

## Regional utviklingsplan2035 – oppsummering høringsuttalelser

Høringsuttalelsene kan i sin helhet leses på Helse Nord RHF's nettsted - se her: [Regional utviklingsplan 2035 - hørings svar](#)

Nr	Høringsinstans	Side
1	Sametinget	3
2	Bodø kommune	5
3	Hammerfest kommune	6
4	Harstad kommune	7
5	Meløy kommune	7
6	Rana kommune	8
7	Saltdal kommune	8
8	Sør-Varanger kommune	9
9	Tromsø kommune	9
10	Vefsn kommune	12
11	Vestvågøy kommune - fredagsmøte for fastlegene	13
12	Løkta - interkommunalt kvalitetsnettverk for helse- og omsorgstjenestene i Troms	13
13	Lofotrådet	14
14	Nord-Troms regionråd	14
15	Ofoten regionråd	14
16	Salten regionråd	15
17	Sør-Helgeland regionråd	16
18	Vesterålen regionråd	17
19	Dialogmøte med regionrådene	18
20	Finnmark fylkeskommune	19
21	Nordland fylkeskommune	20
22	Troms fylkeskommune	21
23	Fylkeseldrerådet i Troms	23
24	Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet - ledelse	24
25	Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet - det helsevitenskapelige fakultet	24
26	Nord universitet	25
27	Hjernerådet	27
28	Kreftforeningen	27
29	LHL Troms	28
30	Norsk Lymfeødem og lipidødemforbund	28
31	Pensjonistforbundet Nordland	29
32	Harstad eldreråd	30
33	Skånland kommune - rådet for funksjonshemmede	30
34	Rana utviklingsselskap	30
35	Helsepartiet	30
36	Fagforbundet	32
37	Legeforeningen	33
38	Troms legeforening	36
39	Kliniske ernæringsfysiologers forening	36

<b>40</b>	<b>Norsk sykepleierforbund</b>	<b>36</b>
<b>41</b>	<b>Anestesisykepleiernes landsgruppe av NSF</b>	<b>39</b>
<b>42</b>	<b>UNN - arbeidstakerorganisasjoner og vernetjeneste:</b>	<b>40</b>
<b>43</b>	<b>Finnmarkssykehuset</b>	<b>41</b>
<b>44</b>	<b>Universitetssykehuset Nord-Norge</b>	<b>45</b>
<b>45</b>	<b>UNN - medisinsk klinikk avdeling Harstad</b>	<b>49</b>
<b>46</b>	<b>UNN - medisinsk klinikk Mine behandlingsvalg</b>	<b>50</b>
<b>47</b>	<b>UNN - medisinsk klinikk, seksjon blodsykdommer</b>	<b>50</b>
<b>48</b>	<b>UNN - seksjon for medisinsk teknikk</b>	<b>51</b>
<b>49</b>	<b>Nordlandssykehuset</b>	<b>52</b>
<b>50</b>	<b>Nordlandssykehuset - brukerutvalget</b>	<b>54</b>
<b>51</b>	<b>Helgelandssykehuset</b>	<b>55</b>
<b>52</b>	<b>Sykehusapotek Nord</b>	<b>56</b>
<b>53</b>	<b>Regionalt fagnettverk for pasient- og pårørendeopplæring</b>	<b>57</b>
<b>54</b>	<b>Valnesfjord helsesportssenter</b>	<b>60</b>

## 1. Sametinget:

Sametingets høringsuttalelse på Helse Nord RHF regionale utviklingsplan legger til grunn samiske pasienters rett til likeverdig helse- og omsorgstjenester på lik linje med øvrig befolkning. Likeverdige helsetjenester forutsetter helsetjenester tilrettelagt for samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn.

Sametinget er positiv til at man i utviklingsplanen ønske å ha et særskilt fokus på tjenestetilbudet til samiske pasienter, ved å ha egne kapitler som fokuserer på samisk helse. Sametinget ønsker likevel å peke på at også øvrige satsinger i høringsnotat er relevante for tilbudet til samiske pasienter. I lys av dette velger derfor Sametinget å vurdere temaer som Helse Nord har satt særlig fokus på i et samisk pasientperspektiv.

I nasjonal helse og sykehusplan er Helse Nord gitt et særlig ansvar for utvikling av spesialisthelsetjenester til samiske pasienter sentralt. Helse Nord har også samiske helseinstitusjoner i sitt område som gir behandlingstilbud lokalt, regionalt, nasjonal og nordisk. Dette medfører at utvikling og satsing på samiske spesialisthelsetjenester i helseregion nord, også vil få betydning for samiske pasienter nasjonalt og øvrige regionale helseforetak. Sametinget savner en nærmere vurdering av Helse Nord's nasjonale rolle i et utviklingsperspektiv. Sametinget merker seg at utenom Finnmarksykehusets henvisning til Samisk helseparks kompetanse og tilbud for samiske pasienter, så er ikke samiske pasienter et tema i øvrige foretak. Sametinget vil påpeke at alle underliggende helseforetak i Helse Nord har samiske pasienter i sitt nedslagsfelt. Sametinget er bekymret iver dette, da det kan tyde på at øvrige helseforetak ikke har fokus på samiske pasienters behov.

I utviklingsplanen har man valgt å beskrive en nåsituasjon. Sametinget ser at forhold som omhandler samiske samfunn, og som kan påvirke behovet for fremtidige helsetjenester til samer er lite omtalt. Sametinget savner en nå- beskrivelse som tar for seg samiske pasienters utfordringer, som et grunnlag for utvikling av tjenestetilbud til samiske pasienter. Sametinget viser blant annet til:

- Samiske pasienter møter ofte en spesialisthelsetjeneste med liten kunnskap om samisk språk og kultur
- En forutsetning for kvalitet og sikkerhet for samiske pasienter er at det gis mulighet til å bruke eget språk i behandlingen, og at helsetjenesten har kunnskap om samisk
- Reell brukermedvirkning og bedre tilgjengelighet krever språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud.

I mandatet til utviklingsplanen fremgår det også at demografi, og samfunnstrekk legges til grunn. Sametinget viser til at:

- Tradisjonelle samiske bosetningsområder er ofte spredt, og det er lange avstander til spesialisthelsetjenester og det kan medføre et «underforbruk» av helsetjenester. Det fordrer en organisering av tjenestetilbudene som tar høyde for ulikheter i bosetningsmønstre.

- Yngre samer flytter inn til større sentre og byer og har behov helsetjenester med kjennskap til samisk kultur, og der de kan bruke eget språk. Dette gjelder særlig ved psykiske lidelser og alvorlige sykdommer.
- Samiske samfunn står foran flere og særlig store utfordringer blant annet med vold og overgrep i nære relasjoner, diskriminering og mobbing, selvmord, men også overvekt og utvikling av diabetes 2 i de samiske samfunn, er høyere enn for samfunnet for øvrig. Dette vil stille krav til fremtidens helsetjenester for samiske pasienter

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell og kompetanse er viktig, For samiske pasienter er det spesielt viktig at det rekrutteres samiske fagfolk. Samiske fagfolk er bærere av samisk kulturkunnskap både generelt og i forhold til lokale samiske samfunn, og er også bærebjelken for tilrettelagte tjenestetilbud til samiske pasienter. Samtidig står vi ovenfor problemstillinger som er utfordrende med begrenset tilgang på samiske fagfolk innenfor alle fagspesifikke områder. Det krever organisasjonsformer som fører til at en kan benytte samiske fagfolk mest mulig effektivt.

For å imøtekomme samiske pasienters rett til et språklig og kulturelt tilrettelagt tjenestetilbud er det behov for å tenke helhetlig og overordnet om behov, utvikling, organisering og drift av helsetjenester til den samiske befolkning. Det må gjøres i samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og andre overordnede myndighetsnivåer innenfor helse.

Sametinget er fornøyd med at arbeidet med strategisk videreutvikling av helsetjenesten til den samiske befolkning er igangsatt. Det er positivt at dette også fremkommer i utviklingsplanen. Det er tilslutning til behovet for å styrke kunnskap om samisk språk og kultur i den øvrige spesialisthelsetjenesten, og at det igangsettes tiltak i forhold til både kompetanseheving og rekruttering.

Når det gjelder tiltak for økt tilgjengelighet av spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen, mener Sametinget at Helse Nord har foregrepet arbeidet som naturlig faller inn under prosjektet «Videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen tjenesten» Etablering og organisering av tjenestetilbud til samiske pasienter bør skje i samarbeid med samiske fagmiljøer, samiske brukere, øvrige regionale helseforetak og Sametinget slik det fremgår av prosjektets «Videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen tjenesten» mandat

## **Kommunene:**

### **2. Bodø kommune:**

Planen som helhet gir en oversikt over historikk, nåsituasjon og sentrale utviklingstrekk og framskrivninger. Bodø kommune er enig i at samhandling mellom kommunene og Helse Nord er viktig og nødvendig for utvikling av fremtidens helsetjenester i Nord-Norge. I den sammenheng savnes samhandling med kommunene i arbeid med utviklingsplanen. Fremtidens helsetjenester må utvikles i fellesskap slik at endring i oppgavedeling er forankret både i kommunene og i Helse Nord.

Det er vanskelig å finne igjen Helsetjenester for eldre i den regionale utviklingsplanen. Helsetjenester til skrøpelige eldre vil i fremtiden være en av de største utfordringene for både kommunene og helseforetakene og må få en sentral plass i utviklingsplanen.

Kapasitetsberegningene i spesialisthelsetjenesten legger til grunn at kommunene overtar oppgaver som i dag løses i spesialisthelsetjenestene. Med overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene utfordres kapasiteten i kommunene ytterligere. Dette er nødvendig å ha oppmerksomhet mot i utviklingsarbeidet slik at endringer som gjøres i Helse Nord ikke utfordrer kapasiteten i kommunene i for stor grad slik at det kommunale tilbudet bryter sammen. Det savnes en analyse av hvordan Helse Nord sine beslutninger og tiltak vil påvirke prioriteringer og oppgaver for kommunene.

En av de store utfordringene for kommunene er at fastlegeordningen er under press, og kapasiteten her utfordres sterkt. Kapasitet i form av heldøgns omsorgstilbud, dagtilbud, omsorgsboliger og tilbud i hjemmebasert omsorg er fortløpende i fokus og justeres i forhold til behov. Utfordringen er knyttet til å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse tilgjengelig slik at den fysiske kapasiteten i bygningsmassen kan utnyttes.

Tilgang på personell bør på kort sikt bedres gjennom rekruttering og økning i kapasitet i utdanningene. Helse Nord må ta hensyn til kommunenes kompetansebehov i utdanning av leger og øvrig helsepersonell.

På lengre sikt må måten oppgavene løses på endres, økt bruk av teknologi for bedre effektivitet må til, samt økt tilrettelegging for egenbehandling.

Fremtidens helsetjenester må utvikles i fellesskap mellom kommunene og helseforetakene – deltakelse i hverandres utviklingsprosjekter og større omfang av felles prosjekter bør være en strategi for partene framover. Herunder tilrettelegging av utviklings- og samarbeidsprosjekter som sikrer at kommunen og helseforetaket tar nye verktøy i bruk samtidig og at pasient/bruker kan oppleve et sømløst system som gir effekt på begge nivå og for bruker/pasient.

Samtidig har dagens kommunikasjonsverktøy store mangler. Her må verktøyene som skal sikre en god kommunikasjon mellom kommunens helsetjeneste og helseforetakene bedres.

### 3. Hammerfest kommune:

Kommunen framholder innledningsvis at dersom kommunene hadde vært tyngre representert i arbeidet ville det kunne gitt et annet utgangspunkt for framtidig samarbeid.

I uttalelsen vises til den demografiske utvikling som gjør at det vil bli økt etterspørsel etter helsetjenester. Kommunen problematiserer dette og viser til de utfordringene en allerede har med å kunne motta utskrivningsklare pasienter: Det framholdes at det er svært vanskelig å rekruttere kvalifisert helsepersonell til små kommuner med små fagmiljø og lange avstander. Kommunen understreker at det må stilles krav til høgskoler og universitet om å starte desentraliserte utdanningstilbud og på denne måten sørge for kompetanseheving og rekruttering.

Kommunen påpeker også at oppgaveoverføringen til primærhelsetjenesten har gitt fastlegene nye og store utfordringer og at det er store problemer med å rekruttere til fastlegehjemplene. Ved ytterligere oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten vil dette føre til store økonomiske konsekvenser for kommunene og det er ikke planer for hvordan dette skal kompenseres.

Antall pasienter med store og sammensatte behov er økende. Multisyke pasienter og brukere som utløser store ressurskrevende tjenester fra kommunen er en utfordring i forhold til kompetanse og økonomi. Dette er pasient og brukergrupper som har store og sammensatte lidelser som krever svært spesialiserte tjenester. Pasientgruppen har økt morbiditet og krever oppfølging over lang tid av kvalifisert og kompetent personell.

Mennesker med psykiske lidelser, rusavhengighet, og utviklingshemming er mennesker som krever tett samhandling mellom spesialisthelsetjenestene og primærhelsetjenestene. Utfordringen er å gi disse pasientene gode helhetlige og koordinerte tjenester mellom tjenestenivåene. Kommunene opplever at kapasiteten til spesialisthelsetjenesten bygges ned rundt disse pasientgruppene og dette uten at kommunene får overført ressurser tilsvarende for å ruste opp tjenestetilbudet.

Hammerfest kommune ber om at forpliktende tiltak som samarbeidsavtaler om kunnskapsoverføring, veiledning og kompetanseheving av kommunene må stilles som krav til spesialisthelsetjenesten og må forankres og følges opp i tjenesteavtalene. Målet må være fortsatt å sikre at pasientene får den kvaliteten på tjenestene som de har krav på og gode helhetlige pasientforløp.

Hammerfest kommune har satsset på flere forebyggende tiltak for å kunne imøtekomme morgendagens krav som en aldrende befolkning vil kreve. Dette er blant annet ulike folkehelseiltak, frisklivs og mestringstiltak, LMS, hverdagsmestring og velferdsteknologi. Samarbeidet mellom spesialist og primærhelsetjeneste kan med fordel bli tettere på disse områdene. Det bes om at kommunene får delta mere aktivt når en utviklingsplanen som er av en slik varighet skal utarbeides

#### **4. Harstad kommune:**

Planen berører viktige problemstillinger. Pasientens helsetjeneste, gode pasientforløp og samhandling er avgjørende. Det er behov for å konkretisere hvordan samhandlingen skal skje og det er behov for å tydeliggjøre roller, oppgaver og ansvar for å nå målene. Det er behov for å forankre og implementere samhandlingen på en slik måte at alle er kjent med egen og andres rolle.

Harstad kommune mener det mangler en tydelig samhandling når helseforetak og kommuner skal planlegge for framtida.

- Forutsetninger for framtidig aktivitet må være avstemt med kommunene
- Det må i samarbeid være avklart hvilke nye oppgaver som skal overføres
- Dreining mot dagbehandling og færre liggedøgn påvirker kommunenes dimensjonering
- Mangler i helhetlige pasientforløp og samhandling må løses
- Teknologiske løsninger må være felles og kompatible
- Nivåenes ressurs- og kompetansebehov må ses i regional sammenheng – særlig utdanning og rekruttering av helsepersonell
- Kommunene må settes i stand til å overta nye ansvarsområder før det skjer
- Det må utvikles en ny strategi for planlegging og samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

#### **5. Meløy kommune**

Det er positivt at samhandlingsaspektet vektlegges. Samarbeid og samhandling er forankret på overordnet nivå, men fungerer ikke alltid når det kommer til tjenester. Både kommuner og sykehus har utfordringer med å involvere helsepersonell i arbeidet med ulike beslutningsprosesser.

Problemstillingen omkring utskrivningsklare pasienter framheves. Her kan det være ulike vurderinger og dette kan være kilde til dårlig samhandlingsklima og dårlige pasientforløp.

Forebygging understrekes som viktig. Diabetessykepleiere er en viktig del av tjenesten. Samarbeid og mulighet for veiledning av spesialisykepleiere og leger i sykehus er et godt bidrag til å sikre at den kommunale tjenesten holder god kvalitet.

Rehabiliteringsfeltet beskrives og helseforetakenes veiledningsplikt overfor kommunene og dette i ivaretas i liten eller ingen grad.

DPSene er sentrale og alle bør ha sengeplasser knytte til seg. De bør også ha rådgivnings- og veiledningstjenester tilgjengelig 24/7. Rolle, oppgave og mandat til de ambulante teamene må klargjøres bedre overfor kommunene. Når det er etablert eget oppfølgingsteam i kommunen for å sikre egen beredskap må helseforetaket ha psykolog og psykiaterkompetanse som kan støtte.

Teknologi understrekes som viktig og på tross av noen nye funksjoner er muligheten for elektronisk samhandling for liten. Det bør vurderes om helseforetak og kommuner skal

bruke samme pasientdatasystem. Kompetanse om bruk av IKT er i liten grad satset på av kommuner og helseforetak.

Det framheves at kommunene etter samhandlingsreformen har ansvar for en større del av pasientforløpet. Det er viktig med forventningsavklaringer mellom tjenestenivåene.

Tilgangen på helsepersonell vil bli utfordrende for alle deler av helsetjenesten. Arbeidet må forankres mot utdanningsinstitusjonene. Helse Nord, kommunene og ved KS og universitetene bør samarbeide om en langsiktig strategier for å møte morgendagens kompetansebehov. Her må det satses på desentraliserte løsninger.

## **6. Rana kommune:**

Grundige analyser og positivt at samhandling vektlegges så sterkt.

Manglende kunnskap i spesialisthelsetjenesten om det kommunale tjenestetilbudet (kapasitet og begrensninger). Kunnskapsutvekslingen bør styrkes.

Kommunenes kapasitet til å absorbere økte oppgaver som følge av endringer i sykehusene utskrivningspraksis er ikke uendelig, jf økning i antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter de siste årene. God kvalitet på informasjon som følger pasientene kan ikke understrekes nok. Samhandlingsbarometeret er et godt verktøy som må utvikles videre. Kommunene må inviteres til å delta i utviklingsarbeid i HFene som angår kommunene – tjenesteavtalen kan suppleres med prosedyrer som gjelder pasientforløp. Tiltakene i samhandlingskapitlet er gode. Det må prioriteres bred og likeverdig deltakelse fra alle parter i utarbeidelse av planer og strategier.

En desentralisert sykehusstruktur som kan fange opp elektive og akutte tilstander, særlig innenfor de indremedisinske fagområder er avgjørende. Det er liten tvil om at kommunene forventes å måtte gjøre mer. Det må lages en strategi for hvordan man skal oppnå dette slik at kommunene også kompetansemessig kan skape seg for en slik utvikling.

