

# Regional utviklingsplan Helse Nord RHF

## Styringsgruppemøte

6. mars 2018

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. mars

### Innledning/status

**Aktivitetsframskrivning 2035 – forventet aktivitetsoverføring til kommunehelsetjenesten – ytterligere gjennomgang av forutsetninger og konklusjon**

**Samhandling med primærhelsetjenesten – mulige tiltak**

**Eventuelt**

---

## Vedlegg i styresak 107-2017 Regional utviklingsplan 2035 - mandat

Styringsgruppen består av ledergruppen i Helse Nord med tillegg av representant fra regionalt brukerutvalg og konserntillitsvalgte/konsernverneombud.

Styringsgruppens ansvar og rolle:

- Utøve styring og ha godkjennende ansvar på vegne av prosjekteier
- Ivareta den nasjonale dimensjonen av prosjektet
- Ha det overordnede ansvar for avgjørelser i henhold til prosjektmandat og følge opp prosjektets leveranser i tråd med dette
- Ha ansvar for å fatte avgjørelser underveis i prosessen
- Være et forum der prosjektleder kan ta opp og diskutere utfordringer
- Peke ut dialogfora i forhold til interessenter i prosjektet
- Peke ut mindre referansegrupper eller personer med spisskompetanse ved behov
- Peke ut eventuelle arbeidsgrupper innen aktuelle tema for prosjektet
- Bidra til å sikre ressurser
- Sikre nødvendig kommunikasjon og forankring
- Leder for styringsgruppen fronter prosjektet eksternt

---

## Utviklingsplanens formål – hva skal den hjelpe oss med?

- Sette retning
- Gi føringer
- Være et felles utgangspunkt for utvikling og organisering av spesialist-helsetjenesten i landsdelen



---

## Agenda styringsgruppemøte 6. mars

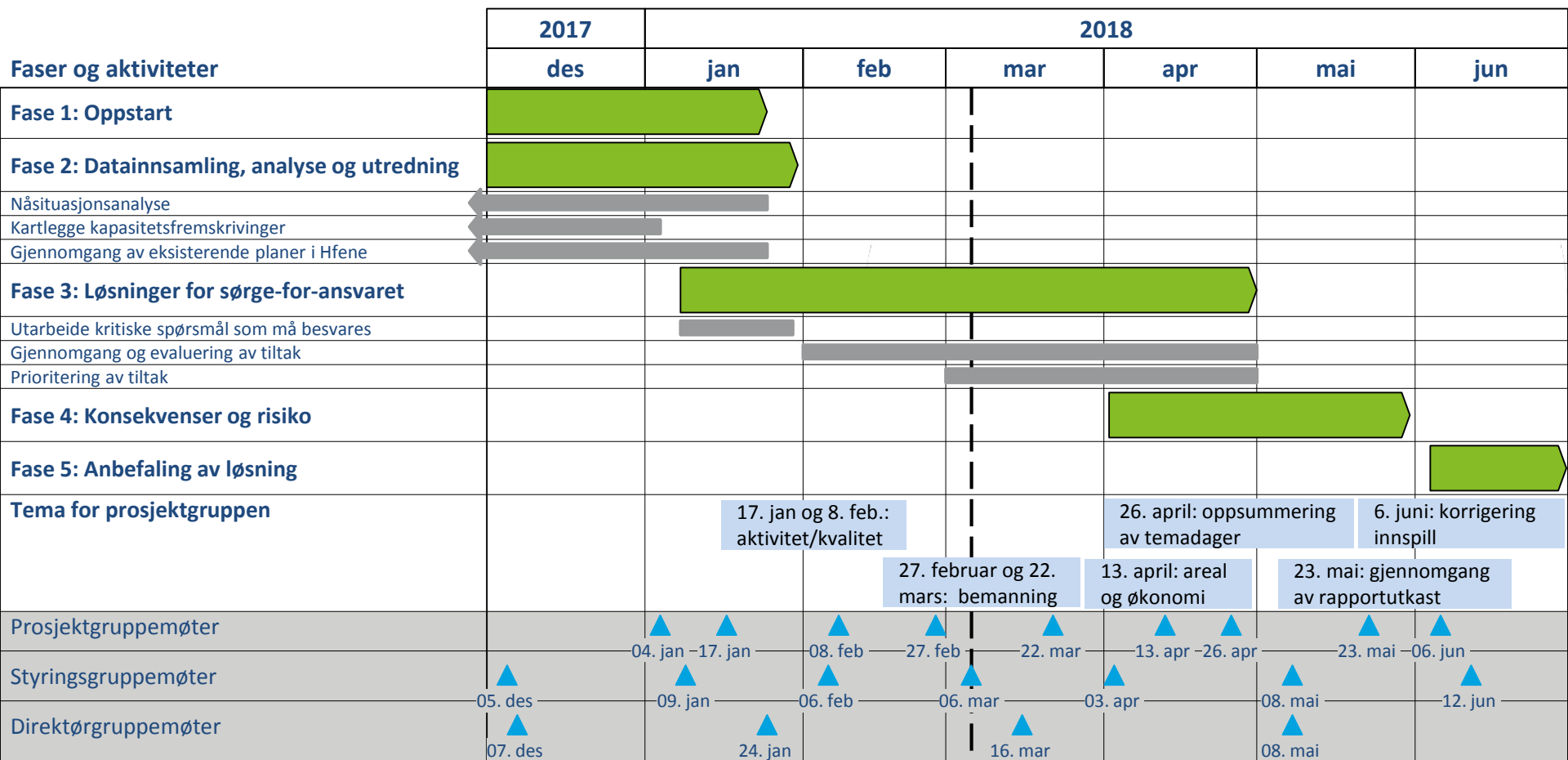
### Innledning/status

**Aktivitetsframskrivning 2035 – forventet aktivitetsoverføring til kommunehelsetjenesten – ytterligere gjennomgang av forutsetninger og konklusjon**

**Samhandling med primærhelsetjenesten – mulige tiltak**

**Eventuelt**

# Framdriftsplan

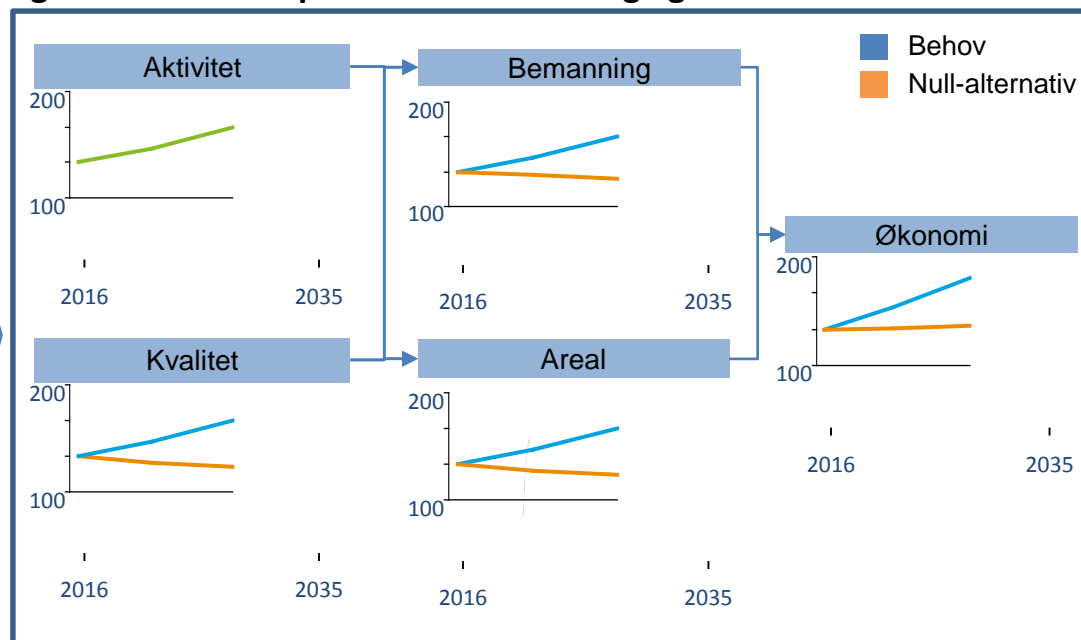
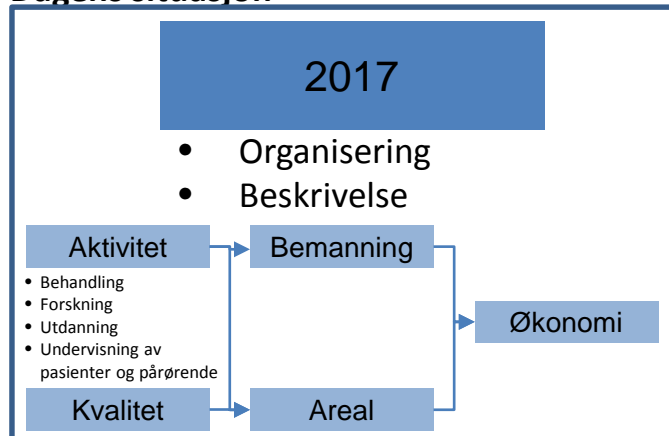


06. mar

## Løsningskisse – metodisk gjennomgang

Utfordring mot 2035 – aktivitetsvekst og økende gap mellom behov og eksisterende kapasitet for bemanning og areal

