

Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF

- for planperioden 2018 – 2022;
og framtidsutsikter mot 2035
-



Pasientens
helsetjeneste

Riktig kompetanse,
nye arbeidsformer og
riktig bygg og utstyr!

Høringsutkast

Høringsperiode: 1. desember 2017 – 20. januar 2018

Innhold:

Sammendrag.....	5
1. Bakgrunn og historikk	8
1.1. Historikk for helseforetaket.....	8
1.2. Gjennomføring av prosjektet	8
1.2.1. Mandat	8
1.2.2. Organisering	9
1.2.3. Interessenter	10
1.2.4. Medvirkning og aktiviteter	10
2. Nåsituasjonen	12
2.1. Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet	12
2.1.1. Erfaringer fra pasienter og samarbeidspartnere	12
2.1.2. Pasientforløp.....	12
2.2. Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring ...	13
2.2.1. Forbruksmønster og pasientstrømmer.....	13
2.2.1.1. Rater for døgnopphold og liggedøgn somatikk	14
2.2.1.2. Rater for døgnopphold og liggedøgn for psykisk helsevern og rusbehandling	15
2.2.1.3. Pasientstrømmer og variasjon, somatikk	16
2.2.1.4. Pasientstrømmer og variasjon, psykisk helsevern for voksne	17
2.2.1.5. Pasientstrømmer og variasjon, psykisk helsevern for barn og unge	18
2.2.1.6. Pasientstrømmer og variasjon, tverrfaglig spesialisert rusbehandling	19
2.2.2. Dagens virksomhet, somatikk	20
2.2.3. Dagens virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	20
2.2.4. Dagens virksomhet, prehospitale tjenester	21
2.2.5. Kvalitet og pasientsikkerhet	21
2.2.6. Pasientopplæring.....	23
2.3. Oppgavedeling og samhandling	23
2.4. Organisering og ledelse	25
2.5. Bemanning og kompetanse.....	27
2.6. Forskning og innovasjon	29
2.7. Økonomi.....	30
2.8. Teknologi og utstyr	32
2.9. Dagens bygg - tilstand og muligheter	33
2.9.1. Tilstandsvurdering og oppgraderingsbehov	33
2.9.2. Bygningsstrukturelle egenskaper – tilpasningsdyktighet.....	35
2.9.3. Sykehuset Namsos	35

2.9.4. Sykehuset Levanger	36
2.9.5. DPS Kolvereid	37
2.9.6. DPS Stjørdal	37
2.9.7. Parkering	38
3. Overordnede strategier og føringer	39
3.1. Nasjonale føringer	40
3.2. Regionale føringer	40
3.3. Helse Nord-Trøndelag sin veg mot «pasientenes helsetjeneste»	41
4. Utviklingstrekk og framskriving	44
4.1. Demografi, sykdomsutvikling og andre endringsfaktorer	44
4.1.1. Aldrende befolkning	45
4.1.2. Økning i kroniske sykdommer	46
4.1.3. Infeksjoner og antibiotikaresistens	47
4.1.4. Teknologiske og medisinske framskritt	48
4.1.5. Teknologi som pådriver for ny organisering og nye samarbeidsformer	49
4.1.6. Den medvirkende pasienten	50
4.2. Framskrivning av aktivitet og kapasitetsberegning	50
4.2.1. Døgn - somatikk	51
4.2.2. Dagbehandling, dialyse og poliklinikk – somatikk	52
4.2.3. Operasjonsstuer, intensivplasser og tung overvåkning	54
4.2.4. Bildediagnostikk	55
4.2.5. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	57
4.2.6. Driftsprinsipper	60
4.3. Bemannings- og kompetansebehov	62
5. Analyse og veivalg	63
5.1. Alternative veivalg for helseforetaket	63
5.1.1. Geografiske forhold	63
5.1.2. Samarbeid med kommunene og desentraliserte tjenester	63
5.1.3. Variasjon i tilbudet	64
5.1.4. Medisinsk teknologi og IKT	65
5.1.5. Aktivitetsvekst og poliklinikk	66
5.1.6. Sengekapasitet	67
5.1.7. Operasjonsareal	67
5.1.8. Bruk av private aktører	68
5.1.9. Prehospitale tjenester	68
5.2. Risiko- og mulighetsanalyser (ROS-analyser)	69
5.3. Kriterier for valg mellom alternativene	69

5.4.	Valgt hovedløsning og satsningsområder	69
5.4.1.	Sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling	69
5.4.2.	Satsningsområder	71
5.4.2.1.	Samhandling med kommunene	72
5.4.2.2.	Rekruttering og kompetanse	72
5.4.2.3.	En aldrende befolkning	72
5.4.2.4.	Barn og unge	74
6.	Målbilde, tiltak og organisering for pasientenes helsetjeneste	75
6.1.	Pasientenes helsetjeneste – brukertilfredshet	75
6.2.	Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring ...	76
6.3.	Oppgavedeling og samhandling	77
6.4.	Organisasjon og ledelse	78
6.5.	Bemanning og kompetanse	78
6.6.	Forskning og innovasjon	79
6.7.	Økonomi	80
6.8.	Teknologi og utstyr	81
6.9.	Bygg	82
	Vedlegg og referanser	86

Sammendrag

Bakgrunn og gjennomføring

Strategisk utviklingsplan er en videreføring og revisjon av forrige utviklingsplan vedtatt den 16. februar 2015 (styresak 05-15¹). Arbeidet med Strategisk utviklingsplan er forankret i Nasjonal Helse- og sykehusplan og Strategi 2030 vedtatt av Helse Midt-Norge RHF, samt føringer vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 16. juni 2016. I denne styresaken ble arbeidet gitt føringer for både innhold og prosess gjennom mandat² og veileder³ for utviklingsplanarbeidet.

Utviklingsplanen skal virke sammen med langtidsplan/ langtidsbudsjett og gi utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene som blant annet kompetanse, teknologi, samhandling, organisering, bygg mv. Utviklingsplanen skal revideres hvert fjerde år, der første planperiode blir 2018 – 2022.

Fagmiljøene og de ansatte har vært involvert i ulike grupper knyttet til prosjektet. Arbeidet har bygget på tidligere rapporter og planer, samt ferske erfaringer, statistikk og rapporter. Arbeidet med Strategisk utviklingsplan har omfattet en kartlegging av nåsituasjonen, og det har vært sett på viktige utviklingstrekk for helsetjenesten fremover. Utfordringer og muligheter for Helse Nord-Trøndelag har blitt drøftet, og det er pekt ut noen satsningsområder for planperioden.

Utviklingstrekk

Generelt står vi overfor store samfunnsendringer i årene som kommer, både når det gjelder demografi, bosettingsmønster, sykdomsutvikling og teknologiske og medisinske muligheter. Pasientene har større valgfrihet og sterkere rettigheter, og har større forventninger til helsetjenesten enn tidligere med tanke på blant annet tilgjengelighet og kvalitet.

Demografiske framskrivninger viser at det er den eldste aldersgruppen som vokser mest, og levealderen øker. Det er forventet en økning i forekomst av kroniske sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser/rus er sykdommer som fører til stort helsetap, og dette er en utfordring Helse Nord-Trøndelag og kommuner/fastleger må møte sammen.

En annen viktig faktor som vil ha betydning for helsetjenesten i årene framover er økende omfang av antibiotikaresistens. I Norge og resten av Norden er forholdene fortsatt relativt gunstige sammenlignet med mange andre land, men også vi har de senere år sett en urovekkende utvikling når det gjelder resistensproblematikk.

Den teknologiske utviklingen vil påvirke utviklingen av helsetjenesten, der digitalisering, nanoteknologi, bioteknologi, kunstig intelligens og robotisering er noen stikkord for den nære framtid.

Innføring av Helseplattformen⁴ i 2021-2022 vil være en avgjørende endringsfaktor. Gjennom utarbeidelsen av felles elektroniske pasientinformasjoner på tvers av foretak vil man kunne avdekke og avklare unødvendige forskjeller i gjennomføring og kontrollopplegg av aktuelle diagnose/prosedyre. Dette vil kunne skape «pasientenes helsevesen» hvor pasienten er den sentrale aktør. Pasientene og pårørende er en viktig ressurs, og må involveres i egen behandling i større grad.

Utviklingen beskrevet ovenfor kan føre til et større behov for helsetjenester generelt, samtidig vil spesialisthelsetjenesten trolig få mer spesialiserte funksjoner og oppgaver i lys av den teknologiske

¹ Styrevedtak – utviklingsplan 2030: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2005-15%20Utviklingsplan%202030%20for%20Helse%20Nord-Trøndelag%20HF.pdf>

² Mandat gitt av styret: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2054-16%20vedlegg%20mandat%20lokal%20utviklingsplan%20HNT.pdf>

³ Veileder for utviklingsplaner: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2053-16%20vedlegg%20Veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf>

⁴ Informasjon om Helseplattformen: <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>

utviklinga. Framskriving av aktivitet viser blant annet en økning i behov for senger fram mot 2035 og en forventet poliklinisk økning, noe som vil kreve areal og personell i framtida.

Kriterier for valgene fremover

Helse Nord-Trøndelag har ambisjon om at alle innbyggere i vårt opptaksområde skal ha likeverdig tilgang til behandling med samme kvalitet, og uønsket variasjon skal unngås. Vi skal utvikle og ivareta gode og standardiserte pasientforløp som også muliggjør individuell tilpasning bygd på pasients behov og medvirkning. Vi skal ha god samhandling med kommunene, der helsetjenesten, sammen med pasienten, må ta ansvar for helhet, sammenheng og gjennomføring av behandlingen.

Helse Nord-Trøndelag skal ha en kultur som preges av likeverd og jobbing mot felles mål. Vi skal holde avtaler vi har med pasientene, og vi skal vise respekt. Pasienten skal være en sentral aktør i eget pasientforløp. Pasienten skal oppleve: «Ingen beslutning om meg – uten meg».

HNT vil legge følgende til grunn for valgene fremover:

- **Pasientenes helsetjeneste;** Pasientorientert, likeverdig pasientbehandling, nærhet ved akutte behov, nærhet for kronikere.
- **Faglig samarbeid;** Lagspillere, sikre god samhandling på tvers av nivå og organisatoriske grenser. Samarbeid og helhetlige tjenester for somatikk, psykisk helsevern og rus.
- **Bærekraftig fagmiljø;** Rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell
- **Utviklingskraft;** Fleksibilitet, endringsevne og endringsledelse – dette for å kunne jobbe målrettet med forskning, utvikling, kontinuerlig forbedring og innovasjon.
- **Teknologi;** Helseplattformen, ny medisinsk teknologi, ny teknologi for bedre samhandling og kvalitet, samt effektiv drift.
- **Økonomisk bærekraft;** Sikre tilstrekkelig midler for god drift, nødvendige investeringer og utviklingstiltak fremover.

Satsingsområder for Helse Nord-Trøndelag 2018 – 2022 (2035)

I kapittel 5 beskrives satsingsområder for Helse Nord-Trøndelag. Noen av de sentrale områder som skal ha fokus i planperioden er:

- **Barn og unge;** En av de største utfordringene innenfor psykisk helsevern for barn og unge er rekruttering, utdanne og beholde kritisk kompetanse. Spesielt utfordrende er det i forhold til lege og psykologspesialister. Dette må ha ekstra fokus i planperioden.
- **Samhandling med kommunene;** Vi må finne gode løsninger for hva som skal være desentraliserte tjenester, og hva som skal tilbys i sykehusene. Vi må, i samarbeid med kommunene, finne hensiktsmessig teknologiske løsninger for bedre og mer effektivt samarbeid.
- **En aldrende befolkning;** Det vil bli en betydelig økning i antall eldre fram mot 2022 og 2035, og Helse Nord-Trøndelag må sikre et dimensjonert og godt tilbud for å møte det økende helsetjenestevolumet for eldre med sammensatte lidelser.
- **Rekruttering – kompetanse;** Det er viktig at det opprettholdes robuste fagmiljø, rett person på rett plass og tilstrekkelig og god kompetanse.

Det vil være viktig med satsing på teknologi og utvikling som virkemiddel i arbeidet med de sentrale områdene nevnt ovenfor

Det forventes vekst i poliklinisk aktivitet. Ikke all denne veksten kan møtes med nye bygg og mer personell. Vi må også møte utfordringen ved at vi utvikler, endrer og forbedrer måten vi driver dagens spesialisthelsetjeneste på. Det må gjøres en grundig gjennomgang av dagens sengeareal og sengeposter, dette for å sikre at vi bruker sengene hensiktsmessig, fleksibelt og utnytter dem på en god måte.

Sengeområdene er lite hensiktsmessige etter dagens standard, med få enerom, dårlig mulighet for smitteisolering, lite lagerkapasitet og få støtterom.

Det kan se ut som at helsetjenester alltid er en knapphetsressurs. Det må vurderes om vi har de rette prioriteringer i helsetjenesten, og om forbruk av helsetjenester er likeverdig fordelt. I denne sammenhengen vil det være hensiktsmessig å se på variasjon i forbruk og medisinsk praksis.

Det er behov for bygningsmessige tiltak. Dette gjelder både nybygg, sanering av gamle bygg, renovering og vedlikehold. Den økonomiske situasjonen i HNT begrenser hvor mange tiltak som kan gjennomføres de neste årene. Det må derfor gjøres en tøff prioritering mellom ulike tiltak.

Kapittel 6 beskriver overordnede mål og det er nedfelt en del tiltaksområder. Tiltaksområdene vil ha behov for videre konkretisering med involvering av relevante fagmiljø. Selv om behovene er mange og mye skulle vært gjort, må vi ha et realistisk forhold til hva som er økonomisk mulig og bærekraftig.

1. Bakgrunn og historikk

1.1. Historikk for helseforetaket

Helse Nord-Trøndelag ble etablert i 2002 i forbindelse med Statens overtagelse av sykehusene. Før den tid var det Nord-Trøndelag fylkeskommune som hadde ansvar for sykehusdriften. Endringen førte til at fylkets to sykehus ble samlet under en felles organisasjon, og Innherred sykehus og Namdal sykehus skiftet navn til Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. I tillegg til disse endringene ble det etablert et desentralisert psykiatrisk tilbud, og DPS Stjørdal og DPS Kolvereid (distriktpsikiatrisk senter) ble innlemmet i helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag har også ansvaret for akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) og ambulansetjenesten.

Organiseringen i helseforetaket har stort sett vært uendret i perioden 2005 – 2016. Våren 2016 ble det igangsatt en omorganiseringsprosess kalt «Pasientorientert organisering». Prosessen resulterte i ny klinikkorganisering fra 1. januar 2017. Videre ble avdelings- og seksjonsnivå gjennomgått i 2017, og det ble iverksatt ny organisering i de fleste avdelinger i løpet av 2017.

1.2. Gjennomføring av prosjektet

1.2.1. Mandat

Arbeidet med utviklingsplan er initiert av Helse Midt-Norge gjennom foretaksmøte 2. juni 2016, se foretaks[protokoll](#). I sak 54-16⁵ den 16. juni vedtok styret i Helse Midt-Norge RHF mandat for helseforetakenes utviklingsplaner. Det ble gitt mandat⁶ til hvert foretak og en veileder⁷ som har gitt føringer for både innhold og prosess. Forrige utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag (utviklingsplan 2030⁸) ble vedtatt den 16. februar 2015 (styresak 05-15⁹).

Ved hjelp av Strategisk utviklingsplan skal Helse Nord-Trøndelag utarbeide en felles retning og forståelse for hvordan vi skal utvikle best mulig helsetjenester i et mellomlangt og langt perspektiv (mot 2022 og 2035).

Mandat og veileder sier blant annet at utviklingsplanen skal virke sammen med langtidsplan/ langtidsbudsjett og skal gi samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene (kompetanse, teknologi, samhandling, organisering, bygg mv.). Utviklingsplanen skal revideres hvert fjerde år, der første planperiode blir 2018 – 2022.

Kirurgisk akuttberedskap

Som en del av mandatet ble Helse Nord-Trøndelag bedt om: «... å beskrive framtidig organisering og nivå på akuttkirurgisk beredskap ved Sykehuset Namsos, herunder hvilke tiltak som planlegges for å sikre nødvendig kompetanse slik at kvalitet og pasientsikkerhet i det akuttkirurgiske tilbudet blir ivaretatt». Dette deloppdraget skulle svares ut innen 31. januar 2017 (punkt 4 i styrevedtaket fra Helse Midt-Norge).

⁵ Vedtakssak fra Helse Midt-Norge vedr. utviklingsplaner: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2054-16%20Mandat%20for%20lokale%20utviklingsplaner.pdf>

⁶ Mandat gitt av styret Helse Midt-Norge: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2054-16%20Vedlegg%20mandat%20lokal%20utviklingsplan%20HNT.pdf>

⁷ Veileder for utviklingsplaner: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2053-16%20Vedlegg%20Veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf>

⁸ Utviklingsplan 2030: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2005-15%20Vedlegg%20Utviklingsplan%202030%20for%20Helse%20Nord-Trøndelag%20HF.pdf>

⁹ Styrevedtak – utviklingsplan 2030: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2005-15%20Utviklingsplan%202030%20for%20Helse%20Nord-Trøndelag%20HF.pdf>

Det ble nedsatt en egen arbeidsgruppe i Helse Nord-Trøndelag som skulle svare ut mandatet og drøfte problemstillingen fra Helse Midt-Norge¹⁰.

1.2.2. Organisering

Arbeidet med Strategisk utviklingsplan har vært organisert som et eget prosjekt med følgende organisering:

Rolle:	Navn
Prosjekteier	Administrerende direktør, Torbjørn Aas
Styringsgruppen	Torbjørn Aas, Adm. dir (leder av styringsgruppa) Ola Stene, Rådmann, Levanger Kommune (repr. KS). Hege Trana, hovedtillitsvalgt Annbjörg Støa, foretakstillitsvalgt Tone Wanderås, Hovedverneombud Tina Eilertsen, Klinikkleder – Klinikk for kirurgi Kathinka Meirik, Klinikkleder – Klinikk for psykisk helsevern og rus Øystein Sende, Klinikkleder – Klinikk for prehospitale tjenester Stein Erik Breivikås, senterleder – Senter for virksomhetsstøtte og utvikling Paul Georg Skogen, fagsjef Hilde Tyldum Stordahl, leder for Brukerutvalget Rune Wiseth, klinikkssjef for hjertemedisin, St. Olavs hospital HF
Prosjektleder	Anne Grete Valbekmo
Arbeidsgrupper for område/tema der det er aktuelt.	Opprettet etter behov
Referansegruppe	Brukerutvalget Ungdomsråd (eget brukerutvalg for ungdom, planlagt opprettet våren 2017) Politisk samarbeidsutvalg (PSU) og Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) Faglig ressursgruppe

Den *faglige ressursgruppen* har hatt som hovedoppgave å delta i drøftinger og gi innspill slik at det arbeidet som gjøres er relevant og faglig forankret, samt bidra med å få ulike perspektiver belyst. Den faglige referansegruppen besto i utgangspunktet av 12 personer, men ble supplert med flere deltagere fra klinikkene slik at det har vært rundt 30 deltagere på de tre møtene som har vært arrangert.

Helse Nord-Trøndelag har hatt en *koordineringsgruppe* bestående av Samhandlingssjef, Forskningssjef, Økonomisjef/økonomirepresentant, HR-sjef, Kvalitetssjef, Kommunikasjonssjef, Data- og analysesjef, Eiendomssjef og en avdelingsoverlege. Denne gruppen har bistått med skrivearbeid og vært med å sikre koordinering mellom de ulike temadelene i utviklingsplanen.

I slutfasen av arbeidet ble det nedsatt en *skrivekomite*. Denne komiteen har bestått av koordineringsgruppens medlemmer, samt oppnevnte personer fra de ulike klinikkene (fagfolk og ledere). Skrivekomiteens hensikt har vært å sørge for at Strategisk utviklingsplan får en faglig forankring og legitimitet. Videre har skrivekomiteen bistått med hjelp til skrivearbeid og redigering slik at språk, fokus og innhold oppleves relevant og blir forståelig.

Som del av mandatet fra Helse Midt-Norge har det vært gjennomført en parallell, *ekstern kvalitetssikring* av prosessen med utarbeidelse av utviklingsplanen. Helse Midt-Norge valgte WSP¹¹ som konsulentfirma for å utføre denne kvalitetssikringen, og det har vært flere møter og dialog med WSP underveis.

¹⁰ Mandatet og rapport, inkl. vedlegg fra gruppa; <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/strategiskutviklingsplan/layouts/15/start.aspx#/Arbeidsgruppe%20%20Kirurgisk%20akuttberedskap/Forms/AllItems.aspx>

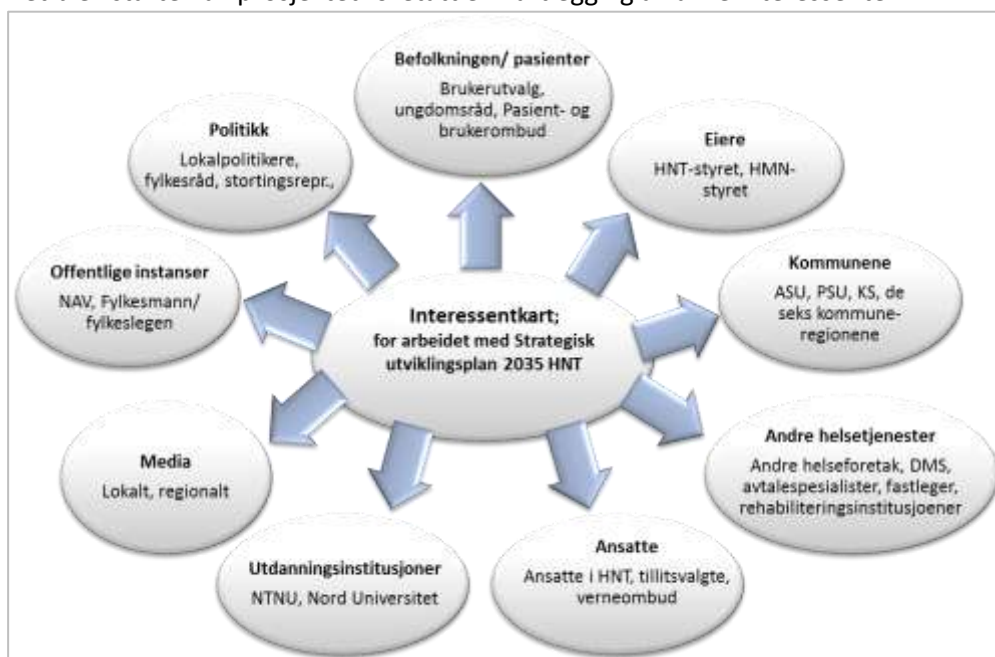
¹¹ Informasjon om WSP: <http://www.wsp-pb.com/no/Norway/Hvem-er-vi/Om-oss/>

Det har vært opprettet en *regional koordineringsgruppe* bestående av representanter fra de tre helseforetakene og representanter fra Helse Midt-Norge. Første møtet ble gjennomført juni 2016, og det har stort sett vært ett Skype-møte pr måned i prosjektperioden. Møtene har vært en nyttig arena for koordinering og erfaringsoverføring.

Det har vært ulike *regionale grupper* som har drøftet ulike tema og kommet med innspill.

1.2.3. Interessenter

Det ble i starten av prosjektet foretatt en kartlegging av ulike interessenter.



Figur 1.1 – Oversikt over interessenter

De ulike interessentene har hatt ulikt behov for informasjon, både når det gjelder innhold og hyppighet. Innholdet i *Strategisk utviklingsplan* omfatter ulike tema, og vektingen og oppfølgingen av målgruppene har vært vurdert fortløpende.

Prosjektet har hatt en egen kommunikasjonsstrategi som ble godkjent av styringsgruppa 9. februar 2017.

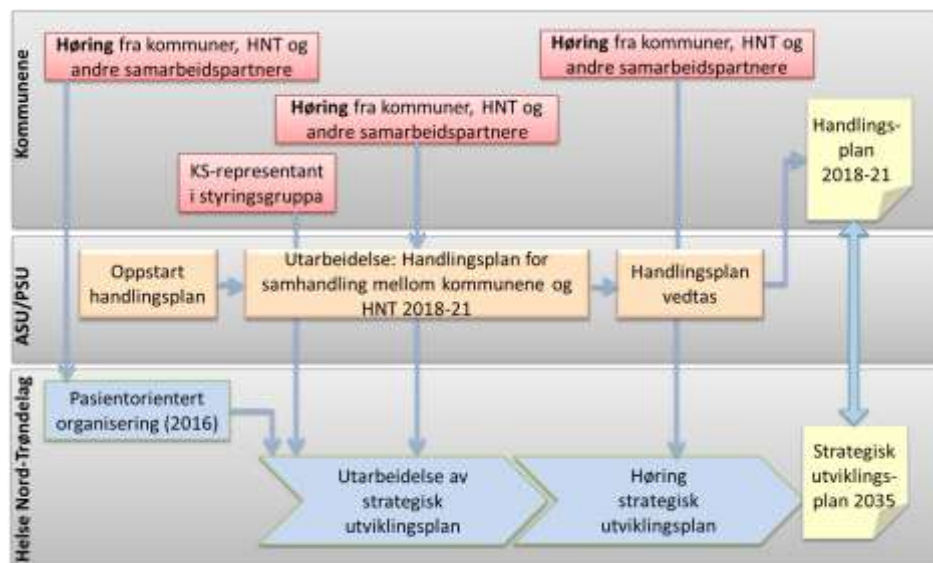
1.2.4. Medvirkning og aktiviteter

Dialog med kommunene, brukerorganisasjonene og tillitsvalgte er ivarettatt gjennom etablerte møtefora, i tillegg til deltagelse i styringsgruppen.

Kommunenes involvering er koordinert av samhandlingssjefen. Det ble startet en strategiprosess i mars 2017, der det ble gjennomført et heldagsmøte med Administrativt samarbeidsutvalg og Politisk samarbeidsutvalg. I etterkant har det vært flere arbeidsmøter, og det er jobbet med en felles handlingsplan for samhandling mellom kommune og Helse Nord-Trøndelag 2018 – 2021. Handlingsplanen følger som *vedlegg 1*.

Det er tatt inn relevante elementer fra denne handlingsplanen inn som tiltaksområder i kapittel 6 når det gjelder samhandlingsområdet. Tanken har vært at Strategisk utviklingsplan skal ta innover seg det som fremkommer i samarbeidet rundt handlingsplanen. Arbeidet med organisasjonsprosessen «Pasientorientert organisering» og resultatet fra denne er en del av det som tas med i Strategisk utviklingsplan. I forbindelse med fase 1 i Pasientorientert organisering var det en høringsrunde i oktober 2016, der kommune også ble invitert til å komme med innspill.

Kommunenes involvering i utviklingsplanarbeidet er illustrert i figur 1.2 på neste side.



Figur 1.2 – Kommunenes involvering i arbeidet med Strategisk utviklingsplan

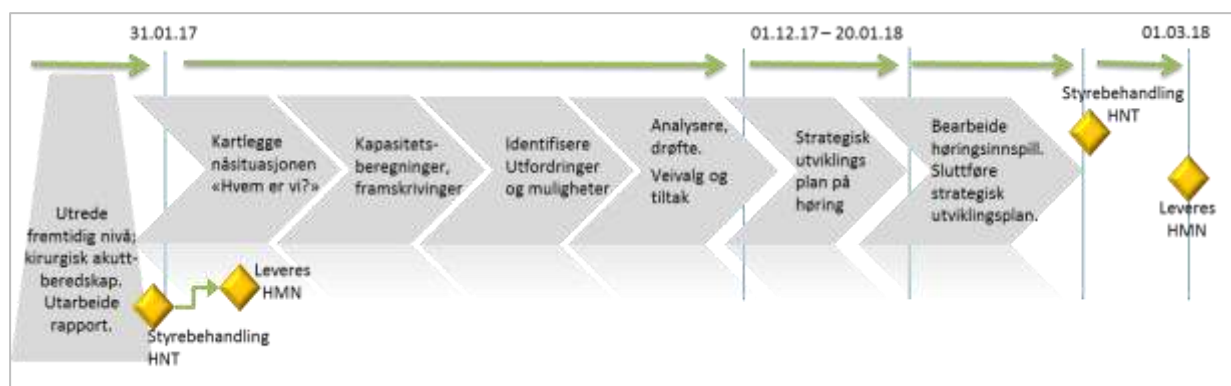
Involvering av ulike *fagmiljø* og *klinikker* har vært en viktig del for å få frem utfordringsbildet for foretaket, samt hvilke muligheter og veivalg foretaket har fremover. Det har vært skrevet oppsummeringsnotat fra alle møter, og disse har vært utlagt på prosjektsiden på foretakets intranett. Prosjektet har også lagt vekt på å fremskaffe *tidligere planer*, utredninger og strategier for Helse Nord-Trøndelag, dette for å sikre at man tar med relevant innhold fra disse inn i Strategisk utviklingsplan 2035. Videre har prosjektet hentet innhold til utviklingsplan fra *andre relevante prosesser og prosjekter* som har pågått i 2016 og 2017.