Spesialisthelsetjenesten må være oppmerksom på funksjonshemmedes rett til kjent ledsager – har betydning for likeverdig tilgjengelighet til helsetjenester

Tiltak for utvikling av psykisk helse- og rusfeltet, utover å styrke det økonomisk må planlegges i samarbeid med kommunene. Etterspørselen vokser på begge nivå.

## **7. Saltdal kommune:**

Det er positivt at Helse Nord vier så mye plass til samhandling med den primære helse- og sosialtjenesten. Det må sikres gode og representative samarbeidspartnere fra kommunene og primærhelsetjenesten. PKO ordningen, som fungerer godt noen steder, er ikke nevnt i planen. Viktig å sikre spesialistutdanning for leger i spesialisering i almenmedisin.



## 8. Sør-Varanger kommune:

Høringsnotat Regional utviklingsplan 2035 har vært lest med stor interesse. Det har vært gjort mye godt arbeid siden foretaksreformen kom. Planen er laget for et svært langt tidsrom, den er lite konkret og det er derfor vanskelig å komme med konkrete tilbakemeldinger. Utviklingen på mange fronter skjer med så stor hastighet at det kan være vanskelig å se bare noen få år fremover. Det fortoner seg derfor ambisiøst å si noe 20 år frem i tid. «Krystallkulen» virker ikke så lenge i våre dager.

Planen er logisk og godt oppbygget og det er selvfølgelig vanskelig ikke å være enig i mesteparten av planen, men det blir på et generelt grunnlag. Kanskje tidsperspektivet er for langt og ambisiøst? Trolig har at 4-års planer større verdi for enkeltkommuner fordi de kan være mer konkrete. Kanskje en plan for de neste nesten 20 år bare skulle peke ut noen få satsningsområder uten å gå nærmere inn på disse?

## 9. Tromsø kommune

### *Innledning*

Tromsø kommune etterlyser at planen og planarbeidet gjenspeiler en større likeverdighet mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste i samhandlingen. Dette som anerkjennelse av at samhandling er nødvendig ved endringer for å få til en god utvikling.

Kommunens tilbakemeldinger er sortert under fire hovedområder.

1. Analyser
2. Samhandling
3. Pasientens helsetjeneste
4. UNN som region- og universitetssykehus

### *Analyser*

Planutkastet legger fram ulike statistikker og utviklingstrekk. Det vises også til nasjonale satsningsområder og overordnede føringer i oppdragsdokumenter og Nasjonal helse- og sykehusplan. Planen baseres i liten grad på analyser av regionale forhold. Dette er en regional plan for en region med ulike utfordringer og til dels store forskjeller innad. Dette gjenspeiles ikke i planen. Som et eksempel kan nevnes at en faktor som sosial ulikhet i helse ikke er vurdert.

Planutkastet tar i for liten grad opp i seg ulike behov for tiltak i ulike deler av landsdelen. Tromsø kommune mener at Helse Nord i en utviklingsplan burde legge mer arbeid i å analysere funn og ulike behov i regionen.

Som eksempler nevnes:

Planen omtaler lavere antall pasienter som behandles i TSB enn landsgjennomsnittet. Gjenspeiler dette mindre behov eller manglende tilbud? Er det spesielle utfordringer i ulike deler av regionen som bør vektlegges? Planen beskriver også at Helse Nord har høy aktivitet innen psykisk helsevern for barn og unge. Finnes det forklaringer på dette? Er dagens tjeneste kvantitativt i tråd med behovene i befolkningen? Er det ulike behov i regionen? Folkehelseoversikt for Tromsø kommune viser at psykisk helse utfordringer øker i befolkningen.

Under overskriften om forbruksvariasjon angis det at det er 22 % forskjell i DRG mellom opptaksområdene til UNN Tromsø og Helgelandssykehuset Sandnessjøen. Tromsø kommune utfordrer Helse Nord til å analysere nærmere hva slike forskjeller innebærer for de ulike regionene og at det gjøres særlige analyser med tanke på ulikheter forbundet med lokalsykehusfunksjonen.

### *Samhandling*

Samhandling og samarbeid med kommunehelsetjenesten er nevnt stykkevis og delt i planen. Det kommer ikke tydelig frem at dette er ett av de tre viktigste områdene som Regional utviklingsplan skal arbeide med overordnet, slik det vises til i planen. Tromsø kommune opplever at det er liten gjensidig styring og oversikt når det gjelder samhandlingsarenaer. Planen reflekterer i liten grad en forståelse av det helhetlige pasientforløp som strekker seg ut over Helse Nord's institusjoner

Planens mangel på konkrete tiltak kan bunne i liten samhandling med kommunene. Tromsø kommune mener det bør kjøres prosjekter med sterk medvirkning fra begge parter for å prøve ut ulike løsninger.

Planen peker på søyleorganisering i spesialisthelsetjenesten. Tromsø kommune anser det som sentralt å få på plass tiltak mot dette, særlig med tanke på spesialisthelsetjenestens mulighet for å imøtekomme nasjonale føringer om helhetstenkning, pasientsentrert helsetjeneste, tidlig innsats, forebyggings- og mestringsperspektiv.

Det blir pekt på tre overordnede temaer hvor det ene er: "Anvise hvordan helsetjenestebehovet skal dekkes med hensyn til behov for kapasitet, kompetanse, krav til effektivisering og omstilling og ev. endringer i arbeidsdelingen mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten". Det vises også (s 50) til forventninger om overføring av 45 000 liggedøgn som et resultat av dette ansvaret der kommunen skal ivareta disse oppgavene "på en eller annen måte". Det angis usikkerhet knyttet til dette punktet og Tromsø kommune etterspør hvordan Helse Nord ser for seg å kvalitetssikre denne forventningen og samhandle med kommunene om disse oppgavene.

Feil i legemiddelhåndtering og legemiddelbruk står for en betydelig andel pasientskader. Tromsø kommune savner at det løftes frem at en viktig grunn til dette er manglende eller utilstrekkelig samhandling/ informasjonsoverføring. Denne problemstillingen bør prioriteres høyere.

Planutkastet beskriver at en sentral oppgave er å definere lokalsykehusfunksjoner på en tydelig måte. Planen omtaler imidlertid ikke UNN Tromsøs lokalsykehusfunksjon. Tromsø kommune etterlyser funksjonen lokalsykehus for seg som vertskommune.

Helse Nord's analyser og vurderinger av viktigheten av UNN som regionssykehus og universitetsklinikk og betydningen av dette i regionen må framkomme i planen. Det er av avgjørende betydning for landsdelen at UNN styrkes som region- og universitetssykehus for at befolkningen skal kunne ha likeverdig tilbud som landet for øvrig.

Under overskriften “prehospitale tjenester” angir planen at kapasiteten er tilpasset behovet. Tromsø kommune opplever at kapasiteten i prehospitale tjenester er svært presset. Det påpekes ulike utfordringer i regionen for transport av psykisk syke pasienter. Det er behov for et særlig fokus på prehospitale tjenester også for denne pasientgruppen.

I kapittelet om kvalitet og pasientsikkerhet er ikke samhandling og samarbeid med kommunene nevnt. Særlig når vi vet at det er i overgangene mellom tjenestenivåene problemene ofte oppstår må dette temaet løftes fram.

Det må drøftes mer hvordan vi skal samhandle bedre om avvikshåndtering. Det etterlyses hvordan tjenesteavtalene følges opp og utvikles. Det etterlyses konkrete tiltak på utfordringer med manglende epikriser som svekker pasientsikkerheten.

Planutkastet omtaler at det i Helse Nord ikke er systematisk samordning av utvikling og forvaltning og heller ikke rutiner som sikrer at ny kunnskap og konsensus om endringer i metoder /rutiner når operative kliniske miljøer i alle enheter. Det er svært viktig at Helse Nord arbeider med å endre dette.

Tromsø kommune har en opplevelse av at HF ofte ikke forholder seg til tjenesteavtalene.

Tromsø kommune mener at det er svært viktig å møte utfordringene med rekruttering, stabilitet og kompetanse med et felles perspektiv for landsdelen. En helhetlig analyse må til for at man skal kunne ivareta behovet for kompetanse totalt i landsdelen. Her må det samarbeides med kommunene.

#### *Pasientens helsetjeneste*

Tromsø kommune vil utfordre Helse Nord på en bredere vurdering av brukere og borgeres framtidige tjenester og behov. Dette også i samarbeid med kommunene. For å kunne fylle framtidens behov vil det være nødvendig å tenke annerledes omkring tjenesteytelse og brukernes egenmestring. For å oppnå dette krever en helt annen medvirkning av brukere enn i dag. Det forutsette at utvikling i større grad styres av de som skal bruke tjenesten og på deres premisser.

Utvikling av nye tjenester kan lett bli enkeltfokus på teknologiløsninger, brukerrettigheter uten nødvendig innhold, og enkeltstående prosjekt og tiltak i stedet for en helhetlig tankegang og endring av fokus og måter å yte tjenester på. Denne måten å jobbe på forutsetter en tjeneste som ser brukerne, samhandler og tar ønsker på alvor uten å definere behov på hjelpeapparatets premisser. Denne måten å jobbe på utfordrer oss, den utfordrer tjenestens faglighet og kvalitet og den forutsetter at tjenesten kan endre seg i forhold til behov. Vi ser at det er behov for grunnleggende endringer på dette området og dette er noe vi alle må samarbeide om for å kunne gi tilbud til ulike grupper i befolkningen i fremtiden. Dette forutsetter også at vi er i stand til å se brukernes ulike behov og at løsninger vi kommer med ikke bidrar til økte sosiale ulikheter og økte helseforskjeller.

#### *UNN som region- og universitetssykehus*

Det er positivt at UNN korrekt er omtalt som regionens «hovedsykehus» i tråd med Nasjonal helse - og sykehusplan (2016 -2019). Den regionale utviklingsplanen underkommuniserer imidlertid i betydelig grad UNNs betydning som region - og

universitetssykehus for helheten i Helse Nord og for de sykeste pasientene. Det er en vesentlig mangel ved planen at den ikke nærmere beskriver hva det at UNN er regionens hovedsykehus skal innebære, i en nettverksmodell med de andre foretakene. Den særskilte utfordringen Helse Nord har med å skulle drive et høyt spesialisert og samtidig uvanlig lite region - og universitetssykehus er ikke nevnt. Det understrekes at likeverdig tilgjengelighet for trygge og gode tjenester er vektlagt som en sentral målsetning. Det drøftes likevel ikke hva som er utfordringene knyttet til å gi befolkningen i Nord-Norge region- og universitetssykehusstilbud som er likeverdige med tilsvarende tilbud i de andre regionene. De særskilte utfordringene som UNN står overfor som et av verdens minste region og universitetssykehus i møtet med stadig mer komplisert teknologi, persontilpasset medisin og ytterligere spesialisering, er ikke nevnt, og dermed heller ikke analysert. Dokumentet inneholder som en konsekvens ingen tiltak som svarer på disse utfordringene, og drøftingene rundt modellen for fordeling av inntekter i regionen samt arbeidet med 4- og 8-årige planer for økonomistyring og investeringer tar ikke stilling til hvilke konsekvenser dette har for prosesser knyttet til ressursfordeling mellom foretakene. Dokumentet viser at UNN har den laveste raten for døgnopphold per 1000 innbygger (147 døgnopphold per 1000 innbygger). Betyr dette at UNN på grunn av sine regionale funksjoner over tid har hatt mindre kapasitet til å tilby døgnopphold til innbyggerne som UNN har lokalsykehusfunksjon over? Det bekymrer Tromsø kommune Det er uomtvistet at pasientene i Helse Nord skal ha et likeverdig tilbud om høyspesialisert diagnostikk og behandling som pasienter i andre deler av i Norge. Da trenger vi ei tydeligere satsing på UNN

#### **10. Vefsn kommune:**

Vefsn kommune løfter fram følgende tema.

- Desentraliserte tjenestetilbud kombinert med robuste fagmiljø og en sterk region- og universitetssykehusfunksjon for høyspesialiserte oppgaver, undervisning og forskning er avgjørende
- Kvalitativt gode helsetjenester med ett lokalsykehus på Helgeland.
- I mye større grad ta i bruk teknologi for å sikre gode pasientforløp og for å unngå lange og kostbare pasientreiser. Telekommunikasjon må også brukes for bedre kommunikasjon mellom pasient og behandler og bedre kommunikasjon med kommunal helsetjeneste
- Tjenesteavtalene og samhandlingen for pasienter innen psykisk helse og rus må styrkes. Det bør etableres et akutt tilbud innen psykisk helsevern på Helgeland.
- Pasientforløpet mellom kommunene og UNN/Nordlandssykehuset må utvikles i tråd med det en har mellom kommunene og Helgelandssykehuset. Tjenesteavtalene må også omfatte polikliniske tilbud.
- Helseforetakenes rolle som arena for utdanning av helsepersonell også for kommunene og ha avtaler med utdanningsinstitusjonene. Det gjelder også for utdanning av helsefagarbeidere.
- De geriatriske tjenestene må styrkes. Det blir etableres ambulerende geriatriske team i alle helseforetak og lærings- og mestringstilbud for eldre med KOLS, hjertesvikt og lungelidelser.
- Tilbudet til pasienter med behov for spesialisert rehabilitering må styrkes.

## **11. Vestvågøy kommune – fredagsmøtet for fastlegene**

Fredagsmøtet i Vestvågøy kommune ( som består av alle fastleger, ass.kommuneoverlege samt to LIS1/turnusleger) uttrykte i møtet 28.sept stor skuffelse over følgende i nevnte utkast til utviklingsplan:

«Gruppen fastleger er knapt nok nevnt i utkastet ! Tross at disse er helt nødvendige og selvsagte samhandlingspartnere for spesielt legene i sykehusene, men også for helseforetakene generelt.

I tillegg er problemstillingen rundt oppgaveflyt fra sykehusene til spesielt fastlegene ikke berørt i det hele tatt – tross at dette har vært et stadig tema i Samhandlingsforumet for Helse Nord samt i eget møte med bl.a. fastleger fra flere av foretakene i Tromsø 4.april i år. Slik oppgaveflyt er svært uønsket fra fastlegenes side – ikke minst i lys av det presset hele fastlegeordningen er i for tida.

Samtidig oppleves det som svært arrogant og lite lovende for framtidig samhandling at sykehusene ensidig avgjør slike oppgaveoverføringer uten drøftinger med den parten som skal utføre de aktuelle oppgaver».

## **12. Løkta – interkommunal kvalitetsutviklingsenhet for helse- og omsorgstjenesten i Troms**

- God bakgrunn for situasjonen, men bli mere konkret på tiltak.
- UNNs rolle som regionsykehus bør forsterkes, bl.a. som følge av endringer i demografi. Nord-Norge trenger en sterk kompetanseorganisasjon som kan tiltrekke seg fagfolk og i neste omgang påvirke rekrutteringen til kommuner og lokalsykehus.
- Behovet for en desentralisert ambulansestructur understrekes. Ytterligere desentralisering av tjenester støttes, men behovet for et nært samarbeid med kommunene beskrives som en forutsetning.
- Det etterlyses mer konkrete strategier for rekruttering av tilstrekkelig helsefag- og sykepleierkompetanse. Kommunene er avhengig av en økning i utdanningskapasiteten. Behovet for at leger i spesialisering i almenmedisin får et forutsigbart utdanningsløp understrekes.
- Det advares mot å tro at teknologi kommer til å løse veldig mye. Det understrekes at samhandlingen i dag vanskeliggjøres av mangel på felles systemer og at felles løsninger mellom kommuner og helseforetak må prioriteres. Planen har i seg de fleste utfordringene. Rekruttering og kompetanse er det største problemet. Det må utvikles gode og konkrete tiltak for å følge opp strategiene i planen.

## **Regionråd:**

### **13. Lofotrådet:**

Framhever at det ligger en grundig analyse av nåsituasjon og framtidige utfordringer til grunn. Det er særlig positivt at faglige nettverk mellom nivåene og utdanning av nok helsepersonell er prioritert.

Helse Nord må bidra til at spesialisthelsetjenesten bringes ut i regionene – mindre utgifter til transport og lavere belastning for en stadig eldre og syk befolkning.

Teknologisk løsninger som tas i bruk for å få distribuert helsetjenesten må etableres i nært samarbeid med kommuner og lokal helsetjeneste.

Samstemming av legemiddellister understrekes som positivt.

Lofotrådet er fornøyd med at Helse Nord skal ta sitt ansvar for å bygge opp kompetanse i kommunene og understøtte kommunene i å løse oppgavene. Kommunene må ha tilstrekkelig kompetanse og kapasitet før nye oppgaver overføres. Legestillingene må være på plass. Det understrekes at samarbeidet må skje på like premisser. Lofotrådet understreker at de i Lofoten har en velfungerende samhandlingsarena som Nordlandssykehuset Lofoten i samarbeid med kommunene driver.

### **14. Nord-Troms regionråd**

Planen inneholder mange gode tiltak, men det mangler en tydelighet på hvordan planen skal gjennomføres. Veldig mange tiltak omfatter kommunene og den sier ikke noe om hvordan kommunene skal involveres.

### **15. Ofoten regionråd:**

Nåsituasjonsbeskrivelsen er gjenkjennbar og lik for kommune og spesialisthelsetjenesten. Kartleggingen av helse- og omsorgstjenestene kunne vært synliggjort tydeligere.

Det stilles spørsmål ved om UNN, som har lavere andel døgnopphold pr. innbygger enn resten av landsdelen, har samme potensiale for omstilling og effektivisering.

Regionrådet kommenterer spørsmålet om forutsetningen med å overføre oppgaver fra sykehus til kommunene at dette må skje i et samarbeid. De ser potensialet for bedre kvalitet i pasientoppfølging og bedre effektivitet gjennom å jobbe på nye måter og særlig mot målgruppene som er storforbrukere av tjenestene.

Regionrådet utfordrer Helse Nord til å inkludere kommunene i fagrådene. Det er for lite fokus på de særegne utfordringene til psykisk helsevern for barn og unge.

Behovet for en tydelig avklaring av forholdet mellom UNN Troms og NLSH Bodø for å sikre universitetssykehusfunksjonen til UNN Tromsø.

Samhandling trekkes fram som et sentralt tema og framholder at planen med fordel kunne trukket fram flere konkrete eksempler som kan brukes til tjenesteutvikling. Det understrekes at nye arbeidsformer særlig bør være rettet mot pasienter med størst behov.

Ofotrådet savner mer om kompetanseutvikling og stabilisering. Rekruttering og stabilisering av helsepersonell vil være en stor utfordring også i framtida.