### Dagens situasjon



### Tiltak for å lukke gapet på en god måte

Aktivitet	Kvalitet	Areal	Bemanning	Økonomi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variasjon</li> <li>• Samhandling (Kronikere)</li> <li>• Egenbehandling</li> <li>• Forbruksnivå</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medisinsk kvalitet</li> <li>• Pasient-opplevd kvalitet</li> <li>• Sentralisering / desentralisering</li> <li>• Samhandling med primærhelsetjeneste</li> <li>• Prosedyrer og avvik</li> <li>• Samiske perspektiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kapasitetsutnyttelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Økt utdanningskapasitet</li> <li>• Økt stillingsprosent</li> <li>• Forskning</li> <li>• Jobbglidning</li> <li>• Beredskap/produksjon</li> <li>• Standardisert utstyr</li> <li>• Robotisering og kunstig int.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Felles innkjøp</li> <li>• Helse Nords rolle – styringsdialog</li> <li>• Produktivitetsutvikling</li> </ul>

### Muliggjørere

IKT, MTU, innovasjon og finansieringsordninger

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. mars

### Innledning/status

**Aktivitetsframskrivning 2035 – forventet aktivitetsoverføring til kommunehelsetjenesten – ytterligere gjennomgang av forutsetninger og konklusjon**

**Samhandling med primærhelsetjenesten – mulige tiltak**

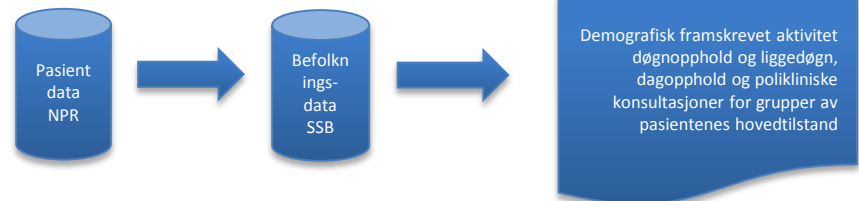
**Eventuelt**



## Aktivetsframskriving – Kort påminnelse om metode

- Aktivitetsdata for 2015 for hver ICD-kategori framskrives basert på SSB MMMM nivå
- Her benyttes 1-årig alder og separering av kjønn både i aktivitetsdata fra HF-ene i regionen og i befolkningsdata
- Framskrivningen er derfor et speilbilde av dagens aktivitetssammensetning, men gjennomsnittlig forbruk per pasient endres ettersom alderssammensetningen endres
- Kvalitative justeringer gjøres for hver ICD-10 kategori, og skal ta høyde for endringer i sykkelighet, etterspørselsvekst, overgang til dagbehandling og pasienthotell og overføring til primærhelsetjenesten

### Trinn 1 - matematikk



### Trinn 2 – Kvalitative vurderinger utover demografi

- Sykelighets- og tilbudsendringer
- Omstillingstiltak i forhold til behandlingsnivåer
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Generelle observerte endringer i trender

Demografisk og skjønns-messig framskrevet døgn-opphold og liggedøgn, dag-opphold og polikliniske konsultasjoner for grupper av pasientenes hovedtilstand

### Trinn 3 – Estimere kapasitets- og arealbehov på funksjonsnivå

- Forutsetning om utnyttelsesgrader og åpningstider
- Forutsetninger om arealstandarder for rom

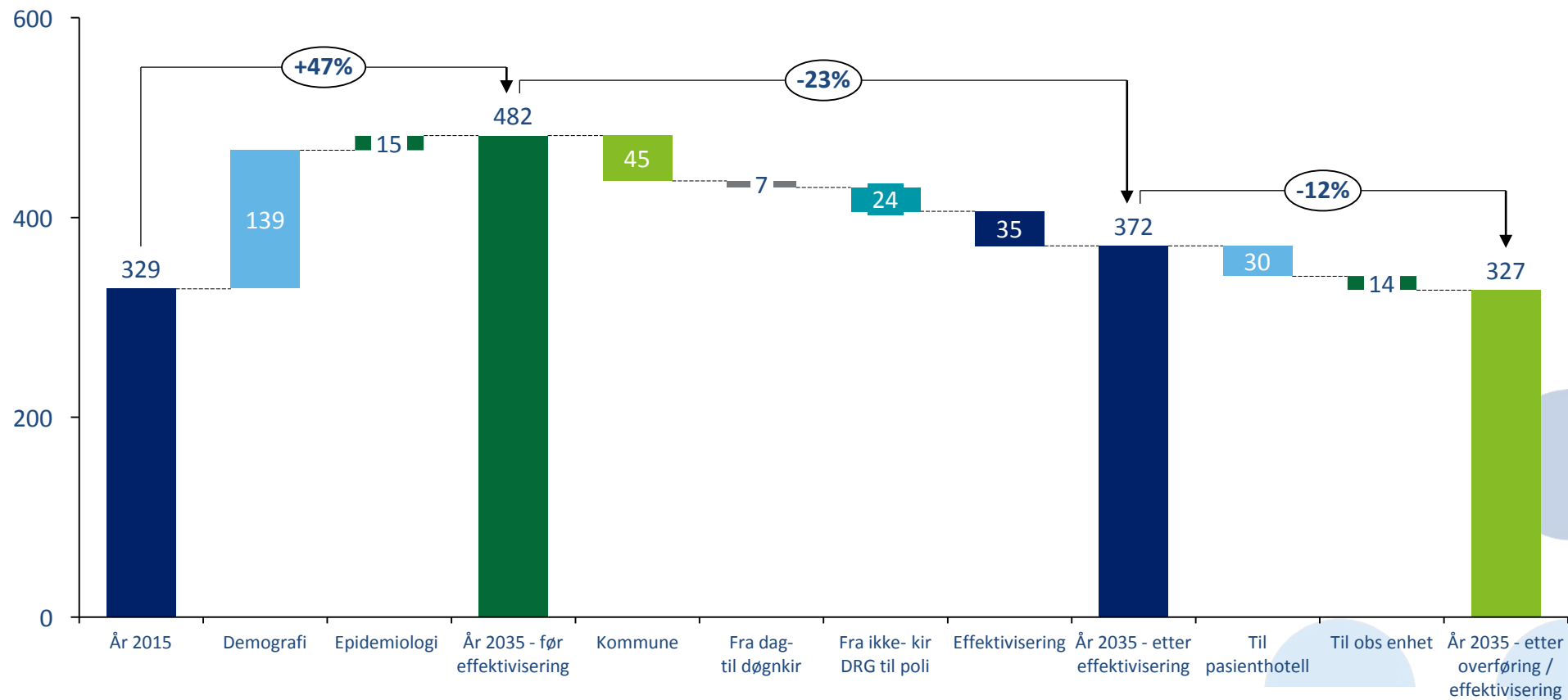
---

## Usikkerhet i aktivitetsframskrivingene – forskjeller mot lokale framskrivinger

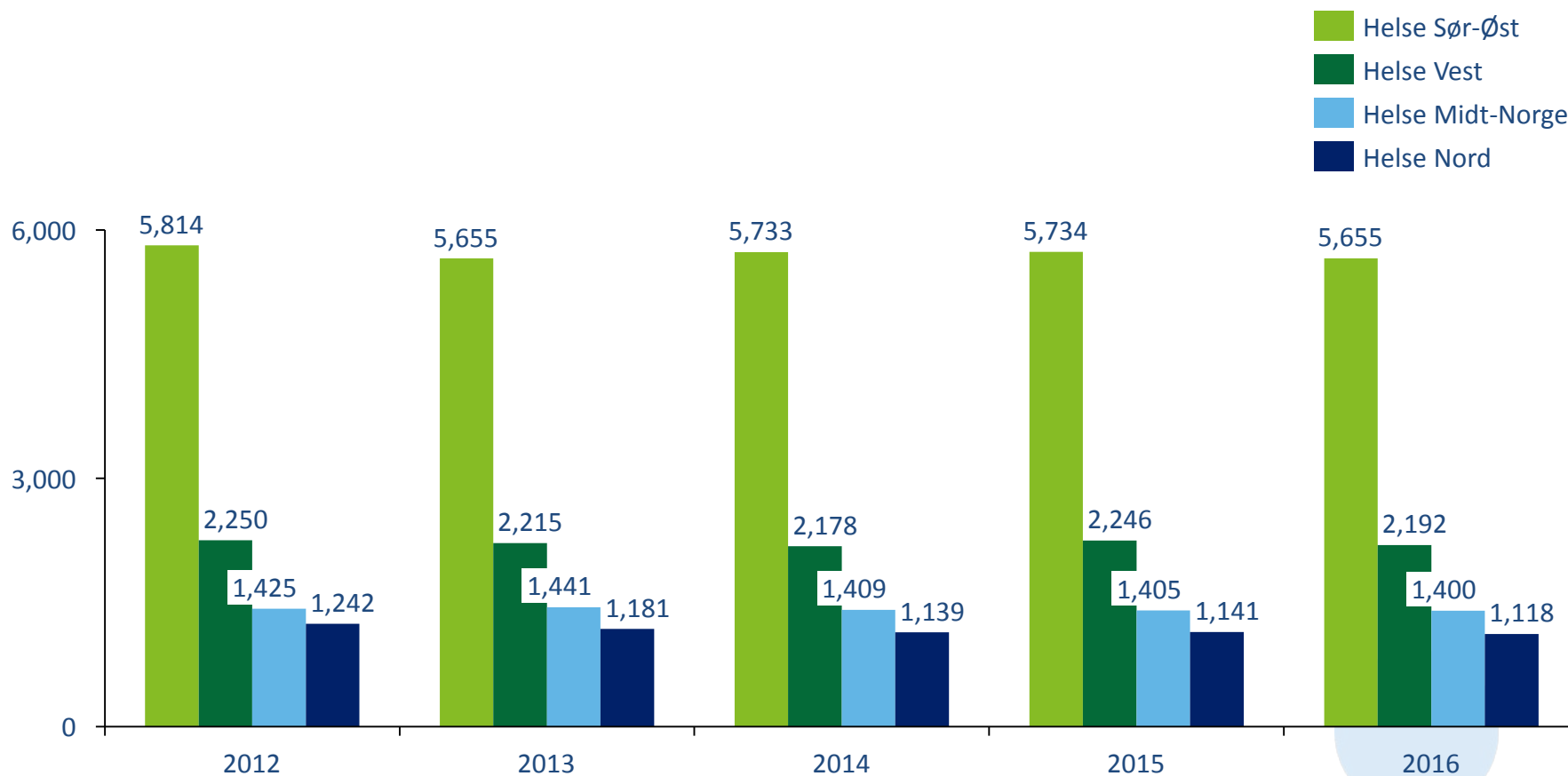
- Framskrivningene her vil kunne variere fra resultatene i de lokale framskrivingene som er foretatt da det kan være ulike forutsetninger for åpningstider og utnyttingsgrader etc. avhengig av størrelse og geografisk beliggenhet for enheten som framskrives
- De fleste lokale framskrivingene tar utgangspunkt i 2014. Denne forutsetningen er forlatt for somatisk sektor der det er 2015-data som er utgangspunktet for en framskriving til 2030 og 2035
- Enkelte lokale prosjekter har lagt inn ambisjoner om å «hente hjem» noen av pasientene fra eget bostedsområde som behandles i andre HF. Dette gjelder både Helgelandssykehuset HF (HSYK) og FSH

