

STYRESAK 103-2009 PLAN 2010-2013
Sakspapirene ble ettersendt.

Møtedato: 18. november 2009

Formål/sammendrag

I henhold til Oppdragsdokumentet for 2009 og protokoll fra foretaksmøte i januar 2009 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), skal styret i Helse Nord RHF innen 1. mars 2010 sende en plan og melding til departementet som redegjør for hvordan vi oppfyller styringskrav og oppfølgingspunkter i de nevnte dokumenter.

I denne saken fremlegges plandelen av årlig melding for 2009, plan 2010-2013. Planen er en rullering av plan for perioden 2009-2011.

Planen viser hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor rammebetingelser gitt av eier, med et tidsperspektiv fram til 2013. Budsjett og Oppdragsdokument for 2010 vil være forankret i denne planen.

Bakgrunn/fakta

Plan og meldingsprosessen er i år lagt noe om fra tidligere år. Målsettingen med endringen er at alle de viktigste plan- og ramme sakene skal behandles av styret i møtet 18. november. Det betyr at vi i denne saken styrebehandler plandelen av Årlig melding for 2009, mens meldingsdelen av Årlig melding og Regnskap 2009 blir behandlet i styret 24. mars 2010. Plandokumentet skal rulleres årlig, jf. oppdragsdokumentet fra HOD.

Rullering av planen er gjort med utgangspunkt i vedtatt plan for 2009-2012. Vi har bedt helseforetakene komme med innspill på ønskede justeringer i planen. Det er bedt om at HF-ene styrebehandler innspillene før de oversendes til Helse Nord RHF. Vi har særlig bedt om en vurdering av, og innspill, til følgende:

- Er det innspill/synspunkter på de prioriteringer som planen fokuserer på?
- Er det epidemiologiske utviklingstrekk som ikke er fanget opp i planen?
- Er det nødvendig eller hensiktsmessig å justere de strategiske målene? Hvis ja, hva bør endres?
- Er det områder av virksomheten som ikke er omtalt i dokumentet, som burde vært tatt med?
- Har dere forslag til forbedringer av dokumentet?

Helseforetakene har gitt uttrykk for at planen er dekkende for deres arbeid og utfordringer framover. Kun Nordlandssykehuset HF, som også har styrebehandlet planen, kommer med konkrete innspill til justeringer. Styret i (Nordlandssykehuset HF) har fattet følgende vedtak i sakens anledning:

- ”Styret ved Nordlandssykehuset viser til invitasjonen fra Helse Nord om å gi innspill til plan 2010-2013 med utgangspunkt i vedlagte utkast til plan.*
- Styret er tilfreds med at det legges opp til at moderniseringen i Bodø og nybygg på Stokmarknes skal prioriteres i forhold til investeringer.*

iii. *Utkastet til plan prioriterer viktige områder. I tillegg til de områder som prioriteres vil styret ved Nordlandssykehuset be om at en også fokuserer på fagutvikling og rekruttering følgende områder:*

- *Lungemedisin*
- *Nyremedisin*
- *Intensivkapasiteten*
- *Sykelig overvekt*

Vurdering

Det er adm. direktørs vurdering at planen prioriterer de viktigste områder for innsats og har fokus på de regionale og nasjonale satsningsområdene. Det vurderes imidlertid som hensiktsmessig å supplere planen med de områder som Nordlandssykehuset HF påpeker, da vi hittil har hatt lite fokus på lungesykdommer og dialyse. Økningen av respiratoriske sykdommer både blant barn (astma) og voksne (KOLS etc) gjør det nødvendig å utvikle tiltaksplan for "å bedre tilbudet til lungesyke.

Terminal nyresvikt er en livstruende tilstand som må behandles med dialyse eller nyretransplantasjon, såkalt nyreerstattende behandling. Prevalensen for de som får slik behandling er økende. Fra 2002 til 2008 var økningen i Troms og Finnmark på 31 % (fra 687 til 903 per 1 mill innbygger) og i Nordland 37 % (fra 670 til 919 per 1 mill innbygger). Nyreerstattende behandling er svært ressurskrevende og de utfordringene vi står foran er betydelige både med hensyn til økonomiske ressurser og tilgang på fagfolk.