Når det gjelder forskning og innovasjon framheves behovet for å få en mer samlet kraft i arbeidet. Dette kan skje ved å involvere kommunene.

På teknologiområdet understrekes behovet for kompetanseutvikling og trening av helsepersonell. Her lanseres som en ide å utvikle en pilot for et Simulerings-, utviklings-, og samtreningssenter i Narvik i et samarbeid mellom aktørene der.

Når det gjelder gjennomføring av planen foreslås å konkretisere i større grad og her foreslås at vi ser mot Helse Sør-Øst. Ofoteåret oppsummerer sitt innspill slik:

- Ofotrådet legger felles prosess, tilstrekkelig med tid til overføring og ikke minst finansiering til grunn for arbeidet framover.
- Folkehelse må tydeligere på dagsorden
- Helse Nord RHF, universitetene og fylkeskommunene må samarbeide om tilstrekkelig utdanningskapasitet
- Planen må konkretisere hvordan samhandlingen mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten kan bli.

#### **16.Salten regionråd (foreløpig uttalelse):**

Salten Regionråd mener at Regional utviklingsplan 2035 i all hovedsak vil være et godt verktøy for å utvikle helsetilbudet i Helse Nord. Planarbeidet bærer preg av en gjennomgripende respekt for en helt nødvendig og god samhandling mellom helseforetakene og kommunene.

Samhandling mellom kommunene og Helse Nord er viktig og nødvendig for den framtidige utviklingen av fremtidens helsetjenester. Lokalnivået kunne vært sterkere involvert i prosessen med å utarbeide utviklingsplanen. Dette vil bidra til en god forankring, samt at implementeringen og gjennomføringen av utviklingsplanen er godt forankret både i kommunene, hos spesialisthelsetjenesten og i Helse Nord.

Det er vanskelig å finne igjen helsetjenester for eldre i planen. Problemstillingen omkring helsetjenester for eldre, bør beskrives i større grad enn det som framkommer i høringsutkastet, og ber om at dette får en sentral plass i utviklingsplanen.

Kapasitetsberegningene i spesialisthelsetjenesten legger til grunn at kommunene overtar oppgaver som i dag løses av spesialisthelsetjenesten. Nord-Norge er en stor landsdel geografisk, med spredt bosetting. Den lokale helsekompetansen må derfor utvikles over tid – og sikres fullfinansiering slik at lokalnivået skal kunne opprettholde motivasjonen for sitt meransvar som en slik oppgaveoverføring vil innebære. Endringer som gjøres i Helse Nord må ikke utfordrer kapasiteten i kommunene i for stor grad. Det mangler en analyse av hvordan endringer i spesialisthelsetjenesten vil påvirke kommunene og det bør utredes nærmere.

Fastlegeordningen er under press, og kapasiteten utfordres sterkt. Dette kunne vært drøftet enda tydeligere i planen. Det samlede kompetansebehovet må vurderes i

utdanning av leger og øvrig helsepersonell, og det bør vurderes særskilte tiltak for å unngå å konkurrere i for stor grad om kompetansen.

Utfordringen for kommunen er å ha tilstrekkelig og riktig kompetanse tilgjengelig slik at den fysiske og bygningsmessige kapasiteten til ulike omsorgstilbud (heldøgns, dag-, og hjemmebasert omsorg) kan utbygges og utnyttes i takt med endringer i behovet.

Samarbeidet om utdanning må formaliseres ved samarbeidsavtaler med de ulike utdanningsinstitusjonene (rekruttering, kvalitet, lærlingeplasser og økt gjennomføring av videregående opplæring). Det må utvikles et enda mer strategisk samarbeid med universitetene i landsdelen i tillegg til Samisk høgskole og Politihøgskolen avdeling Bodø. Salten Regionråd oppfordrer forskningsmiljøene i Helse Nord til å bidra til forskning innen helsefremming.

Salten Regionråd mener at Helse Nords ansvar knyttet til helsefremming/folkehelse er underkommunisert i planen. Lov om folkehelsearbeid (2012) pålegger både kommuner, fylker og stat å tenke «helse i alt vi gjør», og vi ber om at folkehelseperspektivet forsterkes i planen.

Kommunikasjonsverktøyet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har et stort forbedringspotensial. Det må utvikles verktøy som kan sikre en langt bedre kommunikasjon mellom kommunens helsetjeneste og helseforetakene. Dette må skje i utviklings- og samarbeidsprosjekter

Helse Nord oppfordres til å etablere et årlig møte mellom Helse Nord og Salten Regionråd for å drøfte felles problemstillinger.

Endring i foretakstilknytning for Rødøy kommune fra Helgelandssykehuset til Nordlandssykehuset bes tatt med i grunnlaget for regional utviklingsplan 2035

## **17.Sør-Helgeland regionråd**

Sør-Helgeland regionråd er fornøyd med at det i Helse Nord utvikles en sterkere kultur for samhandling i relasjon til primærhelsetjenesten og andre samarbeidspartnere. Videre at spesialisthelsetjenesten tar sitt ansvar for å bygge opp kompetanse i kommunene og understøtte særlig de minste kommunene slik at de skal være i stand til å løse stadig mer komplekse oppgaver. Det er utfordringer pr. i dag knyttet til fastlegefunksjonen og legevaktordningen.

Fastlegefunksjonen står for hovedparten av oppgavene som legekantorene utfører. Flere kommuner på Sør-Helgeland har over flere år hatt store utfordringer med å sikre rekruttering av fastleger som oppfyller kompetansekravene. Jfr. høringsnotatets kap. **Bemanning og kompetanse.** Det er derfor brukt vikarbyråer med varierende kvalitet, noe som er belastende for både pasienter og personell over tid. Økt tid på opplæring og veiledning medfører redusert tid på kurativ behandling.

Legevakt: Det er kommunene som har ansvaret for legevakt, og det er i stor grad kommunens fastleger som skal utføre legevaktstjenester. Med kommunelegeavtalen i 2015 kom det en føring for at 3-delt vakt så vidt det var mulig skulle unngås, og at det ikke kan kreves å gå i mer enn 4-delt vakt over tid. Det anbefales å være 6 som deler på



vakten, uavhengig av kommunestørrelse. Jfr. SFS 2305. Det må et større samarbeid og samhandling med spesialisthelsetjenesten for å imøtekomme kravene. Dette gjelder særskilt for øykommuner som har en større utfordring knyttet til skyss av legevaktpasienter. Det bes om at det i denne sammenheng ses nærmere på hvordan en kan få til en større samhandling med akuttberedskapen/ ambulansetjenesten.

Til tiltakene ovenfor må følgende tilføyes/presiseres:

- Transport av eldre og syke pasienter med lang avstand til og fra sykehus skal gjøres på mest mulig skånsom måte og med pasienten i fokus.
- Pasienten skal ved utskrivelsen ha skrevet ut elektroniske resepter på ny medisin
- Pasienten skal ved utskrivelsen få med seg medisin og utsyr slik at denne har så det rekker til det går an å skaffe nye forsyning av medisin fra apotek
- Tidlig re-innleggelse skal så langt det er mulig forsøkes unngått
- Henvisninger innad i sykehuset (fra den ene avdeling til den andre) skal ikke utføres av fastlegene, men av sykehus legene

### **18. Vesterålen regionråd:**

Støtte til at samhandling mellom kommuner og sykehus er avgjørende for å møte den utvikling og utfordringene helsetjenestene står overfor. «Forskyvningen» av oppgaver mellom sykehus og kommuner utfordrer kapasiteten i kommunene. Det savnes en analyse av hvordan Helse Nord sine beslutninger og tiltak vil påvirke prioriteringer og oppgaver for kommunene.

Kommunene i Vesterålen har store utfordringer både mht fastlegeordning, som er under press, samt en stor og merkbar reduksjon i tilgang på sykepleiere. Kapasitet og kompetanse utfordres sterkt. Det må etableres et samarbeid mellom kommuner, helseforetak og utdanningsinstitusjoner for å sikre tilgang på personell.

På sikt må måten oppgavene løses på endres ved økt bruk av teknologi. Det vil gi bedre effektivitet og legge til rette for egenbehandling.

Helseforetakets rolle i helsefremmende arbeid må tydeliggjøres sterkere enn det som framkommer av planen. Tilbudet til pasientgruppen Skrøpelige eldre bør få en sentral del i planen. Regionrådet understreker at framtidens helsetjeneste må utvikles i fellesskap mellom kommunene og helseforetakene. Større omfang av felles prosjekter bør være en strategi framover. Utviklings og samarbeidsprosjekter må sikre at kommunene og helseforetaket tar i bruk nye verktøy samtidig og at pasient/bruker kan oppleve et sømløst system.

## **19. Dialogmøter med regionrådene – oppsummering:**

Høringsutkastet til Utviklingsplan2035 er presentert i dialogmøter med følgende regionråd:

Vest-Finnmark regionråd, Tromsø områdets regionråd, Sør-Troms regionråd, Midt-Troms regionråd, Ofoten regionråd, Vesterålen regionråd, Helgeland regionråd, Indre Helgeland regionråd og Sør-Helgeland regionråd.

Følgende tilbakemeldinger går igjen:

- Nødvendigheten av et samarbeid mellom kommuner, Helse Nord og universitets- og høyskolesektoren om utdanning og kompetanse. Det samme gjelder med fylkeskommunene om utdanning på videregående skoles nivå.
- Nødvendigheten av å styrke samhandlingen mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste på klinisk nivå – det må utvikles konkrete samarbeidsmodeller tilpasset bl.a. kommunenes størrelse. Samarbeidsorganene må utvikles videre.
- Kommunene og sykehusenhetene kan utvikles til å bli felles kompetanse- og rekrutteringsenheter og samarbeid om disse spørsmålene – dette er særlig knyttet til de små kommunene
- Spørsmålet om framtidig kapasitet i sykehus og kommuner må defineres i et samarbeidende fellesskap
- Omstillingsarbeid i sykehus eller kommuner, av betydning for samarbeidspartnere, må involvere disse i arbeidet.

## **Fylkeskommunene:**

### **20. Finnmark fylkeskommune:**

1. Finnmark fylkeskommune oppfordrer Helse Nord om å revidere «Regional utviklingsplan 2035» gjennom å endre tiltakene til mål og å utarbeide en tydelig og konkret handlingsplan (Plan for Helse Nord) samt å sende denne ut på høring.
2. Finnmark fylkeskommune ber om at Helse Nord følger opp fylkesutvalgets uttalelse fra 14. mars 2017 om pasientreiser og sørger for at handlingsplanen som skal utarbeides tar uttalelsen til etterretning.
3. Finnmark fylkeskommune støtter Helse Nord's vilje til å økonomisk prioritere psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og forventer at dette følges opp i handlingsplanen.
4. Finnmark fylkeskommune forutsetter at Helse Nord sørger for at innbyggerne i Finnmark får tilgang til likeverdige spesialisthelsetjenester gjennom en god sykehusstruktur, desentraliserte spesialisthelsetjenester, tilpassede og kompetente prehospitale tjenester og god samhandling med primærhelsetjenesten.
5. Finnmark fylkeskommune støtter Helse Nord i at det regionale helseforetaket må ta sitt ansvar for å bygge opp kompetanse i kommunene samt et medansvar for å påvirke utdanningsinstitusjonene til å tilby desentraliserte helsefaglige utdanningsforløp i Finnmark.
6. Finnmark fylkeskommune støtter Helse Nord i vurderingen av behov for økt forskning på helsetjenester i regionen.
7. Finnmark har store og værharde avstander, og mange har lang veg til sykehus. Derfor må det være tilstrekkelig med båt/ bil ambulanser, samt ambulansefly som kan lande på våre kortbaneflyplasser. 8. Klinikkk Alta må få tilbud om 24/7 på MR/CT og røntgen når dette kommer til Alta
9. Finnmark Fylkesting krever at Helse Nord innarbeider folkehelse i den regionale utviklingsplanen 2035.
10. Finnmark fylkeskommune ber Helse Nord innføre ambulansetjenesteordninger for alle kommuner i Finnmark som ikke oppfyller generelle norske krav for responstid med ambulansefly. Dette gjelder f.eks. Kautokeino, Vardø og Båtsfjord.
11. Finnmark fylkeskommune ber Helse Nord innføre ordninger med at utenlandske grenseboere som arbeider i norske grensekommuner får fri transport til sykehus, på samme måte som nordmenn som bor på slike steder.
12. Fylkestinget støtter de strategier som er nevnt i strategidokumentet som er rettet mot tiltak for å styrke et likeverdig møte med helsetjenesten for den samiske befolkning

## 21. Nordland fylkeskommune:

I fylkestingets uttalelse sies det at utkastet er et godt grunnlag for videre utvikling.

1. Fylkestinget mener at Helse Nords Regionale utviklingsplan 2035 i all hovedsak vil være et godt verktøy for å utvikle helsetilbudet i Helse Nord.
2. Fylkestinget vil understreke viktigheten av at inntekstsmodellen i Helse Nord sikrer at de ulike foretakene kan tilby tjenester som sikrer likeverdig tilgjengelighet til trygge og gode tjenester.
3. Fylkestinget påpeker viktigheten av at Helse Nord vektlegger regionale planer i utviklingsplanen. Det vil være viktig for å treffe Stortingets vedtak i regionreformen og for å styrke den regionale samhandlingen.
4. Fylkestinget oppfordrer til å formalisere samarbeid om utdanning gjennom samarbeidsavtaler med de ulike utdanningsinstitusjonene, for å sikre god rekruttering god kvalitet, nok lærlingeplasser og øke andel som fullfører utdanningene.
5. Fylkestinget understreker viktigheten av at Helse Nord utvikler et enda mer strategisk samarbeid med universitetene i landsdelen i tillegg til Samisk høgskole og Politihøgskolen avdeling Bodø.
6. Fylkestinget er bekymret for at det er forskjell mellom de ulike helseforetakene i Helse Nord i anvendelsen av faste hele stillinger. Det må berøres i utviklingsplanen.
7. Fylkestinget ber Helse Nord utrede muligheten for opprettelse av et Protonsenter ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.
8. Fylkestinget peker på viktigheten av at Helse Nord etablerer et prinsipp om at nye teknologiske løsninger skal gjøres tilgjengelig for foretakene der dette er hensiktsmessig.
9. Det er viktig at helseforetakene gis anledning til å utvikle samarbeid med næringslivet i landsdelen.
10. Fylkestinget mener at Helse Nords ansvar knyttet til helsefremming/folkehelse er underkommunisert i planen.
11. Fylkestinget mener at godeforpliktende samarbeidsavtaler/tjenesteavtaler mellom kommunene og helseforetakene er viktige, slik som samhandlingsreformen krever. Det må også være systemer som gjør at avtalene evalueres og revideres slik at de møter behovet for helsetjenester og utfordringer i befolkningen.
12. Fylkestinget oppfordrer forskningsmiljøene i Helse Nord til å bidra i forskning innen helsefremming.
13. Fylkestinget ønsker å oppfordre Helse Nord (som medlem i Folkehelsealliansen) til å bidra slik at Folkehelsealliansen i Nordland blir en tydeligere og mer relevant samfunnsaktør- gjennom kunnskapsoverføring og samarbeide om forskning.
14. Fylkestinget ønsker å understreke at pasientopplevelser og relasjoner er viktig for et godt helsetilbud, teknologiske løsninger må hensynta dette.

## 22. Troms fylkeskommune:

### *Fylkestingets vedtak:*

1. Fylkestinget viser til at Høringsnotatet til regional utviklingsplan for Helse Nord fremstår som et uferdig dokument som i liten grad gir konkret retning til utvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen.
2. Fylkestinget i Troms vil utrykke sterk bekymring over at region- og universitetssykehusets rolle ikke løftes frem i dokumentet. Vi mener også at akuttberedskap må vektlegges og omtales mer. Det er særlig viktig for den opplevde og reelle tryggheten i en vidstrakt og spredt befolket landsdel. Denne avveiningen er viktig også fordi vi har det minste Universitetssykehuset i vår helseregion.
3. Fylkestinget ber Helse Nord initiere en prosess hvor regionale samarbeidspartnere, så som utdanningsinstitusjoner og regionale folkevalgte organ bes komme med innspill. Dette er særlig aktuelt i forhold til punktene som handler om utdanning og kompetanse samt regional utvikling og regional kompetanse. Fylkestinget ber om at dokumentet gjennomgår en omfattende revisjon, og sendes ut på ny høring.
4. Fylkestinget ser med stor bekymring på samarbeidsforholdene og tilliten mellom det regionale helseforetaket og Unn. Det er viktig for det nåværende og framtidige helsetilbudet i landsdelen at man tar tak i dette og iverksetter tiltak for å bedre samarbeidet og bygge tillit.
5. Fylkestinget slutter seg til fylkesrådets vurderinger, og forutsetter at disse følges opp i revisjonen av planen.

### *Fylkesrådets vurdering:*

#### *Beskrivelsen av nåsituasjon, utviklingstrekk og utfordringsbildet*

I situasjonsbeskrivelsen er viktige temaer som for eksempel likeverdige tilbud, samhandling, legemiddelforsyning og tilbudet til den samiske befolkningen viet stor plass, mens region- og universitetssykehusfunksjonene knapt er nevnt. Dette til tross for at disse utgjør nærmere 50 % av Helse Nord's virksomhet, regnet i antall behandlede pasienter per år, ansatte og budsjett. Denne skjevheten i tilnærming medfører en gjennomgående svak analyse av utviklingstrekk og utfordringsbildet knyttet til disse funksjonene, og som følge av dette knapt noen tiltak for videre utvikling av dem. Dette er en stor svakhet siden det er region- og universitetssykehuset som behandler de sykeste pasientene. Fylkesrådet konkluderer med at den deskriptive delen av planen gir et skjevt bilde av Helse Nord's virksomhet.

Hva som er utfordringene knyttet ved å gi befolkningen i Nord-Norge region- og universitetssykehus tilbud som er likeverdige med tilsvarende tilbud i de andre regionene håndteres ikke. De særskilte utfordringene for et lite region- og universitetssykehus i møtet med stadig mer komplisert teknologi, persontilpasset medisin og ytterligere spesialisering, er ikke nevnt og analysert.

Dokumentet inneholder som en konsekvens ingen tiltak som svarer på disse utfordringene for fordeling av inntekter, planer for økonomistyring og investeringer.

Det korte avsnittet om dagens funksjonsfordeling konstaterer at regionen står overfor utviklingstrekk som medfører at endringer i funksjonsfordelingen vil være nødvendig i planperioden, men dette følges ikke opp.. Det foreligger, etter Troms fylkeskommunes syn, sannsynligvis et betydelig behov for omfordeling av både pasientrettede og administrative arbeidsoppgaver i regionen, men dette håndteres ikke i plandokumentet.