Arbeidet med utviklingsplan fikk tidlig en egen nettside på internett hvor alle sentrale dokumenter; Referater, bestillinger, mandater og føringer underveis ble lagt ut. Det ble laget et eget prosjektområde på intranettet (Innblikk) der arbeidsdokumenter av mer uformell og uferdig karakter har blitt lagt.

Fremdrift

Som figur 1.3 viser så ble det først jobbet med delrapporten vedrørende kirurgisk akuttberedskap, dette i henhold til bestilling fra Helse Midt-Norge. Dette arbeidet pågikk fra 1. september 2016 og frem til levering av sluttrapport 31. januar 2017.

Etter den tid har prosjektet jobbet med utviklingsplanen i sin helhet. Arbeidet med planen har vært strukturert etter veilederens kapitteinndeling. Rapport med framskriving og kapasitetsberegninger ble levert av Sykehusbygg den 29. september 2017.



Figur 1.3 – Overordnet fremdriftsplan for arbeidet med Strategisk utviklingsplan

2. Nåsituasjonen

Helse Nord-Trøndelag eies av Helse Midt-Norge RHF. Pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell er sykehusets fire hovedoppgaver, definert i lov om spesialisthelsetjenesten.

Helse Nord-Trøndelag gir sykehustilbud til innbyggerne i Nord-Trøndelag, og har ansvaret for at 140 000 innbyggere får et godt og likeverdig helsetilbud. Dette gjelder 23 kommuner i Nord-Trøndelag, samt Osen og Roan i Sør-Trøndelag og Bindal i Nordland. Nedslagsfeltet for Sykehuset Levanger omfatter 95 000 innbyggere, hvorav 73 000 er over 18 år. Sykehuset Namsos sitt nedslagsfelt omfatter 43 000 innbygger, hvorav 34 000 er over 18 år¹².

2.1. Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

2.1.1. Erfaringer fra pasienter og samarbeidspartnere

Helseforetaket skal ha en kunnskapsbasert praksis, se fig. 2.1. Erfaringer fra brukere og våre samarbeidspartnere er avgjørende for vårt forbedringsarbeid

Helse Nord-Trøndelag har deltatt i de nasjonale brukerundersøkelsene PasOpp¹³ i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten siden 2011. Den nordtrønderske pasienten har vært blant de mest fornøyde, og områdene det scores høyest på er: samarbeid med pleiepersonell og legene, og hvordan pårørende blir ivarettatt.

De områdene Helse Nord-Trøndelag scorer lavest på er *samhandling, utskrivning og ventetid*. Resultatene bekreftes også av Riksrevisjonens undersøkelse i 2015¹⁴.

Det er flere avdelinger i helseforetaket som har egne brukerundersøkelser som brukes i internt forbedringsarbeid.

Det er etablert et gjensidig avvikssystem¹⁵ mellom kommunene og helseforetaket med 200 – 300 avviksmeldinger årlig. Disse meldingene brukes aktivt i forbedringsarbeid og på dialogmøter mellom kommuneregionen og helseforetaket.

Helseforetaket har brukerutvalg og ungdomsråd.

2.1.2. Pasientforløp

Helse Nord-Trøndelag sitt arbeid med pasient- og pakkeforløp er sentralt i det kontinuerlige forbedringsarbeidet og for å sikre kunnskapsbasert praksis. Kontinuerlig forbedring er forankret i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten (2016)*.



Figur 2.1 – Viktige bidrag i arbeidet med å oppnå kunnskapsbasert praksis

¹² Tall fra 2015

¹³ PASOPP rapporter: <http://www.kunnskapssenteret.no/serier/passopp-rapporter>

¹⁴ Riksrevisjonens rapport: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>

¹⁵ Avviksmeldinger: <https://hnt.no/helsefaglig/samhandling/samhandlingsavvik-og-forbedringsforslag>

Regionale pasientforløp

Det er utviklet en rekke pasientforløp i Helse Nord-Trøndelag¹⁶, dette gjennom et regionalt samarbeid i spesialisthelsetjenesten. En utfordring med disse pasientforløpene er at de i for liten grad involverer kommunehelsetjenesten, fastlegene og andre samarbeidspartnere. Utfordringen framover er å utarbeide helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem (HPH)¹⁷ slik at Helse Nord-Trøndelag og samarbeidspartnere får avklart forventninger, roller og oppgaver i de ulike fasene av pasientforløpene. I Nord-Trøndelag er det utviklingsprosjekt mellom Helse Nord-Trøndelag og flere kommuner der man ser på utvikling av helhetlige forløp¹⁸.



Nasjonale pakkeforløp

Fra nasjonalt hold ble det i 2015 etablert 28 pakkeforløp for kreft¹⁹. Disse standardiserte pasientforløpene er basert på nasjonale faglige retningslinjer i de nasjonale handlingsprogrammene på kreftområdet. Hensikten er å bidra til forutsigbarhet og trygghet for pasientene ved mistanke om kreft. Nye nasjonale pakkeforløp innen psykisk helsevern og rus er planlagt implementert i 2018.

Det er utviklet et IKT-verktøy (eSP) for overvåking av pakkeforløpene. Dette viser i sanntid hvor pasienten er i forløpet, og viser hvor eventuelle flaskehalser er.

2.2. Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

Helse Nord-Trøndelag disponerer rundt 377 døgnenger (pr. 01.01.2017). Psykiatrisk fagområde har 87 senger ved Sykehuset Levanger og 26 senger ved Sykehuset Namsos. Somatisk fagområde har 173 senger Sykehuset Levanger og 91 senger Sykehuset Namsos.

Økt tilstrømming av pasienter utfordrer sengetall og beleggsprosent. Det utfordrer også bemanningsmodeller, arbeidstidsbestemmelser og antallet hvilken kompetanse som bør være på jobb til enhver tid. Helse Nord-Trøndelag's bygningsmasse gir utfordringer i form av lite fleksibelt sengeareal, få enerom og isolat. I kombinasjon med høy beleggsprosent og sykere pasienter med mer sammensatte problemstillinger, så gir dette utfordringer i pasientbehandlingen.

For Helse Nord-Trøndelag sett under ett har den gjennomsnittlige ventetiden over år viste en ønsket fallende tendens. Gjennomsnittlig ventetid i 2011 var 78 dager, for 2016 var ventetiden redusert til 59 dager. Det arbeides kontinuerlig med å redusere ventetiden for de som skal motta våre tjenester. Så langt i 2017 (t.o.m. september) ligger den gjennomsnittlige ventetiden under de mål man har satt seg utenom BUP som følges opp særskilt.

2.2.1. Forbruksmønster og pasientstrømmer

Framskrivinga (Sykehusbygg, 2017) viser til at forbruk av helsetjenester i regionen varierer, både mellom foretak og mellom kommunene i nedslagsfeltet til Helse Nord-Trøndelag.

¹⁶ http://data.hnt.no/ftp/eqspub/public/pasientforlop/docs/doc_15219/index.html

¹⁷ <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/helhetlig-pasientforlop-i-hjemmet/>

¹⁸ <https://www.facebook.com/helhetlig/>

¹⁹ Generell informasjon om alle pakkeforløpene; <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/pakkeforlop-for-kreft-generell-informasjon-for-alle-pakkeforloepene-for-kreft/seksjon?Tittel=pakkeforlop-pa-kreftomradet-1375>

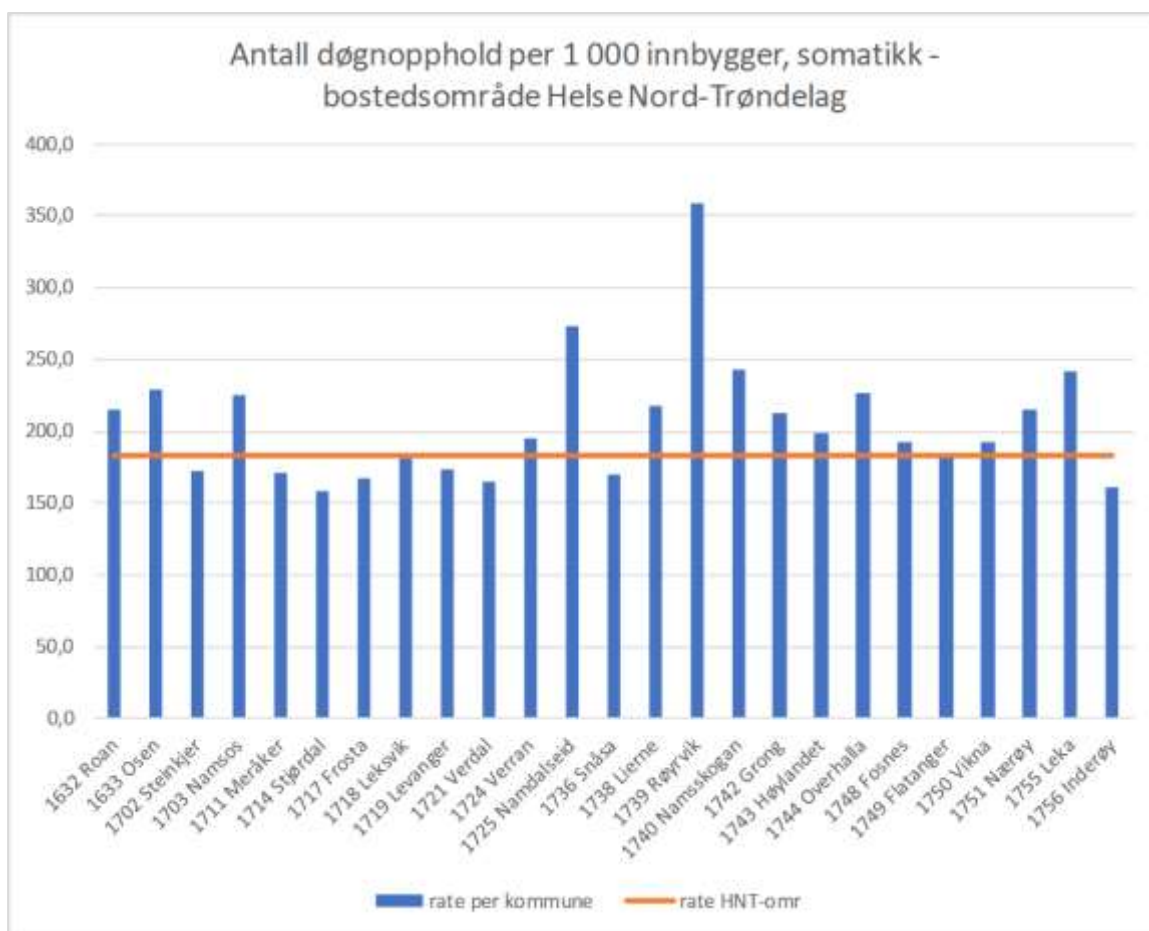
Viser ellers til Helseatlas²⁰ for rater og bruk av helsetjenester i Norge. Helseatlas er et verktøy for å sammenlikne befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder, uavhengig av hvilket sted pasientene behandles. Helseatlas er en nettbasert karttjeneste. Atlatet er et tredelt produkt som består av et interaktivt Norgeskart, fakta-ark og en rapport som redegjør for metode og med mer inngående beskrivelse av hvert pasientutvalg.

2.2.1.1. Rater for døgnopphold og liggedøgn somatikk

For Helse Nord-Trøndelag HF er gjennomsnittsraten for døgnopphold pr 1000 innbygger på 192,8. Til sammenligning ligger Helse Møre og Romsdal på 169,9 og St. Olavs hospital på 145,2. Landet ellers ligger på 160,3. Vertskommunene for sykehus har tradisjonelt hatt en tendens til å ligge høyt i forbruksrater. For helseregionen i Midt-Norge er dette mønsteret ikke entydig.

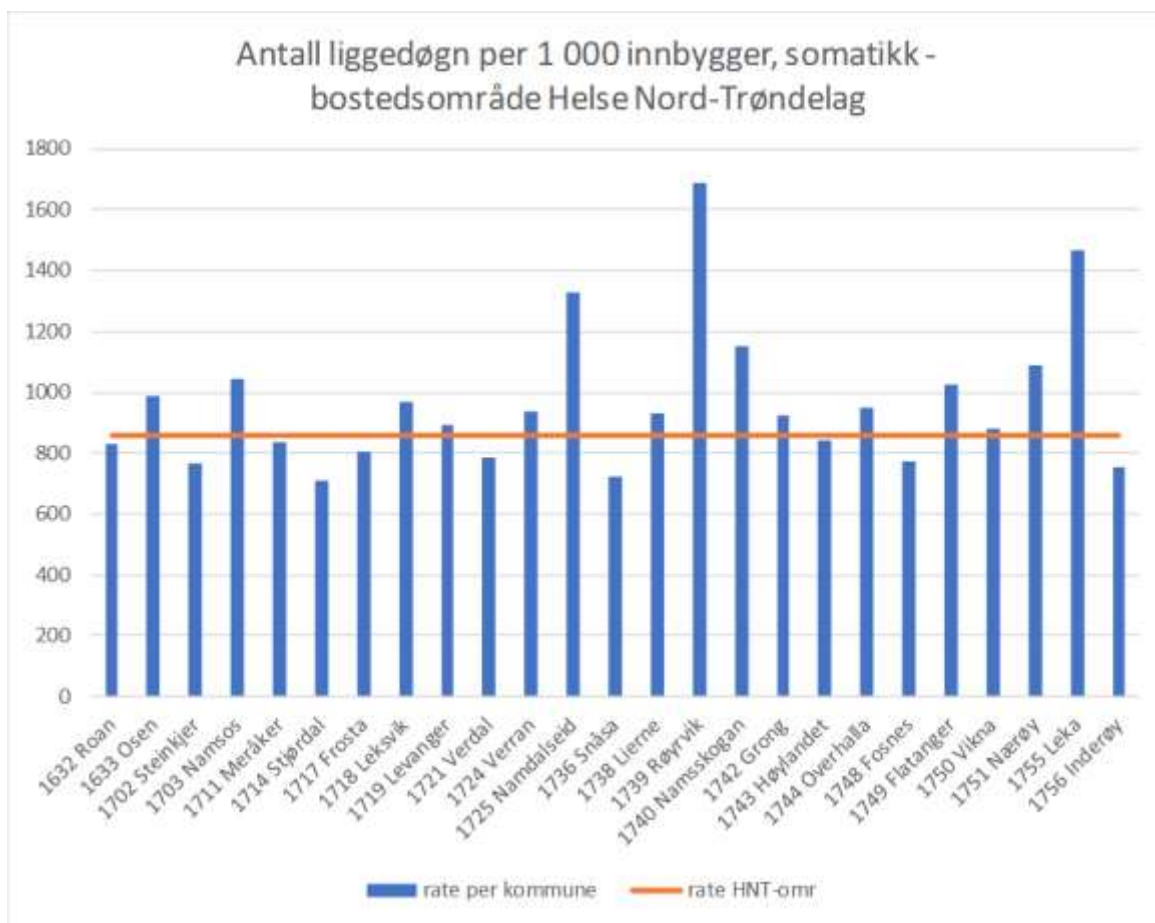
For Helse Nord-Trøndelag ligger Namsos over og Levanger under gjennomsnittsraten for døgnopphold. Når det gjelder avstand til sykehus kan det ikke leses spesielle trender ut av tallene for 2015 for Helse Nord-Trøndelag.

Figur 2.2 og 2.3 under viser henholdsvis tallet for døgnopphold pr. 1000 innbygger, og tallet for liggedøgn pr. 1000 innbygger for somatiske pasienter.



Figur 2.2 – Døgnopphold pr. 1000 innbygger somatikk (Sykehusbygg, 2017)

²⁰ www.helseatlas.no



Figur 2.3 – Liggedøgn pr. 1000 innbygger somatikk (Sykehusbygg, 2017)

2.2.1.2. Rater for døgnopphold og liggedøgn for psykisk helsevern og rusbehandling

For psykisk helsevern og rus, ser man betydelig variasjon i forbruksrater mellom foretakene i regionen.

Opphold	HMR	HNT	St. Olav
PHV voksen			
- opphold	14,9	11,5	13,8
- liggedøgn	258,2	192,7	237,5
PHV barn og unge			
- opphold	3,4	5,2	2,4
- liggedøgn	36,7	64,3	34,3
TSB			
- opphold	5	3,5	4,6
- liggedøgn	148,3	129,8	120,3

Tabell 2.1 – Rater (opphold/1000innb.) døgnopphold alle HF, Psykisk helsevern og rusbehandling (Sykehusbygg, 2017)

Helse Nord-Trøndelag har de høyeste ratene for barn og unge, både for opphold og liggedøgn, med omlag det dobbelte av St. Olav. For psykisk helsevern voksne ligger Helse Nord-Trøndelag lavest av foretakene, med størst forskjell for liggedøgn. Ratene for rusbehandling varierer også betydelig, der Helse Nord-Trøndelag ligger lavt på opphold, men ikke på liggetid. Helse Nord-Trøndelag har få plasser for rusbehandling i eget foretak, de har historisk ikke hatt egne rusbeholdingsinstitusjoner. Ut fra ratene kan det stilles spørsmål om mangel på behandlingsinstitusjoner i eget bostedsområde påvirker forbruket av behandlingsopphold (Sykehusbygg, 2017).

For psykisk helsevern for voksne, barn og unge, og for rusbehandling er antall opphold og liggedøgn på kommunenivå få, variasjonene mellom kommunene er store og tilfeldige, tydelig relatert til enkeltpersoner/ et fåtall av personer. Det gir ingen relevant informasjon å presentere rater for døgnopphold og liggedøgn på kommunenivå innenfor bostedsområdene for disse sektorene.

2.2.1.3. Pasientstrømmer og variasjon, somatikk

Pasientstrømmer

Tallmaterialet presentert for pasientstrømmer tar utgangspunkt i pasienter bosatt i helseforetaket sitt bostedsområde og hvor de fikk utført behandling i 2015. All aktivitet er medregnet. Tabellen under viser pasientstrømmene for somatiske døgnpasienter i 2015.

Behandlings- nivå (NPR)	Bostedsområde	Behandlingssted									Total
		Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs hospital HF	Helse Nord- Trøndelag HF	HF i Helse Sør-Øst RHF	HF i Helse Vest RHF	HF i Helse Nord RHF	Private sykehus	Privat avtalespes	Privat rehab inst	
Døgn	1,00 Møre og Romsdal	81,6 %	11,1 %	0,1 %	2,8 %	1,2 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	2,8 %	100,0 %
	2,00 St Olavs omr	0,3 %	90,4 %	0,5 %	3,6 %	0,6 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	4,0 %	100,0 %
	3,00 Nord-Trøndelag	0,1 %	15,8 %	77,2 %	2,1 %	0,4 %	0,4 %	0,1 %	0,0 %	3,8 %	100,0 %
	Total	31,7 %	43,4 %	17,1 %	3,0 %	0,8 %	0,3 %	0,3 %	0,0 %	3,5 %	100,0 %
Dag (Dagkirurgi og dialyse)	1,00 Møre og Romsdal	82,6 %	5,7 %	0,0 %	0,7 %	0,4 %	0,1 %	10,6 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	2,00 St Olavs omr	0,1 %	79,1 %	1,5 %	1,2 %	0,1 %	0,1 %	17,8 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	3,00 Nord-Trøndelag	0,0 %	10,1 %	79,1 %	0,5 %	0,1 %	0,2 %	10,0 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
	Total	30,7 %	36,8 %	17,9 %	0,9 %	0,2 %	0,1 %	13,4 %	0,0 %	0,0 %	100,0 %
Poliklinikk	1,00 Møre og Romsdal	80,8 %	5,3 %	0,0 %	1,2 %	0,7 %	0,1 %	0,2 %	11,6 %	0,1 %	100,0 %
	2,00 St Olavs omr	0,1 %	68,8 %	0,2 %	1,1 %	0,2 %	0,1 %	5,8 %	21,9 %	1,7 %	100,0 %
	3,00 Nord-Trøndelag	0,1 %	15,2 %	53,8 %	0,7 %	0,2 %	0,2 %	1,2 %	28,0 %	0,6 %	100,0 %
	Total	28,3 %	36,0 %	10,7 %	1,1 %	0,4 %	0,1 %	2,9 %	19,5 %	0,9 %	100,0 %

Tabell 2.2 – Pasientstrømmer somatikk døgn, dag og poliklinikk 2015 (Sykehusbygg, 2017)

Analysen Sykehusbygg har utført for somatikk viser at i 2015 fikk innbyggerne i Midt-Norge i all hovedsak sin døgnbehandling ved ett av de tre foretakene (Sykehusbygg, 2017). Helse Nord-Trøndelag har noe lavere egendekningsgrad når det gjelder døgnbehandling, enn hva som er tilfelle for HMR og St. Olavs hospital. Helse Nord-Trøndelag tilbyr ikke alle tjenester/prosedyrer/behandlinger. Dette fører blant annet til at pasienter blir sendt til St. Olavs hospital for eksempel for visse inngrep i forbindelse med hjerte, biopsier i forbindelse med kreft etc.

For dagpasienter ligger egendekningen til Helse Nord-Trøndelag HF på 79,1 %.

Når det gjelder poliklinisk aktivitet så viser tabell 2.2 at Helse Nord-Trøndelag har en egendekning på 53,8 %. En god del av de nordtrønderske pasientene får behandling hos private og St. Olavs hospital, der private avtalespesialister har en 28 % andel av de polikliniske kontakter. Helse Nord-Trøndelag har ikke spesialister innenfor alle fag selv.

Variasjon – døgnopphold, somatikk

Det er betydelige variasjoner mellom kommunene i bostedsområdet innenfor alle tre helseforetak. For Helse Nord-Trøndelag sin del ser man at Leksvik og Roan får ca. 60 % av sine døgnopphold i Helse Nord-Trøndelag, og hhv 34,3 % og 32,8 % ved St. Olav. For Meråker og Stjørdal er tilsvarende tall knapt 70 % i Helse Nord-Trøndelag og hhv 20,1 % og 25% ved St. Olav. De mest «trofaste» av innbyggerne i Helse Nord-Trøndelag sitt bostedsområde ser ut til å være de som hører til Sykehuset Namsos, der 7 av kommunene ligger over 80 %. Det samme gjelder 4 av kommunene nærmest sykehuset Levanger, som ligger rett rundt 80 %.

Variasjon – dagopphold, somatikk

I Nord-Trøndelag er det flere kommuner som har lavere dekningsgrad for dagbehandling enn for døgn, Roan (41,3 %), Frosta (42,3 %), Stjørdal 59,4 % og Leksvik (59,9 %). Som for døgnopphold er det bostedsområdene for Namsos som har størst egendekning i Helse Nord-Trøndelag, med 6 kommuner over 90 %.

Variasjon – poliklinikk, somatikk

For Helse Nord-Trøndelag er variasjonsmønsteret tilsvarende som for døgn og dag – der fire kommuner benytter eget HF for under 50 % av konsultasjonene; Roan med 38,3 %, Leksvik med 28,4 %, Frosta med 48,1 % og Stjørdal med 35,7 %. Her står avtalespesialister for hhv. 14,3 % (Roan), 26,5 % (Leksvik), 27,1 % (Frosta) og 31,6 % (Stjørdal) mens St. Olav dekker hhv. 44,8 %, 39 %, 18,3 % og 27,5 %. Disse kommunene ser ut til å dra til Trondheim for polikliniske tjenester.

2.2.1.4. Pasientstrømmer og variasjon, psykisk helsevern for voksne

Pasientstrømmer

For psykisk helsevern voksne er egedekningsgraden høy for alle tre foretak, på 92-94%. For poliklinikk og dagbehandling er dekningsgraden noe lavere, mellom 83-85%. 10,7% av poliklinisk behandling skjer hos private avtalespesialister.

St. Olav behandler noen pasienter fra begge de to andre foretakene gjennom sin regionale sikkerhetsfunksjon. Helse Nord-Trøndelag har den regionale enheten for spiseforstyrrelser.

Tabell 2.3 og 2.4 under viser aktivitet og dekningsgrad for henholdsvis døgn og dag/poliklinikk pr helseforetak og bostedsområde.

Bostedsområde	HMR	St. Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	2 902	74	23	40	0	51	3 090
St. Olav bosted	7	3 193	107	60	0	30	3 397
HNT bosted	0	54	1 144	20	0	20	1 238
Sum HMN bosted	2 909	3 321	1 274	120	0	101	7 725
HMR bosted	93,9%	2,4%	0,7%	1,3%	0,0%	1,7%	100%
St. Olav bosted	0,2%	94,0%	3,1%	1,8%	0,0%	0,9%	100%
HNT bosted	0,0%	4,4%	92,4%	1,6%	0,0%	1,6%	100%
Sum HMN bosted	37,7%	43,0%	16,5%	1,6%	0,0%	1,3%	100%

Tabell 2.3 – Aktivitet og dekningsgrad i % pr HF og bostedsområde Psykisk helsevern for voksne døgnoophold (Sykehusbygg, 2017)

Bostedsområde	HMR	StOlav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor	Private avtalespes	Sum
HMR bosted	96 583	1 514	130	1 820	0	217	14 775	115 039
StOlav bosted	134	131 322	3 553	1 680	3 167	236	14 311	154 403
HNT bosted	21	2 481	45 797	501	313	65	5 752	54 930
Sum HMN bosted	96 738	135 317	49 480	4 001	3 480	518	34 838	324 372
HMR bosted	84,0	1,3	0,1	1,6	0,0	0,2	12,8	100,0
StOlav bosted	0,1	85,1	2,3	1,1	2,1	0,2	9,3	100,0
HNT bosted	0,0	4,5	83,4	0,9	0,6	0,1	10,5	100,0
Sum HMN bosted	29,8	41,7	15,3	1,2	1,1	0,2	10,7	100,0

Tabell 2.4 – Aktivitet og dekningsgrad (i %) Psykisk helsevern for voksne dag og poliklinikk 2015 (Sykehusbygg, 2017)

Variasjon – døgnoophold, psykisk helsevern for voksne

For Helse Nord-Trøndelag er det opphold ved St. Olav i tråd med funksjonsfordeling som reduserer egedekningsgraden. Variasjon ellers er mest sannsynlig enkeltpersoner som har blitt innlagt ved foretak i andre helseregioner.

For St. Olav er det behandling i Helse Nord-Trøndelag som utgjør den største delen behandlet utenfor eget foretak med totalt 3,1 %. Variasjon mellom kommunene skyldes mest sannsynlig ulik forekomst og behandlingsbehov i 2015. Selbu (50 %) og Tydal (57,1 %) inngår i samarbeidet i Værnesregionen, og benytter DPS Stjørdal utover den regionaliserte funksjonen for spiseforstyrrelser. Lav dekningsgrad i Roan med 16,7 % i St. Olav og øvrige opphold i Helse Nord-Trøndelag og i Helse Vest er uttrykk for tilfeldige hendelser i kommuner med lavt innbyggertall.

Variasjon – dag og poliklinikk, psykisk helsevern for voksne

Osen, Frosta, Leksvik og Flatanger går i et visst omfang til St. Olav (variasjon Frosta 19,6 % til Leksvik 49,1 %). Totalt får 10,5 % sine polikliniske tjenester hos avtalespesialist. Variasjonen mellom kommuner i forbruk av avtalespesialister kan forklares av geografisk nærhet/ tilgang til spesialist, og tilfeldige variasjoner i behandlingsbehov mellom kommuner med lavt folketall.

2.2.1.5. Pasientstrømmer og variasjon, psykisk helsevern for barn og unge

Pasientstrømmer

For psykisk helsevern barn og unge er dekningsgraden høy innenfor alle tre foretak, samlet i helseregionene 98,5% for opphold og 98% for dag- og polikliniske behandling. Døgnoophold utenfor egne foretak skjer i Helse Sør-Øst (HSØ), og poliklinikk er delt mellom HSØ og private avtalespesialister med 1 % på hver.

Tabell 2.5 og 2.6 under viser aktivitet og dekningsgrad for henholdsvis døgn og dag/poliklinikk pr helseforetak og bostedsområde.