Nordlandssykehuset HF peker også på at det i planen må synliggjøres når styrkingen av intensivkapasiteten i Bodø planlegges realisert. Videre uttaler Nordlandssykehuset at:

"Sykelig overvekt har de senere år blitt et betydelig folkehelseproblem som har gjort det nødvendig å etablere behandlingsopplegg i spesialisthelsetjenesten, først og fremst kirurgisk behandling. Henvisningsmassen har etter dette blitt betydelig. Det savnes fokus på dette området i planen."

Økning av kapasiteten innenfor intensivmedisin og sykelig overvekt er i noen grad hensyntatt i planen og i budsjett 2010, men videre arbeid med tiltak for opptrapping innenfor de nevnte områder bør utarbeides i planperioden.

Konklusjon

Plan for perioden 2010 – 2013 omfatter de viktigste satsningsområdene til foretaksgruppen. Det bør imidlertid iverksettes utredningsarbeid for utvikling av tiltak for å styrke kapasiteten innenfor lungemedisin og nyreerstattende behandling i løpet av 2010 for implementering i plan for 2011 – 2014.

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Fremlagte plan for 2010 -13 godkjennes.
2. Følgende områder prioriteres i planperioden 2010-2013:
 - Videreutvikle gode lokale, differensierte og desentraliserte helsetjenester
 - Fortsatt styrke samhandlingen med primær helse- og sosialtjenesten, og utvikle helhetlige behandlingsforløp
 - Styrke tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmissbrukere, psykisk helsevern og kronikeromsorg.

3. Som ledd i styrkingen av kronikeromsorgen skal en ha utarbeidet konkrete mål for økning av innsatsen overfor lungesyke, pasienter med behov for nyreerstattende behandling og pasienter med sykelig overvekt i løpet av 2010 og tiltakene innarbeides i rulleringen av planen for 2011 – 2014.

Bodø, den 13. november 2009

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Forslag til plan 2010-2013

Utrykt vedlegg: Styresak Plan 2010-2013 fra Nordlandssykehuset HF

1. STYRETS PLANDOKUMENT

Planen redegjør for økonomi- og befolkningsutvikling, medisinske utviklingstrekk og kapasitetsbehov. I hovedmål og strategier for 2010 – 2013 fremheves Helse Nords prioriteringer innen pasientbehandling, utdanning, forskning, pasientopplæring og brukermedvirkning. Følgende prioriteres i planperioden:

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

1.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

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

- Kreftsykdommer fortsetter å øke betydelig. Antallet som lever med kreft øker.
- Nye tilfeller av hjertesykdommer ser ut til å stabiliseres eller gå litt ned i alle aldersgrupper. Antallet som lever med hjertesykdommer vil imidlertid øke, men neppe mer enn befolkningsutviklingen.
- Perifere karsykdommer viser en relativ økning både for nye tilfeller og antall som lever med slike sykdommer. Økningen er i første rekke knyttet til pasienter med diabetes type II.
- Astma, allergi og luftveissykdommer vil øke mer enn befolkningsutviklingen tilsier.
- Sykdommer knyttet til fedme og overvekt, som diabetes¹, artrose¹, hypertoni² m.v. vil øke kraftig pga endrede vaner innen kosthold og fysisk aktivitet.
- Problemer knyttet til nye infeksjonssykdommer, forårsaket av multiresistente mikroorganismer, forventes å øke.
- Psykososiale problemer knyttet til sosial ustabilitet, svakere sosiale nettverk og sosiale ulikheter, og som bidrar til mer helseproblemer og dårligere livskvalitet for utsatte grupper, ser ut til å øke.
- For enkelte grupper preges sykdomsbildet i større grad av skader som følge av vold, rusmiddelmissbruk og psykiske lidelser.

¹ leddlidelser

² forhøyet blodtrykk

- Antall unge mennesker med depresjoner, selvmord- og selvskadingsproblematikk, samt antall mennesker med rus- og alvorlige psykiske lidelser, øker
- Alvorlige adferdsforstyrrelser og ADHD-problematikk viser økning blant barn og unge.

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

1.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

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

Landsdelen har generelt et svært høyt antall asylsøkere/plasser i forhold til befolkning. Generelt vet vi at med dagens flyktningsmønster, med vesentlig asylsøkere fra Afrikas Horn (Eritrea, Etiopia og Somalia) og fra Afghanistan, er det en svært stor andel som har vært i kontakt med tuberkulose. Dette medfører økt antall søknader til lungeavdelingene ved sykehusene våre og utredning som er lovpålagt, er svært ressurskrevende. En regner i dag at mellom 35 % og 50 % av alle flyktninger som ankommer Norge må følges opp av spesialisthelsetjenesten. Planen bør ved framtidige rulleringer ta høyde for disse forhold.