Det fremgår klart av UNNs planert at det foreligger behov for investeringer i milliardklassen for å modernisere og videreutvikle bygningsmassen i Breivika, uten at dette omtales i utviklingsplanen Det samme gjelder behovene for bygningsmassen på Åsgård.

Det beskrives fortsatt sterk urbanisering uten at dette får konsekvenser for aktivitetsfremskrivingene mellom sykehus og helseforetak. Helse Nord møter utfordringene – tiltak, som beskriver tiltak for å møte utfordringene, er gjennomgående svakt og uklart som en konsekvens av manglene beskrevet ovenfor.

Helse Nord står åpenbart overfor krevende prioriteringsutfordringer som ikke adresseres i tiltaksplanen. Det er for eksempel betimelig å spørre: Hvor mange nye sykepleiere per år vil Helse Nord utdanne? Hva vil Helse Nord prioritere ned for å skape rom for økt bemanningsinnsats i spesialisert kreftbehandling? I det korte avsnittet 6.5.1 nevnes det så vidt at sentralisering på noen områder vil bli nødvendig, uten at dette konkretiseres.

#### *Prehospitaltjenester:*

Det vises til framskriving av 25 % økning i antall oppdrag for ambulansetjenesten i Finnmark. Det beskrives ikke hvilke konsekvenser det evt. kan få for andre deler av regionen. Det nevnes en pilot som er under utvikling innenfor «Robust mobilt helsenett». Denne piloten skal gjøre ambulansetjenesten til en mer integrert del av spesialisthelsetjenesten.

#### *Utdanning og forskning:*

Det stilles spørsmål om det i samarbeid med kommuner kan forskes noe på primærhelsetjenesten. Spesielt med tanke på at store deler av utviklingsplanen tar for seg primærhelsetjenesten som løsning på framtidige utfordringer.

#### *Samhandling og oppgaveoverføring til kommunal helse- og omsorgstjeneste:*

Dette er et av temaene i utviklingsplanen som er viet størst oppmerksomhet. Helse Nord's strategi viser til 10 punkter hvor 5 av dem berører kommunal helse- og omsorgstjeneste, dette vil gi konsekvenser for kommuner. Forutsetningen om overføring av 45000 liggedøgn til kommunene følges ikke opp av hvordan det regionale helseforetak kan bistå kommuner til å bli i stand til å ta imot den eventuelle økningen.. For å møte fremtidens utfordringer kan det være en mulighet å se på om sykehus kan bistå kommuner tidligere i omsorgstrappa (omsorgstrappa viser 5 ulike omsorgsnivå).

### **23. Troms fylkes eldreråd.**

Understreker nødvendigheten av at pasienter i nord, på linje med landet ellers, får et likeverdig tilbud av høyspesialisert behandling og at UNNs rolle er avgjørende. UNN må være ledende på alle fagfelt.

Pasienter må tilbys behandling nært der de bor, samtidig som universitets- og regionfunksjonen vurderes når tilbud skal desentraliseres. Dette omfatter også behov som oppstår som følge av demografi og medisinsk – teknologiske endringer.

Hvordan rus og psykisk helsevern skal prioriteres må konkretiseres og renovering/nybygg for Åsgård må avklares.

Fylkeseldrerådet understreker behov for forebyggende arbeid.

Bygging av planlagte sykehus må gjennomføres og det må investeres i nytt utstyr. Det advares mot nedbygging av sengeposter selv om det er økt bruk av dagbehandling. Det må satses på utdanning slik at bruk av vikarer kan reduseres.

## **Universitets- og høgskolesektoren:**

### **24. Universitetet i Tromsø – ledelsen:**

Høringsutkastet reflektere en svært bekymringsfull nedtoning av samarbeidet med UiT. Planen gir ikke retning for samarbeidet mellom UNN og UiT verken når det gjelder legeutdanning eller utdanning av legespesialister. Det påpekes at det unnlates å nevne hvilke overordnede vilkår som må være tilstede for å få godkjenning til å kunne bruke betegnelsen universitetssykehus. Sykehuset må «samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisinere og annet helsepersonell.

I utviklingsplanen bør det vektlegges at legespesialistutdanningen vil kunne oppnå synergieffekter i UNN og UiT. Nødvendige funksjoner og godkjenninger er ikke på plass i de mindre foretakene. Mye av spesialistutdanningen vil måtte skje i UNN. Samarbeid om utdanning i nord er sentralt for rekruttering av leger i nord. Utviklingsplanen må beskrive mål for universitetssykehusfunksjonen når det gjelder pasientbehandling, utdanningsoppgaver, forskning og innovasjon. UNNs rolle i den spesielt ressurskrevende praktiske kliniske undervisningen av legestudenter må klargjøres. Mål for helseforetakenes funksjon som praksisarena for alle helsefagstudenter må klargjøres. Mål for forskningsambisjoner og aktivitet må klargjøres. Det samme må skje for legespesialistutdanningen.

Det må gis støtte til opprettelse av samisk sykepleierutdanning i samarbeid mellom UiT og Samisk høgskole.

Det må klarlegges og planlegges for at at framtidig forsknings- og innovasjonssamarbeid i det vesentlige skal foregå i samarbeid med universitetene.

Det er grunnleggende viktig med et godt samarbeid innen det regionale helseforetaket for å kunne yte det beste for pasientbehandling i regionen. Samarbeidsarenaene bør klargjøres og planer for styresammensetning bør ivaretas.

### **25. Universitetet i Tromsø – det helsevitenskapelige fakultet.**

Utviklingsplanforslaget reflekterer en bekymringsfull nedtoning av samarbeidet med UiT.

#### *3.5.5 Universitetssykehusfunksjonen i Helse Nord*

Det påpekes at det unnlates å nevne hvilke overordnede vilkår som må være tilstede for å få godkjenning til å kunne bruke betegnelsen universitetssykehus. Sykehuset må «samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisinere og annet helsepersonell. Videre refereres den aktuelle paragrafen fra Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

.....



I utviklingsplanen bør det vektlegges at legespesialistutdanningen vil kunne oppnå synergieffekter i UNN og UiT. Nødvendige funksjoner og godkjenninger er ikke på plass i de mindre helseforetakene og mye av utdanningen må skje i UNN.

UiT synes det er meget bekymringsfullt at universitetssykehusfunksjonens særegne stilling, oppdrag og tiltak for å oppnå dette er mangelfullt beskrevet. Planen må forbedres med følgende:

- Klargjøring av mål for universitetssykehusfunksjonen (pasientbehandling, forskning, utdanning og innovasjon)
- Klargjøring av universitetssykehusfunksjonens rolle i undervisningen av legestudenter som er spesielt ressurskrevende
- Klargjøring av mål for helseforetakenes funksjon som praksisarena for helseutdanningsstudenter
- Klargjøring av forskningsambisjoner og mål
- Klargjøring av mål for spesialistutdanning og UNNs oppgaver
- I tillegg understrekes behovet for støtte til opprettelsen av samisk sykepleierutdanning.

Det er grunnleggende viktig med et godt samarbeid innen det regionale helseforetaket for å kunne yte det beste for pasientbehandling i regionen. Samarbeidsarenaene bør klargjøres og planer for styresammensetning bør ivaretas.

Utviklingsplanen har helt fundamentale mangler i beskrivelsen av tiltakene som bør rettes mot UNN som universitetssykehus, herunder UiT som har PhD program i alle helsedisipliner for at sykehuset, som siste ledd i kjeden, kan gi folk i landsdelen et likeverdig tilbud på høyspesialiserte tjenester på linje med landet for øvrig.

## **26. Nord universitet:**

Det er i hovedsak tilslutning til de temaer og emner som utviklingsplanen framholder. Omtale og utvikling av forskning og samhandling mellom helseforetak og utdanningsinstitusjonene bør løftes ytterligere fram og gjøres tydeligere mht mål og tiltak. Det samme gjelder på utdanningsområdet der utdanningsinstitusjonenes rolle bør framkomme tydeligere.

Økt oppmerksomhet om samhandling må også reflekteres i utdanningen der samhandlingstiltak mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene. Her er satsing på felles arenaer og delte stillinger aktuelle tiltak.

Det er viktig å synliggjøre forskningens betydning for en kunnskapsbasert helsetjeneste og rekrutteringen til helsetjenesten. Forskningsmiljøene må følges opp gjennom et langsiktig strategisk arbeid. Det må

Det er ønskelig å kople satsingen på pasientsikkerhet og brukermedvirkning med en aktiv forskningsvirksomhet. Ansatte med forskningskompetanse er en styrke for systematisk kvalitetsarbeid. Behovet for forskningskompetente ledere på alle nivå for å sikre tilstrekkelig kvalitet og omfang på forskningsvirksomheten understrekes også.

Behovet for at Helse Nord er en tydelig og aktiv samarbeidspartner i å utvikle universitetets relevante utdanninger på alle nivå. God dialog og oppfølging med UH sektoren bør løftes fram. Det samme gjelder utdannede praksisveiledere, tilgang til praksisplasser og foretakets bidrag i utvikling av studiene.

## **Bruker- og interesseorganisasjoner**

### **27. Hjerneverdnet:**

Sykdommer i nervesystemet øker mest. Demens og hjerneslag av de som fører til flest tapte leveår. 1/3 av befolkningen vil gjennom livet rammes av en sykdom eller skade i nervesystemet.

Det må tas høyde for den kommende utfordring innen hjernehelsete (jf nasjonal hjernehelsete strategi). Betydelige svakheter i samarbeid og kompetanseoverføring mellom nivåene og til dels betydelige ulikheter i helsetilbudet både for akutte og kroniske lidelser. Manglende oppfølging av kronikergruppene er et vedvarende problem. Hjernesykdommer er så komplekse og tilbudet utvikler seg så raskt at spesialisthelsetjenestens rolle vil være betydelig selv om oppgaver overføres til kommunene. Ser spesielt behov for å bygge opp og vedlikeholde spesialkompetanse, styrke forskning og etablere gode og hensiktsmessige pasientforløp.

### **28. Kreftforeningen:**

Understrekes at antall krefttilfelles ventes å øke med opp mot 10000 tilfelles nasjonalt fram mot 2030. I tillegg ventes kostnadene å fortsette å øke som følge av nye og kostbare legemidler. Dette gir store utfordringer mht kapasitet, kompetanse og pasientforløp.

Utviklingsplanen må fremme helhetlige pasientforløp – det må sikres likeverdige tilbud. Det understrekes at kreftkoordinatorfunksjonen også må ivareta den utadrettede oppgaven mot helsetjeneste, pasienter og pårørende. Det er viktig å sikre en enhetlig praksis mht inklusjon av pasienter i pakkeforløpene. Pasienter som trenger rehabilitering må få tilbud om det som del av et helhetlig pakkeforløp.

Det må gjennomføres en storstilt digitalisering i sykehusene. Fremtidens helsetilbud forutsetter at informasjon om pasienten kan deles. Kreftforeningen understreker behovet for en nasjonal løsning IT løsning for kommune- og spesialisthelsetjenesten for å gjøre informasjon tilgjengelig for alle.

Det må bygges opp sterke fagmiljøer som behandler et volum pasienter som er stort nok til å sikre kvaliteten på behandlingen som gis. Kompetanse og kapasitet inne diagnostikk og behandling må finnes for å møte det økte behovet. Forholdet mellom nærhet vs den beste behandlingen må vektlegges.

Det anslås at minst 30% av pasientene er underernærte/i risiko for underernæring. En ernæringsstrategi bør være del av utviklingsplanen.

Økt bruk av persontilpasset medisin må følges av forskning som en integrert del av den kliniske hverdag. Deltakelse i kliniske studier er en viktig del av dette.

Brukermedvirkning er sentralt og her må helseforetakene ha tydelige ambisjoner for å styrke og videreutvikle egen praksis. Brukerne må få mulighet til å påvirke på et tidligst mulig stadium og ambisjonene for brukermedvirkning i forskning må følges opp.

## 29. LHL Troms:

Ordrik, omfattende og overordnet plan. I en plan med såpass mye snakk om pasientforløp er det rart at rehabilitering ikke nevnes. Det er avgjørende at rehabiliteringsfunksjonen i kommunen eog spesialisthelsetjenesten avstemmes med hverandre. Her understrekes også at den demografiske endringen vil medføre behov for rehabilitering.

## 30. Norsk Lymfeødem- og lipidødemforbund (NLLF):

NLLF ser planen som et godt grunnlag for tilbudet som spesialisthelsetjenesten skal gi i fremtiden og Nasjonal helseplans overordnede mål om bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Vi vil likevel komme med våre tilføyelser spesielt med tanke på behovene for våre pasientgrupper.

- For det første gjelder det informasjon om lymfeødem både til kvinner og menn etter kreftbehandling der lymfesystemet blir skadet/påvirket. Lymfeødem er en vanlig seinskade for brystkreftpasienter, når deler av lymfesystemet er fjernet eller skadet. NLLF vil i den forbindelse påpeke at informasjon til menn som gjennomgår behandling for prostatakreft i mange tilfeller har vært mangelfull. Vi vil derfor understreke behovet for mer informasjon, spesielt overfor menn med prostatakreft, men også i andre behandlinger der det er risiko for lymfeødem.
- Samtidig vil vi fremheve Helse Nord oppmerksomhet mot pasienter med primært lymfeødem som positivt. Vi har merket oss at hele fem rehabiliteringsinstitusjoner i regionen som tilbyr opphold for pasienter med lymfeødem presiserer at tilbudet også gjelder primært lymfeødem.
- For det andre vil vi trekke frem behovet for helsehjelp til kvinner med lipidødem. Vi registrerer avansert diagnostikk og behandling som UNNs prioriterte utviklingsmål. Vi har her store forventninger til utviklingen på dette feltet, både for det arbeidet som er satt i gang ved UNN, og i samarbeid med de andre helseforetakene.
- Behovet for kunnskap omkring lipidødem fremdeles er stort. Vi regner det ikke som spesialisthelsetjenestens ansvar å drive primær folkeopplysning, men helseforetakene er likevel sentrale for kunnskapsformidling via primærhelsetjenesten, ved fastleger, helsesøstre og jordmødre. Dette samstemmer også med Helse Nord's intensjon for samhandling mellom kommunenes pleie- og omsorgstjeneste, fastlegene, spesialisthelsetjenesten, pasient og pårørende.
- NLLF vil også nevne behov for forskning på lipidødem. Vi vet ennå lite om langtidsprognosene for dem som er operert. Eksempelvis pasienter som har blitt operert utenlands de siste tiåret. Og vi vet enda mindre om mulighetene for å forebygge eller bremse utviklingen av lipidødem.
- For det tredje har Helse Nord, i likhet med hele Helse-Norge, et problem med et mangelfullt utbygd behandlingstilbud når det gjelder konservativ behandling både av lipidødem og lymfeødem.

- Vi vil henstille til Helse Nord å spille en større rolle i utdannelsen av fysioterapeuter med spesialisering innen komplett lymfeødembehandling, for å øke dekningen av denne kompetansen i hele landsdelen.

### **31. Pensjonistforbundet Nordland:**

Helseutvalget Pensjonistforbundet Nordland har følgende tilbakemeldinger på utviklingsplanen.

Helse Nord's visjon «pasientene skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord» støttes fullt ut.

#### *Utvikling og endring må fortsette*

For om mulig å få slutt på "svingdørs" pasienter (stadig reinnleggelse) spesielt for den eldre befolkning, ser vi svært positivt på at det legges opp til et bedre samarbeid med primærhelsetjenesten. Samarbeidet må styrkes og nye samarbeidsformer utvikles, slik at pasienter får behandling på riktig omsorgsnivå og uten unødvendige forflytninger mellom omsorgsnivåene.

#### *Pasientens helsetjeneste*

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må bli bedre. Brukernes stemme må vektlegges i større grad /ev involvere pårørende i større grad.

#### *Pasientbehandling og kvalitet*

Vi ser positivt på at Helse Nord vil styrke kompetansen innen eldremedisin. Ansettelse av helsepersonell, både leger og sykepleiere med geriatrisk utdanning. Dette vil være et positivt tilskudd til den nordnorske aldrende befolkning. Kvalitetsmessig bedring av tjenester til psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling. Godt å se at Helse Nord har dette som et satsingsområde.

#### *Likeverdig møte m/helsetjenesten for den samiske befolkning*

Arbeidet med å styrke likeverdig møte med helsetjenesten for denne del av befolkningen imøteses med stor interesse.

#### *Regional utvikling og regionalt samarbeid*

Helse Nord anser dette som et så viktig punkt og beskriver samarbeid mellom enheter og nivåer som hovedstrategi. Dette er etter vår mening svært positivt. Riktig funksjonsfordeling er viktig. Ikke minst er det behov for en felles standard for legemiddelforsyningen.

#### *Samhandling med primærhelsetjenesten*

En godt fungerende kommunehelsetjeneste er en forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal fungere optimalt. God samhandling med vekt på helhetlige pasientforløp skal være en ledetråd i alt pasientrettet arbeid. At Helse Nord har dette som en målsetting er noe vi ser frem til med stor glede. Dette vil bli til det beste for befolkningen.

### **32. Harstad eldreråd:**

Støtter kommunens uttalelse til høringsutkastet.

Videre mener eldrerådet at å iverksette tiltak for å bedre produktiviteten for å håndtere økt etterspørsel, styrket kvalitet og økte investeringsbehov ikke er i tråd med målsettingen om å sikre befolkningen en likeverdig tilgjengelighet til trygge og gode tjenester med en organisering som underbygger gode pasientforløp. Harstad eldreråd mener Helse Nord og befolkningen i Nord-Norge må sikres tilstrekkelige midler for å kunne tilby likeverdige tjenester.

### **33. Skånland kommune – rådet for funksjonshemmede**

Rådet uttaler at høringsutkastet er et godt grunnlag for tilbudet som spesialisthelsetjenesten skal gi for framtida. Rådet framhever særlig tiltak for pasienter som har samisk som førstespråk og plan for god samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

### **34. Rana utviklingselskap (RU):**

RU viser til kommunestyrevedtak i sak 90/18 Utredningsalternativ og utredningsplikt:

Kommunestyret i Rana vil på nytt understreke at en løsning med en balansert sykehus- og beredskapsstruktur på Helgeland er ønskelig. Et stort akutt sykehus i nord (Mo i Rana), et akutt sykehus ved kysten (Sandnessjøen), et DMS i midten (Mosjøen) og luftambulansesentral og DMS i sør (Brønnøysund).