Bosteds- område	HMR	StOlav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	198	1	0	2	0	0	201
StOlav bosted	0	153	2	4	0	0	159
HNT bosted	0	17	139	2	0	0	158
Sum HMN bosted	198	171	141	8	0	0	518
HMR bosted	98,5	0,5	0,0	1,0	0,0	0,0	100,0
StOlav bosted	0,0	96,2	1,3	2,5	0,0	0,0	100,0
HNT bosted	0,0	10,8	88,0	1,3	0,0	0,0	100,0
Sum HMN bosted	38,2	33,0	27,2	1,5	0,0	0,0	100,0

Tabell 2.5 – Aktivitet og dekningsgrad i % pr HF og bostedsområde for psykisk helsevern barn og unge, døgnoophold (Sykehusbygg, 2017)

Bostedsområde	HMR	St. Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst utenfor	Private avtalespes HMN	Private avtalespes utenfor	Sum
HMR bosted	48 603	797	4	716	0	563	109	50 792
St. Olav bosted	85	71 723	258	653	6	349	33	73 107
HNT bosted	24	1 743	23 216	189	0	372	24	25 568
Sum HMN bosted	48 712	74 263	23 478	1 558	6	1 284	166	149 467
HMR bosted	95,7	1,6	0,0	1,4	0,0	1,1	0,2	100,0
St. Olav bosted	0,1	98,1	0,4	0,9	0,0	0,5	0,0	100,0
HNT bosted	0,1	6,8	90,8	0,7	0,0	1,5	0,1	100,0
Sum HMN bosted	32,6	49,7	15,7	1,0	0,0	0,9	0,1	100,0

Tabell 2.6 – Aktivitet og dekningsgrad i % pr HF og bostedsområde for psykisk helsevern barn og unge, dag og poliklinikk (Sykehusbygg, 2017)

Mellom foretakene ser vi at St. Olavs hospital benytter Helse Nord-Trøndelag for 1,3 % av døgnoppholdene, Helse Nord-Trøndelag benytter St. Olavs hospital for 10,8 % av alle døgnopphold. Private sykehus har ingen andel av døgnopphold for barn og unge.

Poliklinikk og dagbehandling for psykisk helsevern barn og unge, foregår i all hovedsak i egne foretak. Samlet for regionen behandles kun 2 % av barnebefolkningen i andre HF eller hos private avtalespesialister. Egendekningsgraden for hvert HF varierer fra 90,8 % (Helse Nord-Trøndelag) til 98,1 % (St. Olavs hospital).

Variasjon – døgn-/dag- og poliklinikk, psykisk helsevern for barn og unge

Helse Nord-Trøndelag har en liten barnebefolkning med høy rate for døgnopphold, men likevel få døgnopphold totalt sett for barn og unge i psykisk helsevern. Variasjonsmønsteret mellom kommunene samsvarer delvis med det vi ser for somatikk og for psykisk helsevern voksne der Leksvik og Stjørdal benytter St. Olav i et visst omfang. Andre variasjoner i døgnopphold for psykisk helsevern barn og unge synes å være knyttet til enkeltpasientforløp. For dagbehandling/ poliklinikk sier tallene det samme: Leksvik går til St. Olav med 42,7 %, Stjørdal med 14,1 %. Andre kommuner med andel behandlet utenfor eget foretak over 15 %, er små og enkeltpasienter som behandles utenfor Helse Nord-Trøndelag antas å være forklaringen. En kommune nær fylkesgrensa til Nordland har benyttet polikliniske tjenester i Helse Nord.

2.2.1.6. Pasientstrømmer og variasjon, tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Pasientstrømmer

Egendekningsgraden innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er lavere enn for både psykisk helsevern for voksne og somatikk. For døgnopphold benyttes 52,8 % innenfor regionens helseforetak, mens 47,2 % av døgnoppholdene i hovedsak skjer i private sykehus, med en liten andel innenfor andre RHF.

Egendekning for dag/poliklinikk er noe høyere, der 74,7 %, av tjenestene er levert fra private sykehus og 25,3 % andre RHF på - med private sykehus som den store tilbyderer. Det er ikke registrert konsultasjoner for bostedsområdene i Helse Midt-Norge hos avtalespesialister for dette fagfeltet. Resultat av fritt behandlingsvalg for tverrfaglig spesialisert rusbehandling er i liten grad synlig i tallene for 2015. Innføring av fritt behandlingsvalg for tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble besluttet høsten 2015, med full årseffekt i 2016 eller 2017.

Bostedsområde	HMR	St.Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	741	63	0	15	210	11	1 040
St. Olav bosted	77	316	5	11	712	9	1 130
HNT bosted	61	41	42	0	226	7	377
Sum HMN bosted	879	420	47	26	1 148	27	2 547
HMR bosted	71,3	6,1	0,0	1,4	20,2	1,1	100,0
St. Olav bosted	6,8	28,0	0,4	1,0	63,0	0,8	100,0
HNT bosted	16,2	10,9	11,1	0,0	59,9	1,9	100,0
Sum HMN bosted	34,5	16,5	1,8	1,0	45,1	1,1	100,0

Tabell 2.7 – Aktivitet og dekningsgrad i % pr HF og bostedsområde for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, døgnopphold (Sykehusbygg, 2017)

Dekningsgraden forteller om stor variasjon mellom helseforetakene samtidig som alle tre HF har en langt høyere andel av behandlingen i private sykehus enn tilsvarende for somatikk og PHV. Helse Nord Trøndelag som historisk sett ikke har hatt egne døgnplasser for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, har en dekningsgrad på kun 11,1 % i eget HF. Helse Nord-Trøndelag hadde i 2015 noen få plasser for rusbehandling innenfor klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling i eget HF, og sendte pasienter med behov for døgnopphold til HMR 16,2 %, St. Olav 10,9% og private institusjoner 59,9%.

Bostedsområde	HMR	St. Olav	HNT	HF i andre RHF	Private inst i HMN	Private inst utenfor HMN	Sum
HMR bosted	8 309	604	12	135	782	72	9 914
St. Olav bosted	120	16 198	79	285	8 196	62	24 940
HNT bosted	44	487	5 898	23	1 225	10	7 687
Sum HMN bosted	8 473	17 289	5 989	443	10 203	144	42 541
HMR bosted	83,8	6,1	0,1	1,4	7,9	0,7	100,0
St. Olav bosted	0,5	64,9	0,3	1,1	32,9	0,2	100,0
HNT bosted	0,6	6,3	76,7	0,3	15,9	0,1	100,0
Sum HMN bosted	19,9	40,6	14,1	1,0	24,0	0,3	100,0

Tabell 2.8 – Aktivitet og dekningsgrad i % pr HF og bostedsområde for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, dag/poliklinikk (Sykehusbygg, 2017)

Alle tre HF har høyere egendekningsgrad for dag- og poliklinisk behandling enn for døgnopphold. Størst forskjell ser vi for Helse Nord-Trøndelag med 11,1 % egendekning for døgn og 76,7 % for dag/ poliklinikk.

Variasjon – døgn-/dag- og poliklinikk, tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Fem små kommuner har fått sitt tilbud 100 % i Helse Nord-Trøndelag, ellers varierer dekningsgraden mellom 16,7 % og 93,8%. Leksvik og Stjørdal ser ut til å følge «somatikk-mønsteret» med en stor andel pasienter behandlet ved St. Olav. Andre kommuner preges av lavt folketall, få pasienter til behandling og dermed mer tilfeldige variasjoner. Flertallet av kommunene har en større andel behandlet i privat institusjoner - totalt 15,9 % enn hos St. Olav med totalt 6,3 %. Sju kommuner i bostedsområdet Helse Nord-Trøndelag har hatt pasienter til dag/poliklinisk behandling i HMR i 2015, det utgjør 0,6 % av alle.

2.2.2. Dagens virksomhet, somatikk

De fleste somatiske spesialiteter er dekket samlet ved sykehusene i Namsos og Levanger, og med en viss desentralisert spesialisthelsetjeneste ved DMS Innherred og DMS Værnesregionen. DMS (distriktsmedisinsk senter) er etablert gjennom et samarbeid med kommuneregionene der Helse Nord-Trøndelag medfinansierer drift av kommunale intermediære senger for tidlig utskrivning fra sykehus.

Sykehuset Levanger har ansvaret for dialysebehandling. I tillegg til dialysebehandling ved Sykehuset Namsos har man også desentraliserte tjenester i kommunene med «satelitt-dialyser» i Rørvik, Grong, Namsos, Steinkjer, Leksvik og Stjørdal.

Det foreligger en funksjonsfordeling innenfor en del fagområder.

Både Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos har akuttfunksjon inklusive traumemottak. En stor andel (om lag 75 %) av de innlagte pasientene innenfor somatikken er innlagt som følge av en situasjon med øyeblikkelig-hjelp.

2.2.3. Dagens virksomhet, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) utføres ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos, samt DPS Kolværd, DPS Stjørdal og poliklinikk på Steinkjer. Det er akuttposter både ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Døgnbehandling i forbindelse med tverrfaglig spesialisert rusbehandling drives ved Sykehuset Levanger.

Psykisk helsevern for barn og unge drives ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos, med poliklinisk aktivitet i Stjørdal, Steinkjer og Kolværd. Det er også poliklinisk virksomhet ved de videregående skolene i Nord-Trøndelag (prosjekt til 2018). Sengeposten ved Sykehuset Levanger gir døgntilbud til ungdom hele i Nord-Trøndelag. I tillegg er det familieinnleggelses tilbud både i Namsos og Levanger.

2.2.4. Dagens virksomhet, prehospitale tjenester

Ambulansetjenesten i Helse Nord-Trøndelag ble overført fra HF Ambulansetjenesten i Midt-Norge til Helse Nord-Trøndelag, januar 2015. Ambulanseavdelingen, akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (AMK) Nord-Trøndelag og Pasientreiser er organisert i Prehospital klinikk. Klinikken for prehospitale tjenester leverer tjenester til spesialist- og primærhelsetjenesten, samt direkte til publikum. Viktigste oppgave er å sørge for rask og trygg hjelp til pasientene.

AMK Nord-Trøndelag har som hovedoppgaver å besvare det medisinske nødnummeret 113 (Medisinsk nødmeldetjeneste), ta imot bestillinger av behov for ambulansetjenester, koordinering og styring av ambulanseressursene, alarmere lokalt legekontor, og gi medisinsk rådgivning når dette er nødvendig.

Ambulansetjenesten gir akuttmedisinsk prehospital beredskap og behandling, og utfører pasienttransport med ambulanse ut fra pasientens helsebehov. Ambulansetjenesten er en desentralisert tjeneste som er fysisk plassert over hele Nord-Trøndelag. Den er ofte i bevegelse til og fra sykehus, og må styres godt for å sikre god og effektiv tilgjengelighet og ressursutnyttelse. Det er en komplisert og krevende tjeneste med stor betydning for tryggheten til innbyggerne. Den er også preget av ulik aktivitetsbelastning og dermed ulike vaktordninger. Det er et stadig høyere krav til tjenesten om utvikling og vedlikehold av faglig kompetanse for å sikre lik kvalitet, trygge og sikre tjenester.

Pasientreiser organiserer og koordinerer gjennomføring av innmeldte behov for pasienttransport med taxi, fly, tog, buss og båt.

2.2.5. Kvalitet og pasientsikkerhet

Uønskede hendelser og avvik

Omtrent 25 % av avvismeldingene i Helse Nord-Trøndelag videresendes til meldeordningen i Kunnskapssentret, jfr spesialisthelsetjenesteloven § 3-3²¹. De fleste meldingene kommer innenfor tre områder; Fall og fallskader, behandling og pleie, samt medikamenthåndtering. Avvismeldingene behandles på klinikknivå for intern læring og kvalitetsforbedring, og på foretaksnivå med fokus på systematisk og klinikkovergripende arbeid med problemstillingene.

På foretaksnivå er kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget blitt brukt som arena for rapportering og gjennomgang av avvik og trender, men sikring av sammenheng med prosesser i klinikkene er i liten grad blitt fulgt opp. Det er forskjell på meldefrekvenser og arbeid med oppfølging av avvik mellom de ulike klinikkene. Enkelte seksjoner melder i liten grad avvik, mens andre har strukturerte opplegg og retningslinjer for hva som skal meldes og hvordan dette skal håndteres.

Det er jevnlig tilsyn fra Fylkesmannen i forhold til lovkrav innenfor helselovgivningen. I tillegg gjennomføres revisjoner fra RHF som eier av virksomheten, dette for å se på overholdelse av krav i henhold til helseforetaksloven. Vi mottar mellom 50 og 60 tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen/Statens helsetilsyn. Disse sakene er opprettet med bakgrunn i enkelthendelser som har fått alvorlig utfall som varig pasientskade eller død. I tillegg kommer et lite antall klagesaker som meldes via Pasient og brukerombudet.

Hvert år mottar og behandler Helse Nord-Trøndelag mellom 250 og 300 tilsyns- og klagesaker. Omtrent halvparten av disse sakene er klagesaker meldt til Norsk Pasientskadeerstatning. For perioden 2011-2015 lå andelen saker som fikk medhold på 37 %. Landsgjennomsnittet ligger på 34-35 %. Erstatningsutbetalingene har de siste årene totalt ligget på mellom 10 og 20 millioner pr år.

²¹ Meldeplikt til Helsedirektoratet: Uønskede hendelser som fører til betydelig personskade eller som kunne ført til betydelig personskade, jfr. [spesialisthelsetjenesteloven § 3-3](#).

Pasientsikkerhetsprogrammet

Helse Nord-Trøndelag har hatt fokus på å implementere alle relevante tiltakspakker i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet «I trygge hender 24/7»²². Flere klinikker har deltatt med team i Pasientsikkerhetsprogrammets nasjonale læringsnettverk.

Etter mal fra pasientsikkerhetsprogrammet innsatsområde *ledelse av pasientsikkerhet* har Helse Nord-Trøndelag innført ordningen med pasientsikkerhetsvisitter. Dette er et møte hvor direktøren sammen med fagsjef og representant fra fagavdelingen besøker seksjoner og avdelinger i Helse Nord-Trøndelag.

I 2010 kom det krav om at alle helseforetak skulle benytte målemetoden *Global Trigger Tool* (GTT), dette for å kunne følge med på utviklingen av pasientskader over tid. Helse Nord-Trøndelag har ett team (to sykepleiere og en lege) som gjennom journalgransking leter etter såkalte triggere som kan indikere at det har skjedd en utilsiktet pasientskade. Resultatene fra GTT-granskningene er lite kjent i organisasjonen, granskningsteamet gjør funn som kan brukes til lokalt forbedringsarbeid, men pr i dag gjøres dette ikke systematisk. Psykiatrisk klinikk Helse Nord-Trøndelag gjennomfører et prosjekt for tilpasning av GTT-verktøyet til psykiatrisk praksis.

Helseregistre og medisinske kvalitetsregistre

Det finnes en rekke nasjonale helseregistre som er opprettet av myndighetene med hjemmel i helseregisterloven. De sentrale helseregistrene er landsdekkende, og de brukes i første rekke til helseovervåking i form av helsestatistikk og beredskap, kvalitetsforbedring av helsetjenester, forskning, administrasjon og styring. Medisinsk fødselsregister, Kreftregisteret, Norsk pasientregister og Dødsårsaksregisteret er eksempler på slike sentrale helseregistre, og Helse Nord-Trøndelag rapporterer og melder inn til disse.

Medisinske kvalitetsregistre er opprettet for å kvalitetssikre behandling, men de brukes også til forskning, kartlegging av sykdomsforekomst og behandling av pasienter. Det finnes om lag 200 medisinske kvalitetsregistre, hvorav om lag 50 har offisiell status som nasjonale.

Infeksjonsovervåking og antibiotika-bruk

Helseforetaket følger nasjonale krav og måler og rapporterer tall for infeksjonsstatus. Man rapporterer på insidens for enkelte operasjonstyper. Resultatene de siste årene har ligget under landssnittet for de fleste operasjonstypene. Det gjennomføres også prevalensundersøkelser på sykehusinfeksjoner etter nasjonal modell, og resultatene fra disse har ligget godt under landsgjennomsnittet over flere år.

Det er satt et internasjonalt fokus på arbeidet med å redusere bruken av bredspektret antibiotika. I Norge har man et mål om å redusere bruken av bredspektret antibiotika med 30 % innen 2021, dette sett opp mot 2012-tall. Helse Nord-Trøndelag ligger høyt på statistikken når det gjelder bruk av bredspektret antibiotika. Målet med antibiotika-styringsprogrammet er å sikre optimal behandling av den enkelte pasient, med minst mulig bivirkning og påvirkning av normalflora, samtidig som behandlingen fører til lite resistensutvikling/seleksjon av resistente bakterier. Foretaket har opprettet et Antibiotika-team som har som mandat å drive forbedringsarbeid på dette området.

Internkontroll

I februar 2017 vedtok foretaket å gå bort fra prinsippet om at Helse Nord-Trøndelag skal være ISO-sertifisert, men det er presisert at man skal legge til grunn «Forskrift om ledelse og kvalitetsarbeid i helse- og sosialsektoren». Et klinikkovergripende arbeid med å implementere «Forskrift om ledelse og kvalitetsarbeid i helse- og omsorgssektoren» er startet høsten 2017, og dette bygger på tidligere arbeid.

²² <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>

2.2.6. Pasientopplæring

Pasientopplæring

Helse Nord-Trøndelag tilbyr tilrettelagt opplæring til pasienter og pårørende som har behov for diagnosespesifikk informasjon, undervisning og/eller veiledning, der spesialister fra flere fagfelt er involverte i opplæringstilbudet. I opplæring av pasienter og pårørende, herunder lærings- og mestringstilbud, legges det til rette for at personer med kronisk sykdom og langvarige helseutfordringer (barn, unge, voksne og pårørende), får utvidet innsikt i egen situasjon og blir styrket i mestring av egen hverdag. Opplæring skal tilbys pasienter og pårørende innenfor somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling. Tilbudene utvikles i et likeverdig samarbeid mellom helsepersonell, erfarne brukere, pasienter og pårørende, for å kvalitetssikre tjenesten og sikre en pasientsentrert helsetjeneste. Opplæring av pasienter og pårørende skal være en naturlig del av behandlingsforløpene, både i og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Lærings- og mestringssenteret (LMS) Helse Nord-Trøndelag

LMS ble etablert som det tredje i Norge i 1999. Det er kontorsted og aktivitet ved begge Sykehus. LMS skal bidra til å utvikle, kvalitetssikre og styrke arbeidet med pasient- og pårørendeopplæring i samarbeid med kliniske avdelinger og brukerorganisasjoner. LMS skal være en arena for samarbeid og informasjonsutveksling mellom pasienter, pårørende, erfarne brukere og helsepersonell. Lærings- og mestringssenteret jobber for at personer med kronisk sykdom, funksjonsnedsettelse og langvarige helseutfordringer og deres pårørende, får tilbud om pasient- og pårørendeopplæring ut fra kunnskapsbasert praksis. Selve gjennomføring av pasient- og pårørendeopplæringen skjer ute i klinikkene, og håndteres av seksjonene og avdelingene.

God kvalitet i lærings- og mestringstilbud forutsetter pedagogisk kompetanse hos involverte fagpersoner, brukerrepresentanter og ansatte innen lærings- og mestringstjenesten. Lærings- og mestringssentret legger til rette for kompetansehevende tilbud til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner, med mål om å styrke helsepedagogisk kompetanse i fagutøvelsen.

2.3. Oppgavedeling og samhandling

Det regionale utfordringsbildet er felles, Helse Nord-Trøndelag kan ikke løse utfordringene alene. Det ligger en gjensidig avhengighet i all samhandling med eksterne og interne aktører. Vi arbeider i fellesskap med kommunene, helseforetakene og andre virksomheter som tilbyr helsetjenester, dette for å redusere befolkningens tjenestebehov, og å unngå sykdom og bevare livskvalitet.

Samarbeid innad i Helse Nord-Trøndelag, og mellom helseforetak i regionen

Innen eget foretak foreligger det funksjonsdeling innenfor enkelte fagområder. Det vil jobbes nærmere med dette i Bærekraft 22, delprosjekt 1 (se beskrivelse i kapittel 3.3).

Når det gjelder samarbeid med andre helseforetak, er mest samarbeider inn mot St. Olavs hospital. St. Olavs hospital utøver universitetssjukehusfunksjon innen de fleste fagområder. Det finnes også gode eksempler på godt samarbeid om pasientgrupper mellom Helse Nord- Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF.

Mange fagområder har formalisert samarbeid i form av standardiserte pasientforløp, regionale samarbeidsmøter, særskilte samarbeidsavtaler og regionale fagledernetverk. Det er tydelige nasjonale føringer på at slike formelle samarbeidsformer skal styrkes.

Det er opprettet en rekke fagledernetverk²³ i helseregionen mellom helseforetakene for å sikre god samhandling og kunnskapsdeling. Ved inngangen til planperioden ser vi behovet for tettere samarbeid og planlegging innenfor det nye storfylket Trøndelag.

Utover de formelle samarbeidsarenaene, er det utstrakt dialog og samarbeid omkring pasientbehandlingen til den enkelte pasient.

Samarbeid med kommuner og fastleger

Samhandling med kommuner og fastleger er regulert gjennom Samarbeidsavtalen mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag. Denne regulerer samarbeidsformer, organisering og møtefora, tvisteløsning og avvikshåndtering. Kommunene har organisert seg i seks kommuneregioner: Indre-, Midtre- og Ytre- Namdal, Inn-Trøndelag, Frosta - Levanger – Verdal, og Værnesregionen. Dette har bidratt til en forenkling av det administrative samarbeidet mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag.

Det er opprettet et Politisk samarbeidsutvalg (PSU)²⁴ med ordførere og styrerepresentanter. Videre er det et Administrativt samarbeidsutvalg (ASU)²⁵ med representasjon på rådmann, helsesjef og klinikkssjefsnivå. Administrativt samarbeidsutvalg har opprettet åtte fagråd²⁶, og fagrådene består av representanter for de ulike kommuneregionene, brukerrepresentanter og Helse Nord-Trøndelag. Flere av fagrådene arrangerer fagseminar for å spre og videreutvikle samarbeidet på de ulike fagområdene. Fagnettverk²⁷ er også opprettet for å videreutvikle samarbeidet på en rekke fagområder. Det arrangeres årlige dialogmøter²⁸ mellom de ulike kommuneregionene og Helse Nord-Trøndelag hvor sentrale tema er hvordan man kan videreutvikle samhandlingen rundt pasientforløpene.

Det er under etablering et fagråd for innleggelse og utskriving som har representasjon fra legetjenesten i kommunene og helseforetaket, og som skal gi innspill ved diskusjoner om oppgave- og funksjonsfordeling mellom partene.

Utover de formelle, overordnede strukturene for samarbeid, er det utstrakt dialog og samarbeid omkring pasientbehandlingen til den enkelte pasient. Helse Nord-Trøndelag tilstreber å ha spesialister tilgjengelig for kommuner og fastleger, dette for å gi råd og veiledning på pasientnivå.

Det skjer endringer som følge av kommunereformen som kan påvirke framtidig primærsykehus for noen kommuner. Innen 2020 skal det avklares fremtidig primærsykehus for de kommunene som ligger i grensen mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital.

Det er gjennomført omfattende evalueringer og vurderinger av samhandlingsreformen, Forskningsrådets EVASAM prosjekt²⁹, Riksrevisjonens rapport 2015/16³⁰ og Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen³¹. Aktuelle forslag fra disse rapportene er tatt inn i handlingsplanen for samhandling mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag.

Samarbeid med avtalespesialister og private

Private avtalespesialister og private sykehus bidrar til å holde ventetiden nede og redusere fristbrudd. Fra 1. januar 2018 er det inngått avtaler med 11 rehabiliteringsinstitusjoner. Helse Nord-Trøndelag har en egen rehabiliteringsenhet, men med begrenset kapasitet. Det er derfor behov for samarbeid med andre rehabiliteringsinstitusjoner. Fra 2017 kan alle pasienter som har rett til rehabilitering fritt velge mellom offentlig og private rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med Helse Midt-Norge.

²³ Regionale fagnettverk: <https://helse-midt.no/Helsefaglig/Fagledernetverk#regionale-fagledernetverk>

²⁴ Politisk samarbeidsutvalg

²⁵ Administrativt samarbeidsutvalg

²⁶ Fagråd

²⁷ Fagnettverk

²⁸ Dialogmøter

²⁹ Forskningsrådets evaluering

³⁰ Riksrevisjonens rapport

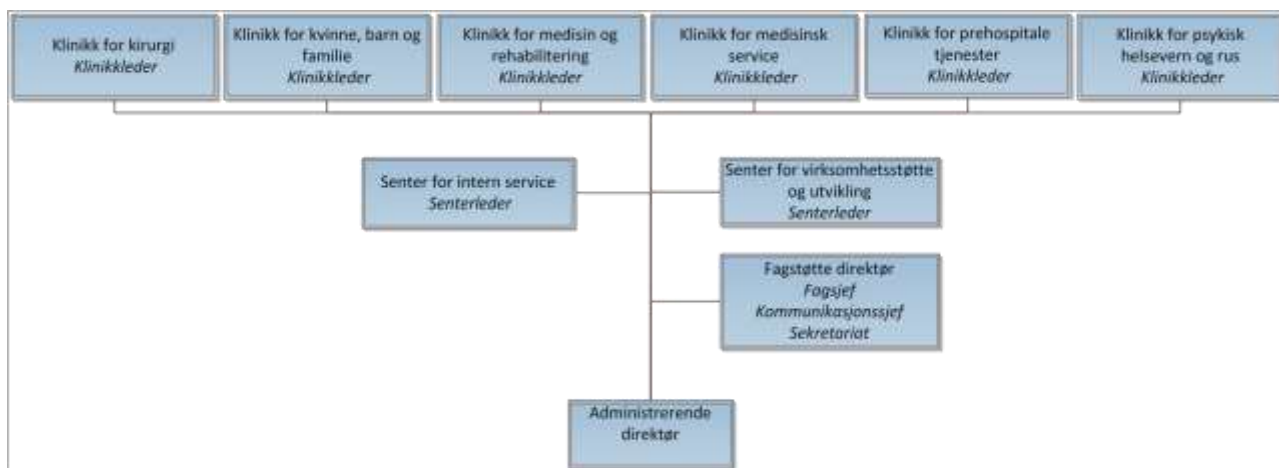
³¹ Sluttrapport fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen

Helse Midt-Norge inngår driftsavtale med private behandlingsinstitusjoner og avtalespesialistene³². Helse Midt-Norge har inngått avtaler med spesialister på 15-16 fagområder.

Ny rammeavtale for private avtalespesialister var gyldig fra 1.1.2016³³. I tråd med § 1.3. i denne er det iverksatt arbeid med avtaler mellom Helse Nord-Trøndelag og den enkelte avtalespesialist om samarbeid rundt oppgavefordeling, ventelister og kontrollpasienter på de ulike fagområdene.

2.4. Organisering og ledelse

Dagens organisasjonsstruktur etablert fra 1. jan 2017:



Figur 2.4 – Dagens organisering av Helse Nord-Trøndelag HF

I Helse Nord-Trøndelag er det fire ledernivå. Organiseringen bygger på linje/stab organisering og forutsetningene i Lov om spesialisthelsetjenesten mv om enhetlig ledelse.

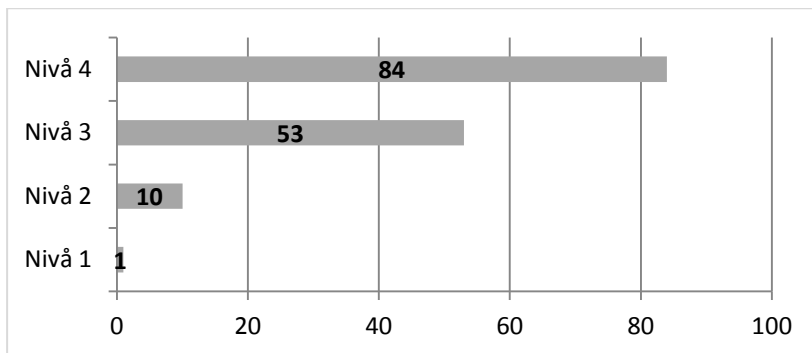
- Nivå 1: Administrerende direktør
- Nivå 2: Klinikkleder/Leder for senter
- Nivå 3: Avdelingsleder/
- Nivå 4: Seksjonsleder

I ny organisasjonsmodell skal det tilstrebes at alle seksjoner skal være av en viss størrelse for å sikre sterke og god fagmiljø. Samtidig skal det ikke være flere ansatte enn at det blir et håndterbart kontrollspenn for lederne.

Det er totalt 148 lederstillinger i Helse Nord-Trøndelag (pr. 01.11.17). I tillegg er det omtrent 24 avdelingsoverleger som rapporterer til nivå 2 og 3. Noen avdelingsoverleger fyller også avdelingslederfunksjon. Klinikk for psykisk helsevern og rus har to psykologfaglige rådgivere som fyller tilsvarende funksjon som avdelingsoverlege.