1.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Det er identifisert et mulig avvik på 130 mill kr fra styrets resultatkrav og et mulig avvik på 30 mill kr fra HOD's resultatkrav for 2009. Helseforetakene skal også i 2010 gjennomføre en rekke tiltak som skal medvirke til bedre styring og budsjettmessig balanse. Det økonomiske resultatkravet i 2010 kan bety strukturelle omlegginger av tjenestetilbudet. Målsettingen om relativt større vekst innen psykisk helsevern og rusomsorg i forhold til somatisk virksomhet skal innfris. Det er en utfordring for helseforetakene å ivareta dette kravet, og samtidig ivareta kravet om budsjettmessig balanse og bedre økonomisk styring.

Risikobildet for økonomisk måloppnåelse i 2010 er delt. Helse Nord RHF har stilt krav til at helseforetakene skal levere komplette og konsekvensutredete tiltaksplaner for å realisere resultatkravet for 2010. Per utgangen av oktober har ingen helseforetak komplette konsekvensutredede planer på plass, men foretakene har fremmet forslag til tiltaksplaner som muliggjør realisering av resultatkrav. Dersom resultatutviklingen i 2009 avviker fra Helse Nord styrets krav, vil investeringsplanen måtte justeres ned.

Helse Nord RHF vil følge opp foretakenes tiltaksplaner tett og stille krav til løpende realisering av tiltakene. Det vil bli gjennomført hyppige oppfølgingsmøter med

foretaksledelsen i helseforetakene. Videre skal oppfølgingen gjennom styrekanalen med bruk av de virkemidlene som følger av helseforetaksloven vurderes løpende.

Ny inntektsfordelingsmodell (Magnussen utvalget) påviste at Helse Nord RHF skulle hatt en større andel av basisrammen. Dette har regjeringen fulgt opp i budsjett 2009 og budsjett 2010. Dette innebærer nå at Helse Nord RHF er oppe på det nye høye inntektsnivået fra og med budsjett 2010. Ny inntektsmodell innebærer også at mange tidligere øremerkede tilskott (pasienttransport, opptrappingsplanen for psykisk helse med mer) nå er innlemmet i basisrammen og er gjenstand for omfordeling, når befolkningen endres. I statsbudsjettet for 2010 er det beregnet at endringer i befolkningssammensetningen fra 01011 2008 til 0101 2009 innebærer et trekk i basis for Helse Nord RHF på 59 mill kroner. Dersom denne befolkningsutviklingen fortsetter, innebærer det at Helse Nord RHF må planlegge ut fra en årlig inntektsreduksjon på 40 til 60 mill kroner.

Hensynet til statens finanser og konkurranseutsatt industri vil i tillegg medføre en strammere finanspolitikk i årene fremover. Konsekvensene for helsesektoren vil sannsynligvis først bli kjent i revidert nasjonalbudsjett våren 2010.

Vi vet derfor allerede nå, at den sterke inntektsveksten vi har fått de to siste årene ikke vil fortsette. Vi må planlegger innenfor strammere økonomiske rammer.

1.1.3 Personell og kompetanse

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

Nasjonal rapport om organisering av alvorlig skadde pasienter stiller store krav til kompetansebygging, som trinnvis vil bli forsøkt oppfylt gjennom regionalt traumesystem, som skal behandles av styret i februar-10.

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

1.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

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

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

1.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Helse Nords vedtatte strategiske mål er:

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

For å bygge opp kapasitet og kompetanse til å følge opp disse målene har Helse Nord vedtatt handlingsplaner og strategier for en rekke sentrale fagområder: psykisk helse, geriatri, rehabilitering/habilitering, revmatologi, diabetes, rusomsorg, intensivmedisin, barnemedisin, samhandling/desentralisering, plan for avtalespesialister (desentralisering og ambulering) og regional forskningsstrategi. Samlet sett gir disse planene god oversikt over nødvendige tiltak for å styrke tilbudet til de store pasientgruppene i Helse Nord. De stemmer også godt overens med målene i Nasjonal helseplan.