I Helse Nords Regionale utviklingsplan viser RU til en rekke avsnitt som underbygger behovet for en framtidsrettet, bærekraftig og desentralisert sykehusstruktur.

RU er opptatt av at Helse Nord – og Helgelandssykehuset i fremtiden skal kunne tilby en balansert og desentralisert pasientbehandling og beredskap. Utgangspunktet for framtidig sykehusstruktur må være å bare sentralisere det som må sentraliseres og å desentralisere alt som kan desentraliseres.

Regional utviklingsplan er et godt strategisk fundament for den balanserte sykehusstrukturen som er valg for Nordre Nordland, Troms og Finnmark. De samme prinsipper og perspektiver må legges til grunn i beslutningene om framtidig struktur for det sørligste helseforetaket i Helse Nord.

### **35. Helsepartiet:**

Offentlig forvaltning bærer i økende grad preg av portvokterfunksjon til underdimensjonerte tjenester. Parallelt ser vi store investeringer i omdømmeregime som skjuler manglene. Avstanden mellom virkelighet og kommunikasjon spriker stadig styggere og sårt tiltrengte midler som kunne vært brukt til tjenesteskaping brukes på omdømmebygging. Helseforetaksmodellen tillater denne utviklingen. I høringsuttalelsen går Helsepartiet inn for å vrake helseforetaksmodellen til fordel for en mer tillitsbasert modell. I konklusjonen skriver de at:

Forslaget til utviklingsplan har alvorlige mangler og må skrives på nytt med lojalitet til befolkningens behov. Det er en stor svakhet at planen ikke går fram til 2050. Kapasiteten

må baseres på befolkningsframskrivninger og andre variabler som vil avgjøre hvilke sykdomsbilder vi overskuer og så må tilbudet dekkes deretter. Norsk helsetjeneste må, på sikt, legges om til en modell der helsekostnader føres som investeringer og resultatene av tjenestene registreres som lønnsomhet i form av økt livskvalitet, økt arbeidsevne, livskvalitet, økt skatteinntekter og økt samfunnsdeltakelse.

## Arbeidstakerorganisasjoner

### 36. Fagforbundet:

#### *Bemanning og kompetanse:*

Primær- og spesialisthelsetjenesten må samarbeide i langt større grad for å sikre at flere velger helserelevante utdanninger. Det ligger til rette for et nært samarbeid mellom alle instanser som har ansvar for å sikre dette.

Helse Nord må knyttet sterkere kontakt med utdanningsinstitusjonen:

- Helse Nord må presentere seg på utdanningsinstitusjonene og vise hvilke muligheter som ligger i å velge helserelevante fag
- Rådgivere og veiledere i skolen må få kunnskap om helsetjenesten
- Det må stilles krav om at helseforetakene har gode rutiner på jobbglidning
- I videregående skole må elevene få mulighet for hospitering
- Antall lærlinger må økes, særlig innen helsefag, men også på andre områder
- Veilederkompetanse for helsefagarbeiderlærlinger må utvikles
- Studenter eksempelvis i sykepleie må sikre gode veiledere i sykehusene
- Helse Nord må medvirke til at studenter som velger desentraliserte studier fullfører sin utdanning
- Det må arbeides for å endre opptakskriteriet på spesialutdanninger for sykepleiere slik at praksis teller like mye som karakterer

#### *Sykefravær*

Det må arbeides videre med dette. Helsefremmende turnuser, faste hele stillinger, utvikle innleie fra byrå og økt satsing på egne kjente bemanningsressurser er en anbefaling som gis

#### *Strategier for å styrke et likeverdig møte med helsetjenesten for den samiske befolkning.*

Fagforbundet understreker at like viktig som at pasienten forstår er det at helsepersonellet forstår. Det samiske perspektivet må være til stede når det rekrutteres folk. Videre må en være obs på hvordan tolketjenesten er organisert for å unngå misforståelser, jf der kommunikasjon foregår på telefon/sambandsutstyr.

#### *Prehospitaltjenester*

Gode løsninger med «hvite biler» - se til UNN som har organisert dette som en intern tjeneste.

Gitt Helse Nord's geografi og bosettingsmønster kan ikke akuttberedskapen bli dårligere enn i dag. Som et minimum bør den opprettholdes slik den ble vedtatt ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Offentlige tjenester skal drive si offentlig regi. Det gjelder også luftambulans- og båtambulansetjeneste. Et annet alternativ kan være ideelle organisasjoner/stiftelser.



## *Våre sykehus*

UNN er det minste universitetssykehuset i landet og må være et regionalt kraftsenter for å gi høyspesialiserte tjenester. Det burde i planen vært beskrevet hvordan en kan forhindre at pasienter velger tjenester utenfor Helse Nord. Her må det også ses på hvilke nye tjenester som kan etableres ved UNN.

Fagforbundet viser til at innen 2035 vil de aller fleste sykehus i landsdelen være modernisert/nybygg. Utbygging må skje i offentlig regi og ikke gjennom finansiell leasing.

## *Implementering*

Medarbeiderne må tas med. Et nært og godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å tilpasse utdanningen til ny teknologi er avgjørende for å sikre god kompetanse. De ansatte må tilbys hele stillinger. Arbeidet må legges til rette slik at det bli naturlig for helsepersonell å velge hele stillinger.

## **37. Legeforeningen:**

Hovedinnspill fra Legeforeningen;

- Legeforeningen ønsker gode planer for utviklingen av norske sykehus. Nedenfra og opp tilnærmingen med utviklingsplaner fra helseforetak og regionale helseforetak som grunnlag for Nasjonal helse- og sykehusplan er et skritt i riktig retning
- Utviklingsplanene er imidlertid for ulike og innfrir i liten grad målsetningene
- Sammenligning av framtidig behov for sykehustjenester mellom regionene vanskeliggjøres på grunn av ulik bruk av framskrivningsverktøyene og usikkerheten i framskrivningene underkommuniseres.
- Samhandlingen må være reell. Overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner må være godt faglig begrunnet og ikke drives av kortsiktige og ensidige økonomiske hensyn.
- Utviklingsplanene burde ha gitt status for dagsens utstyr og bygg. Mange sykehus sliter med utdatert utstyr og nedslitte bygninger. Nasjonal sykehusplan må også være en investeringsplan.
- Utviklingsplanene beskriver en til dels urealistisk teknologioptimisme og burde ha en større grad av nøkternhet og synliggjøre den risiko innføring av nye teknologier medfører.
- Stortinget har vedtatt at stedlig ledelse skal være hovedregelen i norske sykehus. Legeforeningen er derfor kritisk til at det i utviklingsplan er eksempler på at prinsippet om stedlig ledelse forringes.

Helse Nords planutkast er ikke konkret nok og preges av generelle målsetninger med begrenset verdi. Den bør derfor gjennomgås og videreutvikles. Det bør innarbeides konkrete tiltak for hvordan regionen vil svare ut sitt sørge for ansvar. Et eksempel på dette er Helse Sør-Østs hovedsatsing «integreerte tjenester» eller «samarbeid om de som trenger det mest».

Utkastene til utviklingsplanen kan føre til en nedbygging av sykehuskapasitet og underdimensjonering av sykehusbygg basert på ensidig oppfatning av hva som skal overføres til kommunene. Det må utvikles en enhetlig praksis for å beskrive framtidig behov for sykehuskapasitet og bemanning. I alle utviklingsplanene er det en vridning fra «døgn til dag». For skrøpelige pasienter vil polikliniske tilbud ved sykehus ofte være en løsning som kan være vanskelig å nyttiggjøre seg. Det bør synliggjøres hvilke pasientgrupper en ser for seg skal kunne være gjenstand for mer poliklinikk. Utviklingsplanene må vise at RHFene er fleksible nok til å legge om kursen, justere sengetall og sykehusbygg for å kunne tilpasse seg en uforutsett utvikling.

Teknologioptimismen som preger utkastene kan virke noe urealistisk og mulige negative effekter av teknologi omtales ikke. Når teknologibeskrivelsene skal beskrive muligheter og effekter som teknologi kan ha må de være så konkrete at det er mulig å vurdere dette. Utviklingsplanene må også beskrive hvordan involvering og utvikling av nødvendig informatikk og teknologikompetanse hos klinikere skal gjennomføres.

Legeforeningen ber i en samlet tilbakemelding til RHFene om å videreutvikle utviklingsplanene på følgende områder:

#### *Samhandling*

Her må planene videreutvikles for å skape troverdighet om premisset de har for samarbeidet med kommunen. Legeforeningen er sterkt bekymret for og advarer mot en nedbygging av sykehuskapasiteten basert på ensidige oppfatninger av hva som skal overføres til kommunene. Et hovedproblem i Helse Nords plan er lav grad av konkretisering. Planen må utvikles til minimum samme nivå som Helse Sør-Øst. Manglende konkretisering er et alvorlig problem for en god og dialogbasert utvikling av helsetjenesten.

Legeforeningen framhever også at overføring til kommunene av en stor og uspesifisert gruppe er en sentral driver til dagens fastlegekrise. Legeforeningen kan ikke se at hvordan utkastene til utviklingsplaner imøtekommer at kommunene er forskjellige.

Helse Nords sett av tiltak kan gjøre samhandlingen med kommunene bedre, men de må konkretiseres og tallfestes. Legeforeningen er overrasket over at planutkastet ikke i større grad trekker på konkrete erfaringer fra egen region, jf Pasientsentrert helsetjenesteteam ved UNN.

Legeforeningen understreker viktigheten av at pilotering av nye måter å samhandle på mellom kommuner og sykehus må være gjenstand for følgeforskning. Legeforeningen etterlyser også en grundigere gjennomgang av aktuelle arenaer for samarbeid mellom sykehus og kommuner.

#### *Teknologi og digitalisering*

Teknologioptimismen i utviklingsplanene er stor. Helse Nords legger gode prinsipper til grunn for sitt arbeid med dette spørsmålet, men beskrivelse av tiltak og teknologier for lite konkret. Teknologioptimisme kombinert med svak konkretisering svekker troverdigheten i utkastet.

Legeforeningen understreker i sin tilbakemelding at en nasjonal styringsmodell må ha fokus på å etablere de nødvendige standardene som muliggjør utvikling av konkurrerende løsninger i et marked.

Bruken av standardisering problematiseres på den måten at det er ulike syn på hva som kan og bør standardiseres. Involvering av klinikere i utvikling og utprøving er helt sentralt. Det poengteres også at det kan synes underlig dersom økt bruk av teknologi bare vil føre til redusert bruk av tjenester. All erfaring viser at økt tilgjengelighet også øker forbruket. Hvilke typer pasienter som kan dra nytte av nye teknologiske løsninger kan med fordel spesifiseres i Helse Nords plan.

### *Psykisk helse og rus*

Det legges opp til en stor reduksjon i oppholdsdøgn. For å sannsynliggjøre en slik utvikling må det mer konkret beskrive hvordan man ser for seg utvikling i forekomst og behandling av alvorlige psykiske lidelser som i dag opptar nærmere to tredeler av døgnkapasitet. Hvilke tiltak skal gjennomføres og på hvilken måte man kan oppnå redusert bruk av liggedøgn må konkretiseres når en vet at mye av sengekapasiteten opptas av pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Legeforeningen mener det heller vil være behov for flere enn færre sengeplasser i psykisk helsevern. Økt og forbedret utadrettet virksomhet kan føre økt behov for innleggelse til grundig utredning og oppstart av behandlingsforløp. Hvordan den gyldne regel skal oppfylles må også beskrives. Videre mangler det tiltak for å møte de betydelige rekrutteringsproblemer i psykisk helsevern og rus.

### *Kompetanse og personell*

Generelt framstår et økt behov for sykepleiere og leger på 37% i Helse Nord som påfallende høyt sammenliknet med de andre regionene. Hva er bakgrunnen for dette?

Det beskrives gjennomgående et økt behov for legespesialister. Det må beskrives hvordan utdanningskapasiteten er tenkt økt. Det må beskrives tiltak og planer som sikrer en god overgang til en ny legespesialistutdanning. Utviklingsplanene må synliggjøre den strategisk viktige plass spesialistutdanningen har for at RHFene skal kunne fylle sitt oppdrag. Det etterlyses tydeligere beskrivelser av samarbeid mellom sykehus, regionale helseforetak og universiteter.

Framskrivningene, som dels er gjort på noe ulik måte, beskriver i liten grad usikkerheten ved resultatene, selv om det åpenbart må være det. Legeforeningen henviser videre til Helsedirektoratets rapport om hvilke pasientgrupper som vil trenge strategisk oppmerksomhet.

### *Variasjon og brukermedvirkning:*

Det må vurderes om bruken av standardisering og harmonisering av indikasjonsstilling kan føre til uforutsett over og eller underbehandling. Legeforeningens arbeid med Gjør kloke valg er en viktig ressurs for arbeidet i RHFene. Legeforeningen mener at Samvalgstilnærmingen til Helse Sør-Øst er mest interessant og bør følges videre.

### **38. Troms legeförening:**

Troms legeförening mener at brukerorganisasjoner, tillitsvalgte og fagfolk burde vært trukket mer inn i arbeidet med planen.

Hovedinnvendingen er at planen underkommuniserer UNNs rolle som universitetssykehus, Helse Nord må stå bak UNN som universitetssykehus for at UNN skal være rigget til å hjelpe resten av landsdelen. Det må kommuniseres tydelig fra Helse Nord i ord og handling. Fagutvikling og utdanning i nord krever tydelige grep fra Helse Nord og det må vises hvordan en vi håndtere dette.

Veksten i etterspørsel vurderes som rimelig. Helse Nord bør drøfte hvilke faktorer som kan medvirke til at nettoveksten ikke blir så stor og hvordan en kan realisere dette, ikke «nulle» det ut gjennom «kreative kutt» som kan villedde myndighetene til ikke å tro at det trengs videreutvikling og satsing.

### **39. Kliniske ernæringsfysiologers forbund:**

Organisasjonen understreker at helseforetakene i 2013 fikk i oppdrag å utforme ernæringsstrategier i tråd med nasjonale faglige anbefalinger. Noe av bakgrunnen er at 30% av pasientene er underernærte eller i risiko for underernæring. I 2010 gjorde Helsedirektoratet beregninger som viser at samfunnet kan spare 800 millioner på å forebygge og behandle underernæring. Vi får mange flere eldre framover og det gjør at vi får mange flere med sykdom. KEFF stiller seg undrende til at ernæring ikke nevnes når kvalitet i pasientbehandling og bedret helse i befolkningen skal oppnås. KEFF anbefaler at utviklingsplanen skal ha som mål å gjennomføre pasientsikkerhetsprogrammets satsingsområde om å forebygge og behandle underernæring og at det bør være en målsetting om at flere ernæringsfysiologer bør ansettes for å forebygge, utrede, diagnostisere og behandle ernæringsrelaterte tilstander.

### **40. Norsk sykepleierforbund:**

Det framheves at de regionale planene er ulike og at en med fordel kan sammenlikne med hverandre for å se om det er tiltak som bør tas inn i egen plan. NSF mener at god regional styring og prioritering vil være viktig for å møte og løse utfordringene tjenestene står overfor. Det langsiktige arbeidet må gis tilstrekkelig ledelsesoppmerksomhet og tilstrekkelig prioritering på alle nivå. De nødvendige ressurser og ledelsesoppfølging må bli tilført både på RF og HF nivå.

Planen gir en grundig og usminket framstilling av nåsituasjonen. Det er krevende å få oversikt over satsingsområder og prioriteringer slik planen er bygd opp. NSF foreslår at Helse Nord i større grad svarer opp og konkretiserer følgende områder:

- Bemanning og kompetanse, plan for utdanning av spesialsykepleiere
- Arbeidsgiverpolitikk, rekruttere, beholde, heltid, sykefravær, arbeidstid og HMS
- Fag- og kvalitetsutvikling – beholde en tverrfaglig tilnærming
- Kvalitet- og pasientsikkerhet – forebygging av pasientskader ved evidensbasert sykepleie

- Psykisk helsevern – vekt på tverrfaglig og utvikling av arbeidsmetoder og tilbud særlig i poliklinikk
- Samhandling og samarbeid med kommunene – tydeliggjøre hvordan HN vil bidra til å styrke kompetanse og tilbud i kommunene, som grunnlag for en populasjonsbasert tilnærming.

#### *Hovedutfordringer for helsetjenesten – framtidige behov*

Store utfordringer, ikke minst på grunn av demografi og at oppgavene må løses sammen med kommunene.

#### *Aktivitets- og kapasitetsframskrivninger*

NSF vil påpeke at det er betydelig usikkerhet mht den beskrevne aktivitetsutviklingen og usikkerheten ved om pasientgrupper med store behov for helsetjenester kan nyttiggjøre seg poliklinikk og dagbehandling.

Utfordringen med overføring av oppgaver til kommunene er stor når en vet hvilken situasjon kommunene er i mht kompetanse og ressurser

Det stilles spørsmål ved om 85% kapasitetsutnyttelse av sengene tar hensyn til eksisterende utfordringer med overbelegg. Det uttrykkes bekymring for at det planlegges med underdimensjonering.

NSF understreker at nasjonal bemanningsmodell er et scenarieverktøy som ikke kan benyttes direkte til bemanningsplanlegging og den tar ikke hensyn til kompetansebehovene i kommunene eller eksisterende underbemanning.

### **Veivalg og strategier fram mot 2015.**

#### *Pasientens helsetjeneste*

Forutsetningene for å lykkes med samvalg og ny teknologi er opplæring av helsepersonell og pasienter. Pasient- og pårørendeopplæring må tas med i planen. NSF påpeker at ordningen med pasientansvarlig lege ikke fungerer og at en pasientansvarlig sykepleier kan være et godt tiltak.

#### *Pasientbehandling og kvalitet.*

#### *Redusere uønsket variasjon*

NSF understreker at temaet uønsket variasjon også må gjelde andre områder enn det medisinske. Det vil bidra til bedre pasientsikkerhet og bedre ressursbruk. Her er bruk av prosess- og beslutningsstøtte som legger til rette for en strukturert og systematisk planlegging og dokumentasjon av sykepleien ett tiltak.

Det foreslås å etablere egne fagledernetverk innenfor sykepleietjenesten som kan bidra til fag- og kvalitetsutvikling mellom klinikker og sykehus.

NSF støtter behovet for å øke den geriatrike kompetansen i helsetjenesten. Dette omfatter også sykepleietjenesten. Det bør legges stor vekt på å styrke sykepleiernes kompetanses ei en landsdel hvor sykepleierne er så sentrale bærere av stabilitet og kontinuitet.

### *Prehospitale tjenester*

Digitalisering av de prehospitale tjenester må omtales.