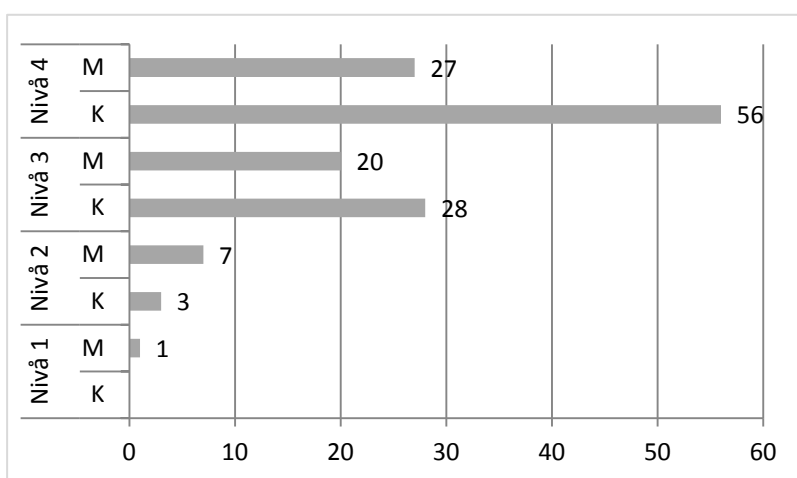
³² Oversikt over avtalespesialister; <https://helse-midt.no/behandlingssteder/avtalespesialister>

³³ Rammeavtale for private avtalespesialister: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Naringsdrivende/Avtalespesialister/>



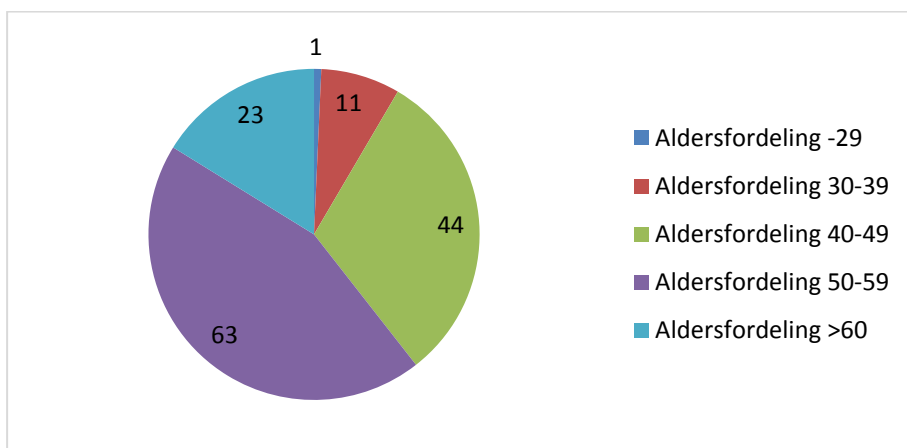
Figur 2.5 – Antall ledere på hvert nivå (pr. 01.11.17)

I gjennomsnitt har ledere i Helse Nord-Trøndelag vært tilsatt i 5,8 år i nåværende stilling (pr. 01.11.17). Totalt er det 61 % kvinner og 39 % menn blant tilsatte ledere.



*k=kvinne
m=mann*

Figur 2.6 – Kjønnsfordeling på ledernivå (pr. 01.10.17) – figuren viser faktisk tilsatt



Figur 2.7 – Aldersfordeling ledere (pr. 01.10.17)

Rekruttering av ledere

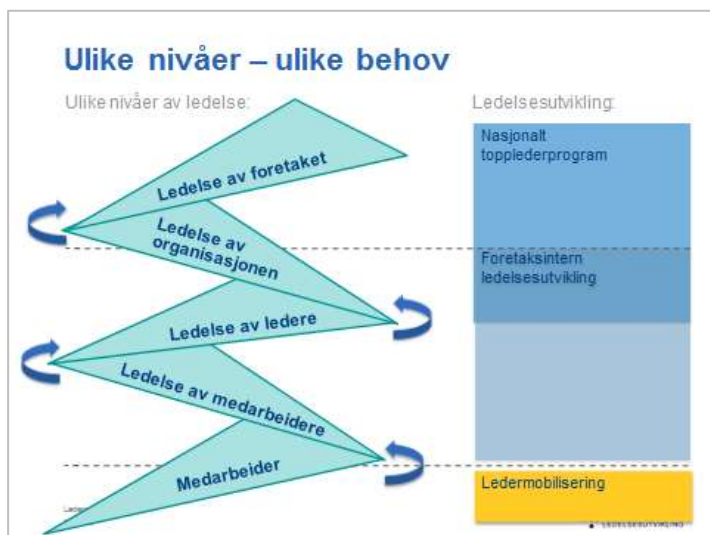
Turnover for ledere var 8,2 % i 2014, mens den i 2015 var 6,8 % og 2016 var 7,5 %. Det vil si at vi i denne perioden skiftet ut ca 10-12 nye ledere hvert år, ca 70 % av disse var rekruttert internt.

Det fins ikke spesielle rutiner for rekruttering av ledere, og praksis er dermed ulik med hensyn til hvordan rekrutteringen skjer og hvilke krav og forventninger som stilles til våre ledere. Helse Midt-Norge har påbegynt arbeidet med å lage en ny rekrutteringsprosess der det stilles særlige krav i prosedyren til hvordan utvelgelse av ledere skal skje.

I 2012 fikk vi Nasjonal lederplattform for foretakene, der det er tydeliggjort hvilke krav og forventninger en mener bør stilles til alle ledere. Noen klinikker har jobbet med å implementere disse kravene og forventningene i sitt arbeid med rekruttering, men dette er ikke gjort helhetlig i Helse Nord-Trøndelag enda.

Utvikling av ledere

Ledelse i sykehusene ble holdt fram som svært viktig da helseforetakene ble opprettet. Nasjonal ledelsesutvikling (NLU) har utarbeidet et rammeverk for lederutvikling. Modellen nedenfor viser ansvaret for lederutviklingen i helseforetakene:



Figur 2.8 – Modell; Lederutvikling på flere nivåer

Det nasjonale topplederprogrammet gjennomføres årlig, og målgruppen er helseforetakenes toppledere og kandidater til topplederstillinger. Helse Nord-Trøndelag har regelmessig hatt deltakere på det nasjonale topplederprogrammet. De fleste i dagens foretaksledelse har denne utdanningen. Regionen/foretakene er selv ansvarlige for utvikling av ledere og ledergrupper på alle nivåer.

Det arbeides regionalt med å lage et felles «Program for mottak og opplæring av nye ledere» i 2017. Helse Nord-Trøndelag bistår i dette arbeidet.

I Helse Nord-Trøndelag forventes det at tilsatte ledere som ikke har formell lederutdanning ved tilsetting, skal søke seg inn på et egnet studium for ledelse (minst 60 studiepoeng) på en høyskole eller et universitet. Tidspunktet avklares med nærmeste leder før søknad sendes.

Helse Nord-Trøndelag s har et eget lederutviklingsprogram for alle nivå.

2.5. Bemanning og kompetanse

Helse Nord-Trøndelag har pr 01.10.2017 omtrent 3 500 ansatte som utgjør 2 750 årsverk, og ønsker at flest mulig av disse skal være fast ansatt i hele stillinger. Andel deltidsansatte blant de faste ansatte har gått ned de to siste årene, og ligger nå i underkant av 31 % (2017).

Personellutviklingen ved Helse Nord-Trøndelag viser at vi har hatt en økende andel spesialister innenfor de fleste helseprofesjoner med unntak av hjelpepleiere/helsefagarbeidere.

For å sikre effektiv drift og rett kompetanse på rett plass gjennomføres det fortløpende tiltak som innebærer endret oppgavefordeling mellom yrkesgrupper. Eksempler på dette er jobbglidning mellom leder og sekretær og fra lege til sykepleier.

Utdanning

Helse Nord-Trøndelag har praksisplasser for blant annet sykepleiere, vernepleiere, spesialpedagoger, audiografer, ergoterapeuter, fysioterapeuter, sosionomer, bioingeniører, radiografer og legestudenter. I tillegg tas det imot rundt 19 lærlinger årlig. De er fordelt på følgende fag: Ambulanse, helsefagarbeider, kokk, kontor og automasjon. Helse Nord-Trøndelag tar også imot hospitanter, elever med praksis fra VG2 og elever i praksis fra Levanger Fagskole.

Det er høyt press på spesialisthelsetjenesten som praksisarena, og Helse Nord-Trøndelag jobber kontinuerlig med å tilby tilstrekkelig antall relevante og gode praksisplasser. Økt spesialisering, kortere liggetid og dreining av virksomheten fra døgn til dag, gjør at læresituasjoner og veiledningskapasitet endres.

Fakultetet for medisin og helsevitenskap, NTNU vedtok i mars 2017 å innføre desentralisert legeutdanning lokalisert i Nord-Trøndelag. Studiet kalles for "NTNU LINK³⁴". Studiet omfatter at inntil 16 legestudenter kan gjennomføre 3. og 4. studieår i Nord-Trøndelag med Helse Nord-Trøndelag som en læringsarena.

Ny spesialistutdanning for leger trådte i kraft fra høsten 2017, LIS1 og fra våren 2019 LIS 2 og LIS3. Den nye utdanningen bygger på læringsmål istedenfor varighet av tjenesten.

Kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

De fleste klinikker har utarbeidet kompetanseplaner. Planene omhandler både intern opplæring og behov for formell utdanning.

Når det gjelder behovet for spesialsykepleiere kartlegges behovet fortløpende og det benyttes i dialogen med utdanningsinstitusjonene om utdanningskapasitet og innhold. Det uteksamineres år. Det budsjetteres årlig med utdanningsstillinger.

Foretaksgruppen videreutvikler kompetansekrav for leger i spesialisering (LIS). Kompetanseportalen benyttes slik at kompetansekrav og læringsaktivitet kan legges inn. Videre arbeides det med å tilrettelegge IKT-løsninger som skal sikre at LIS kan ta e-læringskurs i alle deler av spesialisthelsetjenesten og få dokumentert dette i kompetanseportalen.

Rekruttere

Feil rekruttering og rekrutteringsprosesser med unødige flaskehalser vil få konsekvenser både for vårt omdømme, for tjenestenes kvalitet og for vår ressursbruk.

Rekrutteringssituasjonen viser at det er utfordringer knyttet til det å få tak i nok legespesialister, psykologspesialister og spesialsykepleiere.

I forbindelse med utdanningsstillinger for sykepleiere i akutfagene har Helse Nord-Trøndelag frem til nå hatt en «kvoteavtale» med tidligere HIST og nå NTNU når det gjelder antall plasser. Signalene fra utdanningsinstitusjonen er at det ikke vil bli inngått tilsvarende avtaler fremover, og dette vil kunne påvirke Helse Nord-Trøndelag sin rekruttering til utdanningsstillingene i negativ retning.

Andel spesialutdannet personell over 60 år og som nærmer seg avgangsalder øker. Helse Nord-Trøndelag har totalt 430 spesialsykepleiere, hvorav 70 av disse er over 60 år. Dette betyr at rundt 16,3 % av spesialsykepleierne er 60 år eller mer. Blant intensivsykepleierne er 20 ansatte 60 år eller mer. Dette utgjør 23 % av intensivsykepleierne i Helse Nord-Trøndelag (87 intensivsykepleiere totalt).

Utvikle og beholde

Lønn og andre betingelser er et virkemiddel for å tiltrekke og beholde medarbeidere. Lønnsdannelsen skjer ihht frontfagsmodellen og innenfor forhandlingsregime til Spekter. I tillegg legges det til grunn at helseforetakene lønn ikke skal konkurrere med lønn som virkemiddel

³⁴ LINK er akronym for "Langsgående INtegrert Klinisk tjeneste"

Gode og godt planlagt kompetanse og utviklingsmuligheter vil være sentralt for å rekruttere, utvikle og beholde våre medarbeidere.

Helse Midt-Norge er i ferd med å ferdigstille kompetanseportalen som vil være et verktøy som vil gi fortløpende oversikt over den enkelte medarbeiders kompetanse samt at læringsmål og læringsaktiviteter kan administreres via portalen.

Helse Nord-Trøndelag har også deltatt på og vedtatt videre deltakelse knyttet til Ledermobilisering.

2.6. Forskning og innovasjon

Forskning er viktig for å bidra til ny kunnskap som kan føre til bedre pasientbehandling. Det er dessuten lettere å ta i bruk ny kunnskap i virksomheter der medarbeiderne deltar i forskningsprosjekter, har kjennskap til forskningsmetodikk og der det er en kultur for kunnskapsbasert praksis³⁵.



Til tross for at Helse Nord-Trøndelag HF bruker relativt små ressurser på forskning (cirka 1 % av budsjettet), er foretaket helt i front når det gjelder forskningsproduksjon sett ut fra størrelse.

Høsten 2017 har Helse Nord-Trøndelag fire forskere med professorkompetanse, cirka 45 som har doktorgrad, og til enhver tid cirka 25 stipendiater. I tillegg drives det mye god forskning av mastergradsstudenter og andre som ikke er i utdanningsløp eller som har forskerutdanning.

Helse Nord-Trøndelag har et nært og godt samarbeidet med HUNT-forskningsssenter/NTNU (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag). Cirka halvparten av forskningen som foregår i HNT er basert på analyser av data som dels er samlet inn i HUNT, dels i helseforetaket (pasientdata og registerdata).

Infrastruktur og forvaltning

Det jobbes kontinuerlig med å få på plass en infrastruktur som legger til rette for forskning, forskningssamarbeid og innovasjon. Fra 15. februar 2017 har Helse Nord-Trøndelag fått forskningsinfrastrukturmidler fra Samarbeidsorganet for å styrke samarbeidet med HUNT.

Opprettelse av midlertidige stillinger uten vederlag ved NTNU for forskere i Helse Nord-Trøndelag, bidrar til at forskere i helseforetaket får tilgang til samme forskningsstruktur som forskere ved St. Olavs hospital og NTNU. For å stimulere til økt forskningsproduksjon gis det økonomiske bidrag til forfattere av publikasjoner.

Intern forskningsinfrastruktur i Helse Nord-Trøndelag består av veiledning på alle nivåer; opplæring, herunder kurs, seminarer, workshops; medisinsk fagbibliotek, midler fra forskingsfond og legat i tillegg til interne forskningsmidler; registerdata som grunnlag for forskning; IKT-tjenester etc.

Felles forskningsinfrastruktur med St. Olavs hospital og Helse Møre og Romsdal består av personvernombud for forskning; statistiker; monitoreringsressurs i større forskningsprosjek (RCT-studier); ressurser via Norcrin (Norwegian Clinical Research Infrastructure Network), som består av rammeverk for gjennomføring av kliniske studier, monitorering, kurs i god klinisk praksis og datahåndtering; og Ecrin (The European Clinical Research Infrastructure Network) som er spesielt rettet mot store EU-prosjekt.

Felles forskningsinfrastruktur med NTNU og Helse Midt-Norge består av 13 kjernefasiliteter for å støtte forskere: Biobank1; Bioinformatics Core Facility (BioCore); Cellular and Molecular Imaging Core Facility (CMIC); Comparative Medicine Core facility (CoMed); Enhet for Anvendt klinisk forskning (AKF); Fremtidens operasjonsrom (FOR); Forskningsposten; Genomics Core Facility (GCF); HUNT forskningsssenter;

³⁵ Rapport fra Kunnskapssenteret om KBP i spesialisthelsetjenesten 2011, Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019, pkt. 15.1.

MR Core Facility; NeXt Move - Kjernefasilitet for trening, bevegelse og nevrofysiologi; Proteomics and Metabolomics Core Facility (PROMEC); og Simulatorsenteret.

Forskningsavdelingen etablerte Data Access Committee (DAC) i 2012 for å få oversikt over forskningen som utføres i helseforetaket, for å sikre at lovverket blir tolket og anvendt på en enhetlig og forsvarlig måte, samt å sikre kvalitet på forskningen som gjennomføres i Helse Nord-Trøndelag.

Forskningsformidling

Formidling av forskning kan tjene flere formål avhengig av målgruppe og form. I Helse Nord-Trøndelag jobber vi med formidling både mot allmenheten, klinikere, ledere og andre ansatte, samt at det jobbes med å gjøre egen forskning kjent for andre forskere og forskningsnettverk.

Relevant og god forskningsformidling skal overordnet sikre god kvalitet på tjenestene gjennom at både pasienter, ansatte og ledere får tilgang til oppdatert kunnskap som grunnlag for dialog og beslutning knyttet til kunnskapsbasert praksis og implementering av ny kunnskap. Forskningsformidling skal også profilere virksomheten og bygge bro mellom helseforetakets institusjoner, brukere/brukergrupper og allmenheten. Dette kan bidra til økt rekruttering av ansatte, økt tillit til helseforetaket hos pasientene og stimulere tilgangen til forskningsmidler.

Fra høsten 2017 har Forskningsavdelingen ansatt en kommunikasjonsrådgiver. Dette skal bidra til en mer systematisk tilnærming til forskningsformidling.

Innovasjon

Innovasjon er foreløpig ikke en lovpålagt oppgave på samme måte som forskning og utdanning, men inngår sammen med forskning som en del av oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene.

Arbeidet med å styrke og strukturere innovasjonsarbeidet i Helse Nord-Trøndelag ble igangsatt våren 2017. Bakgrunnen for prosjektet var å forankre innovasjonsarbeidet i ledergruppen samt lage en overordnet plan for utvikling og implementering av innovasjonsarbeidet i helseforetaket.

Fra høsten 2017 er det ansatt en innovasjonsrådgiver i Helse Nord-Trøndelag. Stillingen finansieres i tre år av Helse Midt-Norge, og skal stimulere helseforetaket til å jobbe strategisk med behovsdrevet og forskningsbasert innovasjon.

Det utlyses årlig innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge. Det er så langt to prosjekter i Helse Nord-Trøndelag som er tildelt innovasjonsmidler gjennom denne ordningen.

2.7. Økonomi

Helse Nord-Trøndelag står overfor krevende økonomiske utfordringer de kommende årene. Foretaket opplever en krevende driftssituasjon, og det er vesentlig å etablere et varig kostnadsnivå som også muliggjør rom for frigjøring av midler til nødvendige investeringer og vedlikehold. Det legges til grunn at dagens nivå på bevilgninger til sykehusdrift nasjonalt og regionalt fortsetter på dagens nivå. Dette innebærer at det ikke kan forventes betydelige endringer i Helse Nord-Trøndelags økonomiske rammeforutsetninger.

For 2018 er sum basisramme for HNT knappe 2 milliarder kroner. I tillegg er det beregnet at foretaket vil opparbeide aktivitetsbaserte og andre inntekter på om lag 1 milliarder kroner, slik at samlede inntekter vil kunne utgjøre om lag 3 milliarder kroner. F.o.m. 2017 ble det innført ISF-finansiering av poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern og rusbehandling.

HNT har en driftskreditt på 50 mill. kroner for å kunne håndtere kortsiktige likviditetsmessige svingninger i driften.

Nåsituasjonen innenfor foretakets økonomiske utfordringer, knytter seg til økende lønnskostnader, betydelig økning i medikamentkostnader, samt utfordringer med å oppnå årlig aktivitetsvekst på 1,2 prosent. Summen av disse utfordringene gjenspeiler seg i tallene fra SAMDATA, hvor Helse Nord-Trøndelag helt siden 2011 har hatt en negativ utvikling i forholdet mellom kostnad og inntekt pr DRG foretaket genererer.

Forventede årlige budsjetttrammer vil kreve at deler av løpende forbedring tas ut i form av økt aktivitet og/eller reduserte kostnader. På tross av effektiviseringer gjennom mange år skapes det ikke nok overskudd som sikrer drift og investeringer på nåværende nivå.

Et enstemmig styre konkluderte i Sak 50/2017 med at det er helt nødvendig å redusere kostnadsnivået med varig virkning. Uten en varig korrigering av foretakets økonomiske utvikling, vil ikke Helse Nord-Trøndelag kunne opprettholde dagens gode pasienttilbud til innbyggerne. I vedtaket er det besluttet at veksten i bemanning og årsverk må stanses. Innen 1. april 2018 må det gjennomføres en reduksjon i størrelsesorden 70 til 90 årsverk. Ytterlige nedbemanning må til i forbindelse med Budsjett 2019.

Foretaket kommer til å ha betydelig fokus på prosjektet «Bærekraft22» i de kommende årene. Dette er et prosjekt som prøver å finne løsninger for de langsiktige økonomiske utfordringene. Prosjektet ble startet i 2017, og vil pågå i de kommende årene, med en målsetning om at dette er et arbeid som vil bringe foretaket i økonomisk situasjon som er bærekraftig innen 2022.

Økonomisk styringsmodell

Dagens modeller og prosesser knyttet til økonomistyring i Helse Nord-Trøndelag har flere svakheter. Det er derfor nødvendig med oppfølging og avklaring når det gjelder:

- Utvikle en legitimert og transparent budsjettmodell for Helse Nord-Trøndelag

I lys av dette kan blant annet følgende momenter bli vurdert:

- Regler for samhandling mellom enheter i foretaket, herunder differensiering mellom resultatenheter, kostnadsenheter og bruk av internprising
- Ansvar for og håndtering av avvik mellom plan/budsjett og resultat i løpet av driftsåret
- Retningslinjer for håndtering av avvik mellom plan/budsjett og resultat ved overgang til nytt driftsår, herunder incitamentsordninger

Investeringer og finansiering

Finansstrategien til HMN (vedtatt våren 2015) forutsetter at det trekkes inn likviditet fra de enkelte foretakene til finansiering av felles regionale investeringsprosjekter. For HNT er det lagt opp til et årlig krav om bidrag på om lag 30 mill. kroner årlig til finansiering av regionale prosjekter.

Det enkelte helseforetak må i utgangspunktet selv skaffe til veie likviditet til egne investeringer, og det forutsettes at helseforetakene planlegger drift og investeringer innenfor tilgjengelig likviditet og økonomiske rammer.

HNT prioriterer sine investeringer i følgende prioriterte grupper:

- Obligatoriske finansinvesteringer
- Nødvendige investeringer i medisinsk teknisk og annet teknisk utstyr.
- Rehabilitering og vedlikehold av eksisterende bygningsmasse, og nye bygg.

HMN-styrets vedtak av 09.03.17 gir generelle retningslinjer for strategiske prioriteringer i årene framover. Vedtaket bygger på regionens gjeldende langtidsbudsjett og strategiplan, samt understreker behovet for

nødvendig løpende effektivisering av driften. Den gir også føringer for prioritering av økonomiske ressurser mellom drift og investering i langtidsperioden.

Foretakets prioriteringer innen drift

Helse Midt-Norge -styrets vedtak av 09.03.17 gir generelle retningslinjer for strategiske prioriteringer i årene framover. Vedtaket bygger på regionens gjeldende langtidsbudsjett og strategiplan, samt understreker behovet for nødvendig løpende effektivisering av driften. Den gir også føringer for prioritering av økonomiske ressurser mellom drift og investering.

Noen av de viktigste satsingsområder/kostnadselement i langtidsbudsjettet:

- Arbeidet med «**Helseplattformen**» er i startfasen og vil berøre helseforetaket i betydelig grad i årene framover. Det er så langt ikke lagt inn økonomiske effekter av dette prosjektet i langtidsbudsjettet.
- **Psykiatriløftet** Levanger innebærer nybygg og ombygging som skal være ferdig i begynnelsen av 2019.
- Endring i inntekter knyttet til redusert kjøp av **gjesteplasser** for pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og økte kostnader til drift er lagt inn i langtidsbudsjettet f.o.m. 2019. I dagens finansieringsordning korrigeres foretakene rammer basert på kjøp/salg av gjesteplasser to år i forveien. Det er nødvendig at dette endres ved fastsetting av basisramme for 2019 slik at HNT får en økonomisk ramme som setter foretaket i stand til å drifte ny aktivitet fra dag 1 ved ferdigstilling av nytt bygg. Det vil si at rammen må økes med 20 mill kroner f.o.m. 2019 knyttet til en tilsvarende reduksjon i kjøp av gjesteplasser fra samme år.
- **Den gylne regel** (jfr oppdragsdokumentet fra Helse Midt-Norge); Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk (Den gylne regel). Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
- **Driftsmessig vedlikehold** er i tidligere LTB styrket med 2,5 mill kroner fra 2017 for deretter å flate ut på dette nivået. Det legges nå inn en ytterligere økning på 2,5 mill kroner pr. år f.o.m. 2020. Det legges også opp til økt ivaretaking av eksisterende bygningsmasse gjennom en økning i rammene til bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer og til ombygging/rehabilitering finansiert gjennom investeringsbudsjettet.

2.8. Teknologi og utstyr

IKT- og kommunikasjonsutstyr

Helse Nord-Trøndelag følger Helse Midt-Norge sin plattform på IKT – utstyr. Det vil si at utstyret er standardisert, har forvaltning som sikrer at viktig utstyr blir regelmessig skiftet og at mindre viktig utstyr benyttes så lenge det fungerer. Med IKT – utstyr her så menes PCer (stasjonære og bærbar), skrivere, periferutstyr til PCer, nettverksutstyr. Dette utstyret eies og forvaltes av Hemit.

Telefoni og kommunikasjonssystemer er i god forfatning, men er i ferd med å bli teknologisk utdatert. Spesielt hadde det vært ønskelig med muligheter for smarttelefoner. Sykesignalanlegg og alarmsystemer er ikke standardisert og noen av disse har behov for utskiftning.

Foretaket har en del videokonferanse- og Skypeutstyr. I hvor stor grad dette benyttes varierer noe. Utstyr og bruken av dette er for det meste standardisert. Det er foreløpig liten bruk av telemedisin, men det jobbes med en aktivitet rundt e-konsultasjon i enkelte fagmiljøer. En av operasjonsstuene ved Sykehuset Namsos har muligheter for «fjernstyring» fra St. Olav.

Helse Nord-Trøndelag har pr i dag elektronisk samhandling med primær- og kommunehelsetjenesten. Dette foregår i hovedsak gjennom meldingsutveksling og bruk av kjernejournal.

Foretaket har i liten grad beskrevet sammenhengen mellom teknologibruk og arbeidsprosesser/pasientforløp. Manglende standardisering og beskrivelse av arbeidsprosesser gjør det utydelig hvordan man kan utnytte teknologien bedre for å skape bedre arbeidsprosesser.

Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Behov for nytt medisinsk teknisk utstyr drives både av den medisinske og den teknologiske utviklingen, og det er behov for fornying av eksisterende medisinsk teknisk utstyr. Endring i teknologi vil ofte medføre behov for økt kompetanse og bygningsmessige endringer.

Medisinsk teknisk utstyr i Helse Nord-Trøndelag består av rundt 5000 enheter med en verdi på rundt kr 300 mill. (basert på anskaffelsespris). Gjennomsnittlig alder er 7-8 år, median 5 år.

Det finnes en del gammelt utstyr ved sykehusene, det meste av dette er imidlertid enkelt utstyr med lang levetid. Vel en fjerdepart av foretakets medisinsk teknisk utstyr etter økonomisk verdi har passert anbefalt levetid.

Tidligere var medisinsk teknisk utstyr frittstående enheter evt. med skjerm eller registrering på papir. En stor andel av det medisinsk tekniske utstyret er nå koblet til fagsystemer i nettverk for lagring av data på server, en utvikling som vil fortsette.

Felles regionale innkjøp vil kunne gi bedre priser både ved anskaffelse og for eventuelle serviceavtaler. Standardisering er også framholdt som positivt ved for eksempel bistand fra andre foretak til diagnostisering. Nyere medisinsk teknisk utstyr er standardisert ved de to sykehusene, mens det er lite standardisering regionalt. Det blir ved regional anskaffelse viktig å delta i de aktuelle anskaffelsesprosesser.

Sikkerhet

Moderne teknologi og utstyr der pasientopplysninger brukes og lagres, gir utfordringer knyttet til personvern og informasjonssikkerhet. I 2018 kommer EU-forordningen om personvern og datasikkerhet (GDPR) til å gjøre at flere av de nevnte fagsystemene må oppdateres, skiftes ut eller i verste fall utfases. Kunnskapen og forståelsen av pasientsikkerhet rundt medisinsk teknisk utstyr må økes blant alle som håndterer slikt utstyr.

2.9. Dagens bygg - tilstand og muligheter

Helse Nord-Trøndelag eier og forvalter ca. 104 500 m² bygningsmasse fordelt på 68 bygninger. Eierskapet omfatter Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Stjørdal og DPS Kolvereid. Øvrige lokaler leies.