I forhold til sykdomsutviklingen innenfor pasientgruppene som omfattes av kronikersatsingen i Helse Nord vil det være nødvendig med en økt innsats innen fagområdet lungesykdommer. Nordland har Norges laveste dekning av lungeleger med <50% av anbefalt normtall og også i Troms og Finmark ligger dekningen av leger <50% av normtall. Allerede i dag er det et betydelig antall garantibrudd for behandling. En svært stor andel av våre nye landsmenn og kvinner ved flyktningemottak/asylmottakene har vært i kontakt med tuberkulose. Dette medfører økt antall søknader til lungeavdelingene ved sykehusene våre. En regner i dag at mellom 35 og 50 % av alle flyktninger som ankommer Norge må følges opp av spesialisthelsetjenesten. Planen bør ved framtidige rulleringer ta høyde for disse forhold. I 2010 vil styret få framlagt en samlet lokalsykehusstrategi for Helse Nord. Planen vil inneholde tiltak for helhetlige behandlingsforløp og kvalitetsutvikling som vil sikre bedre tjenester for viktige pasientgrupper. Lokalsykehusstrategien kan ses som en overbygning over alle planer som styret har vedtatt de siste årene.

Helse Nord ser arbeidet med prioritering og kvalitetsforbedring i sammenheng. Riktig prioritering og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer og prosedyrer for behandling er våre viktigste virkemidler for å oppnå likeverdig behandling av høy kvalitet. Fagmiljøene skal lære

av egne erfaringer gjennom bruk av kvalitetsregistre og klinisk forskning som fokuserer på behandlingsresultat.

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

Kort om de enkelte planene

Videre utvikling av psykisk helsevern

Den regionale Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005-2015 ble vedtatt av styret i juni 2005. Planen beskriver utfordringene Helse Nord står overfor i forhold til styrking og videreutvikling av det psykiske helsevernet utover opptrappingsplanen.

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

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

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

Krav om omstilling, økt effektivitet og samhandling stiller store krav til lederne. Helse Nord RHF vil derfor satse på utvikling av lederrollen innen psykisk helse. Brukernes erfaringer og kompetanse utgjør et viktig supplement til spesialisthelsetjenestens faglige kompetanse. En prøveordning med å ansette medarbeidere i psykisk helsevern er i gang.

Rusomsorg - handlingsplan

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

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

Handlingsplan for geriatri

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

Handlingsplan for habilitering/rehabilitering

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

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

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

Handlingsplan for diabetes

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

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

Handlingsplan for revmatologi

Tilbud som ifølge handlingsplanen bør finnes i alle helseforetak er:

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

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

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

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

Handlingsplan for folkehelsearbeid

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

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

Forekomsten av overvekt og fedme er økende blant barn og voksne i Norge. Fedme medfører økt risiko for å utvikle bl.a. diabetes, hjerte- og karsykdommer, søvnapne og belastningsslidelser. Sterkt nedsatt livskvalitet, depresjon og uførhet er vanlig blant pasienter med sykkelig overvekt. Det regionale senteret for behandling av sykkelig overvekt bør fortsatt bidra til å standardisere behandling og oppfølging. En avgjørende faktor for å lykkes er at oppfølging og kontroller gjøres lokalt nær pasientens hjemsted. Det sentrale regionale senter ved Nordlandssykehuset Bodø skal bygge opp kunnskap og erfaring som igjen overføres til de sekundære enhetene, lokalsykehusene og primærhelsetjenesten, der fastlegene er viktige ressurspersoner jfr. reviderte nasjonale faglige retningslinjer for behandling av sykkelig overvekt.

Kreftbehandling

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

Kreftbehandling er avhengig av gode diagnostiske verktøy. Oppbygging av et PET-CT tilbud ved UNN HF fra 2010 er viktig for å ivareta god diagnostikk og oppfølging av enkelte

typer kreftsykdom samt gi mulighet for deltakelse i nasjonale så vel som internasjonale forskningsprosjekt.