## Trinnvis framskriving Helse Nord RHF – Liggedøgn

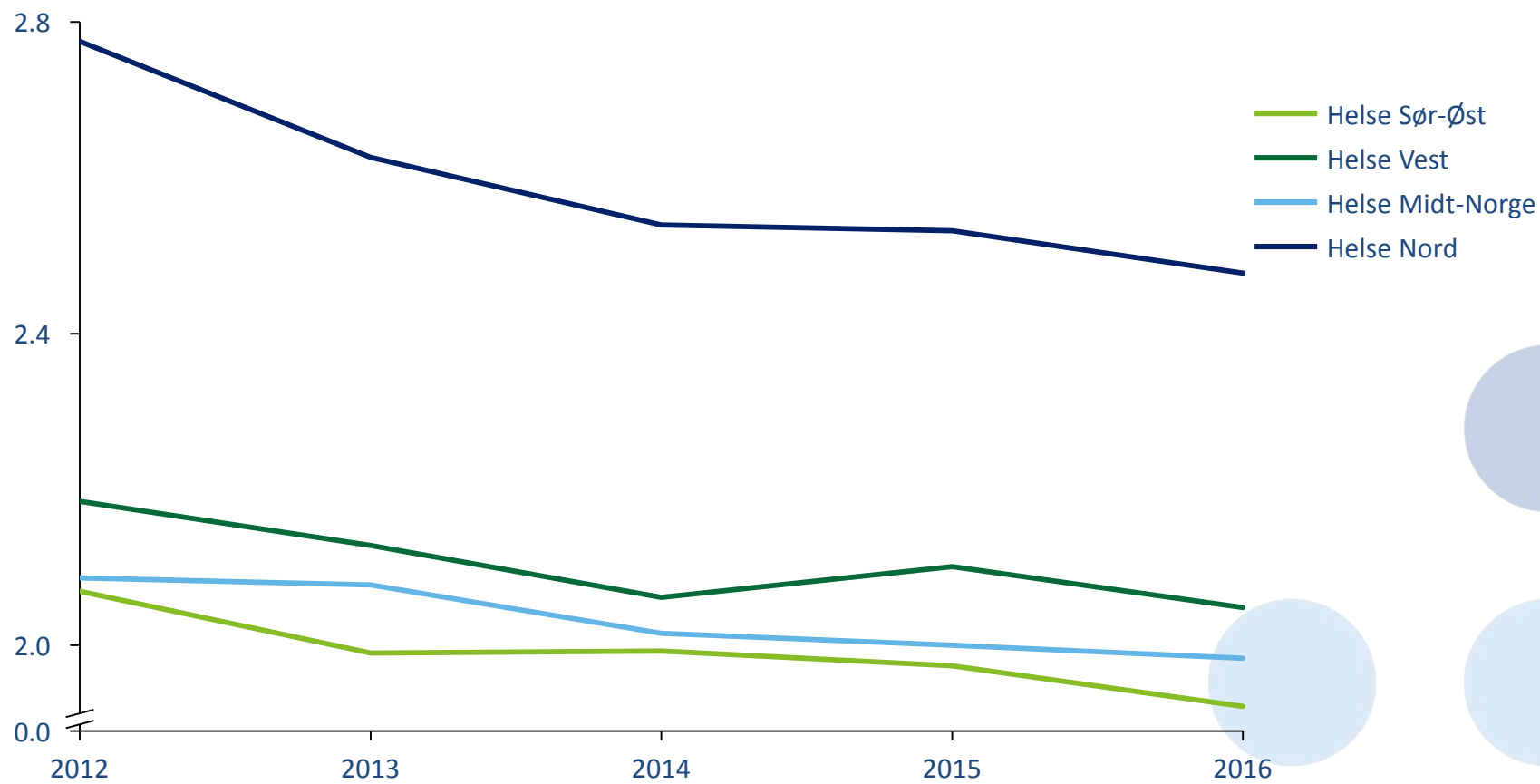
Tall i tusen



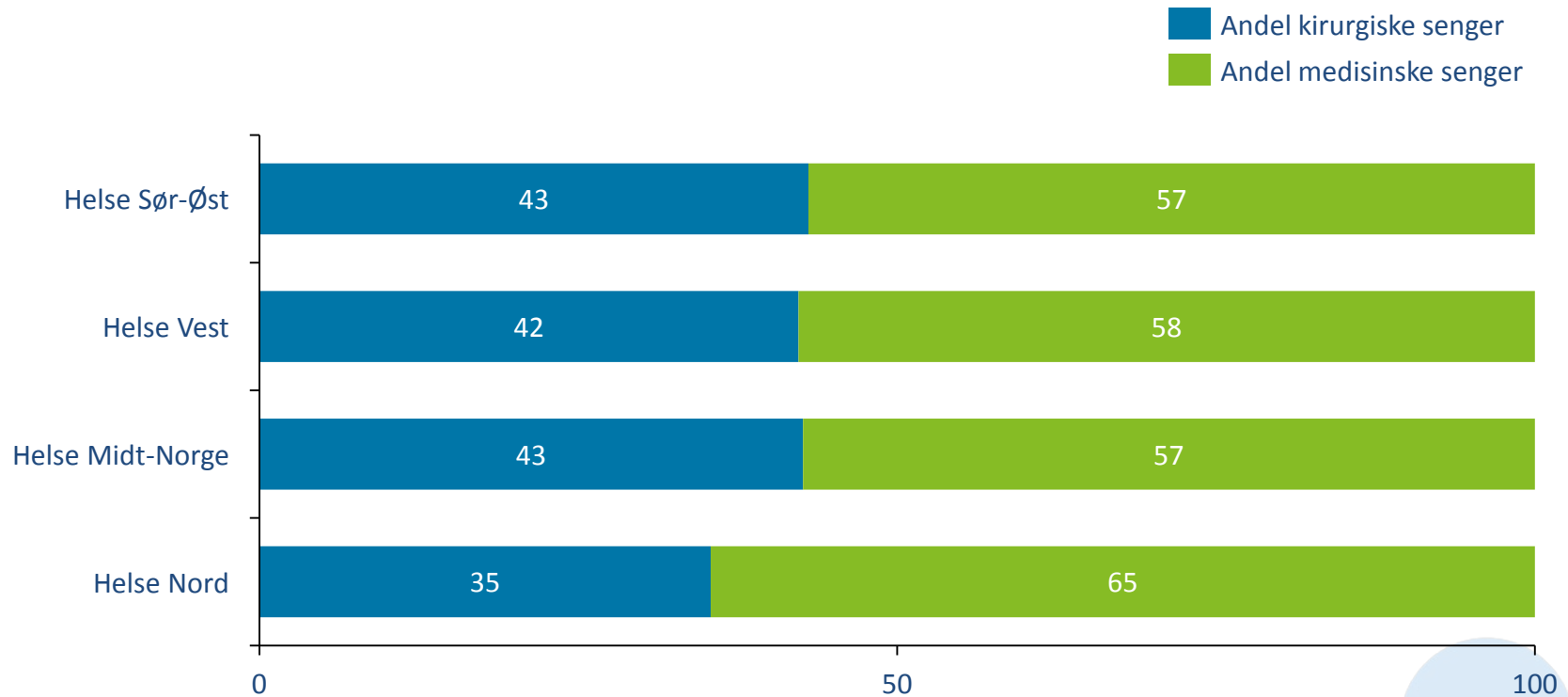
## Effektive senger: variasjon



## Effektive senger: utvikling over tid (per 1000 innbyggere)

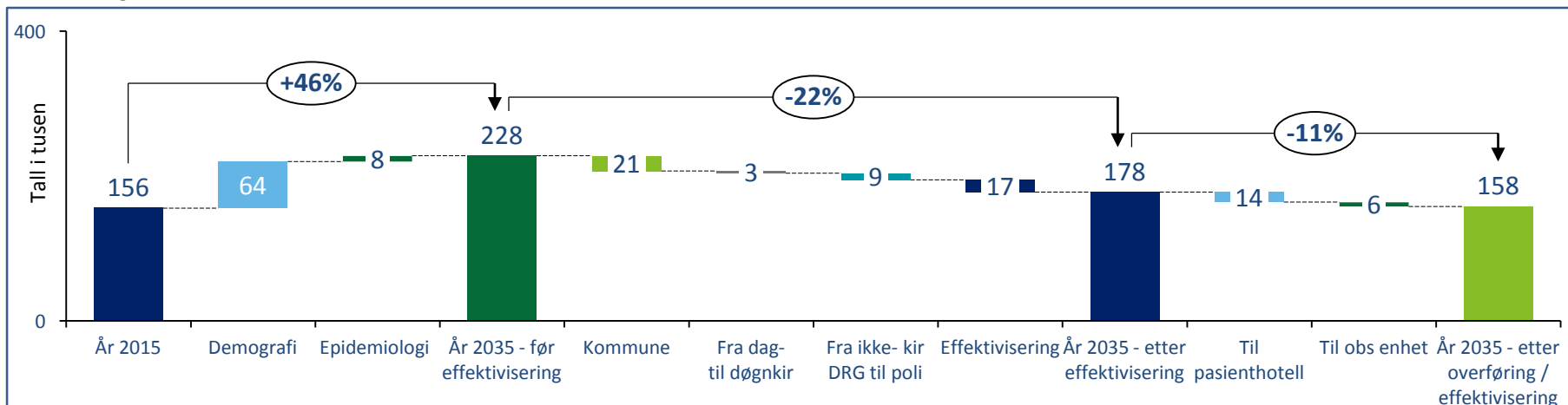


## Effektive senger: andel kirurgiske og medisinske senger

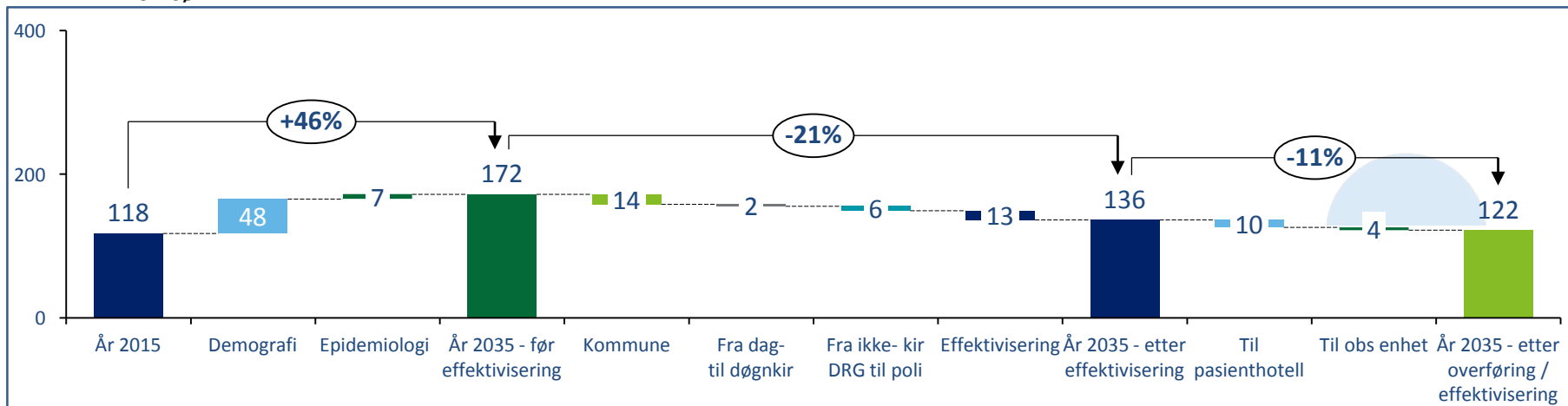


