid og handlingsplan for diabetes.

Et tiltak som har klar relevans for lokalsykehussatsingen er å styrke samhandlingen mellom Fysak-sentralene og lærings- og mestringssentrene, diabetesteam og kliniske ernæringsfysiologer for personer med overvektproblematikk, jf også handlingsplan for diabetes.

### ***Kreftbehandling***

Nasjonal strategi for kreftområdet gir en overordnet referanseramme for satsingen i de regionale helseforetakene, med målsetninger og tiltak innen forbygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og forskning. Det er fortsatt for lav kapasitet innen lindrende kreftbehandling og smertebehandling. Optimalisering og kvalitetssikring ved bruk av stråling ved diagnostisk radiologi og strålebehandling skal ivaretas både ovenfor pasienter og helsepersonell. Ny stråleterapienhet ved Nordlandssykehuset ble satt i drift i 2007. Nye medikamentelle behandlingsmetoder utvikles innenfor en rekke kreftsykdommer. Helse Nord vil bidra til at det nasjonalt bygges opp systemer for dokumentasjon og metodevurdering som sikrer kvaliteten av behandling og behandlingsresultat.

### ***Intensivmedisin***

Handlingsplan for intensivmedisin ble vedtatt høsten 2008. Utredningen viser at intensivkapasiteten i Helse Nord samlet sett er god nok, men fagutviklingen har ført til at de fleste pasientene nå behandles ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset Bodø. De fleste intensivsengene ved mindre sykehus fungerer som overvåkingssenger som ikke representerer reell kapasitet for intensivbehandling. Planen konkluderer med at det er behov for en økning av kapasiteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset Bodø, og at det skal etableres en nivådeling i landsdelen i forhold til intensiv/overvåkingstilbudet ved sykehusene. Fagråd i intensivmedisin skal utrede faglige retningslinjer, protokoller og rutiner for samhandling mellom enhetene og overføring av pasienter mellom nivåene, før planen iverksettes for fullt. Budsjettet ved UNN ble styrket i 2009 for å starte opptrapping av kapasiteten ved intensivsenheten der.

### ***Barnemedisin***

Styret i Helse Nord behandlet tjenestetilbudet til barn i Helse Nord i mai 2008. Planen inneholder en rekke forslag til framtidige tiltak for å bedre kvalitet og organisering av behandlingen av barn i regionen. En del av forslagene kan gjennomføres med små- eller ingen nye ressurser mens andre vil kreve tilførsel av friske midler.

Konkrete tiltak for å bedre samarbeidet mellom barneavdelingene i Helse Nord og mellom barneavdelingene og lokalsykehusene for øvrig er skissert samt en rekke tiltak som skal bidra til å øke kvaliteten på helsetilbudet til barn i Nord-Norge. Blant disse er faglige retningslinjer for behandling av barn i regionen og krav til hvordan systemansvar skal ivaretas der det ikke er barnelege på institusjonen og barn er innlagt i avdeling. Dette gjelder både nyfødte barn som ligger i en fødeavdeling/fødestue på lokalsykehus, og barn innlagt i barnestuer.

Medisinske prosedyrer for barsel-/nyfødtmedisin skal være i henhold til den til enhver tid gjeldende Metodebok i Nyfødtmedisin, fra UNN HF, og det skal gjennomføres regelmessig trening i resuscitering av nyfødte.

### ***Smittevern og beredskap***

Regionalt kompetansesenter for smittevern (KORSN) ble etablert i 2005. Senteret skal prioritere utvikling av felles informasjonssystemer og kompetanseutvikling i regionen. Det er etablert et faglig nettverk mellom helseforetakene innen smittevern.

Insidensregistrering av postoperative sårinfeksjoner ble startet i 2007. Den regionale smittevernplanen ble revidert i 2007 og vedtatt av styret i februar 2008. Regionalt tuberkulosekontrollprogram ble revidert og vedtatt i 2008. I 2009 startes et prosjekt for å styrke kompetanse i smittevern i kommunene og styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner. I 2009 planlegges øvelse av pandemiberedskap og deltakelse i Barents Rescue. Arbeidet med å sikre lager og forsyning av kritiske legemidler og materiell videreføres. Helse Nord RHF deltar i helsedepartementets arbeidsgruppe på dette området. I 2009 gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyse som grunnlag for å utvikle helseberedskapen i nordområdene.

### ***Ortopedi***

Helse Nord RHF har vedtatt at ansvaret for ortopedisk kirurgi skal lokaliseres til ett sykehus i hvert helseforetak, og at spesialisert ortopedisk beredskap skal være tilgjengelig kun ved disse sykehusene. Det er en forutsetning at det etableres rutiner som sikrer at vanlige og mindre alvorlige ortopediske skader som ikke krever umiddelbar kirurgisk behandling fortsatt håndteres ved lokalsykehusene. En rekke lavvolumtjenester er sentralisert til UNN og Nordlandssykehuset for å styrke kvaliteten på tjenestene.