### *Psykisk helsevern og TSB*

NSF mener det er nødvendig med utvikling av helhetlige og gode pasientforløp på tvers av nivåer. NSF mener samlokalisering av tjenester i somatikk, TSB og psykisk helsevern i hovedsak vil være riktig. Det vil også styrke ivaretagelsen av den somatiske helse.

NSF mener følgende tiltak må gis prioritet:

- Styrke fag- og kvalitetsutviklingen gjennom økt forskning, tverrfaglige fagrevisjoner og etablering av fagnettverk
- Sikre tilgang til riktig kompetanse gjennom hele pasientforløpet, bruk av ufaglærte på døgnavdelingen må opphøre
- Understøtte god ledelse
- Gode rammer for kompetanseutvikling
- Regional utvikling og regionalt samarbeid når det skal arbeides med å styrke felles faglig utvikling.
- Avtalespesialister og andre private tjenesteytere må omfattes av større grad av koordinering og være del av arbeid for å redusere uønsket variasjon og sikre god ressursbruk.

### *Samhandling med primærhelsetjenesten*

NSF mener helhet og sammenheng i pasientforløp er helt avgjørende. Digitale verktøy er viktig, men det er ikke tilstrekkelig. NSF viser til Helse Sør-Østs forslag om etablering av pasientens team rundt pasienter med sammensatte og komplekse behov og at kjernen i teamet skal være en sykepleier i kommunen og en på sykehuset. En sterkere satsing på ambulante team med koordinatorfunksjoner for sykepleiere vil være avgjørende for å oppnå gode forløp.

Teknologi og digitale tjenester er viktig, men en må ha et realistisk forventning til hva som er mulig. Bruken av teknologiske plattformer må være tilpasset brukergruppen, pårørendes muligheter og ressurser og tilgjengelig kompetanse. Personellens behov for grunnleggende teknologiskompetanse bør omtales.

Tilgang på kompetent personell er en av framtidens største utfordringer. Dagens modell for tjenesteyting er ikke bærekraftig. NSF vil oppfordre HN til å samordne arbeidet omkring teknologi, digitalisering og velferdsteknologiske løsninger. Det vil bidra til effektivisering, bedre ressursbruk og gi brukerne en opplevelse av en sømløs helsetjeneste.

### *Bemanning og kompetanse.*

Arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde nødvendig personell og kompetanse må ha hovedprioritet framover. HN trenger en offensiv satsing og strategi for å sikre tilgang på nødvendig sykepleiepersonell.

Langsiktig planlegging og dimensjonering av utdanningsstillinger og utdanningskapasitet i universitet- og høyskoler er avgjørende for å møte behovet for

spesialsykepleiere. Helseforetakene kan ikke løse dette alene. Helse Nord må gjennom sin styring sikre at HFe-ne bidrar forholdsmessig. Det må lages en regional plan for utdanning av denne type personell og det må skje i et strategisk og langsiktig samarbeid med universitets- og høyskolesektoren.

### *Utdanning*

I planleggingen av sykepleierutdanningen må også kommunenes behov gtas med. Det må utprøves nye modeller for veiledning – fra en – til en og over på andre måter å gjøre det på. Mulighetene for tverrprofesjonell samarbeidslæring må være del av dette. Det må prøves ut ordninger med kombinerte stillinger for ansatte på sykehus- og i universitets- og høyskolesektoren for å styrke sammenhengen mellom teori og praksis. Spesialisthelsetjensten må engasjere seg i utformingen av utdanningene.

### *Ledelse*

Det er viktig å øke ledelseskapasitet og kraften særlig på pasientnært nivå. NSF mener HN bør være tydeligere på å gi ledere rammevilkår som gjør at de kan utøve ledelse. God organisering er en forutsetning for å kunne utøve effektiv ledelse. NSF savner at planen tydelig adresserer samhandlingsutfordringene i spesialisthelsetjenesten.

NSF peker på at manglende styring av sykepleierressursene, jf Riksrevisjonsrapport, kan handle om at sykepleietjenesten ved enhetlig ledelse er blitt splittet opp og at det er mindre styringsmessig oppmerksomhet om sykepleietjenestens bidrag i toppledelsens. Fagrådene må være tverrfaglige

### *Forskning og innovasjon*

NSF framhever at planen er rettet inn mot klinisk behandling og diagnostikk, men at vi trenger mer kunnskap om hvordan spesialisthelsetjenesten kan gi pasienter og pårørende bedre tjenester, i samhandling med kommunehelsetjenesten.

### *Teknologi*

NSF støtter at innovasjoner og bruk av ny teknologi må være godt forankret i fagmiljøene og at det er nødvendig med involvering av sykepleiere og annet helsepersonell. NSF mener at for å understøtte sykepleiepraksis og gode styring av sykepleietjenesten er det viktig at Helse Nord følger den nasjonale anbefalingen om å benytte internasjonal klassifikasjon i sammenheng med SNOMED CT.

## **41. Anestesisykepleiernes landsgruppe av Norsk Sykepleierforbund:**

Det understrekes at det nasjonalt er enighet om at mangel på spesialsykepleiere på ulike fagområder vil være helsetjenestens største kompetanseutfordring og at kapasitet og gjennomføringsgrad ikke er tilpasset dette. Det bes om at utviklingsplanen tydelig løfter fram behovet for en regional plan for spesialsykepleierkompetanse. Sentrale elementer er flere utdanningsstillinger, full lønn under utdanning og et strategisk og langsiktig samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. Det er nødvendig å gjennomføre tiltak for å beholde ABIOK sykepleierne lengst mulig i jobb.

#### **42. UNN – arbeidstakerorganisasjoner og vernetjeneste:**

Det tilkjennegis en bekymring for UNN og bes om at planen fokuserer mer på UNN som regionalt kraftsenter der mang gir høyspesialiserte tjenester til befolkningen i hele Nord-Norge.

Det stilles spørsmål ved prosessen for dokumentet som er til høring – er det rom for forbedring med medvirkning fra alle helseforetakene. Planen har for mye tekst, mangler forankring og kan vanskelig brukes som styringsdokument eller implementeres.



## **Helseforetakene:**

### **43. Finnmarkssykehuset:**

Helse Nords strategi bør fortsatt være «Forbedring gjennom samarbeid». Helse Nords strategi bør vise at en styrking av samhandlingen og bruk av teknologi i mye større grad enn i dag, er Helse Nords viktigste veivalg for å kunne utvikle spesialisthelsetjenesten innenfor stadig strammere økonomiske rammer. Strategidokumentet må revideres og oppdateres.

### **Innspill til nåsituasjon, strategier, utviklingstrekk og framskrivning:**

Rekruttering er en sentral utfordring både innenfor PHR og somatikk, og det samme gjelder samhandling og ivaretagelse av eldre og kronisk syke.

Foretakene bør i planperioden stimuleres til ytterligere målorientering og å ha kontinuerlig fokus på tiltak. Foretakene bør i større grad bemannes med støttepersonell, som kan avlaste helsepersonell, og derved bidra til at helsepersonellet kan utføre mer pasientrettet arbeid.

FIN støtter at helsefagarbeidere i større grad kan benyttes som støttepersonell i sykehusene og bidra til å frigjøre tid til pasientbehandling hos leger og sykepleiere. Sykehusene opplever at sykepleierne søker andre spesialiseringer enn ABIOK. Disse bør vies mer oppmerksomhet, og det gjelder både praksisbehov og finansiering. Helse Nords arbeid med desentraliserte utdanninger må også følges opp og videreutvikles i Finnmark.

Det bør nevnes i utviklingsplanen at man ser helseutfordringer hos barn og ungdom som både må forebygges og behandles så tidlig som mulig. Dette gjelder blant annet overvekt og psykiske lidelser, hvor region nord ligger høyest i landet når det gjelder overvekt hos barn og ungdom.

Det er estimert at rundt 45 000 liggedøgn i sykehusene i nord kan overføres til kommunehelsetjenesten. Det er stor usikkerhet knyttet til kommunenes muligheter for dette, blant annet når det gjelder kommunenes mulighet til å bygge opp kompetanse. Det er derfor viktig at man ved planleggingen av nye sykehusbygg i regionen har et nært samarbeid med vertskommune og andre kommuner i sykehusets nedslagsfelt for å sikre at liggedøgn som flyttes ut av sykehuset blir ivare tatt i kommunal seng eller intermediærenhet. Slike intermediærenheter kan med fordel planlegges i eller i tilslutning til et sykehus.

### **Innspill til tiltakskapittelet i utviklingsplanen; kap. 6:**

#### *Pasientenes helsetjeneste*

Det forventes bedre organisering av helse- og omsorgstjenester på tvers av forvaltningsnivå, men vi må også kunne forvente bedre organisering og samarbeid internt i foretakene innenfor PHR og somatikk. Samlokalisering av og nært samarbeid mellom tjenestetilbud innen PHR og somatikk er viktig for pasientene, da psykiatriske pasienter kan ha behov for diagnostikk og behandling av somatisk sykdom og omvendt.

FIN foreslår derfor følgende tiltak:

- PHR og somatikk samlokaliseres der dette er mulig.

### *Pasientbehandling og kvalitet*

Som nye tiltak innen pasientbehandling og kvalitet foreslår FIN at:

- Helse Nord vil, i nært samarbeid med kommunene, bidra til å utvikle gode helsetjenestetilbud for barn og ungdom spesielt innen PHR og forebygging og behandling av overvekt.
- Helse Nord vil støtte opp om sykdomsforebyggende arbeid i kommunene ved at foretakene bidrar med sin kompetanse om helse og sykdom i befolkningen.

### *Strategier for å styrke et likeverdig møte med helsetjenesten for den samiske befolkningen*

FIN er svært fornøyd med at tiltak for å styrke et likeverdig møte med helsetjenesten for den samiske befolkningen har fått såpass stor plass i tiltaksdelen i utviklingsplanen. Foretaket støtter alle tiltak både vedrørende språk og kulturkompetanse, utdanning og rekruttering, samisk innflytelse og økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester. Foretaket bidrar gjerne til å utvikle tjenestetilbud til den samiske befolkningen i Nord Norge og til å utvikle Samisk Helsepark i Karasjok til et kompetansesenter både innen PHR og somatikk for den samiske befolkningen i hele landet.

FIN savner følgende tiltak:

- Sentrale dokumenter og programmer som benyttes i pasientbehandling må oversettes til samisk.
- Tilbudene i Samisk helsepark bør utvikles videre etter en oppsatt utviklingsplan og dimensjoneres som regionale og nasjonale tjenester.

### *Regional utvikling og regionalt samarbeid*

Da forbedring gjennom samarbeid er Helse Nord's hovedstrategi, så ansees kapittel 6.5 å være litt mangelfullt. Kapitlet bør i større grad utdype hvor Helse Nord vil med funksjonsfordeling og funksjonsdeling. Dette er ikke bare viktig for de store sykehusene men også for lokalsykehusene. Lokalsykehusene har både behov for å få desentralisert høyvolumtjenester og for støtte til å bygge opp spesielle tilbud, som også lokalsykehusene kan bli gode på. I FIN kan det være tiltak som kan styrke barneavdelingen i Hammerfest og rehabiliteringsavdelingen i Kirkenes.

En videreutvikling av UNNs og NLSHs rolle som kompetansemotorer for lokalsykehusene er også viktig, blant annet ved innføring av «telementoring» og andre former for veiledning i det kliniske arbeidet. Fagutvikling på tvers av foretak og opprettelse av faglige nettverk i tillegg til fagråd, er også viktige tiltak for å utvikle og opprettholde kompetanse i lokalsykehusene. Det samme gjelder samordning av utdanningsstillinger og samarbeid om gode og effektive spesialiseringsforløp.

Samordning av ressurser innen og mellom helseforetak er en utfordring, og Helse Nord bør stille krav om dette. Det bør også sees på muligheter for fellesløsninger innen stab og støtte i Helse Nord blant annet innenfor IKT, e-helse, dataanalyse, mediehenndelser, deling av prosedyrer og tilgang til og deling av annen informasjon.

Regionalt samarbeid om forankring av viktige veivalg både internt og eksternt kan bidra til å styrke Helse Nord og til at Helse Nord blir sett på som en enhet og ikke mange fragmenterte deler. Gode systemer for å ta i bruk ansattes erfaring og kompetanse, ikke bare i daglig drift men også i planleggingen av tjenestetilbud, bør brukes og deles.

### *Samhandling med primærhelsetjenesten*

FIN slutter seg til behovet for å utvikle innovative partnerskapsmodeller for organisering og ikke minst finansiering av samhandling. En revitalisering av samhandlingstemaet bør fremstå som et av hovedtemaene i utviklingsplanen. Foretakene er helt avhengige av at kommunene klarer å ta sitt ansvar for helse- og omsorgsoppgaver i fremtiden. Det innebærer at foretakene ikke ensidig kan legge opp til 24/7 dialog og tjenester om ikke kommunene involveres automatisk i dette når det gjelder organisering og pasientforløp.

UNN og Tromsø kommune har nå hatt pasientsentrert helsetjenesteteteam i snart fire år. Modellen kan vise til redusert dødelighet og redusert antall reinnleggelser i sykehus for syke eldre med mange diagnoser. Dette er en modell som de øvrige foretakene bør oppfordres til å prøve ut i samarbeid med sine kommuner.

FIN foreslår å tilføye følgende to tiltak innen samhandling:

- Helse Nord vil fortsette å bidra til dialog og møteplasser mellom første- og andrelinjetjenesten for å styrke samhandlingen mellom nivåene.
- Helse Nord vil stimulere til økt bruk av tverrfaglige team på tvers av nivåene i helsetjenesten for kompetanseoverføring og kompetansedeling rundt kronisk syke med hyppige sykehusinnleggelser og reinnleggelser.

### *Bemanning og kompetanse*

FIN foreslår å tilføye følgende to tiltak innen bemanning og kompetanse:

- Helse Nord vil fortsette å arbeide for desentraliserte utdanningsmodeller.
- Helse Nord vil bidra til samordning av utdanningsstillinger og karriereplanlegging for leger, som kan virke rekrutterende for lokalsykehusene.

### *Økonomi*

Endringer i finansiering av helsetjenestetilbud, blant annet mot forløpsbasert finansiering, kan bidra til å flytte ressurser ut av sykehusene og inn i kommunene og påvirke bærekraften i foretakene. Dette er en ønsket utvikling, men det er en stor utfordring for helseforetakene, som må følges opp.

## *Teknologi*

Finansieringen av teknologiske løsninger i pasientbehandling og samhandling er ikke god nok, og det må legges til rette for at det blir lønnsomt å ta i bruk teknologiske løsninger i for eksempel e-helsepoliklinikker.

FIN foreslår å tilføye følgende tiltak:

- Helse Nord vil være det regionale helseforetaket som i størst grad benytter seg av teknologiske løsninger for intern samhandling, ekstern samhandling og i pasientbehandlingen.
- Helse Nord vil bidra til å utvikle gode finansieringsordninger for bruk av teknologi i samhandling og pasientbehandling.

## *Bygg og kapasitet*

FIN foreslår å tilføye følgende under tiltak kulepunkt to:

- Helse Nord vil følge opp og utrede nærmere den usikkerheten som er om framtidig kapasitetsbehov, eksempelvis kommunenes evne til å overta nye oppgaver, *i alle prosjekter som gjelder bygging av sykehus.*

## **Innspill om spesielle forhold i Finnmarkssykehuset:**

### *Økonomi*

FIN må fordele tjenesteproduksjonen på fire større og en rekke mindre enheter, i motsetning til flertallet av landets helseforetak som har færre enheter og dermed kan ha mer kostnadseffektiv tjenesteproduksjon. Selv om vi forvalter økonomien generelt godt, blir økonomi ofte likevel en rammebetingelse som må gis uforholdsmessig stor oppmerksomhet i den daglige driften. Det medfører risiko for at faglige utfordringer, rekruttering og samhandling kan få for lite oppmerksomhet. Finansieringsmodellen ivaretar ikke den desentraliserte modellen godt nok.

### *Rekruttering*

Det at FIN drifter en høyspesialisert og svært kompleks tjenesteproduksjon i periferien av nasjonen, gjør også at vi har en del utfordringer som lignende virksomheter lengre sør slipper å forholde seg til. Grunnlaget for rekruttering av helsepersonell er begrenset. Det er en utfordring for oss at vi avgir langt flere unge spesialister til UNN enn det vi klarer å rekruttere tilbake. Utdanningsløpene for legespesialister og psykologspesialister burde i større grad være tilrettelagt for karriereløp som gjør det enklere å bosette seg fast i Finnmark.

#### **44. Universitetssykehuset Nord-Norge**

UNN gir uttrykk for at planen er svakt forankret og er for generell med få konkrete tiltak.

Brukerutvalget ved UNN uttalte:

*«Brukerutvalget oppfatter den regionale utviklingsplanen som en ordrik plan, men lite konkret. Etter Brukerutvalgets vurdering gir dokumentet for få og for svake styringssignaler. For å kunne gi høyt spesialiserte tjenester til brukere i hele Nord-Norge må planen ha et bevisst perspektiv på UNN som universitetssykehus og som regionalt kraftsenter»*

Høringsuttalelsen ble behandlet i styret ved UNN 4. oktober 2018. Styret sluttet seg enstemmig til høringssvaret og bemerket følgende:

*«Styret vektlegger spesielt nødvendigheten av at den endelige utviklingsplanen i større grad beskriver regionsykehusets rolle som hovedsykehus og universitetssykehus i regionen».*

For UNN er det viktig at pasientene i Helse Nord får et likeverdig tilbud om høyspesialisert diagnostikk og behandling på lik linje med pasienter i de andre helseregionene i Norge.

#### **UNN har syv hovedinnspill til planen:**

Planen underkommuniserer UNNs rolle som region- og hovedsykehus. UNNs rolle, som hovedsykehus, i en nettverksmodell med de andre helseforetakene, er ikke nærmere beskrevet

Det foreslås derfor at man skriver:

*«UNNs rolle som universitets- og regionsykehus er vesentlig for hele Helse Nord. Den består av:*

- *Høyspesialisert diagnostikk og behandling som kun tilbys ett sted i regionen*
- *Ansvar for å være faglig ledende i regionen i alle fagfelt*
- *Undervisning av helsepersonell på universitetsnivå både grunnutdanning og PhD*
- *Tilby spesialistkandidatene i Helse Nord den delen av spesialistutdanningen som ikke kan oppnås ved lokalsykehus*
- *Utføre grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste fagområder og av høy internasjonal kvalitet og bredde»*

Den særskilte utfordringen Helse Nord har med å skulle drive et høyt spesialisert og samtidig uvanlig lite region- og universitetssykehus er ikke nevnt. Vi foreslår derfor at

følgende formulering settes inn, basert på lignende formulering fra Nasjonal sykehusplan:

*«Universitetssykehuset Nord-Norge er lite i nasjonal og internasjonal målestokk, men forventes likevel å ha et bredt tilbud av spesialiserte funksjoner. Innenfor de enkelte fagområdene er derfor problemstillingen med lite pasientvolum og sårbare fagmiljøer aktuell.»*

Det etterlyses tiltak for å møte denne utfordringen. Slike tiltak må beskrives i kapittel 6 og 7 og kan kreve en større omarbeiding.