## Trinnvis framskriving UNN – liggedøgn

### UNN HF

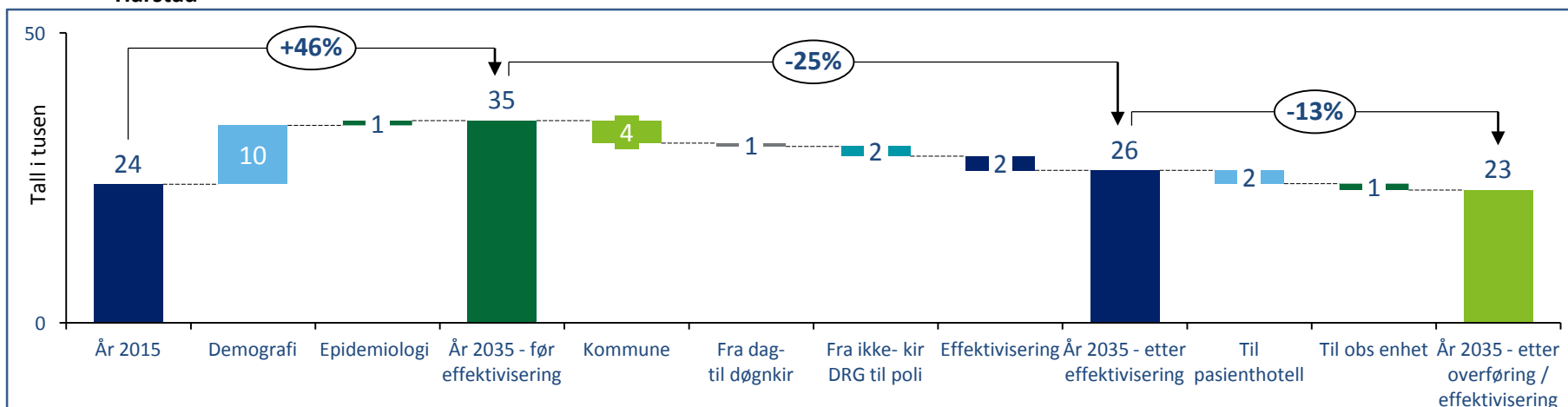


### Tromsø

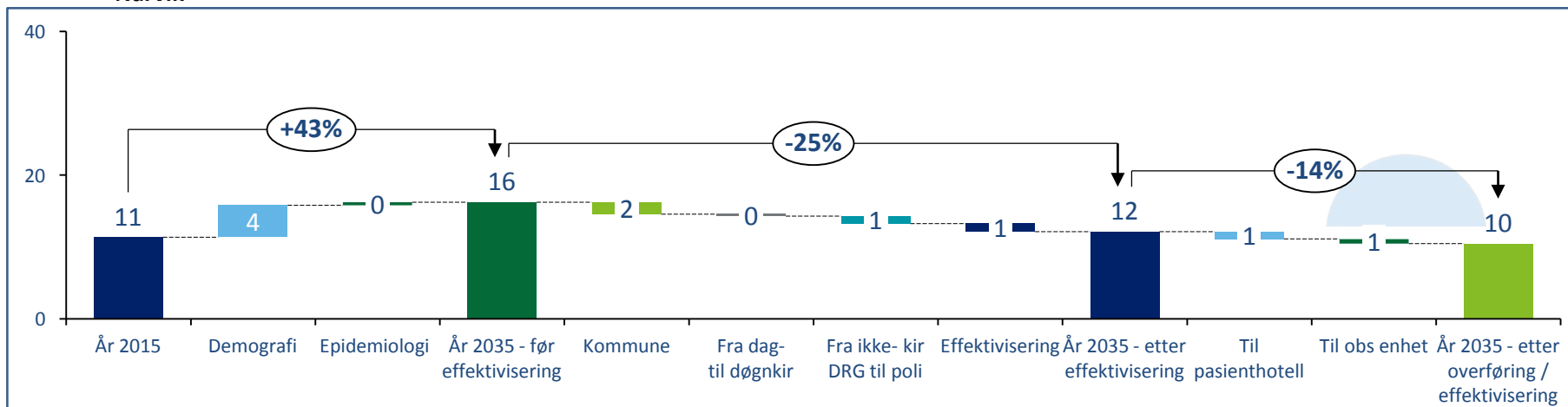


## Trinnvis framskriving UNN – Liggedøgn

### Harstad

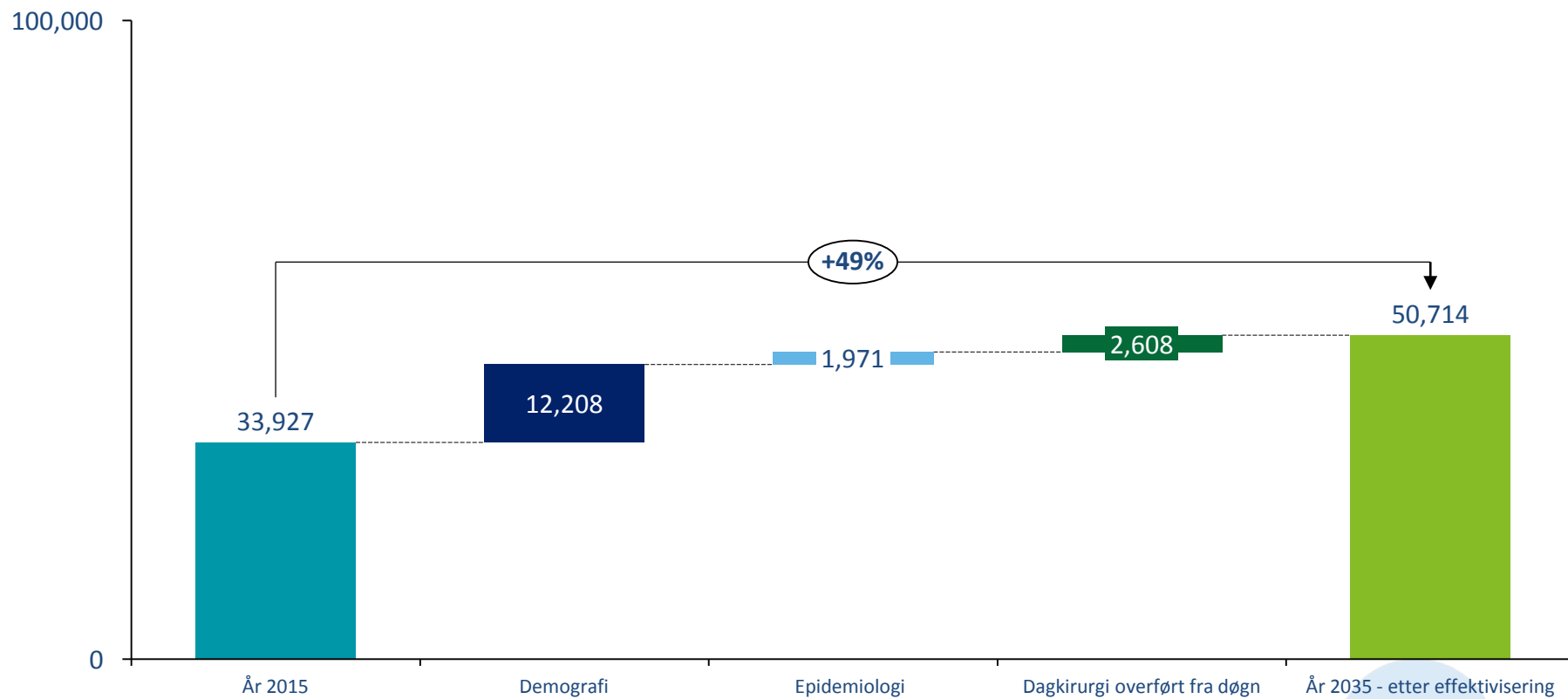


### Narvik

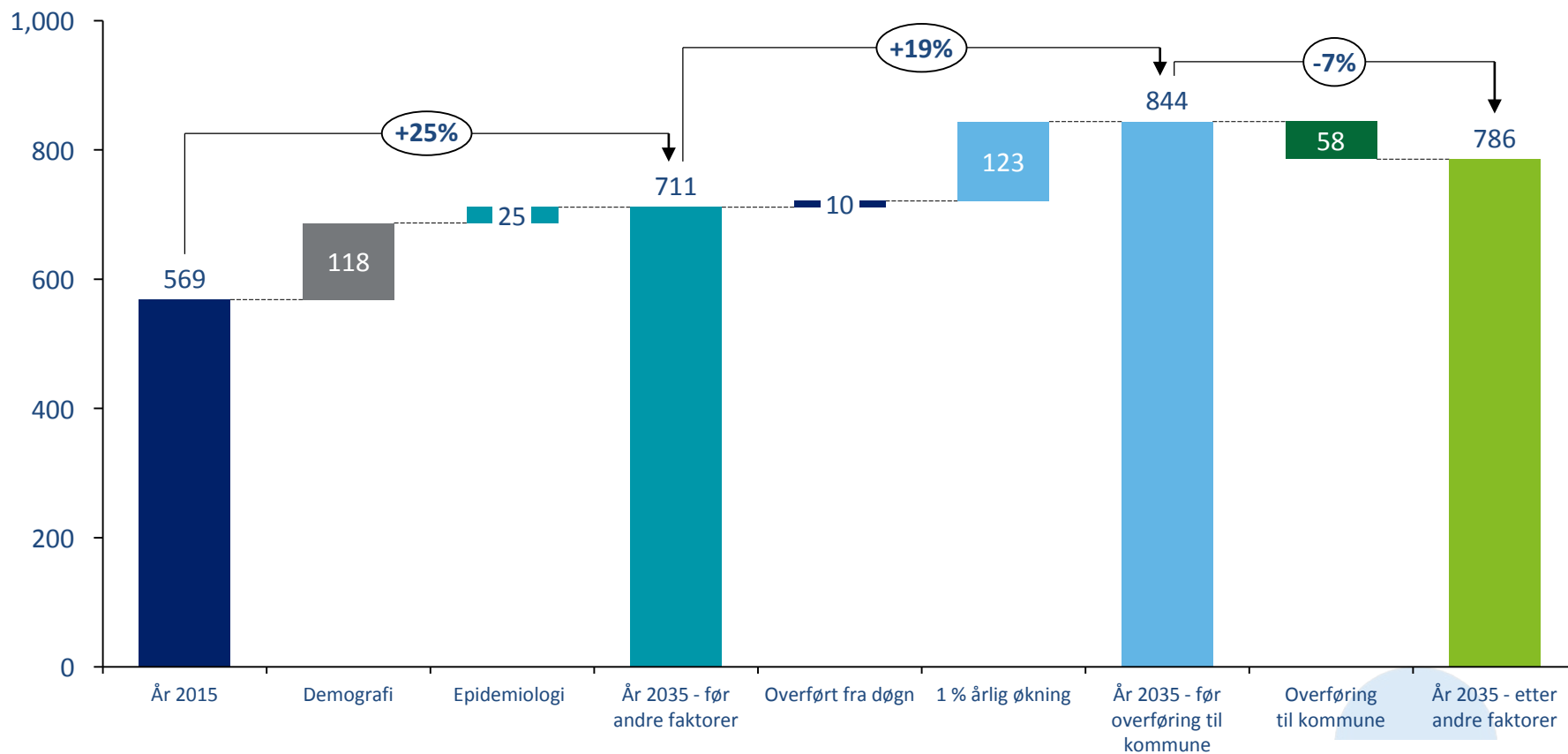




## Trinnvis framskriving Helse Nord RHF– Dagopphold

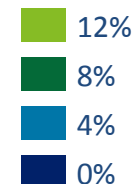