Intensivmedisin

Handlingsplan for intensivmedisin ble vedtatt høsten 2008. Utredningen viser at intensivkapasiteten i Helse Nord samlet sett er god nok, men fagutviklingen har ført til at de fleste pasientene nå behandles ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset Bodø. De fleste intensivsengene ved mindre sykehus fungerer som overvåkingssenger som ikke representerer reell kapasitet for intensivbehandling. Planen konkluderer med at det er behov for en økning av kapasiteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset Bodø, og at det skal etableres en nivådeling i landsdelen i forhold til intensiv/overvåkingstilbudet ved sykehusene. Fagråd i intensivmedisin utreder faglige retningslinjer, protokoller og rutiner for samhandling mellom enhetene og overføring av pasienter mellom nivåene, slik at planen kan iverksettes fra 2010. Budsjettet ved UNN ble styrket i 2009 for å starte opptrapping av kapasiteten til 10 senger ved intensivheten der. Den videre opptrapping til 15 senger ved UNN Tromsø og 10 senger ved NLSH Bodø må fases inn i planperioden.

Barnemedisin

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

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

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

Smittevern og beredskap

Regionalt kompetansesenter for smittevern (KORSN) skal prioritere utvikling av felles informasjonssystemer og kompetanseutvikling i regionen. Det er etablert et faglig nettverk mellom helseforetakene innen smittevern. Insidensregistrering av postoperative sårinfeksjoner ble startet i 2007. Den regionale smittevernplanen ble revidert i 2007 og vedtatt av styret i februar 2008. Regionalt tuberkulosekontrollprogram ble revidert og vedtatt i 2008. I 2009 startes et prosjekt for å styrke kompetanse i smittevern i kommunene og styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Styrking av bemanning og kompetanse (sykepleiere og leger) og økt isolatkapasitet er prioriterte tiltak i årene som kommer. Arbeidet med å sikre lager og forsyning av kritiske legemidler og materiell videreføres.

Ny influensa A (H1N1) har medført revisjon av pandemiplaner og smittevernplaner i alle helseforetakene i 2009. Pandemiberedskapen er satt på prøve og evt. erfaringer fra årets pandemi som viser svakheter ved planverket må innarbeides i framtidige revisjoner av planene.

Ortopedi

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

Laboratoriemedisin

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

Fødselsomsorg

Stortingsmelding 12 (2008 – 2009): ” En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.” ble behandlet i helse- og sosialkomiteen i Stortinget i juni 2009. Regjeringen foreslår i meldingen at de regionale helseforetakene, sammen med berørte kommuner, pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Denne skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Planen skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akuttilbud ved lokalsykehus. De fødende skal sikres et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Planen skal omfatte rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for spesialister i fødselshjelp. Helse Nord har allerede et desentralisert og differensiert fødselstilbud, men vi må utvikle en regional plan i samarbeid med kommunene i planperioden som omfatter svangerskap- og barselomsorg og som sikrer en sammenhengende tjeneste. Utdanningsprogram innen obstetikk/gynekologi vil bli iverksatt i løpet av 2010.

Regional strategi for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester

Helse Nord RHF har vedtatt en regional strategi for desentraliserte spesialisthelsetjenester. Det legges opp til at de største pasientgruppene skal få sine tilbud på lokalsykehusene og gjennom de etablerte distriktsmedisinske sentre. Desentralisering av mer spesialiserte polikliniske tilbud og dagbehandlingstilbud gjennom ambulerende er både faglig og økonomisk fornuftig, særlig når det dreier seg om tilbud til relativt mange pasienter som ellers må reise med fly til Bodø eller Tromsø. Målet er at lokalsykehusene skal ha fleksible løsninger for å ta imot ambulerende spesialister og for bruk av telemedisinske tjenester mellom sykehusene. I tillegg er det vedtatt en plan for ambulerende fra private spesialister som innebærer styrking av tilbudet om spesialisthelsetjenester nært befolkningsområder av en viss størrelse uten sykehus.

Ny forskningsstrategi i Helse Nord RHF

Strategien vil være styrende for Helse Nord's satsinger i perioden 2010-2013, og mål for forskningen er:

1. Bedre pasientbehandling
2. Forskning av god og internasjonal kvalitet
3. Oppbygging og ivaretagelse av kompetanse
4. Bedre rammebetingelser for forskningsvirksomheten i helseforetak
5. Mer publisering og formidling

6. Mer innovasjon
7. Gode og etisk riktige prosesser

Målene skal oppnås blant annet gjennom å satse på topp og bredde, satse på alle helsefaggrupper og ansatte uansett profesjonstilhørighet, bruk av infrastruktur, samarbeid med universitet, høyskoler og andre samarbeidsparter. En sterkere satsing på helsetjenesteforskning og forskning knyttet til samhandling og samiske forhold er også fremtredende i strategien.