Vi foreslår at siste setning i kapittel 6.5.5. omskrives til:

*«Helse Nord må sikre at region- og universitetssykehusfunksjonen ivaretas når det vurderes om helsetjenester skal desentraliseres eller ved andre endringer i tjenestetilbudet. Dette inkluderer når det oppstår behov for endringer som følge av demografi og medisinsk/teknologisk utvikling.»*

Det bes om at universitetssykehusets ledende faglige rolle vektlegges tydelig i kapittel 6.

Vi foreslår at det tas inn følgende tiltak:

*«Helse Nord vil tydeliggjøre Universitetssykehuset Nord-Norges rolle i de faglige nettverkene i helseregionen og i de ulike pasientforløpene»*

### *Psykisk helsevern og rus*

Etter UNNs mening er planen lite konkret på hvordan utviklingen i psykisk helsevern og rus skal styrkes (oppfylle den gyldne regel) samtidig som veksten i somatikk ser ut til å bli stor.

Det er lite fokus på de særegne utfordringene til fagområdet psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i utkastet til Regional utviklingsplan. Det er stor variasjon i organisering av tjenesten, den faglige profilen, hvilke tjenester som tilbys, syn på hvilke tjenester som burde tilbys, personellsammensetning og ressursituasjon. Det er heller ikke en felles forståelse av hva som er god kvalitet i pasientbehandlingen og hvordan det skal dokumenteres at tjenesten har en god kvalitet. Skal dette kunne bedres må det på et overordnet nivå tas stilling til hvordan de særegne utfordringene til PHBU skal håndteres.

### *En struktur som lar seg bemanne og behovet for prioriteringer*

Strategiplanen beskriver i detalj de kommende utfordringene med stor mangel på pleieressurser. UNN mener tiltakene som er beskrevet ikke er tilstrekkelige vil foreslå at planen omtaler spesielt følgende tema:

Vi foreslår at strategiplanen tydelig beskriver at strukturen og oppgavefordelingen i Helse Nord må utvikles slik at den lar seg bemanne.

- Hvordan løser vi utfordringer med rekruttering, mangel på spesialister og vikarbruk?

Videre må planen beskrive hvordan regionen løser rekrutteringsutfordringer. Hvordan løser vi mangler på spesialister? Hvordan kan foretakene få et regionalt samarbeid om rekruttering og ikke konkurrere om de samme spesialistene?

### *Behov for prioritering*

Ifølge Stortingsmelding 34/2015-2016, «Verdier i pasientenes helsetjeneste», skal helsetjenestetiltak prioriteres med utgangspunkt i helsegevinst, ressursbruk og alvorlighet. Et likeverdig tilbud er grunnleggende i norsk helsevesen, men krever gode prioriteringer. Uten prinsipper for prioritering kan ressurssterke grupper bli prioritert framfor grupper som ikke har høy status eller ressurser til å hevde sine rettigheter. UNN foreslår at prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet omtales spesielt.

UNN foreslår at det tas inn et tiltakspunkt om:

*«Beslutninger i Helse Nord skal fattes med utgangspunkt i prioriteringskriteriene slik de fremgår av prioriteringskriteriene. Dette gjelder alle beslutninger fra administrativt til klinisk nivå»*

En rekke situasjoner i det kliniske arbeidet har i seg prioriteringsdilemmaer. UNN foreslår at strategiplanen beskriver tiltak for å møte dette, eksempelvis slik:

*«Helse Nord vil utarbeide en egen strategi for klinikknær prioritering i nært samarbeid med foretakene».*

### *Den medisinske utviklingen stiller nye krav til strukturen i tjenestetilbudet*

Kapittel fem omtaler teknologiutviklingen som et mulig virkemiddel for desentralisering. UNN er grunnleggende positiv til at vi skal tilby behandling nærmest der pasienten bor. Samtidig er teknologiutviklingen i mange tilfeller også en sterk driver

for økende sentralisering. Dette er kun nevnt i en kort setning i kapittel 6.5.1.

«...nødvendigjør sentralisering på noen høyt spesialiserte områder».

UNN framhever at fremtidig behandling av alvorlige tilstander som kreftsykdommer i fremtiden i større grad bør foregå i en nettverksmodell. UNN som regionens hovedsykehus besitter den nødvendige spisskompetanse og vil være sentral i å sikre at den enkelte pasient tilbys den individuelt tilpassete beste behandling, mens oppfølging i større grad vil foregå desentralisert – i nært samarbeid med hovedsykehuset.

Endringen i sykdomsutvikling og behandling gjør at etablerte funksjonsdelinger må kunne endres i tråd med den faglige utviklingen. For at den regionale utviklingsplanen skal være styringsgrunnlag for videre utvikling av Helse Nord mener vi det er nødvendig at strategiplanen beskriver områder dette angår, omfang, og også at dette kan medføre konsekvenser for fremtidige arealutviklingsplaner og økonomimodell.

Det er uomtvistet at pasientene i Helse Nord skal ha et likeverdig tilbud om høyspesialisert diagnostikk og behandling som pasienter i andre deler av i Norge. Vi kan for eksempel ikke ha en kreftkirurgi i Nord-Norge som skiller seg kreftkirurgien i Norge. Vi mener det som tiltak bør tas inn:

*«Funksjonsdelinger skal som hovedregel oppfylle nasjonale anbefalinger og retningslinjer»*

#### *Spesialistutdanningen i Helse Nord*

Helse Nord har også utfordring med at svært mange spesialistkandidater reiser ut av regionen etter fullført spesialisering. Erfaring og forskning tilsier at et viktig tiltak for å motvirke dette er at mest mulig av spesialistutdanningen foregår i Helse Nord. Dette må ledsages av et system for å innhente impulser utenfra etter at legene har fullført spesialisering. UNN foreslår at det legges inn følgende tekst i den regionale utviklingsplanen:

*«For å sikre spesialistutdanningen og at vi beholder ferdige utdannede spesialister i Helse Nord er det et mål at så mange som mulig av landsdelens framtidige legespesialister gjennomfører hele spesialistutdanningen i Helse Nord. Dette vil også fremme godt samarbeid mellom fagmiljøene i regionen. UNN har en viktig rolle med å tilby de delene av spesialistutdanningen som ikke kan oppnås ved lokalsykehus i regionen Dette må ledsages av et system for å innhente impulser utenfra etter at legene har fullført spesialisering»*



### *Ta tiden tilbake*

En betydelig andel av helsepersonells tid går med til administrative oppgaver og ikke direkte pasientrettet virksomhet. Dette er i liten grad omtalt i regional utviklingsplan. Vi mener man må tenke nytt om hvem som gjør hva og muligheten til å automatisere flere arbeidsoppgaver. UNN oppfordrer til at dette temaet tas inn i Helse Nords regionale utviklingsplan og at man vurderer tiltak, f.eks. å iverksette et lignende arbeid som i Helse Sør-Øst – gjerne i samarbeid med andre helseregioner.

### *Samhandling*

Samhandling er identifisert som viktig utviklingsområde i planen, imidlertid kunne planen med fordel nevne flere konkrete eksempler som kan brukes til tjenesteutvikling i regionen. Utviklingsplan fra HSØ nevner slike eksempler som kan være et godt utgangspunkt. I tillegg har Helse Nord erfaring med egne tjenestemodeller som kan brukes til lokal tilpasset tjenesteinnovasjon for bedre pasientforløp rundt pasienter med sammensatte komplekse behov, som for eksempel pasientsentret helsetjenesteteam i samarbeid mellom UNN og enkelte kommuner. Det bør også påpekes at nye tiltak bør være særskilt rettet mot pasientene med størst behov, dette gjelder blant annet svært syke pasienter og eldre. Planen burde også beskrive tydeligere grensegang mellom regionale oppgaver og oppgaver som tilfaller hver enkelt sykehus. Organisatoriske løsninger som støtter under bedre pasientforløp både regionalt og på foretaksnivå må utarbeides. Flere av tiltakspunktene er overlatt til foretakene. Vi mener dette i større grad må gjøres regionalt og ikke per sykehus.

## **45. UNN – medisinsk klinikk – medisinsk avdeling i Harstad:**

### *Pasientens helsetjeneste*

Støtter desentralisering av helsetjenester, gitt vårt bosettingsmønster. Mener det bør beskrives tiltak som realiserer «Ressurser skal flyttes fra pasientreiser til pasientbehandling ved å benytte desentraliserte tilbud og utnytte teknologiske ressurser (Finnmarkssykehuset).

### *Regional utvikling og samarbeid*

Det bør sikres at regionrådene er tverrfaglige og beskrives hvordan en styrking av disse skal skje.

### *Samhandling*

Det er ulike muligheter for å få dette realisert og det bør klargjøres at dette kan skje på ulike måter.

### *Bemanning og kompetanse*

Det savnes mer konkrete tiltak om det sykepleiefaglige i planen og det bør beskrives bedre hvordan en skal bidra til at de felles personellressursene brukes bedre.

### *Forskning og innovasjon*

Det er for lite ambisiøse mål for forskning. Særlig savnes nordområdeforskning. Den demografiske utviklingen/bosettingsmønsteret burde bidra til satsing på ny teknologi og nye samhandlingsarenaer.

### *Økonomi*

Tydeliggjøre prioriteringsprinsipper slik at ressursene brukes mest mulig hensiktsmessig med tanke på beste mulig helse for flest mulig.

#### **46. UNN – medisinsk klinikk Mine behandlingsvalg:**

Rollen med å utvikle og spre løsninger knytte til samvalg bør kunne beskrives mer forpliktende enn å skulle «legge til rette for»,

Videreutvikling av samvalgsløsninger bør være et mål. Da må det tilrettelegges for at helsearbeidere i HFene får kompetanse for at samvalg skal bli tilbudt flest mulig. Samvalg må komme inn i utdanningen av helsepersonell. Samvalg og bruk av samvalgsverktøy bør inn i planlagte pasientforløp.

#### **47. UNN – medisinsk klinikk seksjon blodsykdommer:**

Det må tas høyde for at det skal tilbys behandling til flere pasienter og det vil bli flere alternative behandlingsløp.

Arbeidsdeling i Helse Nord.

Behandlingen av pasienter med akutt leukemi med kurativ målsetting og høydosebehandling med stamcellestøtte må, som i dag, foregå ved UNN. Det samme gjelder kateterbasert trombolysebehandling som også er en høyspesialisert behandling.

Særlige utfordringer i Helse Nord:

Befolkningsstørrelse og avstander gir store utfordringer. Bemanningen innen fagområdet er lavt (tre i Tromsø og en i Bodø). Av elleve sykehus er åtte lokalsykehus uten hematolog. Dette gir fare for at pasientene får dårligere tilgang til spesialistkompetanse med tilhørende risiko for diagnostikk og behandling.

Mulige strategier/tiltak er:

- Etablering av hematologstillinger ved alle eller tilnærmet alle landsdelens sykehus

- Oppbygging av robuste fagmiljøer i Tromsø og Bodø med systematisk samhandling med regionens øvrige sykehus

### *Teknologi*

Teknologi for overføring av bilder for vurdering hos hematologi i Bodø og/eller Tromsø vil kunne kompensere for avstander og gi rask utredning. Elektronisk system for cytostaticabestilling er viktig for pasientsikkerhet og effektiv drift.

### *Dokumentasjon av behandlingsresultater*

Det foreslås å opprette registre for for å kunne dokumentere kvaliteten på behandlingen.

### *Deltakelse i kliniske studier*

Det må være høyt prioritert å kunne tilby pasientene deltakelse i kliniske studier.

### *Forskning og utdanning*

Medarbeidere med forskningskompetanse, og som har mulighet til å utvikle kompetansen videre, vil være avgjørende for å kunne tilby god behandlingskvalitet.

## **48. UNN – seksjon medisinsk teknikk**

Det bør etableres et fagråd for medisinsk teknologi og e-helsetjenester.

Utdanning i helseteknologi vil måtte intensiveres. Støtte til UiTs etablering av masterstudie i helseteknologi kombinert med at temaet må være del av alle helsefagutdanninger

Utviklingstrekk – tyngre installasjoner fører til økte investeringsbehov og påfølgende vedlikehold som også har betydning for bemanningsbehov.

Mer usikre trender – her understrekes at for implementering av større prosjekt er det viktig å bruke ressurser fra annet hold enn de som allerede er fullt opptatt med ledelses- og driftsfunksjoner.

Endringsfaktorer – omfanget i bruk av behandlingshjelpemidler er stort og det er viktig at denne funksjonen tilføres økte ressurser.

Teknologi – i de større byggeprosjektene som har vært avsluttet i Helse Nord har det ikke vært noen klar strategi for ensartede anskaffelser av medisinsk teknologi. Helse Nord har stort potensiale for å etablere og nyttiggjøre seg sømløse teknologiske løsninger som utnytter og samhandler ressurser i sykehus, kommunale helsetjenester og hjemmebehandling. Fagmiljøene må samarbeide tett og det må etableres et fagråd som er oppdatert på nasjonale føringer og som styrer arbeidet.

## 49. Nordlandssykehuset:

Nordlandssykehuset styre ber om at utviklingsplanens retning tydeliggjøres og at fokuset på befolkningens behov for likeverdige tjenester i regionen styrkes i planen. Videre framhever styret at Nordlandssykehusets rolle som områdesykehus og rolle i utviklingen av regionen, spesifiseres i utviklingsplanen.

Høringsutkastet til regional utviklingsplan er langt og inneholder store mengder data i beskrivelse av nå-situasjonen og utviklingstrekk. Likevel opplever NLSH at beskrivelsen av utfordringsbildet innenfor for flere områder er mangelfull, med den konsekvensen at prioriteringer, mål og tiltak ikke henger sammen med dagens situasjon og utviklingstrekene. Dette svekker planens hensikt som en veiviser og veileder for prioritering i tiden framover. Nordlandssykehuset mener at forslaget til utviklingsplan ikke har en tydelig retning som kan brukes til å prioritere og til å planlegge den framtidige utviklingen i regionen.

Planen bærer preg av at den i kapittel 6 beskriver hva vi skal gjøre, men i stort utelater en konkretisering av hvordan målene skal oppnås og tiltakene skal gjennomføres. Ord som *arbeid for, ta initiativ til, være tydelig på, styrke, bidra til, i størst mulig grad*, sier egentlige lite om hva som skal være de prioriterte arbeidsområdene i perioden. Mandatet til arbeidet med Helse Nord's regionale utviklingsplan beskriver at «utviklingsplanen skal sikre befolkningen en likeverdig tilgjengelighet til trygge og gode tjenester med en organisering som underbygger gode pasientforløp i Helse Nord». Med dette settes befolkningen og pasientene i fokus, noe som er helt i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan. Likevel opplever vi ikke at planen gjennomgående bygger godt nok opp under «pasienten helsetjeneste». Både mål og tiltak må ha større pasientfokus. Helse Nord's motto: «sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan» må også bli mer retningsgivende i alle deler av planen. Vår spredte bosetning over store areal gir oss en ekstra utfordring med å kunne tilby likeverdige helsetjenester for hele regionens befolkningen, spesielt innenfor områder der tid er en faktor for prognose og resultat. Helse Nord har et særlig ansvar for å sikre en god og hensiktsmessig deling av funksjoner for å understøtte likeverdige tjenester. Dette burde i større grad diskuteres i planen og være førende for den retningen planen skal sette.

Nordlandssykehuset har også behov for å kommentere prosessen knyttet til utarbeidelse av den regionale utviklingsplan. Utover et «referansegruppe-møte» hvor Nordlandssykehuset arbeid med strategisk utviklingsplan ble presentert, har ikke medarbeidere i Nordlandssykehuset bidratt i noen grad til arbeidet med utviklingsplanen. Planen fremstår som vag og flere av beskrivelsene oppleves fjernt fra hverdagen i helseforetakene.

- *Nordlandssykehusets posisjon som område-/sentralsykehus*  
Nordlandssykehuset er det nest største helseforetak med et tjenestetilbud som et tradisjonelt sentralsykehus. Foretaket har både lokal-, fylkes- og landsdelsdekkende funksjoner, og er gjennom oppdragsdokumenter gitt i oppdrag å videreføre et bredt spesialisttilbud i nært samarbeid med de andre helseforetakene. I forslaget til regional utviklingsplan er ikke denne rollen nærmere beskrevet. Planen bør inneholde en mer presis drøfting rundt den plassen Nordlandssykehuset er gitt

gjennom å legge en rekke oppgaver og funksjoner utover eget lokalsykehusområde til helseforetaket.

- *Planen sier ingenting om hvilke faglige områder som skal prioriteres i de neste årene.*  
En utviklingsplan med siktemål 2035 forventes å beskrive strategiske valg og prioriteringer innenfor fagutviklingen i regionen. I punkt 3.8.2 er det beskrevet en lang liste med ulike spesialiteter som må vies oppmerksomheter framover pga. stor sårbarhet og rekrutteringsutfordringer. Likevel er det ikke beskrevet hvilke fagområder som må prioriteres først og mest, noe vi for øvrig ikke finner andre steder i utviklingsplanen heller.
- *Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*  
Det framgår av utviklingsplanen at Helse Nord vil økonomisk prioritere psykisk helsevern og TSB for å skape kvalitetsmessig bedre og mer tilgjengelige tjenester. Dette er ikke i samsvar med de siste års prioriteringer og den framlagte styresak om rammer for investering og drift framover.

Nordlandssykehusets behov for utvidelse av bygningsmassen ikke er nevnt i utviklingsplanen. Som det fremkommer av Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan at det er behov for en utvidelse i areal for å kunne drive et moderne tjenestetilbud innenfor psykisk helsevern og rus.

- *Forskning og innovasjon*  
Beskrivelsen av nåsituasjonen (tabell 5) er lite hensiktsmessig, da den ikke beskriver en overordnet status. Nordlandssykehuset anbefaler at det lages en oversikt som viser utviklingen over flere år og som sammenligner aktiviteten i Helse Nord med aktiviteten i øvrige regioner. Et slikt grunnlag vil gjøre det mulig å diskutere og sette et ambisjonsnivå for forskning og innovasjon i Helse Nord.