## Trinnvis framskriving Helse Nord RHF – Polikliniske konsultasjoner



# Økning i antall polikliniske konsultasjoner per år og helseforetak som følge av endret omstilling mot primærhelsetjenesten

Endret antall polikliniske konsultasjoner i 2035 for ulike omstillinger, henholdsvis 12 %, 8 %, 4 % og 0 %



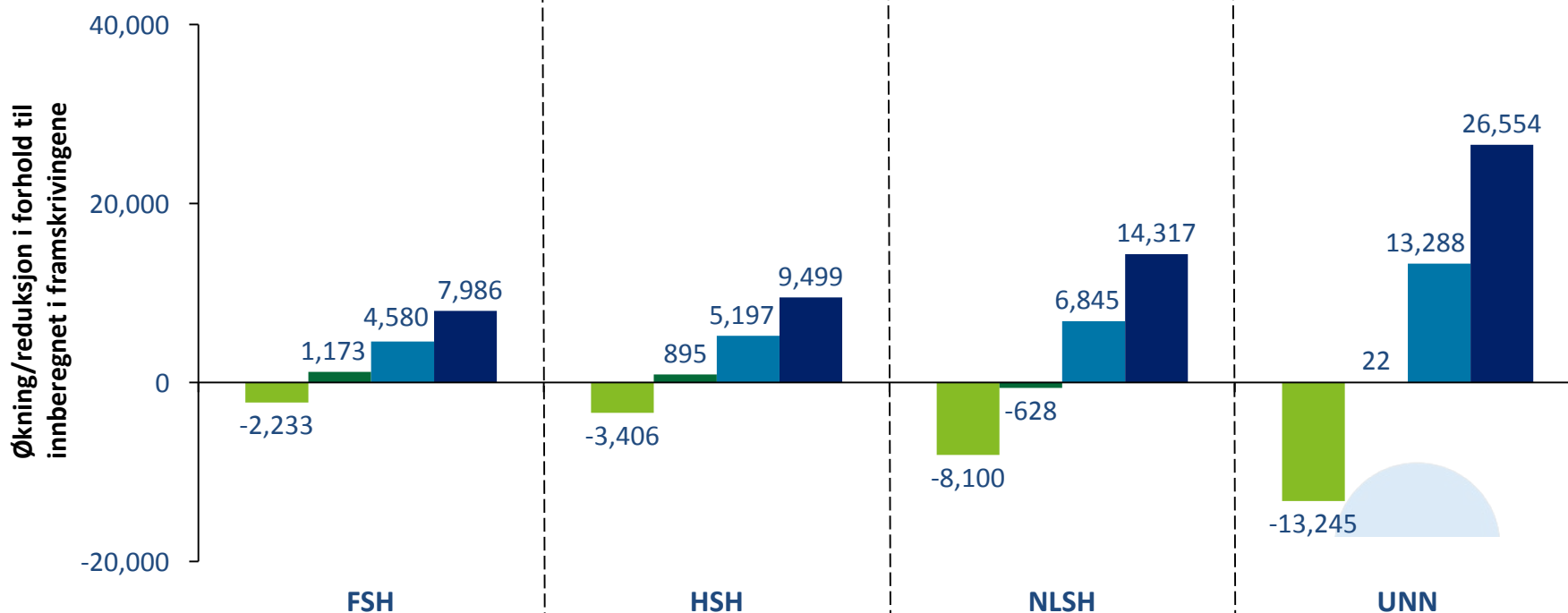
Budsjettetert omstilling  
i framskrivingen