### ***Laboratoriemedisin***

Helse Nord RHF utreder struktur og arbeidsfordeling for laboratoriemedisin og blodbankvirksomhet. Det er i utgangspunktet klart at alle lokalsykehus må ha laboratorievirksomhet og at driften må være døgnkontinuerlig, men utviklingen går i retning av flere automatiserte analyser og standardisering av prøveoppsettet. Dette gjør at virksomheten blir mindre arealkrevende enn tidligere. Sykehus med tilpassede akuttfunksjoner vil sannsynligvis ikke ha behov for komplett blodbankfunksjon.

### ***Smittevern og beredskap***

Den regionale smittevernplanen ble revidert i 2007 og vedtatt av styret i februar 2008. Styrking av bemanning og kompetanse (sykepleiere og leger) og økt isolatkapasitet er prioriterte tiltak i årene som kommer. Iverksettingstakten på tiltakene må imidlertid vurderes i henhold til den samlede ressursituasjonen. Fokus i 2008 har vært rettet mot gjennomgang og oppdatering av rutiner og samarbeid med kommunenes smittevernpersonell.

Planene for sosial og helsemessig beredskap ved store kriser og katastrofer må øves fortløpende. Arbeidet med å sikre lager og forsyning av kritiske legemidler og materiell videreføres.

### ***Regional strategi for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester***

Helse Nord RHF har vedtatt en regional strategi for desentraliserte spesialisthelsetjenester. Som legger opp til at de største pasientgruppene skal få sine

tilbud på lokalsykehusene og gjennom de etablerte distriktsmedisinske sentre. Desentralisering av mer spesialiserte polikliniske tilbud og dagbehandlingstilbud gjennom ambulering er både faglig og økonomisk fornuftig, særlig når det dreier seg om tilbud til relativt mange pasienter som ellers må reise med fly til Bodø eller Tromsø. Strategien konkluderer med at lokalsykehusene bør ha fleksible løsninger for å ta imot ambulerende spesialister, og for bruk av telemedisinske tjenester mellom sykehusene. I tillegg er det vedtatt en plan for ambulering fra private spesialister som innebærer styrking av tilbudet om spesialisthelsetjenester nært befolkningsområder av en viss størrelse uten sykehus.

#### ***Ny forskningsstrategi i Helse Nord RHF***

Denne skal vedtas i RHF-styret i 2009 etter en omfattende prosess med helseforetakene og samarbeidende parter. Strategien vil være styrende for Helse Nord's satsinger i perioden 2010-2013, og mål for forskningen er:

1. Bedre pasientbehandling
2. Forskning av god og internasjonal kvalitet
3. Oppbygging og ivaretagelse av kompetanse
4. Bedre rammebetingelser for forskningsvirksomheten i helseforetak
5. Mer publisering og formidling
6. Mer innovasjon
7. Gode og etisk riktige prosesser

Målene skal oppnås blant annet gjennom å satse på topp og bredde, satse på alle helsefaggrupper og ansatte uansett profesjonstilhørighet, bruk av infrastruktur, samarbeid med universitet, høyskoler og andre samarbeidsparter.

## **HELSE NORD - REGIONALT BRUKERUTVALG**

### **ÅRLIG MELDING for 2008.**

Regionalt brukerutvalg har i 2008 avholdt 6 møter og 5 møter i arbeidsutvalget. Det har vært avholdt et felles møte for brukerutvalgene i HFene og Regionalt brukerutvalg.

Brukerkonferansen 2008 ble avholdt i april 2008 i Alta med god deltagelse fra organisasjonene og brukerutvalgene ved HFene. Hovedtema var opplæring for brukervedvirkning.

Regionalt brukerutvalg deltar som observatør med møte- og talerett i styret i Helse Nord RHF, en ordning som fungerer svært godt. Observatøren for brukerutvalget har rett til å melde inn saker, men ikke rett til å få dem behandlet. Styret har årlig "Brukerutvalgets time" hvor Regionalt brukerutvalg rapporterer for egen virksomhet, om oppfølging av plan for brukervedvirkning og kan ta opp egne saker. I 2008 ble Brukerutvalgets time gjennomført i styremøte den 16. desember.



I 2008 har saker som opplæringsprogram for brukermedvirkning, oppdragsdokumentet, aktuelle styresaker, pasienttransport , venteromsfasiliteter mm. blitt behandlet i brukerutvalget. Brukerutvalget opplever å bli hørt, og sett på som en samarbeidspartner i viktige saker f. eks. venteromsfasiliteter som nå er blitt prioritert.

I 2008 ble det utlyst for kandidater til Brukerprisen 2009. Dette er en ny pris som deles ut for første gang i 2009.