2.9.1. Tilstandsvurdering og oppgraderingsbehov

Tilstandsgrad for bygningsmassen er kartlagt i 2008, 2012 og 2016.

Tilstandsgrad og kalkulert oppgraderingsbehov er dokumentert i rapport fra Multiconsult datert 9. desember 2016 (vedlegg 2). I perioden 2008 – 2016 er tilstandsgraden for den samlede bygningsmassen noe forverret, og vektet tilstandsgrad har beveget seg fra 1,1 til 1,3.

Tilstandsgrad	
TG 0	Ingen avvik
TG 1	Mindre eller moderate avvik
TG 2	Vesentlige avvik
TG 3	Stort eller alvorlig avvik

Multiconsult har i sin kartlegging av bygningsmassen lagt prinsippene i NS 3424 "Tilstandsanalyse av byggverk" til grunn. Det innebærer angivelse av tilstandsgrader fra 0 til 3, hvor tilstandsgrad 0 er best og 3 er dårligst.

Teknisk oppgraderingsbehov

Kartleggingen har avdekket at bygningsmassen har varierende teknisk tilstand. Totalvurdering av hver enkelt bygning (avrundet) viser at 78 % av bygningsmassen er å betrakte som meget god/tilfredsstillende (TG 0 og 1). 20 % er å betrakte som utilfredsstillende (TG 2), mens 2 % av arealet samlet sett er vurdert som direkte dårlig (dvs. gjennomsnittlig vektet tilstand avrundet til TG 3). Totalt sett i bygningsporteføljen er tilstanden noe dårligere for de tekniske anleggene enn for bygningsmessige komponenter. Rapporten oppsummerer Helse Nord-Trøndelag sine bygninger til en gjennomsnittlig tilstandsgrad på 1.3 og som er dårligere enn et normalt ambisjonsnivå på 1,0.

Kvaliteten er for store deler av bygningsmassen god, men rapporten peker på et vesentlig etterslep på vedlikehold.

Investeringsplaner og behov

Teknisk oppgraderingsbehov tilsvarer den innsats som kreves for å heve kvaliteten på bygningsmassen til et definert ambisjonsnivå. I dette tilfellet er ambisjonsnivået definert å tilsvare TG 1. Det vil si at lover og forskrifter er oppfylt og bygningsmassen framstår som god/ tilfredsstillende teknisk tilstand.

Bygningskomponenter med tilstandsgrad 2 eller 3 representerer derved en kostnad for oppgradering.

Teknisk oppgraderingsbehov er estimert for to kategorier, henholdsvis de mest akutte behov (MÅ-tiltak), og de som utgjør mer langsiktige behov for oppgradering (BØR-tiltak). Summen av de to kategoriene, samlet estimert teknisk oppgraderingsbehov, vil bringe bygningsmassen opp til en gjennomgående god og tilfredsstillende standard. Samlet oppgraderingsbehov kan innhentes over flere år, og i denne sammenheng 10 år. Oppgraderingsbehovet for de to kategoriene er prioritert og fordelt på periodene 0 – 5 og 6 -10 år.

Teknisk oppgraderingsbehov fordelt på lokasjon:

Lokasjon	Areal	Tiltak 0-5 års sikt	Tiltak 6-10 års sikt	Samlet oppgraderingsbehov	Oppgraderingsbehov Kr/kvm
Kolvereid	1610	0	0	0	0
Levanger	65182	52 000 000	343 000 000	395 000 000	6 100
Namsos	33822	48 000 000	224 000 000	272 000 000	8 000
Stjørdal	3912	0	0	0	0
Total	104 526	100 000 000	567 000 000	667 000 000	6 400

Prisnivå okt 2016 i NOK inkl mva. Usikkerhet +/- 15 %.

Tabell 2.9 – Teknisk oppgraderingsbehov for kartlagt bygningsmasse (priser i kr/m² inkl. mva) (rapport fra Multiconsult, 2016).

Beregningen viser at det samlede tekniske oppgraderingsbehovet innenfor et 10 års perspektiv er ca. kr.667 mill. Oppgraderingsbehovet omfatter en del normale og planlagte vedlikeholdstiltak i den samme perioden, og må følgelig ses i sammenheng med dette.

Løpende vedlikehold, eventuelle nybygg og ombygginger kommer i tillegg.

Historisk regnskapstall knyttet til oppgradering og vedlikehold siste fem år.

År	Regnskap
2016	kr. 24,0 mill. oppgradering og vedlikehold
2015	Kr. 20,0 mill. oppgradering og vedlikehold
2014	Kr. 17,8 mill. oppgradering og vedlikehold
2013	Kr. 15,2 mill. oppgradering og vedlikehold
2012	Kr. 11,7 mill. oppgradering og vedlikehold

2.9.2. Bygningsstrukturelle egenskaper – tilpasningsdyktighet

Bygningsmessig tilpasningsdyktighet er kartlagt og dokumentert i rapport fra Multiconsult datert 7.juni 2012. Rapporten følger som *vedlegg 3*.

Med bygningsmessig tilpasningsdyktighet menes de egenskaper bygningen har til å endre planløsning (fleksibilitet), endre bruk til annen funksjon (generalitet) eller mulighet til utvidelse (elastisitet).

Bygningene har en samlet vektet tilpasningsdyktighet på 1,7 på en skala fra 0-3. Dette indikerer at deler av bygningsmassen er svært krevende å tilpasse nye aktiviteter og at tilpasninger vil være kostnadskrevende.

Parametere som er svært viktige når det gjelder egnethet er areal og format på rom, etasjehøyde og bæreevne. Videre er det av avgjørende betydning med transportveier for teknikk i form av store nok sjakter, himlingsrom og tekniske mellometasjer.

2.9.3. Sykehuset Namsos

Samlet bruttoareal utgjør 33 822 m² som tilsvarer 32 % av det samlede areal som eies av Helse Nord-Trøndelag.

Teknisk kvalitet og kapasitet

Den kartlagte bygningsmassen har en samlet vektet tilstandsgrad på 1,4.

VVS-tekniske anlegg og elkraftanlegg peker seg ut med dårligst teknisk tilstand, og generelt er det de tekniske anleggene som har størst vedlikeholdsetterslep.



Tilpasningsdyktighet

Sykehuset Namsos har en samlet vektet tilpasningsdyktighet ³⁶ på 1,5.

Tekniske vertikalsjakter er for små og betong-dekker har for liten bæreevne. I praksis vil det si at dekker som er utnyttet i forbindelse med opprinnelig nyttebelastning ikke kan tilleggs belastes uten spesielle forsterkninger. Økt belastning kan være nye røntgenlaboratorier, spesielle analysemaskiner, takhengt utstyr i operasjonsstuer etc. Dagens tekniske sjakter og føringsveier er i stor grad utnyttet, og nye krav til luftmengder, klima- og utstyrskjøling fremtvinger omfattende ombyggingsarbeider i form av nye innvendige vertikale sjakter alternativt nye utvendige løsninger. Byggene har gjennomgående liten etasjehøyde, noe som begrenser fremkommelighet horisontalt for nye anlegg.

Muligheter og begrensninger dagens sykehusanlegg

En rekke bygninger er også vurdert med hensyn til tilpasningsdyktighet. Den mest tilpasningsdyktige bygningen er Bygg H, som også har mest areal. Bygg H har en stor andel lette innervegger, gode spennvidder/akse-avstander og stort areal pr etasje. Dette gir muligheter for å kunne endre planløsning ved ombygning. Bygget har imidlertid noe begrenset takhøyde og lastekapasitet som kan komme i konflikt med de sykehusfunksjoner som krever mest volum (f eks operasjon og tung bildediagnostikk).

Plassering av nye funksjoner og endringer av operasjonsavdelingen i H2, er ikke forenlig med dagens krav – dvs. slik virksomhet må plasseres i nytt bygg med tilfredsstillende tekniske føringsveier.

³⁶ Med bygningsmessig tilpasningsdyktighet menes de egenskaper bygninger har til å endre planløsning (fleksibilitet), endre bruk til annen funksjon (generalitet) eller mulighet til utvidelse (elastisitet). Når indikatorer for tilpasningsdyktighet er høyere enn 1,3 – 1,5, vil bygningsmassen bestå av bygninger og enkeltkomponenter som vurderes som begrensede med tanke på endringer og potensiale for endret bruk.

Helikopterlandingsplass: I perioden 2018-2020 vil dagens Sea King bli erstattet av nytt redningshelikopter AugustaWestland AW101. NAWSARH-prosjektet (**N**orwegian **A**ll **W**eather **S**earch **A**nd **R**escue **H**elicopter) er Justis- og beredskapsdepartementets anskaffelsesprosjekt for nye redningshelikoptre.

NAWSARH-prosjektet har bedt de regionale helseforetakene foreta tilpasninger ved åtte eksisterende landingsplasser ved norske sykehus med finansiering fra NAWSARH. Dagens landingsplass på Namsos er ikke dimensjonert for AW101, og er en av disse åtte landingsplassene.

Fremtidig kapasitets- og arealbehov

Tomtearealene er til dels fleksible og det er mulig å utvide eksisterende bygningsmasse. Arkitekt Arstad utarbeidet i 2003 en arealdisposisjonsplan der fem utviklingsområder er skissert.

Det ble i starten av 2016 slutført en idefase der det ble anbefalt utvikling av H-bygget mot vest. Rapporten beskriver i hovedsak løsningsalternativ for areal til kommunale tjenester og sykehusets udekte behov for utvikling innenfor somatikk. Tre ulike alternative tilbygg er beskrevet og kostnadsberegnet.

2.9.4. Sykehuset Levanger

Status dagens anlegg

Bruttoareal på Sykehuset Levanger utgjør 66 685 m² som tilsvarer 62 % av det samlede areal som eies av Helse Nord-Trøndelag.

Teknisk kvalitet og kapasitet

Den kartlagte bygningsmassen har en samlet vektet tilstandsgrad på 1,4



Tilpasningsdyktighet

Sykehuset Levanger har en samlet vektet tilpasningsdyktighet ³⁷på 1,7. Spredenett for elektro er underdimensjonert. Teknisk levetid for brannvarslingsanlegg er utløpt. Betong-dekker har for liten bæreevne som i praksis vil det si at dekker som er utnyttet i forbindelse med opprinnelig nyttelast ikke kan tilleggs belastes uten spesielle forsterkninger. Økt belastning kan være nye røntgenlaboratorier, spesielle analysemaskiner, takhengt utstyr i operasjonsstuer etc. Videre er kanaler for ventilasjon bygd som høytrykksanlegg, og er underdimensjonert etter dagens krav til ventilasjon. Dagens tekniske sjakter og føringsveier er i stor grad utnyttet, og nye krav til luftmengder, klima- og utstyrskjøling fremtvinger omfattende ombyggingsarbeider i form av nye innvendige vertikale sjakter, alternativt nye utvendige løsninger. Byggene har gjennomgående liten etasjehøyde, noe som begrenser fremkommelighet horisontalt for nye anlegg. Plassering av nye funksjoner og endringer av vesentlig karakter med dagens krav til inneklima, er vanskelig og kostbart innenfor bygningenes rammevilkår. Det kan være hensiktsmessig å plassere slik virksomhet enten i nytt bygg med høye nok nyttelaster og tilfredsstillende tekniske føringsveier.

Muligheter og begrensninger dagens sykehusanlegg

Begrensninger ved dagens sykehusanlegg er stor spredning i alder. Ut fra forventet levetid på 60 år, har en stor del av bygningsmassen behov for utskifting av komponenter med normal levetid på 25-35 år. De fleste bygningene med unntak av bygg M har begrenset etasjehøyde, manglende dimensjon og fremkommelighet på føringsveier og lav lastkapasitet på dekker når det gjelder plassering av tungt utstyr. Multiconsultrapporten peker på at bygningene har dårlig grad av elastisitet. Det innebærer at mesteparten av byggene har dårlige muligheter til endringer i areal ved påbygg.

³⁷ Se fotnote 36

Fremtidig kapasitets- og arealbehov

Tomtearealene er til dels fleksible og det er mulig å utvide eksisterende bygningsmasse. Rivning av eldre bebyggelse er et alternativ til å imøtekomme morgendagens krav. Videre legger reguleringsplan med bestemmelser føringer for etablering av parkering i flere plan sør/øst på sykehusområdet.

2.9.5. DPS Kolvereid

Status dagens anlegg

Bruttoareal på DPS Kolvereid utgjør 1610 m².

Teknisk kvalitet og kapasitet

Den kartlagte bygningsmassen har en samlet vektet tilstandsgrad på 1,0.

Tilpasningsdyktighet

DPS Kolvereid har en samlet vektet tilpasningsdyktighet ³⁸ på 2,1. Det er særlig mangel på elastisitet som trekker opp vektet tilpasningsdyktighet. Byggets form, plassering og tomtens størrelse vanskeliggjør en framtidig utvidelse.



Investeringsplaner og behov

Det er ikke synliggjort noe oppgraderingsbehov for DPS Kolvereid de neste 10 årene.

Muligheter og begrensninger dagens sykehusanlegg

Dagens anlegg fremstår som et kompakt anlegg med relativt få muligheter for utvidelse. Begrensninger er her tomten og byggets fasong.

Investeringsplaner og behov

Det foreligger ingen investeringsplaner utover normale vedlikeholdsrutiner.

Fremtidig kapasitets- og arealbehov

Sengeposten er nedlagt og det foregår kun poliklinisk virksomhet i bygningen. Slik aktiviteten ved anlegget er i dag har bygningene ledig kapasitet.

Behov for endringer til 2035

Deler av bygningen kan tilrettelegges for ekstern leietager alternativt kan eiendommen selges da med klausul om tilbakeleie av areal for poliklinikk.

2.9.6. DPS Stjørdal

Status dagens anlegg

Bruttoareal på DPS Stjørdal utgjør 3 912 m².

Teknisk kvalitet og kapasitet

Den kartlagte bygningsmassen har en samlet vektet tilstandsgrad på 0,5.



³⁸ Se fotnote 36

Tilpasningsdyktighet

DPS Stjørdal har en samlet vektet tilpasningsdyktighet ³⁹ på 1,7.

Investeringsplaner og behov

Det foreligger ingen investeringsplaner utover normale vedlikeholdsrutiner.

Muligheter og begrensninger dagens sykehusanlegg

Dagens anlegg fremstår som et kompakt anlegg. Tomtens størrelse og byggets plassering og utforming gir muligheter for utvidelse i form av tilbygg.

Investeringsplaner og behov

Det foreligger ikke planer for nyinvestering.

Fremtidig kapasitets- og arealbehov

Slik aktiviteten ved anlegget er i dag har bygningene tilstrekkelig kapasitet.

Behov for endringer til 2035

Det er ingen planer for bygget i perioden.

2.9.7. Parkering

Parkeringsutvalget i Helse Nord-Trøndelag leverte i 2016 en rapport der de konkluderte med at parkeringssituasjonen til tider er så prekær at verken pasienters, pårørendes eller ansattes behov dekkes. Arealet som er avsatt til parkering er begrenset og utvalget anbefalte tiltak for å forbedre situasjonen. Utvalget foreslår blant annet å iverksette tiltak som begrenser ansattes bruk av avgiftsplasser forbeholdt pasienter og pårørende, tilrettelegge for ansatte som sykler og går til jobb, øke parkeringskapasiteten og innføring av parkeringsavgift for ansatte.

Det er nødvendig å utvikle parkeringsarealene ved begge sykehus, samt ved DPS Stjørdal.

³⁹ Se fotnote 36

3. Overordnede strategier og føringer

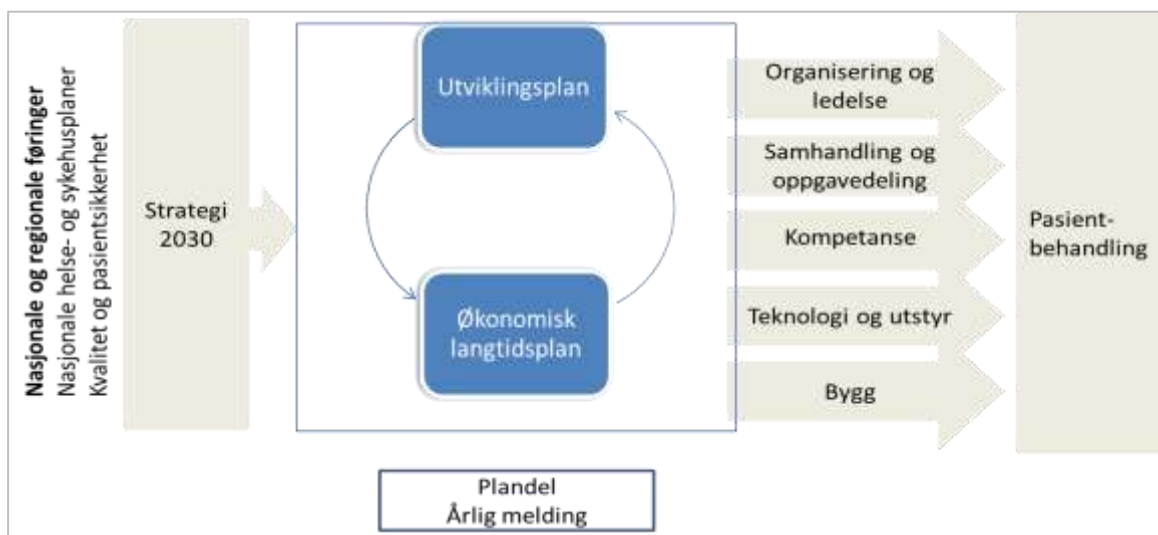
Helse Nord-Trøndelag har gjennom årene utarbeidet en god del utredninger, planer og strategier. Arbeidet med Strategisk utviklingsplan har vært en fin anledning til å ta en gjennomgang av det som finnes av førende dokumenter på lokalt nivå, samt en kartlegging og gjennomgang av nasjonale og regionale føringer.

Oversikt over noen av føringene fordelt på ulike nivå er illustrert i figuren under.



Figur 3.1 – Oversikt over føringer som finnes på ulike nivå

Nasjonale og regionale føringer, samt Helse Nord-Trøndelag sin Strategisk utviklingsplan er viktige grunnlagsdokument når det gjelder planlegging av nye sykehusbygg, drift og prioritering mellom ulike fagområder. Figuren under viser den nødvendige sammenhengen som må være tilstede mellom planlegging av drift og investering opp mot økonomiplan og de økonomiske forutsetningene.



Figur 3.2 – Sammenhengen mellom utviklingsplan og tidligfaseplanlegging for sykehusbygg

3.1. Nasjonale føringer

Nasjonal helse- og sykehusplan

*Nasjonal Helse- og sykehusplan*⁴⁰ ble vedtatt av Stortinget i mars 2016, og vil ha betydning for både innhold, struktur og organisering av spesialisthelsetjenesten. Planen sier blant annet: «Å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må endre kultur, holdninger, organisering og ledelse».

Planen legger vekt på at vi trenger både små og store sykehus også i framtiden. Sykehusene skal ha ulike roller og oppgaver, men kravene til kvalitet skal være de samme. Sykehusene skal arbeide i nettverk slik at pasienten får den beste behandling av kompetent personell uansett hvor de bor.

Nasjonal Helse- og sykehusplan har stadfestet at Helse Nord-Trøndelag skal ha akuttkirurgi ved begge sykehus.

I behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan i Stortinget (mars 2016), ba Stortinget regjeringen om å sørge for at de regionale helseforetakene starter en prosess med å flytte mer av den planlagte kirurgien i foretaket til akuttsykehusene, der det ligger til rette for dette.

3.2. Regionale føringer

Strategi 2030

Strategi 2030 er tydelig på at vi ikke kan møte framtidens utfordringer gjennom å organisere og utføre helsetjenesten på samme måte som i dag. Vi løser ikke utfordringene alene med å ansette flere fagfolk.

Den enkelte pasient skal motta best mulige behandlingen ut fra situasjon og behov. Endringsvilje, fleksibilitet og tilpasningsevne vil være sentrale suksessfaktorer. Vi må ta i bruk ny teknologi, nye behandlingsmetoder og nye måter å samhandle. Dette stiller nye krav til Helse Nord-Trøndelag i form av kompetanse, ledelse og organisering.



Gjennom Strategi 2030 blir vi utfordret til å dyktiggjøre oss innen fire hovedområder:

- **Vi skal skape pasientenes helsetjeneste**
Befolkningens behov skal være styrende for hvordan vi utvikler oss. Pasienter og pårørende skal delta aktivt i beslutninger om egen behandling og utvikling av helsetjenesten.
- **Vi skal ta i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse**
Ansatte og organisasjonen skal utvikle og ta i bruk ny kunnskap og teknologi. Kort vei fra kunnskap til forbedret praksis.
- **Vi skal rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell**
Ansattes kompetanse er pasientenes trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse skal møte pasienten i hele forløpet. Vi skal ta vår del av ansvaret for utdanning.
- **Vi skal være gode lagspillere**
Vi skal tenke helhet og samhandling. Laget skal bestå av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi skal spille hverandre gode og utnytte hverandres fortrinn.

⁴⁰Nasjonal Helse- og sykehusplan;

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>

Regionale fagplaner og strategier

Strategi 2030 gir føringer for utvikling og prioriteringer i Helse Midt-Norge, og skal konkretiseres gjennom arbeid med utviklingsplaner og regionale fagplaner. Eksempel på regionale fagplaner er blant annet Regional plan for kreftomsorgen i Helse Midt-Norge, Regional smittevernplan, Regional plan for svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i Helse Midt-Norge, Regional handlingsplan for diabetes. Dette er ingen uttømmende liste.

Det foreligger også regionale strategier for ulike delområder som for eksempel IKT-strategi, Kvalitetsstrategi, Strategi for brukarmedvirkning, Strategi for innovasjon, Strategi for utdanning og kompetanseutvikling.

Det er viktig at fagområdene i Helse Nord-Trøndelag har oversikt over de regionale fagplanene og strategiene som gjelder for sitt område. Skal de regionale planene ha en effekt til beste for pasientene i Midt-Norge, må de både utarbeides av ansatte fagfolk i helseforetakene våre, samt benyttes i planlegging av de konkrete behandlingstilbud som gis.

3.3. Helse Nord-Trøndelag sin veg mot «pasientenes helsetjeneste»

Helse Nord-Trøndelag sin visjon er ***På lag med deg for din helse***, og verdigrunnlag bygger på ***Respekt, Trygghet*** og ***Kvalitet***.

Helse Nord-Trøndelag har følgende ambisjon:

- God og likeverdig *pasientbehandling*. Kvaliteten på helsetjenesten og kompetansen hos ansatte skal være høy. Alle innbyggere i vårt opptaksområde skal ha likeverdig tilgang til behandling med samme kvalitet. Uønsket variasjon skal unngås.
- *Faglig samarbeid* skal foregå på tvers av sykehusene, klinikker og fagområder. Det må tilrettelegges for forpliktende samarbeid med fagnettverk og samarbeidsarenaer. Det må være en klargjøring av *oppgavefordeling* og *samarbeid* mellom sykehusene i eget helseforetak og mot andre helseforetak.
- Det må *sørges* for at vi har *bærekraftige fagmiljø* som «står seg over tid». Rekruttering av nødvendig kompetanse skal være et prioritert område.
- Vi må ha en *struktur* som utvikler og ivaretar gode og standardiserte pasientforløp som også muliggjør individuell tilpasning bygd på pasients behov og medvirkning.
- En kultur som preges av likeverd og jobbing mot felles mål. Vi skal holde avtaler vi har med pasientene, og vi skal vise respekt. Pasienten skal være *en sentral aktør i eget pasientforløp*. Pasienten skal oppleve: «Ingen beslutning om meg – uten meg».
- Det jobbes mot bedre *samhandling med kommunene*. Man må i fellesskap sørge for at behandling kan skje på laveste mulige nivå. Helsetjenesten må sammen med pasienten ta ansvar for helhet, sammenheng og gjennomføring av behandlingen.
- *Styrket utviklingskraft*. Medarbeidere i foretaket bidrar til at ny forskning og innovasjon blir del av daglig praksis. Medarbeiderne skal gis mulighet til selv å drive innovasjon og forskning og alle bidrar i kontinuerlig forbedringsarbeid for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet.

Bærekraft 22

For å kunne utvikle Helse Nord-Trøndelag i tråd med nasjonale og regionale føringer, samt vedtatte planer, så må det jobbes med å sikre økonomisk bærekraft. Langtidsbudsjettet til Helse Nord-Trøndelag HF viser at foretaket ikke er langsiktig økonomisk bærekraftig, dette basert på foretakets planlagte investeringer og dagens kostnadsnivå på virksomhetens drift.

Styret for Helse Nord-Trøndelag er tydelig på at dersom man ikke klarer å løse disse utfordringene, vil man raskt havne i en situasjon hvor foretakets likviditet ikke vil kunne forsvare det vedtatte investeringsnivået i langtidsbudsjettet. Styret har derfor i møte 6. mars 2017⁴¹ besluttet å utrede både foretaksovergripende tiltak og enkelte konkrete tiltak i klinikker/sentre for å kunne løse situasjonen. Tiltakene er organisert som et prosjekt kalt «Bærekraft 22», og oppdelt i 10 delprosjekter. Nedenfor følger en kort orientering om de ti delprosjektene.

Delprosjekt 1 – Prioritering når det gjelder funksjonsfordeling mellom lokasjonene i Helse Nord-Trøndelag

Helse Nord-Trøndelag har gjennomført en faglig organisering av den kliniske virksomheten på tvers av geografi. Det vil i denne sammenheng være naturlig å se på funksjons- og oppgavefordeling mellom lokasjoner og klinikker i foretaket. Dette vil kunne være med å effektivisere den økonomiske driften, men det kan også være med på å bedre kvaliteten på behandlingen til pasienten. Det kliniske arbeidet blir stadig mer spesialisert og det vil kunne være gunstig å samle og etablere bærekraftige fagmiljø på lokasjonene. Det vil også kunne være naturlig å se på strukturfordeling og samhandling på noen merkantile funksjoner i forbindelse omorganiseringen i foretaket.

Delprosjekt 2 – Funksjonsgjennomgang stab- og støttefunksjoner

Alle service-, støtte- og stabsfunksjonene er etter omorganiseringen av foretaket organisert i 2 sentre (Senter for internservice og Senter for virksomhetsstøtte og utvikling). Dette vil kunne gi grunnlag for bedre samhandling og effektivisering av disse tjenestene. Klinikken bør også vurdere sitt behov for den type tjenester i fremtiden, slik at sentrene kan tilpasse seg dette omfanget. Alle oppgavene som disse sentrene utfører som ikke klinikken etterspør bør også gjennomgås for å vurdere behovet av disse. Det bør være en målsetning at det samlede kostnadsnivået for de 2 sentrene er redusert med 10 prosent i 2022.

Delprosjekt 3 – Standardisering

Det kan være ulikt omfang av merkantilt personell i klinikken. Det bør vurderes og utredes om det hensiktsmessig med en type standardisering og harmonisering av denne typen personell ute i klinikken. En slik standardisering kan ha en økonomisk gevinst for driften av disse tjenestene.

Delprosjekt 4 – Pasientnytte for ikke lov- eller oppdragspålagt aktivitet

Helse Nord-Trøndelag HF bør gjennom en utredning gjennomgå sin kliniske aktivitet for å se på hva som ikke er lov eller oppdragspålagt. Når denne aktiviteten er kartlagt bør det ses på viktigheten og forsvarligheten med tanke på pasientnytt og kostnadsnivået på denne aktiviteten. Der er foretaket sitt ansvar å optimalisere pasientnytt basert på tilgjengelige økonomiske ressurser som er til disposisjon.

⁴¹ Styresak18-2017 ; <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2018-17%20Langsiktig%20økonomisk%20bærekraft.pdf>

Delprosjekt 5 – Ett Trøndelag – fremtidig posisjonering

Nord og Sør - Trøndelag blir til et fylke og nasjonal helse og sykehusplan har gitt føringer for hvordan Helse Nord – Trøndelag HF skal se ut i fremtiden. I grove trekk er den demografiske utviklingen i befolkningen kjent og det samme er behovet for behandling ut fra utviklingen i sykdomsbilde. Helse Nord – Trøndelags HF sitt forhold til St. Olavs blir viktig i fremtiden. Samhandlingen og en potensiell funksjonsfordeling med St. Olavs innenfor noen typer behandling er ikke godt nok belyst og utredet. Helse Nord – Trøndelag HF må utnytte ressursene sine på beste måte for sine pasienter gjennom et tettere samarbeid mellom St. Olav. En tydeligere funksjonsfordeling kan være med å øke både kvaliteten på pasientbehandling og være økonomisk gunstig.

Delprosjekt 6 – Prehospitale tjenester

Punkt 6 omhandler utredning av struktur og beredskap for prehospitale tjenester, dette for å gjøre klinikken ytterligere drifts- og kostnadseffektiv.