9,38 %

8,83 %

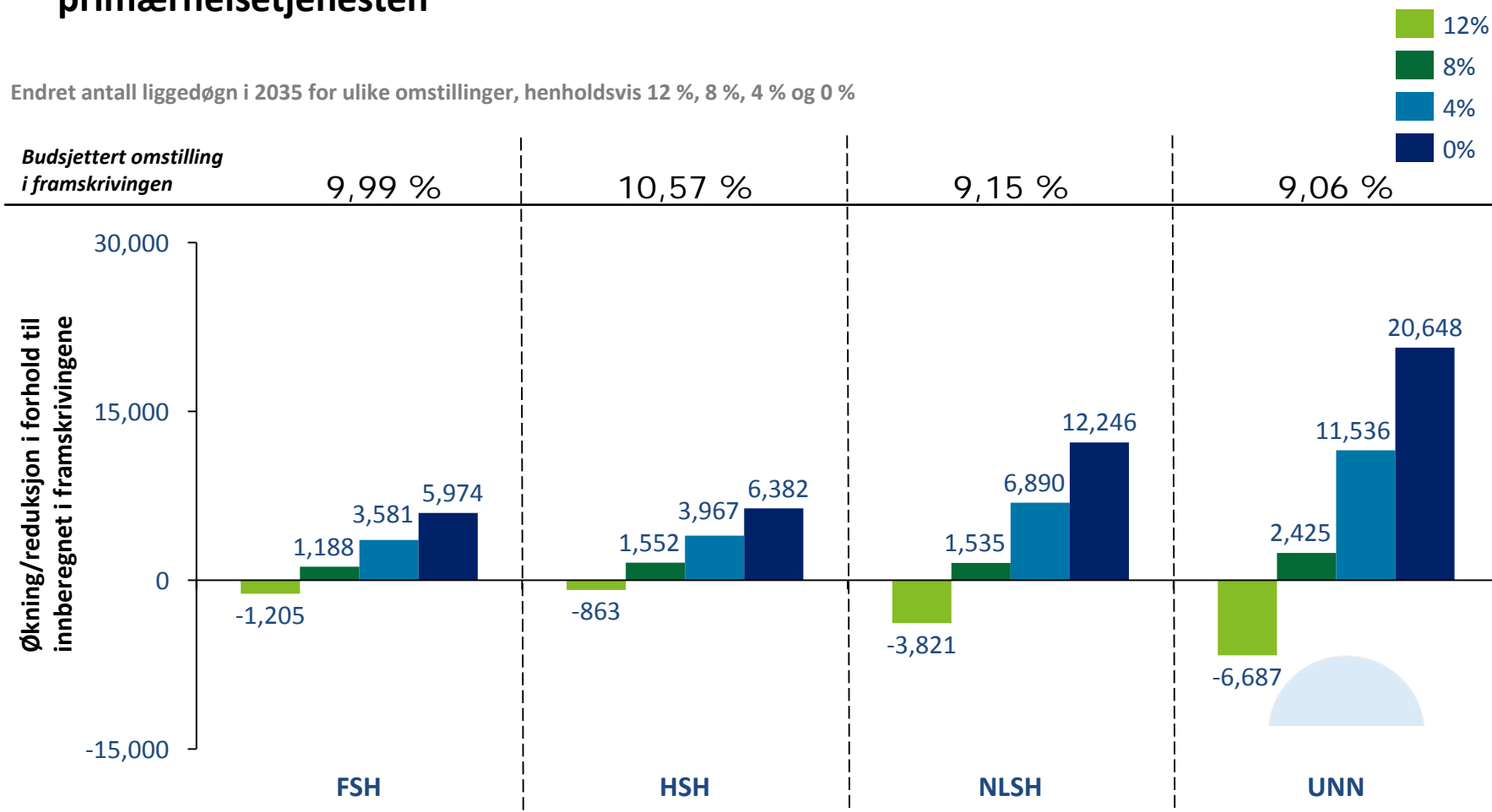
7,66 %

8,01 %



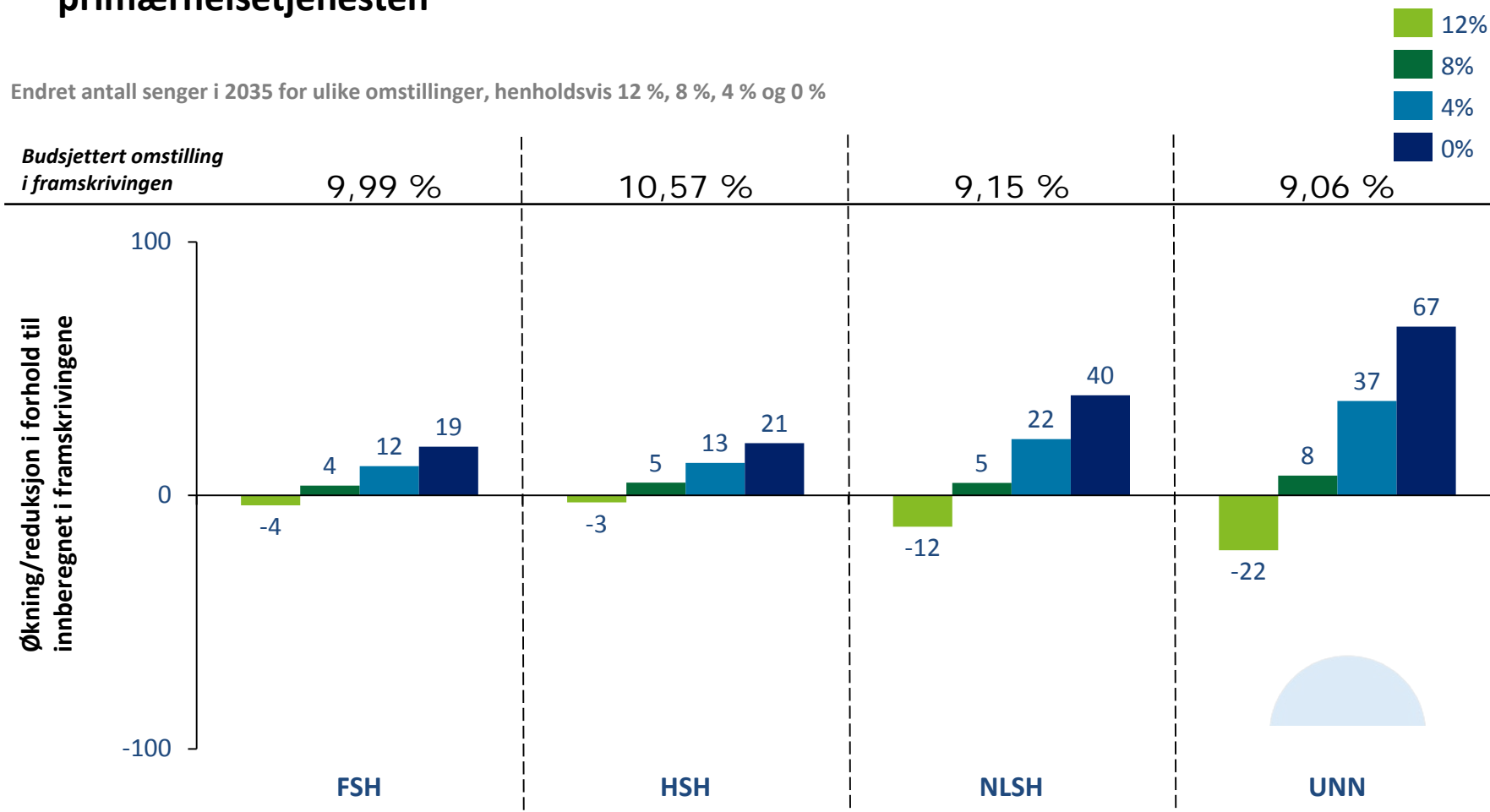
# Økning i antall liggedøgn per år og helseforetak som følge av endret omstilling mot primærhelsetjenesten

Endret antall liggedøgn i 2035 for ulike omstillinger, henholdsvis 12 %, 8 %, 4 % og 0 %



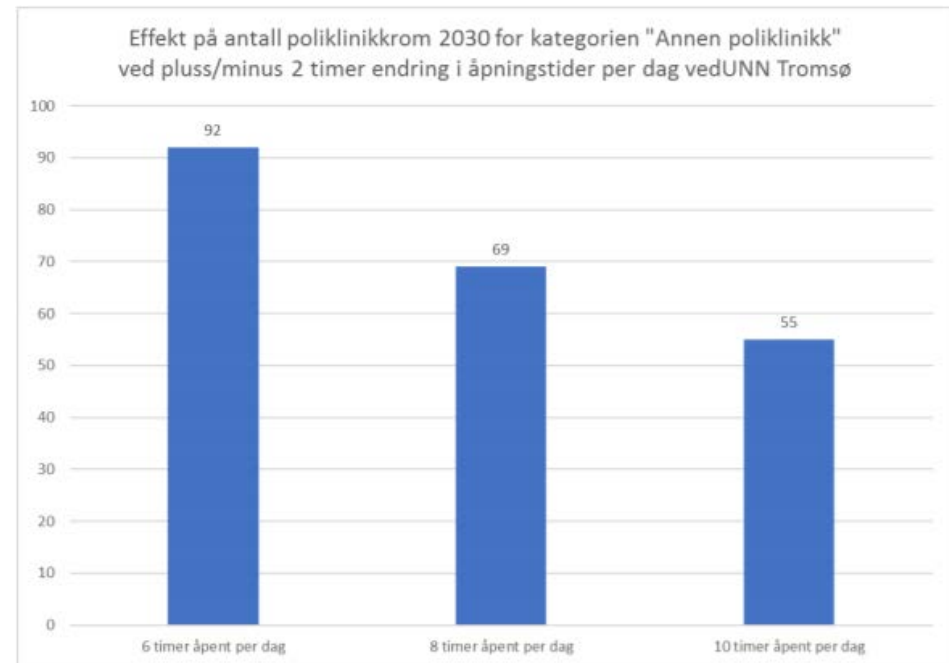
# Økning i antall senger per år og helseforetak som følge av endret omstilling mot primærhelsetjenesten

Endret antall senger i 2035 for ulike omstillinger, henholdsvis 12 %, 8 %, 4 % og 0 %



## Noen usikkerheter har stor betydning – åpningstider

- Figuren viser at ulike åpningstider gir betydelige utslag på den polikliniske kapasiteten for kategorien «Annen poliklinikk» med en variasjon fra 92 rom med 6 timer åpent og 55 rom med 10 timer åpent.