De kontroversielle temaene innenfor feltet er ikke viet oppmerksomhet. Det er ikke tatt stilling til om de ulike helseforetakene leverer forskning og innovasjon på det nivået som er ønskelig. Helse Nord's gjeldende forskningsstrategi har som et hovedmål å styrke den desentraliserte forskningen, et mål som gjentas i utviklingsplanen. Hvordan skal Helse Nord «stimulere» til at dette skjer?

- *Samhandling*  
Delen som omhandler samhandling i utviklingsplanen er for smal og ensrettet ved at det i all hovedsak er samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten som beskrives. Forslaget til utviklingsplanen inneholder ingen beskrivelse av samhandling med utdanningsinstitusjoner (universiteter, fylkeskommune) utover en kort beskrivelse i forbindelse med kompetanse og bemanning. En beskrivelse av helseforetakenes utvidede rolle som samfunnsaktører er også helt fraværende og samarbeid med andre for å fremme folkehelse på et overordnet nivå bør beskrives. En slik samhandling er nødvendig med tanke på den fremtidige demografiske utviklingen og økningen i livsstilssykdommer som forventes. Spesielt tidlig intervensjon hos barn og unge bør vektlegges.

En konkret bekymring fra det prehospital miljøet i Nordlandssykehuset er kommunenes utfordringer knyttet til bærekraft. Det tas langt på vei til orde for å behovsprøve kommunene i forhold til hvilke forventninger helseforetakene skal ha til dem. Dette er den akuttmedisinske kjeden spesielt sårbar for. Det største potensialet for vekst innen prehospital akuttmedisin i Nord-Norge ligger i å bedre samhandlingen med det kommunale helsetjenesten. Dette kommer lite frem i dokumentet.

- *Teknologi*

Teknologi er viet en del plass i utviklingsplanen, noe som er riktig med tanke på demografi og samfunnsutvikling. Likevel mener vi at formål og betydningen av tiltakene, og hvordan de skal gjennomføres er vanskelig å forstå.

Utvikling av velferdsteknologi og løsninger for bedret samhandling, vil kunne bidra som et tiltak for fremtidige manglende hender. Teknologit utviklingen må styres etter de *faktiske* og ikke de *antatte* behovene som sykehusene har.

Nordlandssykehuset har teknologi som et av våre satsningsområder og vi ønsker en ledende posisjon på teknologit utvikling i regionen gjennom samarbeid med offentlige og private aktører. Hvis Helse Nord stiller seg bak våre tanker, bør dette beskrives i utviklingsplanen.

- *Vurdering av forutsetninger for og behov for kapasitet i helsetjenesten*

Framover vil det være vanskelig å bemanne sykehusene med tilhørende vaktlag i Helse Nord. Man må enten gjøre noe med det forventende tjenestetilbudet i befolkningen eller med organiseringen av tjenestene. Dette er viktige strategiske veivalg som ikke bør gjøres av det enkelte helseforetak, men vurderes samlet i regionen da det krever tett samarbeid med primærhelsetjenesten.

Planen beskriver ikke hvordan Helse Nord på sikt ser for seg at dette skal gjøres.

- *Vurdering av behov for helsepersonell og hvordan situasjonen kan løses*

Dagens situasjon for bemanning og kompetanse i regionen er knyttet til stillinger, stillingsandel og aldersfordel. Utfordringsbildet er knapt beskrevet. Målbildet slik det er beskrevet for bemanning og kompetanse er for lite konkret uten kvantifiserbare mål. Planen må angi strategiske tiltak innenfor utdanning, kompetanseplanlegging og rekruttering for å sikre helseforetakene den kompetansen de vil ha behov for framover.

## **50. Nordlandssykehuset – brukerutvalget:**

Tilslutning til budskapet om at «Overordnet skal utviklingsplanen sikre befolkningen en likeverdig tilgjengelighet til trygge og gode tjenester med en organisering som underbygger gode pasientforløp i Helse Nord»

Brucherutvalget mener planen framstår som lite konkret og sier lite om hvilke prioriteringer som skal gjøres. Tilbudet til barn, unge, familier og hvordan møte folk med minoritets- og innvandringsbakgrunn er lite beskrevet.

Pasienter og deres pårørende som sentrale kunnskapskilder bør omtales tydeligere. Det samme gjelder at helsepersonell i større grad må se og legge til rette for at pasientene får bruke sine ressurser og ta eierskap til egen behandling. Hvordan kan en understøtte friskhetsfaktorer og hva pasienter selv kan gjøre for å ivareta helse blir stadig viktigere. Samarbeid med, støtte til og opplæring av pårørende er ikke omtalt og disse er en sentral ressurs.

Helsepersonells evne til å kommunisere må settes på dagsorden og Helse Nord bør ha ambisjoner om tiltak som bidrar til at helsepersonell utvikler sine kommunikasjonsferdigheter.

Det foreslås at Helse Nord, i samarbeid med alle brukerutvalg og ungdomsråd får utviklet en ny strategi og handlingsplan for brukermedvirkning i regionen. En verktøykasse for brukermedvirkning på tjenestenivå der helsepersonell kan hente inspirasjon og konkrete forslag.

På systemnivå etterlyses ungdomsråd og plan for ungdomsmedvirkning. Det samme gjelder frivillige organisasjoners og likepersonsarbeid.

### **51. Helgelandssykehuset:**

Høringsnotatet er omfattende og har en systematisk tilnærming. Det er støtte for fortsatt videreføring av strategien for bedring gjennom samarbeid. Strategien må være del av utviklingsplanen. Det bør være økt fokus på sømløse pasientforløp i samhandling med primærhelsetjenesten og bruk av framtidrettede teknologiske løsninger samt løsning på framtidige rekrutteringsutfordringer i samarbeid med primærhelsetjenesten. Under nåsituasjonsbeskrivelsen burde det vært angitt utfordringer for alle tema.

- Lokalsykehusenes rolle burde vært mer tydeliggjort under kap 6. pg lokalsykehusfunksjonen løftes særskilt ut fra utfordringer i geografi, demografi, sykdomspanorama og rekruttering.
- Helse Nord må være i front mht velferdsteknologi og bruk av teknologiske løsninger i samhandling med primærhelsetjenesten.
- Det må samhandles regionalt for å løse framtidige rekrutteringsutfordringer og dette må også involvere primærhelsetjenesten. Det må satses på felles tiltak på tvers av tjenestenivåene for å dekke utdanningsbehovet bl.a. med desentralisert sykepleierutdanning, økt satsing på videregående fagutdanning med lærlingeplasser og videreutdanningsmuligheter for helsefagarbeidere som kan gi muligheter for oppgaveglidning på alle nivå.
- Visjonen bør gjøres dristigere og mer framtidsrettet der en omfavner endringsvilje, modighet, piloter i samhandling som gir mulighet for å utvikle modeller i samspill med andre samfunnsaktører.

Følgende enkeltpunkter i kap 3. omtales:

- Prehospitale tjenester – her bør utfordringen med kravet om tilstedevakt på vaktrom som hovedregel og vedlikehold av kompetanse ved små ambulansestasjoner omtales.

- Kvalitet – områder med særlige utfordringer; her kommenteres at kvalitet og pasientsikkerhet må være del av utdanningen for al helsepersonell
- Dagens funksjonsfordeling må beskrives bredere.
- Universitets- og regionfunksjonen må beskrives bredere
- Bemanning og kompetanse – her må nødvendigheten av regional koordinering for at alle helseforetakene skal kunne oppnå godkjenning som utdanningsvirksomheter.
- Forskning og innovasjon – tynt beskrevet, savner henvisning til forskningsstrategi og hvordan kan universitets- og regionsykehusfunksjonen bidra til økt forskning i de små helseforetakene

Følgende enkeltpunkter i kap 5 omtales.

- Utviklingstrekk framover som forutsetter overføring av oppgaver til kommunene. At det er usikkerhet i tallene er det enighet om. God samhandling med kommunene om ulike løsninger er avgjørende.

Når det gjelder kap. 6 Helse Nord møter utfordringene omtales:

- En tydeliggjøring av desentralisere det vi kan og sentralisere det vi må.
- På bemannings- og kompetansesiden må det samarbeides med kommunene og det må være regionalt samarbeid om LIS utdanningen. Forutsetningen om utdanning i regionen må baseres på kvalitet og ikke tvang.
- Forsknings- og innovasjonskapitlet er for tynt beskrevet .
- Teknologikapitlet må henge sammen med innovasjon, det må stimuleres til samarbeid med private aktører. Økt grad av digitalisering må ikke redusere primærhelsetjenstens portvaktfunksjon.

## **52. Sykehusapotek Nord HF:**

- Sykehusapotek Nord må inkluderes i Pasientens helsetjeneste for å oppnå sømløse pasientforløp
- Pasientopplæring må tas med i tiltak for pasientbehandling og kvalitet
- Utdanning i samisk språk for ansatte må inkluderes blant tiltakene for å styrke et likeverdig møte med helsetjenesten for den samiske befolkning
- Sykehusapotekets sentrale ansvar må tydeliggjøres i området legemiddelforsyning og legemiddelhåndtering
- Universitetssykehusets funksjon må beskrives bedre med tiltak
- Det bør komme inn et eget område om farmasøytisk rådgivning til kommunene
- Det foreslås også et eget punkt om oppdragsforskning under forskning og innovasjon
- Under området økonomi bør det tas inn hvilke prioriteringsprinsipper som skal følges.



### 53. Regionalt fagnettverk for pasient- og pårørendeopplæring

Opplæring av pasienter – og pårørende er en av de fire lovpålagte oppgavene i spesialisthelsetjenesten. Den regional strategiske plan for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord går ut i 2018.

Helse Nord RHF ønsket i den forbindelse en evalueringsrapport fra fagnettverket som ferdigstilles før jul. Vår forståelse av tilbakemeldingene fra Helse Nord RHF er at fagplanen for pasient- og pårørendeopplæring ikke skal erstattes, men videreføres i regional utviklingsplan i Helse Nord – 35. Dette fordrer at utviklingsplanen har en tydelig regional retning for hva pasient- og pårørendeopplæring skal ha til oppgave og hvordan oppgavene skal forankres og jobbes med framover.

Hovedkonklusjonene i den nåværende strategiske planen for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord - 2018 er fgl:

*«Pasient- og pårørendeopplæring skal være en integrert del av pasientforløpene og ha fokus på kvalitet. Helsepedagogisk kompetanse og systematisk brukervedvirkning må styrkes og videreutvikles. Pasient- og pårørendeopplæring skal skje i hensiktsmessig samhandling og funksjonsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunenes lærings- og mestringstjenester. Dette vil styrke mulighetene for å nå helsepolitiske mål om brukervedvirkning og satsning på helsefremmende og forebyggende arbeid både i kommuner og helseforetak. I tillegg er det viktig at opplæring av pasienter og pårørende er tilstrekkelig forankret i helseforetakenes drift og prioriteringer»*

I arbeidet med evalueringsrapporten er det tydelig at det er en langt igjen før målene som ble satt i 2012, da den opprinnelige rådgivendeplanen ble vedtatt, er oppfylt. De fem overordnede mål for fremtidens pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord er: (Hentet fra Strategisk plan)

1. Pasient- og pårørendeopplæring skal være en integrert del av **pasientforløpene**
2. Pasient- og pårørendeopplæring skal skje i **samhandling**, og med hensiktsmessig funksjonsfordeling, mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste, og andre aktuelle aktører
3. Sikre reell **brukervedvirkning** og styrke brukerrollen
4. Styrke tilbud om **helsepedagogisk kompetanse** for fagpersonell
5. Pasient- og pårørendeopplæring skal utvikles systematisk og være av god **kvalitet**

For å tydeliggjøre bakgrunnen for høringsinnspillet vil vi først si noe om utviklingen til fagfeltet pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord:

Det første Lærings- og mestringssenteret ble opprettet i 1999 i Helse Nord. Det er nå gruppebasert opplæring ved alle sykehus. I 2017 var det vel 3000 pasienter og pårørende som deltok på opplæring i grupper i Helse Nord. Dette til tross for at organiseringen, forankringen og fordelingen av tilbudene i Helse Nord mangler en overordnet styring. Det er få diagnosegrupper som har en plan på hvilken opplæring som skal gjennomføres hvor i pasientforløpet, både individuelt og i grupper.

Tidligere var det slik at gruppeopplæring var mest aktuelt for de med langvarige helseutfordringer. Dette har endret seg. Det er eksempelvis vanlig med preoperativ kurs blant annet til de som skal opereres for hofteprotese. Man har erfart at ved å organisere opplæring i grupper blir det mer effektivt og bedre kvalitet på tjenesten. Gruppeopplæring blir også arrangert som en direkte støtte til å gjennomføre egenbehandling slik som innen diabetes og marevanbehandling.

Det er helseforetakenes kliniske avdelinger som har ansvaret for pasient- og pårørendeopplæringen, enten den skjer en til en eller i grupper. Lærings- og mestringssentrene (LMS) har en støttefunksjon i forhold til brukerinvolvering, helsepedagogisk kompetanse og har en lederfunksjon i forhold til utvikling og evaluering av opplæring i grupper, jobber med forankring, markedsføring og systemutvikling for å tilpasse tilbudene i helseforetakenes daglige drift.

I satsningen på kompetanseheving innen helsepedagogikk ble det tydelig at man i kurs / videreutdanning ikke kunne skille mellom gruppebasert og individuell pedagogikk for at tverrfaglig personell skulle å lære pasient- og pårørende å fremme helse.

Fagpersonell lærer mye i samarbeidet med erfarne brukerrepresentanter og i møtene med deltakerne på lærings- og mestringstilbudene. Brukerkunnskap, brukererfaringer og helsepedagogikk bringer fagfolk med seg i møtene med pasienter og pårørende i avdelingen, altså individuell pasient- og pårørendeopplæring. Det er denne forståelsesrammen som ligger til grunn for høringsinnspillet, i tillegg til at ikke alle tiltakene og målene i den Strategiske er gjennomført.

*Tilbakemelding om hvorfor pasient- og pårørendeopplæring bør forankres og implementeres som en viktig del av «Pasientens helsetjeneste» og regional utviklingsplan for Helse Nord.*

Pasient- og pårørendeopplæring (PPO) er en av de fire lovpålagte oppgavene i spesialisthelsetjenesten. Fagnettverket for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord mener at oppgaven ikke er tilstrekkelig forankret og implementert i utviklingsplanen – 2035.

Det kommer ikke tydelig nok fram at PPO er en viktig del av «Pasientens helsetjeneste» PPO har stor betydning for behandlingens kvalitet og god pasientsikkerhet. Ved god opplæring utvikler pasienter og deres pårørende en vurderingskompetanse som gjør at de kan følge opp behandlingen og de kan bedre uttrykke sine ønsker. (vedlegg 1) Skal vi lykkes med brukerinvolvering, samvalg, hjemmebehandling, avstandsoppfølging og annen bruk av e-Helse, må pasienters ferdigheter, kunnskaper og holdninger utvikles og styrkes. Pasienten og deres pårørende må settes i stand til, og motiveres til, å være aktive og informerte aktører i forløpene. Dette vil også gi en helse økonomisk gevinst (vedlegg 2) Fagfeltet mangler fremdeles gode kvalitetsindikatorer og styringssystemer for å få pasient- og pårørendeopplæring integrert og dokumentert som en del av pasientforløpene. Det er en viktig oppgave framover for både for Helse Nord RHF og nasjonale myndigheter og nasjonalt kompetansesenter for Læring og mestring innen helse.

Det vises til det i høringsutkastet til regional utviklingsplan i Helse Midt (side 10) sies det at *« behovet for en tydelig strategi for området PPO er viktig fordi en stadig større andel av befolkningen vil leve med kronisk sykdom. Pasientens helsetjeneste er ett av de sentrale elementene i Helse Midts strategi 2030, og det er utarbeidet en engen plan for opplæring av pasienter og deres pårørende. Det er formulert mål som korresponderer med målene i Strategi 2030:*

- 1. Styrke opplæring av pasienter og deres pårørende*
- 2. Styrke helsepedagogisk kompetanse blant fagpersonell*
- 3. Arbeide kunnskapsbasert og bruke teknologi*
- 4. Styrke samarbeid med brukerorganisasjonene, kommunene med flere.»*

Det anbefales at også Helse Nord i regional utviklingsplan kan konkretisere betydningen av utviklingen av PPO i arbeidet med «Pasientens helsetjeneste» etter samme mal som Helse Midt har gjort.

Med bakgrunn i evalueringen av NCD- strategien som viser at det er ennå mye ugjort for å bremse utviklingen av ikke smittsomme sykdommer.

PPO styrker kvalitet og pasientsikkerhetsarbeidet samt realiserer brukermedvirkning på individnivå. Det anbefales at det i første omgang opprettes samarbeid mellom regionale funksjoner for å styrke og samkjøre utviklingen innen de ulike satsningsområdene. Dette for å legge til rette for lokalt samarbeid ved helseforetakene for å styrke pasientsikkerhet og kvalitet og god pasient- og pårørendeopplæring i utviklingen av pasientens helsetjeneste.

Helse Nord anbefales å følge Helse Midts beslutning om å utarbeide en ny plan for pasient- og pårørendeopplæring som rådgivende i utviklingen fram til 2035. Pasient- og pårørendeopplæring er nødvendig for å medvirke i egen behandling og ta i bruk gode verktøy for å lære og mestre sykdom, behandling og veien videre.

En aktiv pasientrolle setter andre krav til fagpersoners rolle. Fagpersoner skal bruke sin ekspertkompetanse, men kompetansen innen helsepedagogikk og veiledning, både individuelt og i grupper, må forsterkes. Her har Lærings- og mestringssentrene en viktig funksjon da fagnettverket for pasient- og pårørendeopplæring i Helse Nord tar mål av seg til å gjennomføre helsepedagogiske kurs ved alle sykehus der også kommuner og rehabiliteringsinstitusjoner blir invitert til å delta, samt at Nord Universitet har gitt signaler om at arbeidet med videreutdanningen innen Helsepedagogikk skal reetableres i 2019. Dette i samarbeid med praksisfeltet innen pasient- og pårørendeopplæring.

## **Private/ideelle samarbeidspartnere:**

### **54. Valnesfjord helsesportssenter:**

Det refereres til at hovedoppgaven blir å styrke samhandling og samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester. Valnesfjord helsesportssenter understreker at formålet med vedtak i foretaksmøtet 16.01.2018 er å bidra til at de ideelle i årene som kommer kan levere en økende andel av de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Høringsnotatet bør derfor beskrive nærmere de anskaffelsesprosesser som tillater direkte anskaffelser fra ideelle aktører i langsiktige avtaler.