Delprosjekt 7 – mva nøytralt – eie/leievurdering

Helseforetakene ble merverdinøytral fra 01.01.2017 på kjøp av tjenester. Grunntanken med dette var å skape like vilkår for tjenester som produseres utenfor og innenfor helseforetakene. Helse Nord – Trøndelag HF bør som følge av de nye rammevilkårene ta en gjennomgang av sin tjenesteproduksjon for å avklare om foretaket bør kjøpe flere tjenester eller selge flere tjenester eksternt.

Delprosjekt 8 – Helseplattformen

Med Helseplattformen kommer digitalisering, felles nytt journalsystem med primærhelsetjenesten og nye løsninger innenfor en rekke områder. Dette vil invitere foretaket til organisasjonsutvikling og en potensiell effektivisering av arbeidsprosesser. Det vil være fordelaktig at denne organisasjonsutviklingen begynner i god tid før selve innføringen av Helseplattformen. Effektiviseringsgevinstene skal komme gjennom at det skal jobbe annerledes gjennom nye arbeidsprosesser. Hvis foretaket ikke endrer på arbeidsprosessene før helseplattformen innføres som teknologisk verktøy, vil foretaket ikke kunne høste mulige effektivitetsgevinster og økt kvalitet som følge av dette.

Delprosjekt 9 – Bestiller-rollen og avtalelojalitet

Det nye helseforetaket Sykehusinnkjøp HF overtok 01.01.2017 store deler av innkjøpsfunksjonen til Helse Nord-Trøndelag HF. Det forventes at Sykehusinnkjøp HF vil arbeide med å standardisere innkjøpene, samt å anskaffe landsdekkende avtaler. Sykehusinnkjøp skal kjøre innkjøpsprosesser for Helse Nord-Trøndelag HF, mens foretaket må bestille mye av varene sine selv basert på rammeavtaler anskaffet av Sykehusinnkjøp HF. Det er derfor naturlig å ta en gjennomgang av bestiller-rollen i foretaket og selve avtaleforvaltningen. Det er også startet et arbeid med å revidere fullmaktreglementet i foretaket som vil kunne påvirke bestiller rollen. Det bør være en målsetning å redusere antall ansatte som kan bestille varer og tjenester og det bør være tydelig hvem som eier alle avtalene til Helse Nord-Trøndelag HF med tanke på avtaleforvaltningen. Dette vil kunne gi besparelser ved innkjøpene til foretaket.

Delprosjekt 10 – Desentraliserte tjenester

Foretaket bør evaluere dagens desentraliserte tjenester til pasienten. Det gjøres en vurdering når det gjelder organisering og mengde tjenester, og sees på hvordan disse skal tilpasses fremtidens behov for pasientene. Desentraliserte tjenester gir god kvalitet på pasienttilbud og det kan være god økonomi i slik organisering. Det vil være fordelaktig at begge disse variablene, kvalitet og økonomi, er med på å bestemme fremtid organisering av disse tjenestene..

4. Utviklingstrekk og framskriving

Strategi 2016 (Helse Nord-Trøndelag sitt strategidokument for perioden 2010 – 2016)

Strategi 2016 ble godkjent av styret for HNT i 2010. I dette strategidokumentet ble trender og utviklingstrekk beskrevet, og man ser at noen av disse fortsatt er relevante når utviklingstrekk mot 2022 og 2035 skal beskrives.

Den faglige og teknologiske utvikling vil fortsette og vi vil ha en utvikling innen genteknologi, farmakologi, diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmetoder.

Man beskrev i 2010 at medarbeidere i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor, og dette er fremdeles en aktuell problemstilling, og drøftes videre i kapittel 4.4.

Når det gjaldt struktur og organisering av helsetjenesten, ble det påpekt at samhandlingsreformen vil føre til større grad av samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, samt at flere pasienter vil bli behandlet i distriktsmedisinske senter og andre kommunale institusjoner. Her er potensialet fortsatt til stede for enda bedre samhandling og arbeidsfordeling.

I 2010 ble det sagt at pasientrollen ville endres fremover, og dette er et aktuelt utviklingstrekk også fremover.

4.1. Demografi, sykdomsutvikling og andre endringsfaktorer

I dag utgjøres nedslagsfeltet for vårt helseforetak alle kommunene i Nord-Trøndelag fylkeskommune, samt Roan og Osen. Bindal er også med i nedslagsfeltet for Helse Nord-Trøndelag, men er ikke inkludert i analysematerialet. Bindal har 1 482 innbyggere pr 3.kvartal 2017 (SSB).

Tydal og Selbu er med i samarbeidet i Værnesregionen, og når det gjelder øyeblikkelig hjelp så sogner de til Helse Nord-Trøndelag. De er imidlertid ikke med i analysematerialet for Helse Nord-Trøndelag, da de tilhører Sør-Trøndelag og derfor tatt med i analysematerialet for St. Olavs hospital.

Fra 1. januar 2018 er Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag sammenslått til Trøndelag fylkeskommune, og noen kommuner er vedtatt slått sammen. Dette vil i fremtiden kunne påvirke pasientstrømmene mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital HF.

Det kan også bli endringer i pasientstrømmer i sørdelen av Nordland. Det pågår utredningsarbeid av fremtidens sykehusstruktur på Helgeland⁴².

Bostedsomr	Innb 2015	Innb 2022	Innb 2035	% endring 2015-2022	% endring 2015-2035
HNT bost					
0-17 år	30 654	30 803	32 432	0,5	5,8
18-49 år	54 656	54 755	58 006	0,2	6,1
50-66 år	30 008	31 462	30 705	4,8	2,3
67-79 år	15 558	19 311	21 519	24,1	38,3
80-89 år	5 593	6 016	10 354	7,6	85,1
90 år og eldre	1 256	1 444	2 196	15,0	74,8
Sum HNT bost	137 725	143 791	155 212	4,4	12,7

Tabell 4.1 – Utvikling i befolkning og aldersfordeling i sykehusenes opptaksområde (Sykehusbygg, 2017)

⁴² Nyhetssak omkring utredningsarbeidet på Helgelandssykehuset sin hjemmeside:
<https://helgelandssykehuset.no/nyheter/vurderer-hvordan-2025-prosjektet-skal-videreføres>

4.1.1. Aldrende befolkning

Tabellen over viser at det er de eldste aldersgruppene som vokser mest, og veksten kommer for alvor i perioden fra 2022 til 2035. Utviklingen i Nord-Trøndelag stemmer godt overens med utviklingen generelt i Norge, der den norske befolkningen stadig blir eldre. Selv om en stor andel av de eldre vil være friske, vil dette medføre et høyere behov for helsetjenester enn i dag, både i og utenfor spesialisthelsetjenesten. Det er innbyggere over 80 år som har det høyeste forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester, mens for psykisk helsevern og rusbehandling har forbruket vært høyest i yngre aldersgrupper (Sykehusbygg, 2017).



I en analyserapport utarbeidet av Helsedirektoratet skrives det at for den eldste delen av befolkningen viser tall at omtrent 80 prosent av befolkningen over 80 år hadde kontakt med spesialisthelsetjenesten i 2016. For de over 90 år var andelen over 90 prosent for menn, mens andelen for kvinner lå på cirka 80 prosent⁴³. Denne rapporten beskriver bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkning, og vil være et godt grunnlagsdokument når Helse Nord-Trøndelag skal konkretisere og planlegge for hvordan vi skal møte fremtidens utfordring med flere eldre.

Parallelt med «eldrebølgen» forventes det også at de yngre og friskeste i større grad bosetter seg sentralt i de større byene. Statistisk sentralbyrå⁴⁴ har framskrevet en markant befolkningsnedgang for flere kommuner i Nord-Trøndelag i perioden fram mot 2040. Dette gjelder særlig kommunene Fosnes, Leka, Lierne, Namdalseid, Namsskogan og Røyrvik. Dette utviklingstrekket og et nedslagsfelt med geografiske avstander krever fokus på opprettholdelse av likeverdige tilbud.

I rapporten fra SSB (2017) beskrives det at den norske befolkningen vil bli betydelig eldre i framtiden. Spesielt sterk vil veksten være blant de aller eldste, og i små distriktskommuner. Konsekvensene av den forventede aldringen er ikke opplagte, hverken for samfunnet eller for enkeltindividene det angår. Dette er fordi vi har begrenset kunnskap om hvordan sykkeligheten endrer seg når levealderen øker. Vi har også lite kunnskap om hvor stor del av levealdersøkningen som skyldes medisinske framskritt og livsforlengende behandling. Hvorvidt et økt antall leveår gir gjennomsnittlig flere, færre eller like mange år i god helse, er per i dag uavklart (SSB, 2017).

Demens har tidligere vært en lite vanlig dødsårsak i Norge, men i 2014 ble hele 8 prosent av dødsfallene tilskrevet demens. Det anslås å være rundt 70 000 mennesker med demens i Norge i dag. Ettersom demens er sterkt assosiert med alder vil en økning av eldre – og da spesielt over 85 år – trolig føre til økt demensforekomst mot 2040. I Europa har man anslått at hver fjerde person over 85 år har betydelige demensproblemer (SSB, 2017).

Ifølge Folkehelse rapporten og Sykdomsbyrdeprosjektet er rygg- og nakkesmerter, depresjon, angst, diabetes type 2 og fallulykker viktige årsaker til helsetap blant eldre (Folkehelseinstituttet 2014⁴⁵, 2016⁴⁶). Dette er sykdommer som i sjeldne tilfeller fører til død, men som krever behandling og har en stor innvirkning på Eldres hverdagsliv (SSB, 2017).

⁴³ Helsedirektoratet, *Analysenotat 10/2017* (2017); <https://helsedirektoratet.no/nyheter/flere-eldre-pasienter-i-spesialisthelsetjenesten>

⁴⁴ SSB-rapport (2017); «Framtidens eldre i by og bygd»; <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/framtidens-eldre-i-by-og-bygd?fane=om>

⁴⁵ Folkehelseinstituttet (2014): Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge (pdf). Rapport 4/2014, Folkehelseinstituttet. www.fhi.no

⁴⁶ Folkehelseinstituttet (2016): Sykdomsbyrdeprosjektet; www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/

I forbindelse med Nasjonal helse- og sykehusplan er det beregnet at behovet for døgn- og dagbehandling vil øke med ca. 60 prosent for gruppen over 65 år. Mange av de eldre pasientene vil ha kroniske og sammensatte tilstander. Det forventes et særlig økende behov for tilbud til pasienter med hjerte og karsykdom, demens, alderspsykiatriske tilstander og kreft.

Tidligere diagnose, målrettet medisin og bedre behandlingstilbud har ført til at risikoen for å dø av kreftsykdom er betraktelig redusert de siste tiårene, og i dag er sju av ti fremdeles i live fem år etter diagnosen. I en rapport fra kreftregistret⁴⁷ anslås det at i 2027 vil være rundt 40.000 nye krefttilfeller per år, som er 23 prosent mer enn i dag. I følge rapporten vil økningen være særlig stor hos de eldste, med 37 prosent flere krefttilfeller hos befolkningen over 70 år enn det vi har i dag.

Innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling forventes ikke den samme veksten i aktivitet som følge av den økende andelen eldre innbyggere. Her er det relative og absolutte forbruket av spesialisthelsetjenester størst i aldersgruppen fra 20 til 50 år.

4.1.2. Økning i kroniske sykdommer

Det er forventet en økning i forekomst av kroniske sykdommer (NCD=non communicable diseases, norsk=ikke smittsomme sykdommer). Gjeldende NCD-strategi fra Helse- og omsorgsdepartementet⁴⁸ omfatter forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. Norge har som overordnet mål å redusere for tidlig død med 25 prosent for disse sykdommene innen 2025, og NCD-strategien skal bidra til at målet nås.

I Norge er det hjerte- og karsykdommer, kreft og luftveissykdommer som tar flest liv i dag (Folkehelseinstituttet, 2015⁴⁹). Forekomsten kan i ulik grad knyttes til røyking, alkoholbruk, usunt kosthold, stillesitting og overvekt, og en høy andel kan således forebygges ved livsstilsendringer. I denne sammenhengen må det også nevnes at vi bør ha fokus på strategier for kroniske sykdommer som folk ikke dør for tidlig av, men som fører til stort helsetap. I følge Nasjonal helse- og sykehusplan (2015, side 22) så er muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser/rus kroniske sykdommer som fører til størst helsetap, illustrert i figur 4.1 på neste side.

Dette er utfordringer vi ikke bare kan møte på sykehus eller legekontor. Dette er utfordringer vi må møte i alle sektorer av samfunnet. De fem hovedgrepene i NCD-strategien er:

- videreføring og utvikling av det primærforebyggende arbeidet, slik Folkehelsemeldingen beskriver
- økt vektlegging av arbeidet med tidlig diagnostikk
- økt vektlegging av sekundærforebygging
- sikre pasientforløp med god kvalitet på behandling og oppfølging i alle ledd
- styrke brukerne og pasientenes rolle og trekke dem mer aktivt med i behandlingen av egen sykdom

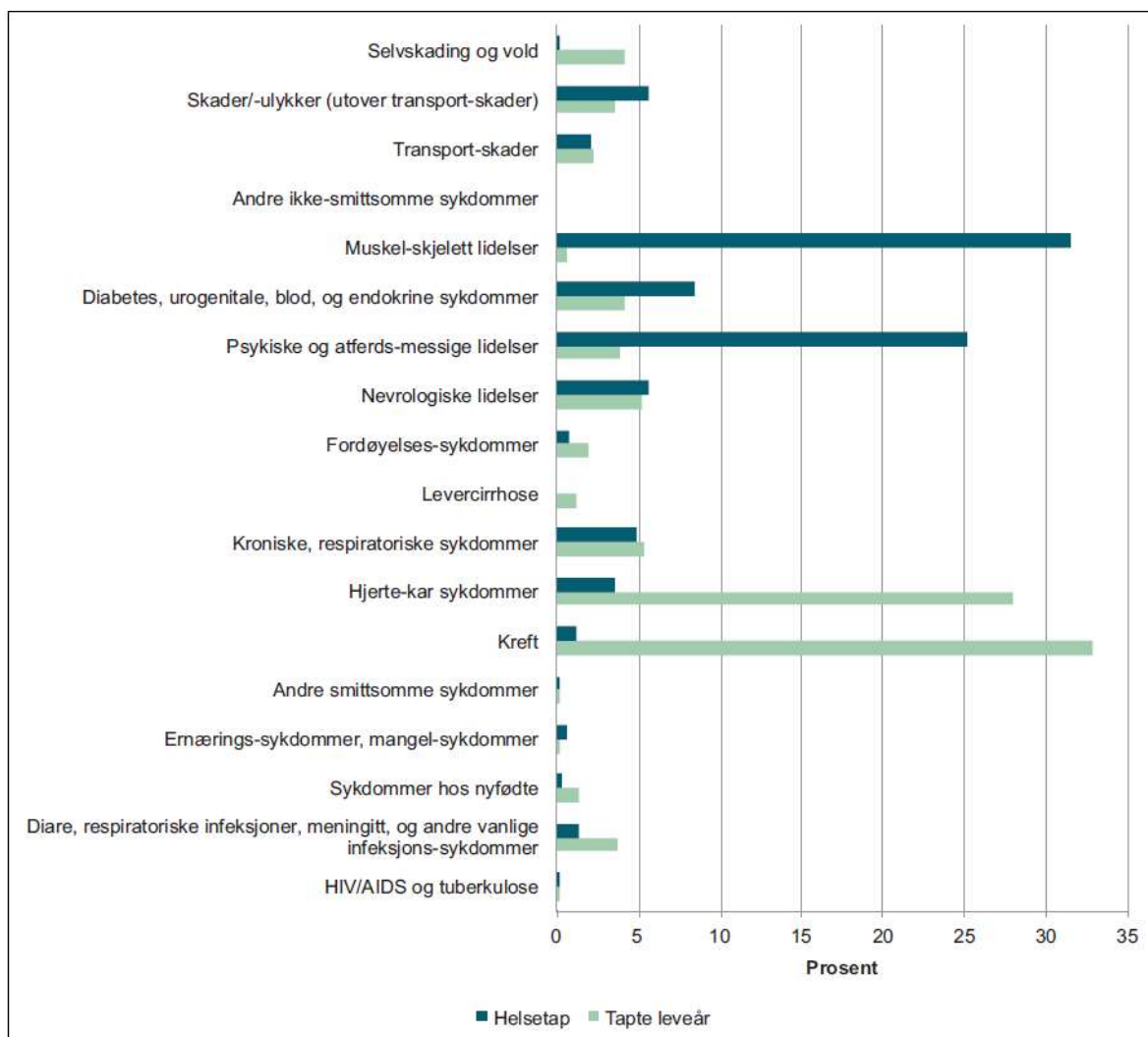
Ny NCD-strategi er under utarbeidelse. I følge Dagens Medisin⁵⁰ vil psykisk helse for første gang tas med i det forebyggende arbeidet, og blir tatt med i NCD-strategien. Helsedirektoratet varsler at strategien vil komme i løpet av 2018.

⁴⁷ Rapport om kreft i Norge (2016); <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106.pdf>

⁴⁸ NCD-strategi 2013-2017; <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ncd-strategi/id735195/>

⁴⁹ Folkehelseinstituttet (2015): Dødsårsaksregisteret/Dødsårsaker for 2014: Kreft stabil, demens øker. www.fhi.no/helseregistre/dodsaarsaksregisteret

⁵⁰ Artikkel fra Dagens Medisin, lest 08.11.17; <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/10/16/starter-arbeidet-med-ny-folkehelse-strategi/>



Figur 4.1 – Hvilke sykdommer betyr mest for tapte leveår og år med helsetap (Nasjonal helse- og sykehusplan, 2015; Folkehelseinstituttet, 2014)

4.1.3. Infeksjoner og antibiotikaresistens

En viktig faktor som vil ha betydning for helsetjenesten i årene framover er økende omfang av antibiotikaresistens. I Norge og resten av Norden er forholdene fortsatt relativt gunstige sammenlignet med mange andre land, men også vi har de senere år sett en urovekkende utvikling når det gjelder resistensproblematikk. Fortsetter dagens utvikling, kan vi om kort tid komme i en situasjon der infeksjonsrisikoen ved å gjennomføre standardoperasjoner som keisersnitt og hofteoperasjoner blir for stor. En slik utvikling vil få konsekvenser for pasientsikkerhet. For at antibiotika også i framtiden skal være en effektiv behandling mot alvorlige infeksjonssykdommer, må forebygging av antibiotikaresistens prioriteres høyt.

Parallele strategier med forebygging av infeksjoner, hurtig og nøyaktig diagnostikk, samt nøktern antibiotikabruk (antibiotikastyringsprogram) er pekt på som viktige for å bremse opp utviklingen av antibiotikaresistens. I tillegg er hindring av smittespredning et sentralt tiltak. Den bygningsmessige utformingen av sengeposter med høy andel av enerom er derfor av betydning. Enerom representerer en fysisk barriere og forebygger spredning av resistente bakterier.

4.1.4. Teknologiske⁵¹ og medisinske framskritt

Den teknologiske utviklingen vil påvirke utviklingen av helsetjenesten i de kommende år. Digitalisering, minimalisering, nanoteknologi, bioteknologi, kunstig intelligens, robotisering er noen stikkord for den nære framtid.

Avansert digital bildebehandling og stor datakraft gir nye måter for visualisering og bildeframstilling med høyere informasjonsverdi, og med stadig bedre oppløsning og kortere opptakstid. Utvikling både på utstyr og programvare øker diagnostisk presisjon, kombinert med lavere mengde ioniserende stråling. Annet ikke-ioniserende diagnostisk utstyr vil få nye bruksområder. Navigasjon med elektromagnetisk trackingsystem i karsystemet er i utvikling. Effekten blir redusert bruk av stråling og tidsbesparelse. Utviklingen innen MR-spektroskopi vil kunne erstatte behovet for biopsi i mange situasjoner.

Robotteknologi kan bidra til å redusere behovet for flere kirurger i operasjonsfeltet, noe som på sikt kan redusere kostnadene ved behandlingen. Dag-/ett døgn behandling vil bli lettere med mer bruk av minimal-invasiv eller ikke-invasiv behandling. 3D printing muliggjør «skreddersydd» individuell behandling. Medisinske roboter kan bl.a. bidra til å forbedre kirurgisk presisjon, medisinproduksjon, laboratorieanalyser, logistikk- og renholdsoppgaver. Robotisering vil også kunne effektivisere administrative og tekniske oppgaver i helsetjenestene.



Multifunksjonelle hybridstuer som har utstyr både for avansert bildediagnostikk og kirurgi, og er bemannet med både kirurger og intervensjonsradiologer, vil være vanlig ved de fleste sykehus i fremtiden. Bruk av simulering før store invasive inngrep blir mer vanlig, og blir integrert i hybridstuene etter hvert. Holografi gir bedre simulering før inngrep, og etter hvert også under inngrep der kirurgen vil se instrumentene i den tredimensjonale modellen av organet. Laparoskopiske prosedyrer vil fortsette, med mindre instrumenter, og bedre kamerateknologi og skjermopløsninger.

Noninvasiv kirurgi vil bli realisert ved å sende ultralyd inn i organer og vev for å behandle sykdom uten at det foretas stikk eller kutt. F.eks. vil bruk av mikrobobler for å frakte medikamenter til kreftsvulster, og deretter knuse boblene med ultralydbølger på akkurat riktig sted, trolig bli tilgjengelig innen fem år. Roboter i nanostørrelse kan via blodstrømmen bringe medikamenter til spesifikke områder, eller reparere skadde celler.

Kunstig intelligens vil bidra til raskere diagnostisering ved å gi validert klinisk beslutningsstøtte. Sammen med avanserte sensorer kobla til pasienten, sanntids overføring og bruk av smarttelefon, trenger ikke pasienten å møte fysisk på sykehuset for diagnostisering eller kontroll. Dette kan særlig være aktuelt for kronikere som har behov for rutinemessige kontroller.

Bioteknologi (diagnostikk og genterapi) kan bidra til at sykdommer avdekkes tidligere og at sykdomsutviklingen kan begrenses. Ved hjelp av genterapi vil det bli mulig å erstatte defekt vev, noe som vil redusere behovet for tradisjonelle inngrep. «Dyrking» av organer med pasientens egne gener vil f.eks. kunne redusere behovet for nyreerstattende behandling.

Innføring av Helseplattformen⁵² i 2021-2022 vil være en avgjørende endringsfaktor. Etter hvert vil det aller meste medisinsk tekniske utstyret levere data automatisk til pasientjournalen, uavhengig av om pasienten er i et sykehus, sykehjem, hos fastlegen eller hjemme. Derfor må alt medisinsk teknisk utstyr som anskaffes fra nå, kunne levere digitaliserte data på en standardisert måte.

⁵¹ Det er laget en eget [Teknologinotat](#) i forbindelse med utviklingsplanarbeidet;

⁵² Informasjon om Helseplattformen: <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>

Den raske teknologiske utviklingen vil medføre økte investeringsbehov i teknologi de kommende år. Alternativt vil de søke andre tilbydere. Sterkere funksjonsfordeling kan bli nødvendig, ettersom ikke alle sykehus får mulighet til å investere i det mest avanserte utstyret. En del utstyr vil også kreve vesentlige bygningsmessige endringer som vil medføre kostnader.

En mindre heldig følge av stadig bedre diagnostisk utstyr vil være at man avdekker tilstander hos ellers friske personer som vil generere krav om behandling. Det vil derfor sannsynligvis bli mye større behov for grensesetting når det gjelder hva som skal gi rett til helsehjelp i framtiden.

Antall nye pasienter som søker behandling vil kunne øke på grunn av tidlig og presis diagnostikk. Økt fokus og bevissthet rundt forebygging vil kunne bidra til å holde befolkningen friskere og således redusere behovet for helsetjenester. Dette medfører behov for klare faglige retningslinjer, etisk bevisstgjøring og evne til prioritering. Dette gjelder for eksempel røykevaner, kosthold, trening og fysisk aktivitet. Videre vil utvikling i behandlingsmetoder og stadig nye legemidler sannsynligvis føre til økt behandlingsaktivitet og bedre resultater. Flere vil bli friske, men flere vil også leve med kroniske sykdommer over lang tid. Dette utfordrer helsetjenesten når det gjelder hvordan kontrollrutinene våre og oppfølgingen av pasientene blir planlagt og gjennomført. Økt levealder og bedre behandlingsresultater vil kunne føre til at et økt antall personer vil leve med flere kroniske sykdommer.

Den demografiske utviklingen vil tvinge frem en mer kostnadseffektiv legemiddelbehandling for å håndtere utfordringene med økende andel som trenger behandling for flere sykdommer. Optimalisering av pasientens legemiddelbruk gjennom å ta i bruk pasientens egne ressurser og ved å tilpasse dosering og administrering ut fra pasientspesifikke data, vil virke positivt på riktig bruk av legemidler og redusere kostnader per pasient. Feil som oppstår i legemiddelkjeden i dag utgjør 20 % av de rapporterte feilene i den nasjonale meldeordningen for uønskede hendelser. I 30 % av disse tilfellene fører feilene til skade på pasienten. Disse utfordringene må møtes for å redusere andelen pasienter som blir skadet, og dermed igjen øker behovet for helsetjenester.

4.1.5. Teknologi som pådriver for ny organisering og nye samarbeidsformer

Samfunnet vil innen 2035 være basert på at mye av informasjon og kommunikasjon er nettbasert. Både ansatte og pasienter vil forvente at nødvendig informasjon og svar «alltid» er tilgjengelig. Dette krever at vi endrer måten vi er organisert og arbeider på.



I fremtiden vil det være behov for enda bedre samhandling på tvers, både internt i Helse Nord-Trøndelag, mellom foretak og mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene. Vi bør jobbe fram fleksible system, der logistikk, lokaler og teknologi legger til rette for samhandling. Helsetjenesten må gå fra «silo-tekning» til å sette pasienten i sentrum, slik at man jobber «sømløst» og med god samhandling selv om man befinner seg på ulike nivå eller i ulike organisasjoner.

Nasjonale, regionale og lokale styringssignaler går i retning av at fagnettverk og samarbeid på tvers av sykehus og helseforetak er noe det skal satses ytterligere på. Videre er samhandling mellom kommunene og helseforetak også et viktig satsingsområde. Samarbeid på tvers av organisatoriske linjer og over geografiske avstander er vanskelig. Med utnytting av nye teknologiske løsninger så er det i dag mulig å kommunisere og samarbeide effektivt over avstand, i sann tid.

4.1.6. Den medvirkende pasienten

Helseplattformen vil i 2035 vil være fullstendig integrert med effektiv pasientbehandling og sømløs behandling på tvers av fagfelt og på tvers av helsetjenestenivå. Innbyggerne får enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp. Forenklet tilgang til egen journal vil være en endringsfaktor som gjør at vi må styrke mulighetene for at pasienten selv kan benyttes som ressurs. I framtiden vil behandling i større utstrekning baseres på at pasienten definerer behovet for oppfølging og kontroller ut fra egne symptomer.



Gjennom utarbeidelsen av felles elektroniske pasientinformasjoner på tvers av foretak vil man kunne avdekke og avklare unødvendige forskjeller i gjennomføring og kontrollopplegg av aktuelle diagnose/prosedyrer. Dette vil kunne skape «pasientenes helsevesen» hvor pasienten er den sentrale aktør. Utviklingen gir også muligheter for at videofilmer av spesialist legges ut på nett med gjennomgang av aktuelle tilstander og med svar på de vanligste spørsmål pasientene har.

Pasientene vil være godt informert ved å ha tilgang på informasjon på internett. Teknologisk utvikling i samfunnet, teknologi for monitorering av egen helse og velferdsteknologi vil kunne gi muligheter til utstrakt samarbeid og informasjonsdeling mellom pasient, fastlege, kommune- og spesialisthelsetjeneste.

Pasientenes forventning til at samhandlingen ivaretas, og at helsetjenesten er tilgjengelig uten unødig venting og forsinkelser, vil forsterkes i årene fremover. Når det gjelder forventning og krav om behandling, må pasientenes ønsker balanseres mot faglige anbefalinger.

Det er ulikheter i hvilke ressurser pasienter og deres pårørende har når det gjelder å benytte seg av teknologi, slik som nettbaserte tjenester. Perioden frem til 2035 kan sees på som en overgangsfase, hvor forskjellen i kunnskap om digital teknologi vil bli mindre mellom aldersgruppene. Likevel må man forvente forskjeller i anvendelse av ny teknologi, og særlig personlig helseteknologi, grunnet sosiale forskjeller. Helseforetakene må sikre at innføring av ny teknologi ikke bidrar til større ulikheter innen helsetjenesten i årene som kommer.