## Sykehusbygg legger til grunn basis utnyttelsesgrad i sine beregninger av kapasitetsbehov 2035 i Helse Nord, mens Helse Sør-Øst har vedtatt høy utnyttelsesgrad som grunnforutsetning ved nye utbyggingsprosjekter

	Basis utnyttelsesgrad	Høy utnyttelsesgrad
Sengeplasser		
Normalsenger	85 %	90 %
Observasjonsenger	75 %	80 %
Pasienthotell	75 %	75 %

\* Kilde:  
SINTEF-rapport A26321

## Sykehusbygg legger til grunn basis utnyttelsesgrad i sine beregninger av kapasitetsbehov 2035 i Helse Nord, mens Helse Sør-Øst har vedtatt høy utnyttelsesgrad som grunnforutsetning ved nye utbyggingsprosjekter

	Basis utnyttelsesgrad	Høy utnyttelsesgrad
<b>Dagplasser</b>		
Drift dager/år	230	240
Drift timer/dag	8	10
Minutter per konsultasjon	240	240
<b>Poliklinikk</b>		
Drift dager/år	230	240
Drift timer/dag	7	10
Minutter per konsultasjon	45	45
<b>Operasjonsstuer</b>		
Drift dager/år	230	240
Drift timer/dag	8	10
Minutter per operasjon*	90-180**	90-180**

\* Operasjonsstuetid, ekskl. rengjøring/klargjøring

\*\* For OUS er det lagt til grunn en snitt operasjonsstid på 180 minutter. For DS/LDS er lagt til grunn en snitt operasjonstid på 90 minutter pga stor andel dagkirurgi

Kilde:

SINTEF-rapport A26321



---

## Agenda styringsgruppemøte 6. mars

### Innledning/status

**Aktivitetsframskrivning 2035 – forventet aktivitetsoverføring til kommunehelsetjenesten – ytterligere gjennomgang av forutsetninger og konklusjon**

**Samhandling med primærhelsetjenesten – mulige tiltak**

Eventuelt

---

## Tiltak samhandling

- Helse Nord vil bidra til å sette kommunehelsetjenesten bedre i stand til å ivareta sine pålagte oppgaver gjennom et tettere samarbeid og utvidelse av allerede etablerte samarbeidsfora og gjennom pilotering av alternative modeller for finansiering, samlokalisering og samorganisering.
- Helse Nord vil legge til rette for en tettere dialog og bedre henvisningspraksis mellom fastleger og sykehusleger knyttet til både akutte og elektive pasienter. Dette søkes oppnådd gjennom standardiserte henvisninger og regelmessige møter mellom fastleger og sykehusleger i hvert sykehusområde. Det skal alltid være en lett tilgjengelig vakttelefon i sykehus/helseforetak for dialog om behandlingsalternativer, inkludert eventuell innleggelse eller øyeblikkelig hjelp time på poliklinikken.
- Helse Nord vil..... Kfr dialogen med det samiske miljøet

---

## Agenda styringsgruppemøte 6. mars

### Innledning/status

**Aktivitetsframskrivning 2035 – forventet aktivitetsoverføring til kommunehelsetjenesten – ytterligere gjennomgang av forutsetninger og konklusjon**

**Samhandling med primærhelsetjenesten – mulige tiltak**

**Eventuelt**



---

## Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren

Teknologisk utvikling, demografiske endringer, medisinsk utvikling, arbeidsdeltagelse, befolkningens helsetilstand og inntektsutviklingen vil hver for seg og sammen endre helsesektoren

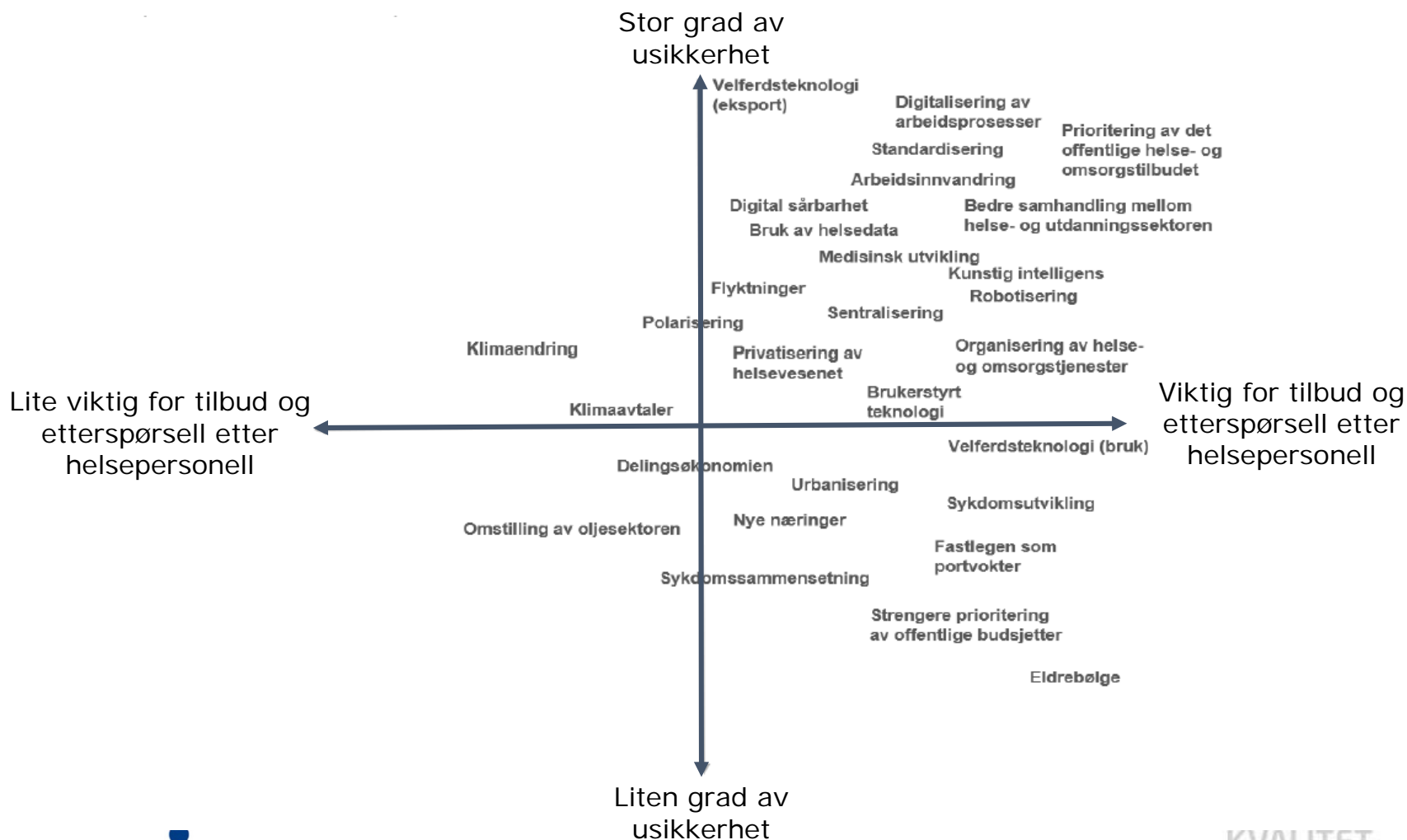
I dette scenarioprojektet er det vurdert sentrale endringskrefter og hvordan disse vil påvirke framtidig etterspørsel etter og tilbud av helsepersonell

Ut over dette er det en rekke endringskrefter som har effekt, som er mindre usikre eller har lavere effekt for sektoren:

Mindre usikre:

- Eldrebølgen
- Strengere prioritering av offentlige budsjetter
- Urbanisering

# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – endringskrefter



# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – endringskrefter

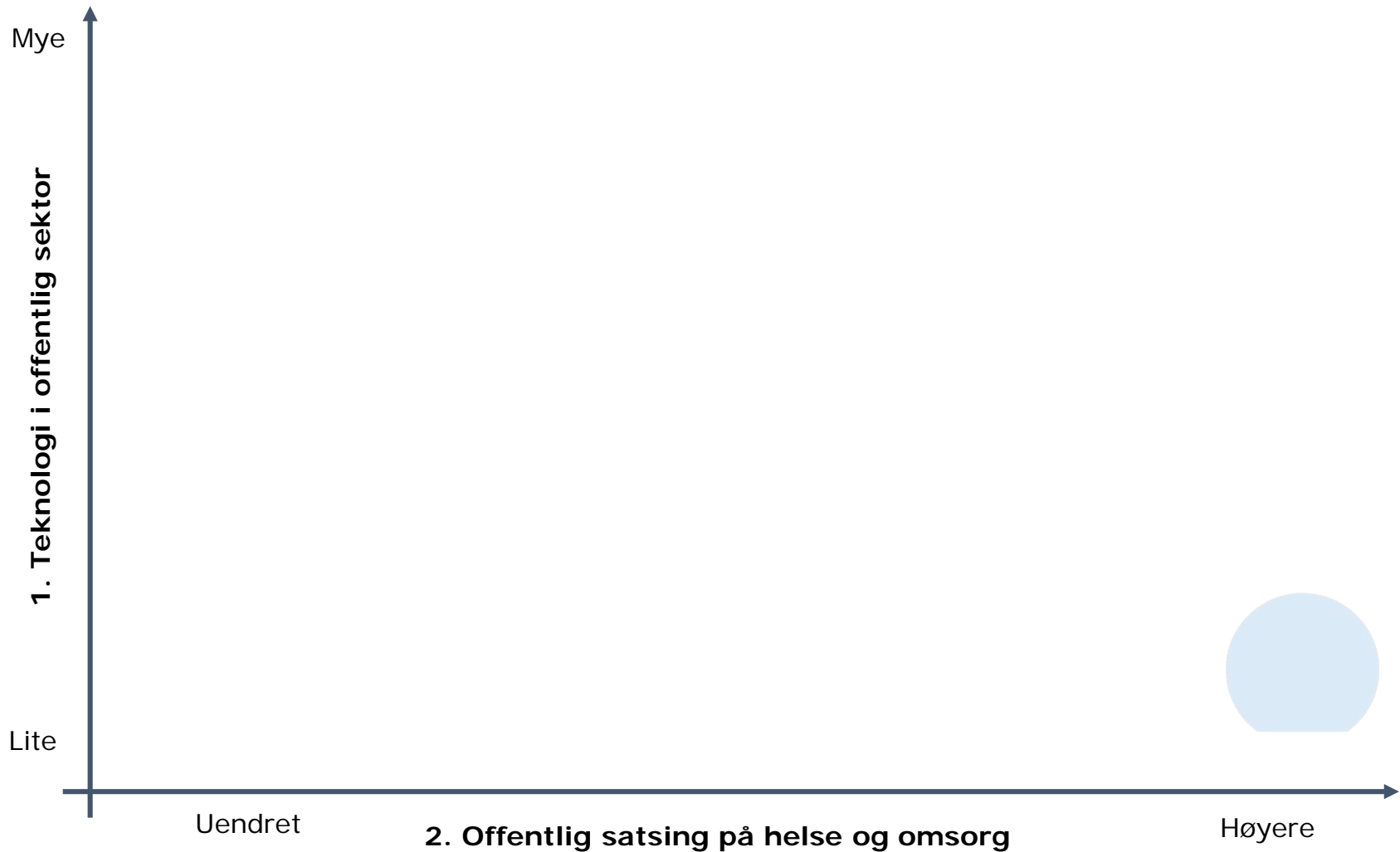


# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – endringskrefter

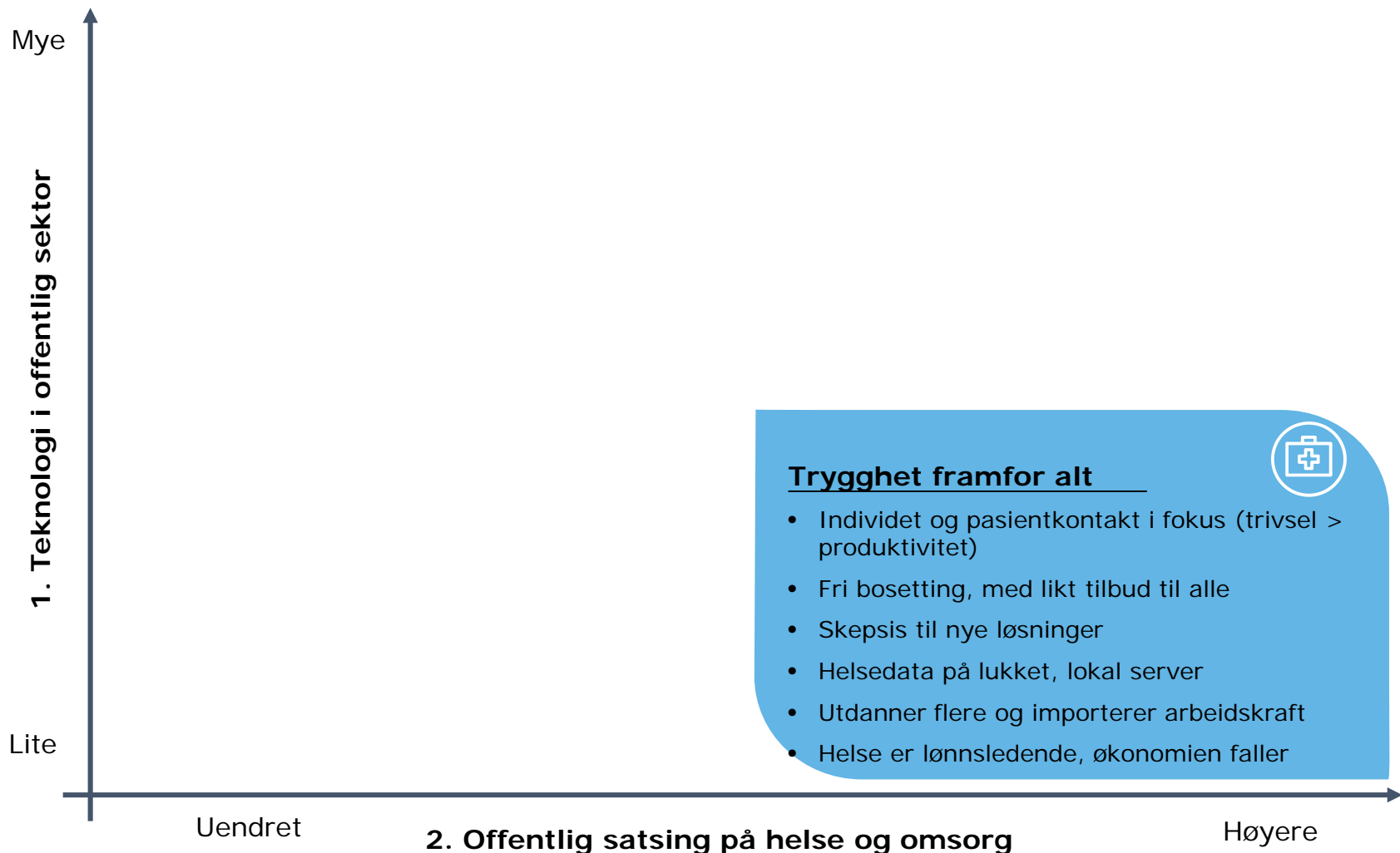




# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – sentimentet i befolkningen og effekter for samfunnet



# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – sentimentet i befolkningen og effekter for samfunnet



# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – sentimentet i befolkningen og effekter for samfunnet



# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – sentimentet i befolkningen og effekter for samfunnet

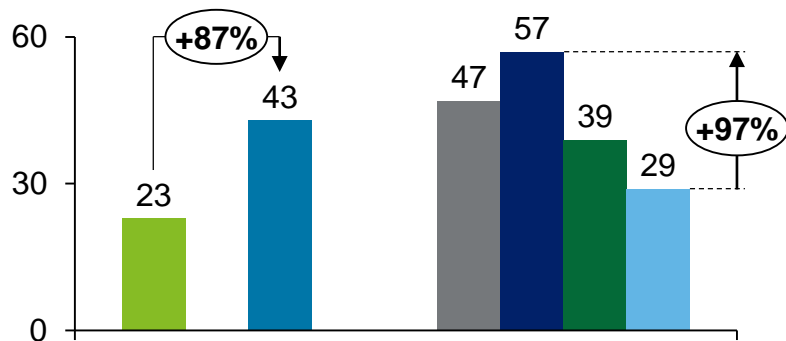


# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – sentimentet i befolkningen og effekter for samfunnet



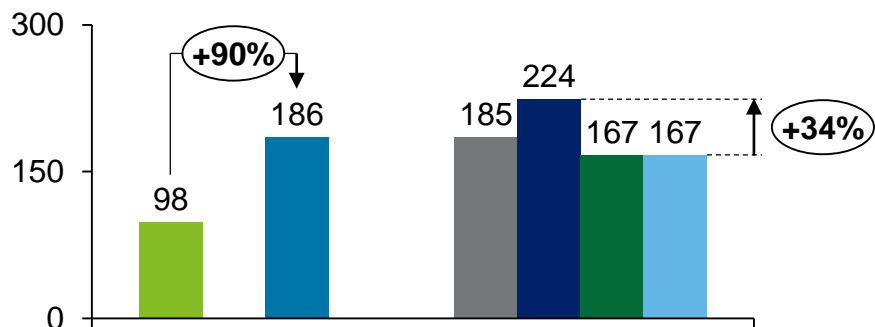
# Framskriving av behov og beholdning – Demografisk framskriving av behov og framskriving av beholdning gitt uendret andel av sysselsatt befolkning

## Leger med og uten spesialisering

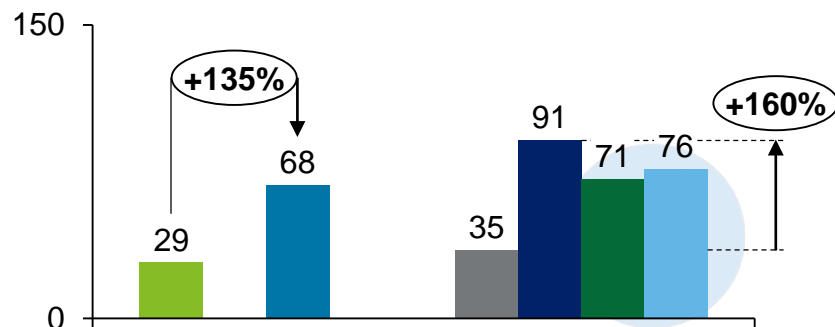


- Sysselsatte 2016
- Gjennomsnitt 2040
- Konkurransedyktig velferd 2040
- Trygghet framfor alt 2040
- Livsstil på eget ansvar 2040
- Effektivitetssamfunnet 2040

## Sykepleiere og spesial sykepleiere



## Helserelaterte yrker



# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – beskrivelse av scenarioene



# Scenarioanalyse av helse- og omsorgssektoren – utfall langs sentrale parametre