4.2. Framskriving av aktivitet og kapasitetsberegning

Framskriving av aktivitet mot 2022 og 2035 er gjennomført i henhold til Nasjonal framskrivingsmodell⁵³. Arbeidet er utført av Sykehusbygg på bestilling av Helse Midt-Norge RHF. Rapporten følger som *vedlegg 4*.

Framskriving for en utviklingsplan gir et framtidsbilde som kan beskrives som «sannsynlig» dersom utviklingen fortsetter langs de linjene som vi ser i dag ved å se oss tilbake, og ved å se på aktuelle utviklingsmuligheter. Modellen benytter data fra Norsk pasientregister (NPR) fra driftsåret 2015, og disse kobles med befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå (SBB). Videre gjøres noen kvalitative vurderinger som sier noe om endringen i framtidig aktivitet utover den demografiske veksten. Dette er faktorer som skal si noe om hvordan sykkeligheten eller etterspørselen etter spesialisthelsetjenestene endres samtidig som tilbudet endres.

Framskrivninger av denne typen vil alltid ha et element av usikkerhet i seg, og det er generelt slik at jo lengre periode man ser fremover, jo større blir konsekvensene av usikkerheten eller eventuelle feil anslag i utgangspunktet. Framskrivningstall og kapasitetsberegninger må sees på som et anslag og ingen absolutt sannhet. Det er en del faktorer som vanskelig lar seg forutse og planlegge for.

⁵³ Beskrivelse av framskrivingsmodellen: <http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2014/10/Beskrivelse-av-Framskrivingsmodellen-des-2014.pdf>

Det må gjøres ulike forutsetninger i modellen. Beregningene i rapporten er basert på blant annet standard forutsetninger om åpnings- og behandlingstider samt utnyttelsesgrader. Rapporten har et regionalt perspektiv, og beregningene tar ikke høyde for at forutsetningene for åpningstid- og behandlingstid i det enkelte foretak kan være ulik de regionale standardforutsetningene. Når det gjelder den demografiske framskrivningen, følger denne Statistisk Sentralbyrå (SSB) sin MMMM-framskriving⁵⁴. Forutsetninger i modellen er at sykdomsbelastning og behandlingsbehov for ei kvinne på 60 år i utgangsåret, vil være det samme for en kvinne på 60 år i 2035. Det kommenteres i rapporten at det sannsynligvis ikke vil være slik, men at det ikke finnes gode nok metoder for å skildre framtidige endringer i sykdomsbildet som er presise nok til å legge inn i modellen.

Ved detaljplanlegging av framtidige byggeprosjekter eller spesifikke kapasitetsberegninger for Helse Nord-Trøndelag, så må det bestilles egne rapporter fra Sykehusbygg der Helse Nord-Trøndelag legger inn sine forutsetninger og drøfter ulike utviklingstrekk. Den regionale rapporten er imidlertid godt egnet som bakgrunnsstoff for en generell diskusjon omkring hvordan Helse Nord-Trøndelag skal møte framtida.

I de påfølgende underkapittel gjengis noen av tabellene fra rapporten, og det knyttes noen kommentarer på forhold og forutsetninger som gjelder for Helse Nord-Trøndelag. Tabellene må leses og tolkes med varsomhet. Forutsetningene som ligger inne i modellen og resultatet fra framskrivingene er i begrenset grad drøftet med fagmiljøene.

4.2.1. Døgn - somatikk

Tabell 4.2 viser framskrivning av aktivitet i NPR-kategoriene for alle foretakene i regionen, og for Helse Midt-Norge samlet. NPR har ingen variabel for hvilken type døgnseger som er benyttet, det skilles ikke mellom normalseng, hotellseng, seng i observasjonspost eller på intensiv. Hva som er situasjonen for det enkelte HF i 2015 fremkommer derfor ikke av tabell 4.2. Det er derfor også vektlagt det totale antall liggedøgn i framskrivinga.

⁵⁴ MMMM-forkortelsen betyr at SSB legger til grunn en middels prognose for de ulike faktorene som påvirker befolkningsveksten, der faktorene som bidrar til veksten er fruktbarhet, levealder, innenlandsk flytting og innvandring i framskrivingene.

år	aktivitet	St Olav	HMR	HNT	SUM HMN
2015	døgnopphold	52 896	36 288	19 792	108 976
	liggedøgn	232 681	155 819	76 071	464 571
	dagopphold	24 864	20 075	11 899	56 838
	poliklinikk	452 647	335 089	126 849	914 585
Framskrevet 2022	døgnopphold	56 129	38 487	21 003	115 619
	normalseng	240 504	161 031	78 116	479 651
	observasjon	1 680	1 151	649	3 480
	pasienthotell	8 360	5 797	3 009	17 166
	sum liggedøgn	250 545	167 979	81 774	500 297
	dagopphold	29 242	23 598	14 296	67 136
Framskrevet 2035	poliklinikk	538 146	399 827	150 985	1 088 958
	døgnopphold	57 224	39 619	21 078	117 921
	normalseng	233 426	156 501	72 961	462 888
	observasjon	4 877	3 413	1 870	10 160
	pasienthotell	26 810	18 534	9 614	54 958
	sum liggedøgn	265 112	178 448	84 445	528 004
%vis endring 2015 til 2022	dagopphold	37 723	30 472	18 323	86 518
	poliklinikk	664 579	495 746	182 702	1 343 027
	døgnopphold	6,1	6,1	6,1	6,1
	sum liggedøgn	7,7	7,8	7,5	7,7
%vis endring 2015 til 2035	dagopphold	17,6	17,5	20,1	18,1
	poliklinikk	18,9	19,3	19,0	19,1
	døgnopphold	8,2	9,2	6,5	8,2
	sum liggedøgn	13,9	14,5	11,0	13,7
	dagopphold	51,7	51,8	54,0	52,2
	poliklinikk	46,8	47,9	44,0	46,8

Tabell 4.2 – Framskriving av aktivitet døgn, dag og poliklinikk (Sykehusbygg, 2017, s. 27)

I framskriving av døgnopphold er det forutsatt bruk av observasjonssenger og pasienthotell. Sykehuset Levanger har observasjonssenger i tilknytning til akuttmodtaket. Ved Sykehuset Namsos er det ikke observasjonssenger. Det er ikke pasienthotell ved noen av våre sykehus i dag.

Sykehusbygg skriver i sin rapport at det er en utfordring å kunne drifte sengene effektivt med dagens sengeavdelinger i til dels gamle sykehusbygninger. Ytterligere utfordring kan det bli om det viser seg at det blir behov for å redusere antall døgnplasser i normalsenger, dels for å fristille areal til poliklinikk og dagbehandling, dels fordi kravet til antall enerom øker blant annet på grunn av smitteproblematikk.

Tabell 4.2 viser en framskrevet økning i liggedøgn på 7,5 % i perioden 2015-2022, og en økning på 11 % innen 2035.

4.2.2. Dagbehandling, dialyse og poliklinikk – somatikk

I tabell 4.3 er det spesifisert de konsultasjonene eller dagoppholdene som gjennom DRG-systemet⁵⁵ kan identifiseres som en type behandling som krever spesielle rom, utstyr og/eller plasser. Dagbehandling omfatter dialyse og dagkirurgi.

Framskriving mot 2035 viser til en økning på 44 % for poliklinikk, og 65,3 % for dialyse/dagbehandling.

⁵⁵ Diagnoserelaterte grupper (DRG) er et pasientklassifiseringssystem hvor sykehusopphold eller polikliniske konsultasjoner i somatiske institusjoner klassifiseres i grupper som er medisinsk meningsfulle og ressursmessig tilnærmet homogene. Benyttes blant annet som grunnlag for finansiering av helsetjenesten. Mer informasjon:

<https://helsedirektoratet.no/finansieringsordninger/innsatsstyrt-finansiering-isf-og-drg-systemet/drg-systemet#om-drg-systemet>

år	Type aktivitet dag/poliklinikk	St. Olav	HMR	HNT	HMN
2015	dialyse (dagbehandling NPR)	10 278	10 221	7 037	27 536
	Kjemoterapi	9 516	7 990	3 298	20 804
	Infusjoner	5 105	4 883	2 885	12 873
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	15 672	10 294	5 312	31 278
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	2 492	1 850	305	4 647
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	63 024	71 498	23 690	158 212
	Lysbehandling	10 859	7 431	0	18 290
	Strålebehandling	24 689	11 076	0	35 765
	Poliklinikk annen	321 290	220 067	91 359	632 716
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	452 647	335 089	126 849	914 585
Framskrevet 2022	dialyse (dagbehandling NPR)	12 142	12 073	8 664	32 879
	Kjemoterapi	11 630	9 808	4 228	25 666
	Infusjoner	6 040	5 903	3 464	15 407
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	19 103	12 549	6 465	38 117
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	2 831	2 053	340	5 224
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	74 308	86 161	28 468	188 938
	Lysbehandling	11 760	8 128	0	19 888
	Strålebehandling	30 801	14 213	0	45 015
	Poliklinikk annen	381 673	261 010	108 020	750 703
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	538 146	399 827	150 985	1 088 957
Framskrevet 2035	dialyse (dagbehandling NPR)	16 544	16 313	11 632	44 488
	Kjemoterapi	14 234	12 032	5 090	31 357
	Infusjoner	7 468	7 426	4 283	19 177
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	24 902	16 162	8 214	49 278
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	3 262	2 289	362	5 913
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	92 045	110 091	34 866	237 002
	Lysbehandling	12 436	8 554	0	20 990
	Strålebehandling	38 659	18 013	0	56 673
	Poliklinikk annen	471 572	321 179	129 886	922 637
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	664 579	495 746	182 702	1 343 027
%vis endring 2015 til 2022	dialyse (dagbehandling NPR)	18,1	18,1	23,1	19,4
	Kjemoterapi	22,2	22,8	28,2	23,4
	Infusjoner	18,3	20,9	20,1	19,7
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	21,9	21,9	21,7	21,9
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	13,6	11,0	11,4	12,4
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	17,9	20,5	20,2	19,4
	Lysbehandling	8,3	9,4		8,7
	Strålebehandling	24,8	28,3		25,9
	Poliklinikk annen	18,8	18,6	18,2	18,6
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	18,9	19,3	19,0	19,1
%vis endring 2015 til 2035	dialyse (dagbehandling NPR)	61,0	59,6	65,3	61,6
	Kjemoterapi	49,6	50,6	54,3	50,7
	Infusjoner	46,3	52,1	48,5	49,0
	Endoskoper (700-DRG-ene) Eksklusive ØNH	58,9	57,0	54,6	57,5
	Endoskoper ØNH (DRG 7010)	30,9	23,7	18,7	27,2
	Småprosedyrer (800-DRG-ene ekskl kjemoter og stråle)	46,0	54,0	47,2	49,8
	Lysbehandling	14,5	15,1		14,8
	Strålebehandling	56,6	62,6		58,5
	Poliklinikk annen	46,8	45,9	42,2	45,8
	Sum poliklinikk, unntatt dialyse	46,8	47,9	44,0	46,8

Tabell 4.3 – Framskriving av dagbehandling og poliklinisk aktivitet med undergrupper, pr HF og samlet for Helse Midt-Norge (Sykehusbygg, 2017, s. 28)

Når det gjelder dialyse må det bemerkes at tallene Sykehusbygg bruker i denne beregningsmodellen er basert på DRG⁵⁶ dagopphold, og man får dermed ikke med alle dialysebehandlinger på grunn av intern registreringspraksis. Det reelle antall dialysebehandlinger (hemodialyse⁵⁷) i Helse Nord-Trøndelag var som følger av tabell på neste side.

⁵⁶ For mer info om DRG, se fotnote 56

⁵⁷ Hemodialyse; Pasienten kobles til en «kunstig nyre» / dialysemaskin slik at blod går fra en blodåre, gjennom slanger, pumper og filtre i hemolysemaskinen, før det går tilbake i en blodåre. Dialysemaskinen fungerer som et filter som fjerner avfallstoffer som bygger seg opp i kroppen og regulerer sammensetningen av blodet som sendes tilbake i pasienten.

Årstall	Antall dialysebehandlinger
2015	7 651
2016	8 194
2017	8 800

I tillegg kommer peritonealdialyse⁵⁸ (PD) som ikke registreres med antall behandlinger, men antall pasienter.

4.2.3. Operasjonsstuer, intensivplasser og tung overvåkning

For å beregne operasjonsstuekapasitet er det tatt utgangspunkt i dag- og døgnopphold i kirurgisk DRG⁵⁹. Kirurgiske prosedyrer som utføres i poliklinikk og ikke genererer kirurgisk DRG er ikke med.

Type rom/ plasser	Helse Møre og Romsdal HF	Helse Nord-Trøndelag HF	St. Olav HF	Sum HF (Summen av avrundet)
Faktisk antall stuer 2015	33	18	54	105
Beregnet behov for stuer 2015	21	11	35	67
hvorav døgn	12	7	23	42
hvorav dag	9	4	12	25
operasjonsstuer døgn				
år 2022	14	7	26	47
år 2035	15	8	30	53
operasjonsstuer dag				
år 2022	10	5	14	29
år 2035	12	6	18	36
operasjonsstuer totalt				
år 2022	24	12	40	76
år 2035	27	14	48	89

Tabell 4.4 – Framskrevet kapasitetsbehov operasjonsstuer 2022 og 2035 alle HF (Sykehusbygg, 2017, s. 38)

Det er lagt til grunn en standardforutsetning med 8 timers åpningstid og drift 230 dager pr år for elektiv virksomhet. Når det gjelder hvor stor andel av stuen som er i drift hvor mange timer pr dag, dager i uka og uker i året, så står det i rapporten at dette er avhengig av organisering og tilgang på både kirurger, spesialsykepleiere og anestesipersonell.



⁵⁸ Peritonealdialyse: Pasienten har en kobling som kan sette væske inn i buken. Da vil avfallsstoffer og vann passere gjennom bukhinnen. Når væsken tømmes ut av buken fjernes avfallsstoffer og vann.

⁵⁹ For mer info om DRG, se fotnote 56

4.2.4. Bildediagnostikk

Utgangsaktiviteten for framskriving av bildediagnostikk er data fra 2016. Sykehusbygg har ikke gjort noen faglig vurdering av utviklingen mellom bildedannende enheter som for eksempel MR, CT, ultralyd og røntgenapparat – alle er framskrevet med samme faktor.

Sum alle behandlingsnivå	år 2016	år 2022	År 2035	endring antall 2016-2022	endring prosent 2016-2022	endring antall 2016-2035	endring prosent 2016-2035
CT	16 599	18 522	21 028	1 923	11,6 %	4 429	26,7 %
MR	11 678	13 432	16 091	1 754	15,0 %	4 413	37,8 %
NM	596	689	832	93	15,6 %	236	39,7 %
RG	64 461	73 259	85 958	8 798	13,6 %	21 497	33,3 %
UL	10 248	11 621	13 582	1 373	13,4 %	3 334	32,5 %
PET	0	0	0	0		0	
Mammografi	6 419	7 479	9 153	1 060	16,5 %	2 734	42,6 %
Sum	110 001	125 003	146 644	15 002	13,6 %	36 643	33,3 %

Tabell 4.5 – Bildediagnostikk Helse Nord-Trøndelag HF 2016 – 2022 og 2035 (Sykehusbygg, 2017, s.31)

Undersøkelser foretatt hos private institutt er ikke med i framskrivingen i tabell 4.5.

Helse Nord-Trøndelag har lavt forbruk av private aktører sammenlignet med HMR og St. Olavs hospital. Tabell 4.6 viser de fordelingen av antall pasienter pr modalitet ved private institutt for perioden 2014-2016⁶⁰. Oversikten viser antall pasienter og ikke antall undersøkelser.

	Samlet 2014				Samlet 2015				Samlet 2016			
	Ant pas MR	Ant pas CT	Ant pas RG	Ant pas UL	Ant pas MR	Ant pas CT	Ant pas RG	Ant pas UL	Ant pas MR	Ant pas CT	Ant pas RG	Ant pas UL
HMR	11009	1292	4403	1434	11047	1366	4063	1301	11166	1340	3798	870
St.Olavs	23947	3602	13181	4887	25503	4058	13542	5181	28140	3938	13514	4792
HNT	3594	338	810	232	3842	399	782	187	4255	418	888	272

Tabell 4.6 – Bruk av private aktører for MR, CT, røntgen og ultralyd for Helse Midt-Norge, St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag

Tabell 4.7 viser bruk av bildediagnostikk for innbyggere i Stjørdal, Levanger og Leksvik ved private institutt, fordelt på modalitet. Disse tre kommunene står for mesteparten av forbruket av private tjenester i Nord-Trøndelag. For de øvrige kommuner gjennomføres det meste av all bildediagnostikk ved Helse Nord-Trøndelag. Det er nesten ingen lekkasje til private aktører i nord-delen av fylket. For eksempel har Lierne, Grong, Nærøy mindre enn 1 % lekkasje til private.

	Samlet 2014				Samlet 2015				Samlet 2016			
	Ant pas MR	Ant pas CT	Ant pas RG	Ant pas UL	Ant pas MR	Ant pas CT	Ant pas RG	Ant pas UL	Ant pas MR	Ant pas CT	Ant pas RG	Ant pas UL
Leksvik	389	69	191	24	403	68	133	12	504	102	131	19
Levanger	328	16	37	9	311	22	62	12	388	24	67	36
Stjørdal	1 820	171	404	123	1 998	221	375	108	2 011	204	411	109
Sum	2 537	256	632	156	2 712	311	570	132	2 901	330	609	164

Tabell 4.7 – Bruk av private aktører for MR, CT, røntgen og ultralyd for innbyggere i Leksvik, Levanger og Stjørdal

Forbruk 2017

Helse Nord-Trøndelag har hatt stor økning i antall undersøkelser i 2017. Tabell 4.8 på neste side viser estimert antall undersøkelser i 2017, sammenlignet med tallene fra Sykehusbygg sin framskriving mot 2022 (helt til høyre i tabellen).

⁶⁰ Kilde: De private røntgeninstituttene kvartalsvis rapporterer til Helse Midt-Norge RHF

Man ser at i 2017 så vil antall ultralyd-, CT- og MR-undersøkelser overstige Sykehusbygg sin framskriving av aktivitet mot 2022. Bruk av røntgen viser ikke en tilsvarende stor økning.

Helse Nord-Trøndelag's egne tall		Sykehusbygg sine tall	
	Estimert årsforbruk 2017	Framskrevet aktivitet mot 2022	
Modalitet		Sum HNT	
CT	19 500	18 522	
MR	15 000	13 432	
NM		689	
RG inkl Mammo og beintetthetsmåling	67 500	80 738	
UL	12 000	11 621	
Mammografi			
Sum	114 000	125 003	

Tabell 4.8 – Aktivitetstall for 2017 sett opp mot Sykehusbygg sine framskrivingstall mot 2022

Kapasitetsberegning

Tabell 4.9 viser oversikt over det reelle antall stuer Helse Nord-Trøndelag hadde i 2016, samt estimert behov mot 2022.

Modalitet	2016		2022	
	Sykehuset Levanger	Sykehuset Namsos	Sykehuset Levanger	Sykehuset Namsos
CT	1	1	2	2
MR	1	1	2	2
NM	1	0	1	0
RG	2	2	3	2
UL	2(+1)	1(+1)	2(+1)	1(+1)
Mammografi	1	1	1	1
Sum	8	6	11	8

Tabell 4.9 – Det reelle antall bildediagnostiske rom, samt estimert behov mot 2022

Tabell 4.10 viser kapasitetsberegning i antall stuer for de tre helseforetakene i regionen. Sykehusbygg har ikke fått opplyst det reelle antall bildediagnostiske rom fra HF'ene. For beregningen av antall stuer er det tatt utgangspunkt i aktiviteten i 2016, og benyttet standardforutsetning med 8 timers effektiv drift 230 dager i året. Som tabell 4.9 viser er det reelle antall stuer i Helse Nord-Trøndelag i 2016 ikke i samsvar med estimatet til Sykehusbygg fremstilt i tabell 4.10.

Helse Nord-Trøndelag sine bildediagnostiske avdelinger har drift 330 dager i året, og åpent opp til 15 timer pr dag. Dette medfører en svært effektiv utnyttelse av de eksisterende modaliteter i foretaket. Uansett driftsform er kapasiteten oppbrukt og det må forventes innkjøp av både CT, MR og konvensjonelle røntgenlaboratorier på begge sykehus for å dekke bare en liten øking i etterspørsel frem mot 2022.

All billedagnostikk i HF	Helse Møre og Romsdal HF			Helse Nord-Trøndelag HF			St. Olav HF			Helseregion Midt-Norge		
	beregnet 2016	beregnet 2022	beregnet 2035	beregnet 2016	beregnet 2022	beregnet 2035	beregnet 2016	beregnet 2022	beregnet 2035	beregnet 2016	beregnet 2022	beregnet 2035
CT	7	8	8	4	5	5	9	10	12	20	23	25
INT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MR	8	9	9	4	4	5	6	7	8	18	20	22
NM	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3
RG	17	20	20	9	10	12	18	20	23	44	50	55
UL	6	6	6	3	3	4	5	6	7	14	15	17
PET												
Mammografi	2	2	2	1	1	1	2	2	2	5	5	5
sum bilde lab	41	46	46	22	24	28	41	46	53	104	116	127

Tabell 4.10 – Kapasitetsberegning i antall stuer (Sykehusbygg, 2017, s. 39)

Utstysbehov frem mot 2022

Sykehuset Levanger fikk en ny MR i 2017, og har nå det antallet man antar skal være tilstrekkelig mot 2022. Dette betyr at utstys- og arealbehovet for billediagnostikk vil være følgende mot 2022:

- Ny MR ved Sykehuset Namsos
- Ny CT ved Sykehuset Namsos
- En MR ved Sykehuset Levanger må erstattes innen 2022
- Ny CT ved Sykehuset Levanger
- Nytt røntgenapparat ved Sykehuset Levanger

4.2.5. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

For psykisk helsevern voksne er det lagt til grunn 85 % gjennomsnittlig belegg i alle typer senger (akutt, intermediær, alder og senger ved DPS etc), for barn og unge 75 % og 80 % for tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I følge rapporten fra Sykehusbygg vil en beslutning om organisering og åpningstid ved poliklinikk være avgjørende for framtidig arealbehov. Det er lagt til grunn standard poliklinikkrom tilsvarende som for somatiske poliklinikker, men med 6 timers effektiv åpningstid og i gjennomsnitt 90 minutter pr. konsultasjon. Dersom åpningstiden reduseres til 4 timer blir det behov for en økning, tilsvarende dersom åpningstiden økes til 8 timer, så reduseres rombehovet.

Ved Helse Nord-Trøndelag drives for det meste samtalebehandling i behandlers kontor, og beregnet rombehov i framskrivingsmodellen vil derfor alltid avvike i og med at den tar utgangspunkt i at det utføres poliklinisk behandling på rommene hver dag. Uten endring i behandlingsformer for poliklinisk virksomhet, vil aktivitetsøkningen innebære både behov for økt areal til poliklinisk virksomhet, og et økt personellbehov.

Psykiatriløftet

I 2019 skal «Psykiatriløftet»⁶¹ være realisert. I Psykiatriløftet ligger et nybygg med blant annet moderne akuttpsykiatrisk behandling og rehabilitering av eksisterende bygningsmasse.

Utvidelsen av antall senger gjør at det vil bli mulig å gi et fullverdig lokalsykehusstilbud innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i Helse Nord-Trøndelag.



⁶¹ Informasjon om byggeprosjektet; <http://sykehusbygg.no/prosjekter/sykehuset-levanger-psykiatriløftet/>

I tillegg blir det regionale kompetansesenteret for spiseforstyrrelser samlet på Levanger, framfor at miljøet i dag er delt imellom Levanger og Stjørdal.

Avhengig av hvilke økonomiske forutsetninger og prioriteringer Helse Nord-Trøndelag foretar i fremtiden, vil det også være mulig å etablere nye tilbud, som alderspsykiatrisk døgnbehandling.

Psykisk helsevern for voksne

Endringsfaktorene som ligger i modellen for psykisk helsevern og rusbehandling er i tråd med det som er statlige føringer for hvordan behandlingsfeltet skal utvikle seg. Mer skal skje poliklinisk og ambulant – tjenestene skal ytes nærmest mulig der folk bor.

	HMR	HNT	St. Olav	HMN
2015				
Døgnopphold	3 161	1 403	3 740	8 304
Døgn rate /10.000 innb.	14,9	11,6	13,8	
liggedøgn				
2015	48 545	23 751	60 110	132 406
2022	49 569	24 441	60 156	134 166
2035	44 022	21 316	55 156	120 494
2015-2022 endring	1 024	690	46	1 760
2015-2022 % endring	2,1	2,9	0,1	1,3
2015-2035 endring	-4 523	-2 435	-4 954	-11 912
2015-2035 % endring	-9,3	-10,3	-8,2	-9,0
poliklinikk/dag				
2015	77 913	46 773	125 014	249 700
2022	91 596	55 236	146 663	293 495
2035	110 817	67 642	177 690	356 149
2015-2022 endring	13 683	8 463	21 649	43 795
2015-2022 % endring	17,6	18,1	17,3	17,5
2015-2035 endring	32 904	20 869	52 676	106 449
2015-2035 % endring	42,2	44,6	42,1	42,6

Tabell 4.11 – Aktivitet psykisk helsevern voksne, 2015 til 2022 og 2035 (Sykehusbygg, 2017, s. 40)

Tabell 4.11 viser at man kan forvente seg en økning i poliklinisk aktivitet innen psykisk helsevern for voksne på 44,6 % om man legger Framskrivingsmodellen til grunn. Ambulante konsultasjoner er i denne framskrivningen behandlet som vanlig polikliniske konsultasjoner.

Når det gjelder sengekapasitet vil det være en reduksjon i behov på 10,3 % mot 2035.

Tabell 4.12 viser kapasitetsbehov i antall senger og polikliniske plasser utfra framskrevet aktivitet.

Type kapasitet	St. Olav HF	HMR HF	HNT HF	HMN (sum avrundet)
Kapasitet 2015 (beregnet)				
Senger	194	157	77	428
Dagplasser	3	1	0	4
Polikliniske plasser	136	85	51	272
Kapasitet 2022				
Senger	194	160	79	433
Dagplasser	3	1	0	4
Polikliniske plasser	159	100	61	320
Kapasitet 2035				
Senger	178	142	69	389
Dagplasser	4	1	0	5
Polikliniske plasser	193	121	74	388

Tabell 4.12 – Kapasitetsbehov psykisk helsevern voksne, 2015 til 2022 og 2035 (Sykehusbygg, 2017, s. 41)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Institusjonsbehandling for tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Midt-Norge er ikke likt fordelt mellom helseforetakene. Helse Nord-Trøndelag har historisk sett ikke hatt egne rusinstitusjoner, og har benyttet institusjoner som ligger utenfor eget fylke, både i Sør-Trøndelag, Møre og Romsdal og utenfor helseregionen Midt-Norge. Det foreligger en beslutning om oppbygging av egen behandlingsskapasitet i Helse Nord-Trøndelag. Den er påbegynt, men gir lite utslag i aktivitetstallene for 2015.

Det påpekes i rapporten fra Sykehusbygg at det er viktig å være oppmerksom på at tallene for Helse Nord-Trøndelag i liten grad avspeiler det framtidige behovet for rusbehandling. De avspeiler mer den historiske situasjonen som har betydd at nord-trøndere har måttet reise lengre for behandling. På bakgrunn av dette blir det ikke lagt frem noen framskrivningstall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Tallene for Helse Nord-Trøndelag må gjennomgå en nærmere vurdering, siden vi i 2015 hadde få senger i eget foretak.

Psykisk helsevern for barn og unge

Tallene for 2015 viser forskjeller mellom helseforetakene. St. Olavs hospital har lavest rate for døgnopphold, og lengst liggetid. Helse Nord-Trøndelag forbruker flest liggedøgn pr. innbygger 0-18 år, med høy innleggsrate og nest lengst liggetid (Sykehusbygg, 2017).

Helse Nord-Trøndelag tenker at forskjellene kan skyldes flere forhold som driftsform, geografi, målgruppe og behandlingsfilosofi. BUP Helse Nord-Trøndelag har for eksempel ikke innleggelser på tvang, men innleggelser basert på frivillighet med lite utagering og avstikking. BUP Helse Nord-Trøndelag har lav terskel for innleggelser. Videre har BUP Helse Nord-Trøndelag et samarbeidsprosjekt hvor innleggelse med bakgrunn i barnevernloven inkluderes i samme enhet. BUP Helse Nord-Trøndelag har også tilbud om familieinnleggelser. For St. Olavs hospital vil den største delen av befolkningen bo i nærhet av poliklinikkene.

Forskjellene vil følges gjennom framskrivingen, illustrert i tabell 4.13, da det er aktiviteten i 2015 som er utgangspunktet.

Type aktiviteter	St. Olav	HNT	HMR	HMN
Aktivitetstall 2015				
Døgnopphold	182	151	211	544
Liggedøgn	2 419	1 831	2 104	6 354
<i>liggetid</i>	<i>13,3</i>	<i>12,1</i>	<i>10,0</i>	<i>11,7</i>
<i>Rater døgnopphold</i>	<i>2,4</i>	<i>5,2</i>	<i>3,4</i>	
<i>rater liggedøgn</i>	<i>34,3</i>	<i>64,3</i>	<i>36,7</i>	
Dagopphold	2	0	0	2
Poliklinikk	71 441	20 783	45 226	137 450
Framskrevet 2022				
Døgnopphold	198	162	228	588
Liggedøgn	2 387	1 769	1 989	6 145
Dagopphold	2	0	0	2
Poliklinikk	82 563	23 486	50 529	156 578
Framskrevet 2035				
Døgnopphold	224	177	250	651
Liggedøgn	2 109	1 480	1 717	5 307
Dagopphold	3	0	0	3
Poliklinikk	101 640	28 081	59 979	189 701
Prosentendring 2015-2022				
Døgnopphold	8,8 %	7,2 %	7,9 %	8,0 %
Sum liggedøgn	-1,3 %	-3,4 %	-5,5 %	-3,3 %
Dagopphold	18,8 %			18,8 %
Poliklinikk	15,6 %	13,0 %	11,7 %	13,9 %
Prosentendring 2015-2035				
Døgnopphold	23,2 %	17,0 %	18,4 %	19,6 %
Liggedøgn	-12,8 %	-19,1 %	-18,4 %	-16,5 %
Dagopphold	41,7 %			41,7 %
Poliklinikk	-42,3 %	35,1 %	32,6 %	38,0 %

Tabell 4.13 – Aktivitetsframskrivning psykisk helsevern barn og unge, 2015 til 2022 og 2035 (Sykehusbygg, 2017, s. 42)

Type kapasitet	St. Olav HF	HMR HF	HNT HF	HMN
Kapasitet 2015 (beregnet)				
Senger	9	8	7	24
Dagplasser	1	0	0	1
Polikliniske plasser	78	50	23	151
Kapasitet 2022				
Senger	9	8	7	24
Dagplasser	1	0	0	1
Polikliniske plasser	90	55	26	171
Kapasitet 2035				
Senger	8	7	6	21
Dagplasser	1	0	0	1
Polikliniske plasser	111	66	31	208

Tabell 4.14– Kapasitetsberegning psykisk helsevern barn og unge, 2015 til 2022 og 2035 (Sykehusbygg, 2017, s. 43)

4.2.6. Driftsprinsipper

Utnyttelsen av et sykehusbygg vil bl.a. variere med byggets alder og de prinsipper som er lagt til grunn for drift. Endrede driftsprinsipper kan frigjøre arealer eller redusere behovet for nye med tanke på den prognostiserte økningen i behandlingsbehov mot 2022 og 2035.

Driftsprinsipper må sorteres, prioriteres, beskrives, forankres og besluttet. Dette må gjøres med tilstrekkelig åpenhet, involvering og forankring. Utredning av driftsprinsipper skal drøftes og evt. besluttet i løpet av planperioden, og settes opp som et tiltaksområde i kapittel 6.

Mulige driftsprinsipper som utredes kan være:

A. Åpningstider

Innenfor områdene poliklinikk, dagbehandling og dagkirurgi kan utvidet åpningstid teoretisk løse enhver arealutfordring frem til 2035. Hvorvidt dette er økonomisk lønnsomt og personalmessig akseptabelt og mulig må utredes.

B. Sambruk av generelle poliklinikkrom

Det diskuteres om en viss andel av poliklinikkrommene skal være generelle, slik at de skal kunne brukes på tvers av fagområder.

C. Selvbetjening

I poliklinikk blir det mer og mer vanlig med selvbetjening innenfor områdene timebestilling, ankomst og betaling. Dette bidrar generelt til effektivisering og til enklere ekspedisjonsløsninger som igjen kan frigjøre areal. Det oppfattes også som mer publikumsvennlig. Dette må sees i sammenheng med IKT-prosjekter i regi av Helse Midt-Norge.

D. Utnytte sengerom på tvers ved toppbelastninger

Dette er et tema som må utredes faglig, ikke minst med hensyn på smittefare

E. Pausearealer

Det sees på om det kan gi en gevinst å se areal som de ansatte benytter til pause (kantine og lokale pauserom) i sammenheng med tilsvarende arealer som pasienter og besøkende disponerer.

F. Kontor- og møterom

Prinsipper for kontorløsninger diskuteres. Følgende må utredes; Ingen skal i utgangspunktet ha eget kontor. Kun de som har kontorplassen som sin primære arbeidsplass skal ha faste plasser. Det skal være god tilgang til stillerom og møterom. Møterom skal være felles ressurs.

G. Ambulerende team

Det utredes om man skal satse ytterligere på ambulerende team; Både ambulerende team som oppsøker ulike sengeavdelinger, og ambulerende team som reiser ut i kommunene. Eksempel på «internt» ambulerende team kan være fall-team, geriatrik team, slagteam osv. Man må utrede om dette kan føre til mer effektiv bruk av areal/senger og personale.

H. Sambruk av hvileområde for dagpasienter

En rekke dagbehandlinger har krav om hvile og overvåkning etter behandling (Infusjon, dialyse, kjemoterapi, dagkirurgiske inngrep). Det utredes om det er mulighet for en del sambruk av slike hvileområder.

I. Vareforsyning

Det vurderes å ikke ha sentrallager på sykehusene, men i hovedsak varedistribusjon direkte fra varemottak til avdeling/post.

J. Sengevask

Det er antagelig hygienisk «overbehandling» å kjøre seng gjennom sengevaskeri etter hver pasient. Manuell vask på post kan i noen tilfeller lønne seg. Forutsetter antagelig fåsengsrom.

K. Garderobe

Vurdere felles garderobeløsning for alle. Vurdere automatiserte klesautomater. Løsning for operasjonspersonale må vurderes separat.



4.3. Bemannings- og kompetansebehov

Forventet framtidig aktivitet i Helse Nord-Trøndelag vil danne grunnlaget for å beregne bemannings- og kompetansebehov.

Nasjonal bemanningsplanmodell er et verktøy som gir mulighet til å gjøre scenarioanalyser på hvilke konsekvenser aktivitetsframskriving har på behovet for helsepersonell i sykehusene. Modellen er ikke utprøvd og implementert for at man kan dra nytte av den i utviklingsplanarbeidet. Det anbefales at den brukes i senere arbeid, og at det jobbes med implementering av denne modellen.

Rapport fra Helsedirektoratet (2014)⁶² skriver at Statistisk sentralbyrås (SSB) framskrivninger viser at det i 2035 kan mangle nærmere 80 000 personer med helsefaglig utdanning. Antall eldre i befolkningen vil øke drastisk. Nærmere én million vil være over 67 år i 2025, og en kvart million over 80 år. Færre yrkesaktive vil jobbe, betale skatt og finansiere velferdsstaten. Antall trygde- og velferdsmottakere vil øke.

Sammenlignet med andre land har Norge god personelldekning. Likevel viser framskrivninger at vi står overfor mangel på personell og kompetanse i helse- og omsorgssektoren. For å opprettholde befolkningens og tjenestenes behov er det nødvendig å utnytte de eksisterende helsepersonellressursene bedre. Dette krever ny type kompetanse, mot, endringsvilje og endringsevne (Helsedirektoratet, 2014).

SSB framskriver at tilbudsveksten av leger vil bli moderat, mens etterspørselsveksten vil være noe større, og det beregnes dermed en svak underdekning av leger i 2035 (Helsedirektoratet, 2014). Videre viser rapporten fra Helsedirektoratet (2014) til at den fremtidige etterspørselen etter sykepleiere blir svært høy. Etterspørselsveksten er en av de største blant alle yrkesgruppene, og det vises til et sykepleierunderskudd mot 2035.



Det er viktig å se bemanningsbehov og utnyttelse av ressurser samlet på tvers av foretak og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, slik at ressursene utnyttes på best mulig måte for pasientene. Muligheter for nettverksarbeid og bruk av teknologi for å lette kommunikasjon, vil ha betydning for kompetanse- og bemanningsbehov.

Trendene med økt fokus på og investering i ny teknologi, vil ha mye å si for kompetansen vi vil rekruttere i planperioden. Det trengs IT-kompetanse, ingeniører, veiledningskompetanse og prosjektledelse. Vi trenger både generalister og spesialister, men det er størst behov for spesialisert personell. Helsepersonell må ha teknologisk kompetanse, samt kunne bruke kunnskap fra jus og etikk for å stille oss i posisjon til å anvende teknologien optimalt.

Det er påpekt i kapittel 4.1.6 at den medvirkende pasienten vil være med på å påvirke eget behandlingsforløp, og at helsetjenesten må styrke mulighetene for at pasienten selv kan benyttes som ressurs. Dette setter krav til at helsepersonell har pedagogisk kompetanse og er i stand til å kommunisere på en konstruktiv og god måte med pasientene. Helsepedagogikk vil i denne sammenhengen være et viktig satsingsområde.

⁶² Rapport IS-2248: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-personellbilde-personell-og-kompetansesituasjonen-i-helse-og-omsorgstjenestene>

5. Analyse og veivalg

I kapittel 4 er det beskrevet hvilke utviklingstrekk og faktorer man ser for seg vil kunne påvirke helsetjenesten fremover. Det er også foretatt en framskriving av aktivitet, der rapporten fra Sykehusbygg beskriver en generell stor økning i poliklinisk aktivitet frem mot 2035 (50 % økning) og en økning i behovet for sengekapasitet.

Analysene i tidligere utviklingsplan (Utviklingsplan 2030) og ompakkingsprosjekt viste at eksisterende bygningsmasse ikke er lokalisert eller tilrettelagt på en slik måte at den kan tilpasses en optimal drift. Allerede i arbeidet med Arealmessig utviklingsplan (2011) ble det påpekt behov for å se nærmere på samling av operasjonsområdene, intensiv og tung overvåkning, samling av døgnplasser for mer effektiv drift, utvikle områder for dagkirurgiske pasienter og samling av polikliniske arealer.

Det vil bli endring i helsetjenesten på grunn av medisinsk fagutvikling, nye IKT- og e-helsesystemer, nye samarbeidsformer, sykdomsutvikling, livsstilsendringer og endret brukerrolle. Det er viktig å sikre fleksibilitet og riktig dimensjonering av tilbudet til den kritisk syke pasienten, samtidig som vi må ha gode pasientforløp for store pasientgrupper og pasienter komplekse, kroniske lidelser.

I kapittel 5.1 løftes noen av de framtidige utfordringer og muligheter som vi ser helsetjenesten i Nord-Trøndelag har framover. På bakgrunn av disse trendene må helseforetaket ta en del strategiske veivalg og prioriteringer, og disse vil drøftes i kapittel 5.4.

5.1. Alternative veivalg for helseforetaket

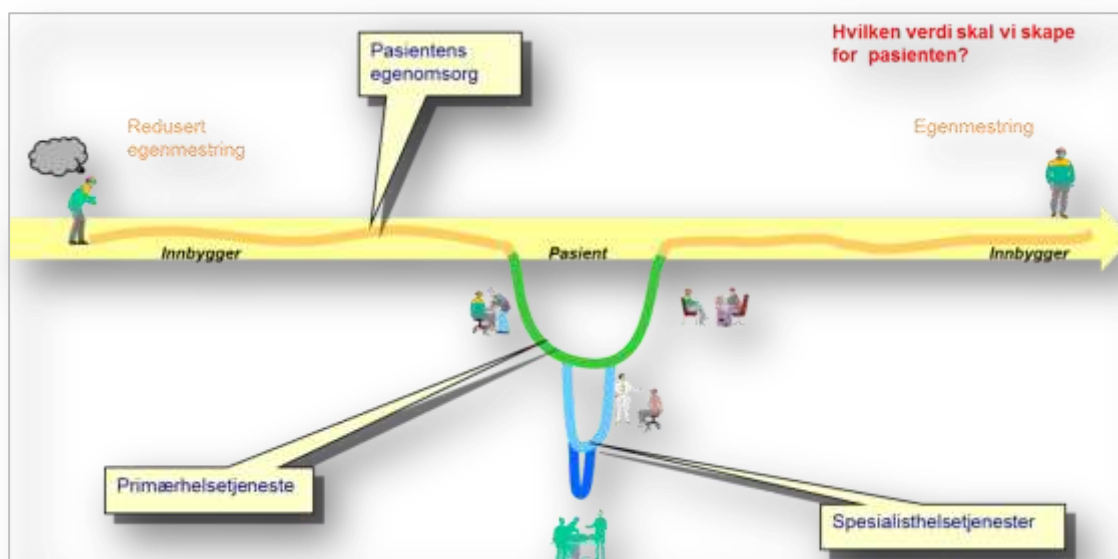
5.1.1. Geografiske forhold

Nord-Trøndelag er et langstrakt fylke med store reiseavstander. Helse Nord-Trøndelag har en struktur med 12 mil mellom våre to sykehus, samt en god del desentralisert virksomhet. Dette kan gjøre det krevende å gjennomføre god og effektiv linjeledelse, nødvendig endringsledelse, redusere variasjon, og å sikre tilstrekkelig robust og høy spesialisert kompetanse/bemanning ved alle lokalisasjoner.

Kommunene vi samarbeider med er av ulik størrelse, og enkelte av kommunene har lang reiseavstand til sitt lokalsykehus. For å møte disse utfordringene er det nødvendig at Helse Nord-Trøndelag jobber sammen som ett helseforetak med felles ansvar for befolkningen i Nord-Trøndelag, der helhetstenkning, nettverk og samarbeid er viktige element. Det må kontinuerlig vurderes om det er nødvendig å slå sammen mindre enheter til større og det må sees på funksjonsfordeling mellom sykehusene. Dette må vurderes gjennom grundige og godt forankrede utredningsprosesser, slik at en sikrer et godt faktagrunnlag og involvering før evt. beslutninger tas. Dette er krevende prosesser, både for egne ansatte og befolkningen for øvrig.

5.1.2. Samarbeid med kommunene og desentraliserte tjenester

Som illustrasjonen i figur 5.1 på neste side viser så bør spesialisthelsetjenestens bidrag i de fleste tilfeller være kun en liten del av pasientens liv. Helse Nord-Trøndelag må innrette tilbudet etter befolkningens behov, utnytte teknologien på en resultatrettet måte og sammen med kommunene stimulere til løsninger som kan gi våre pasienter det best mulige behandlingstilbudet, uavhengig av hvor pasientene bor. Vi må finne gode løsninger for hva som skal være desentraliserte tjenester, og hva som skal tilbys i sykehusene. Videre må Helse Nord-Trøndelag, i samarbeid med kommunene, finne hensiktsmessig teknologiske løsninger for bedre og mer effektivt samarbeid.



Figur 5.1 – Illustrasjon over et generelt pasientforløp (utformet av Arild Vassenden, Sykehusbygg)

VelTel er et Interreg Sverige-Norge prosjekt som skal styrke regionens kapasitet innen forskning, teknisk utvikling og offentlig innovasjon⁶³. Dette skal man få til ved å skape arenaer for kunnskap og erfaringsbytte, og man ser på om noen av helse- og omsorgsutfordringer i Midt-Norden løses ved hjelp av velferdsteknologi og tjenesteutvikling. Prosjektet jobber for å utvikle og implementere nye desentraliserte velferdsteknologiske løsninger, der trønderske bedrifters teknologiske kompetanse møter Jämtlands drivkraft og ønske om å være i utviklingsfronten på velferdsteknologi. Prosjektet går frem til 31. juli 2019.

Generelt er det grunn til å tro at innretningen for både primær- og spesialisthelsetjenesten vil endres i årene som kommer. Allerede nå opplever Helse Nord-Trøndelag rekrutteringsutfordringer også i forhold til ambulansevirksomheten. Stasjoner med få oppdrag, og få akutte hendelser der mannskapene settes på utfordrende oppgaver, er ikke attraktivt arbeidssted for høyt utdannede unge mennesker. De søker seg til store stasjoner der det er dagligdags med faglige utfordringer.

I Røyrvik kommune har vi hatt en slik situasjon i nyere tid. Sammen med kommunen, brann- og redning, har helseforetakets prehospitale tjeneste utviklet en ny beredskap der kommunalt ansatte er kurset i akutt livredning, bidra med trygge tiltak mens både pasient og helsepersonell venter på ambulanse eller luftambulanse. Helse Nord-Trøndelag har hatt kommunenes ansatte på hospitering, og våre spesialister har vært i Røyrvik for å undervise og knytte gode relasjoner på tvers av helsetjenesten.

Helse Nord-Trøndelag mener dette eksemplet på en god måte viser hva som er mulig dersom partene arbeider sammen til beste for innbyggerne. <http://www.t-a.no/nyheter/2017/11/23/F%C3%A5r-bedre-akuttberedskap-enn-noen-gang-15649806.ece>

5.1.3. Variasjon i tilbudet

Kilder som blant annet Samdata, Helseatlas⁶⁴, kvalitetsregistre og helsenorge.no⁶⁵ legger til rette for at man får synliggjort evt. variasjon i tjenestetilbudet. Dette er et godt grunnlag for faglige diskusjoner omkring behandling og prioritering. Man får diskutert om det er tilfeldige variasjoner der man har en god forklaring for ulikt forbruksmønster, eller om det er uforklarlige variasjoner som kan betegnes som uønska variasjon. Dette kan være et godt utgangspunkt for evt. endring i praksis og kvalitetsforbedring av tjenesten.

⁶³ Mer info om VelTel-prosjektet: <http://tfou.no/prosjekter/valtel-mixed-zone-for-valfardsteknologiske-testlabs/>

⁶⁴ www.helseatlas.no

⁶⁵ <https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Dashboard.aspx?TF1=1081>

Kostnad pr pasient (KPP) kan også benyttes i en analyse av medisinsk praksis, kostnadsforhold og kostnadsforskjeller. En KPP-modell vil ikke bare gi bedre innsyn i pasientrelaterte kostnader, den gir også en systematisk og oversiktlig fremstilling av den helsefaglige aktiviteten i et pasientopphold. KPP-metodikken vil således gi et datagrunnlag som setter helseforetak i stand til å vurdere ressursforbruket når det gjelder behandlingskvalitet, praksisforskjeller, behandlingslinjer og pasientforløp⁶⁶.

For å sikre en robust helsetjeneste som også i fremtiden kan gi nødvendig helsehjelp til de som trenger det, må vi se på dagens praksis. Vi må se om det er noe vi gjør for mye av i dag, og vi må bli enig om hva vi skal prioritere og hva som eventuelt kan nedprioriteres.

5.1.4. Medisinsk teknologi og IKT

Den teknologiske utviklingen fører til store investeringsbehov og kostnader knyttet til drift og forvaltning. De nærmeste årene vil innføringen av Helseplattformen i 2022 kreve en god del investeringer i medisinsk utstyr, i tillegg til investeringene innen IKT. Planlegging og implementering av ny teknologi vil medføre økt behov for teknologer.

Det finnes i dag teknologiske muligheter som ikke er utnyttet godt nok. Det bør satses mer på opplæring og tilrettelegging, slik at vi utnytter dagens teknologi i større grad.

Digitalisert pasientjournal med lagring av data fra medisinsk utstyr medfører sikkerhetsmessige utfordringer. Sikkerhet ved pasientopplysninger i frittstående medisinsk teknisk utstyr har hittil vært lite påaktet, og til dels gjelder dette også medisinsk teknisk utstyr som er nettkoblet. Økte sikkerhetskrav vil medføre behov for økt kompetanse og kostnader i form av forebyggende tiltak eller utskifting av utstyr. Risikoavklaringer er en nødvendighet før man innfører nye løsninger.

Ved økt bruk av dagens smarttelefoner vil man kunne benytte bilder og video sammen med telefonkonferering, i tillegg av andre tilgjengelige data fra f.eks. ekg, ultralyd, vitale data, røntgenbilder og så videre. Dette vil kunne redusere behov for personlig oppmøte av aktuell spesialist. Slike smarttelefoner kan også integreres med validert klinisk beslutningsstøtte og benyttes allerede gjennom ansattes bruk av privat telefon og app'er. Dette er ikke satt i system. Det finnes også visuelle modeller for en rekke tilstander og prosedyrer på smarttelefoner som kan benyttes som pasientinformasjon, og heve opplevd kvalitet i behandling. En utsettelse av integrering av smarttelefoner i tjenesten vil kunne skape uautorisert bruk, med den følge av at man kan få aktivitet utenfor lovverk og trygge IKT rammer. Økt fremtidig bruk av klinisk beslutningsstøtte kan skape utfordrende juridiske situasjoner når noe går galt.

Som følge av at medisinsk teknisk utstyr kobles til datanettet, er økt samarbeid og ansvarsavklaringer mellom Medisinsk teknologisk avdeling og Hemit nødvendig. MTA har sin kompetanse retta mot den kliniske bruken av teknologien, mens Hemit har kompetansen på datateknologi. I tillegg er det juridiske grenser mellom fagområdene. For effektiv pasientbehandling er det nødvendig at disse to fagområdene samarbeider godt.

Innføring av [Helseplattformen](#) ("En pasient, en journal") i 2022 vil utfordre oss - ikke bare internt i og mellom helseforetakene, men også i samhandling med primærhelsetjenesten. En del av denne utfordringen vil ligge i at det vil kreves langt større grad av standardisering og enhetlig praksis for å få utnyttet mulighetene som vil ligge i Helseplattformen.

I 2035 vil befolkningen velge den tilbydereren som har den mest moderne løsningen for deres behov, og det vil være den tilbydereren som har oppdatert teknologi og metoder. Skal Helse Nord-Trøndelag overleve som sykehus, er det derfor nødvendig å være oppdatert teknologisk innen områdene som tilbys. Dette vil medføre vesentlige investeringer innen teknologi, langt over det som vil være regningssvarende for

⁶⁶ Helsedirektoratet, rapport IS-2033 (2012); Nasjonal spesifisering for KPP-modellering:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/673/Nasjonal-spesifisering-for-KPP-modellering-2012-IS-2033.pdf>

foretakets begge sykehus. Sannsynligvis vil en omfattende funksjons-/oppgavefordeling tvinge seg fram, både mellom foretakets to sykehus, og med St. Olavs hospital.

Helse-Midt Norge, med sin unike relasjon til tekniske kompetansemiljøer ved f.eks. NTNU og SINTEF, har en god mulighet til også å benytte muligheter for klinikk-initiert utvikling i større grad etter hvert som teknologien modnes. Informasjonsteknologien gir oss nye muligheter til å bedre kunnskapsgrunnlaget vårt gjennom en eksplosiv vekst i tilgjengelige data. Fremtidige analyseplattformer vil gjøre integrerte pasientdata tilgjengelig, inkludert data fra medisinsk teknisk utstyr. Dette vil gi et bedre og mer tilgjengelig grunnlag for egen forskning. Analyse- og samhandlingsteknologi kan gi gode muligheter for omfattende innovasjon innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Fremtidens operasjonsrom (FOR) er en etablert forskningsinfrastruktur på universitetssykehuset i samarbeid med NTNU. I regi av FOR kan ulike fagmiljøer prøve ut ny teknologi på en betryggende måte. NorMIT⁶⁷ satsingen understreker at FOR er en forskningsinfrastruktur som skal være til nytte for hele helseregionen- og utenfor denne dvs. nasjonalt. For helseforetakene er det interessant at det vil komme mye ny teknologi som krever utprøving i klinisk praksis. Det vil også i fremtiden være rasjonelt at en del tunge teknologiske investeringer konsentreres for å få mest ut av ressursene.

Trend mot 2035: Persontilpasset medisin, teknologi som i enda større grad muliggjør desentralisert behandling, samt bedre utnyttelse av helsedata (Big Data) fra ulike kilder.

Konsekvenser av trenden: Med lettere tilgjengelige forskningsdata vil tid fra forskning til resultat kortes ned, og klinisk praksis må bli enda mer omstillingsdyktig.

5.1.5. Aktivitetsvekst og poliklinikk

Årlige rammebevilgninger og tilgang på kompetanse gjør det vanskelig å møte fremtidens utfordringer med en vekststrategi. Helse Nord-Trøndelag kan ikke bygge areal for å imøtekomme en vekst på 50 % i poliklinikk, og det er også utfordrende å rekruttere tilstrekkelig med fagkompetanse for å håndtere dette. Dette tilsier at vi må møte utfordringen ved at vi utvikler, endrer og forbedrer måten vi driver dagens spesialisthelsetjeneste på. Eksempel på dette kan være å redusere antall kontroller, se på praksis og samarbeid om pasienter i akuttmottak, satse mer på bruk av teknologi som e-konsultasjoner, utvikle mer effektiv bruk av lokaler og ressurser, mer mobilt utstyr og styrket samhandling med kommunene rundt forebygging. Endringene må gjøres i samarbeid med andre aktører i helsetjenesten; Med andre foretak i regionene, kommunehelsetjenesten, fastleger og, ikke minst, pasientene.

Helse Nord-Trøndelag bør ta en gjennomgang av kontroller/oppfølgingstimer, dette for å se hva vi må ha av kontroller og hvordan vi evt kan begrense antall kontroller.

Det må vurderes mer bruk av e-konsultasjoner, både i direkte samtale med pasient og ved samarbeidsmøter/konsultasjoner med pasienten og helsetjenesten i kommunen. Videokommunikasjon via nettbrett eller datamaskin er et alternativ som kan spare mye tid for pasienter og ansatte. Helsepersonell kan spare mye tid på å benytte videokommunikasjon via Skype, og spare pasienter for lang reisevei til helsetjenesten. Videokommunikasjon kan være nyttig blant annet for å gi rask og praktisk informasjon, veiledning i bruk av medisinsk utstyr, eller for å observere eventuelle skader eller smerter pasienten sliter med. Det må gjøres en faglig vurdering før evt. bruk av e-konsultasjoner, og dette er ikke løsningen i alle tilfeller. Det vil fortsatt være sykdomstilfeller og vurderinger som må gjøres ved at behandler er fysisk sammen med pasienten.

Det bør vurderes om det skal satses på en tilrettelegging av treningsrom/treningsaler i kommunene slik at de har mulighet for teleoverføring med Helse Nord-Trøndelag. På denne måten kan fysioterapeuter/ergoterapeuter i Helse Nord-Trøndelag gi veiledning og oppfølging, noe som kan gi gode

⁶⁷ Norwegian Centre for Minimally Invasive Image Guided Therapy and Medical Technologies

terapeutiske tilbud og spare behandlinger i spesialisthelsetjenesten. Slike tiltak må i så fall utvikles i samråd med aktuelle kommuner.

Det finnes bruk av selvrapportering og løsninger som gjør at pasientene ikke trenger å komme inn til sykehuset for samme antall kontroller som i dag. Ved andre sykehus er det prøvd ut ordninger der pasienten selv bestiller time ved behov, såkalt symptomstyrt poliklinikk. Pasienten er garantert time innen kort tid, og man slipper å sette opp faste kontrolltimer som det kanskje ikke er bruk for.

Økt tverrfaglighet i poliklinisk utredning bør vurderes som en framtidig arbeidsform der det kan gi god effekt.

Med økt fokus på forebygging, vil den framskrevne aktivitetsveksten kunne reduseres. Dette er i så fall en jobb som må gjøres i samarbeid med kommunene.

For å utnytte arealene mer effektivt bør økt poliklinikk på ettermiddag og kveld tilstrebes. I den forbindelse må man se på om vi har tilstrekkelig med fagfolk, samt se på arbeidstidsbestemmelser og kostnadene med å ha bemanning på ettermiddag og kveldstid.

5.1.6. Sengekapasitet

Framskrivningene viser at det blir en økning i behov for senger fremover. Det framskrives en økning på 7,5 % for perioden 2015 – 2022, og en økning på 11 % frem mot 2035.

Det er tidvis utfordringer med korridorpasienter og overbelegg ved enkelte sengeposter, noe som tilsier at det bør gjøres en grundig gjennomgang av dagens sengeareal og sengeposter. Dette for å sikre at vi bruker sengene hensiktsmessig, fleksibelt og utnytter dem på en god måte. Enkelte av sengeområdene ligger spredt, noe som gjør det vanskelig å drive effektivt. Sengeområdene er lite hensiktsmessige etter dagens standard, med få enerom, dårlig mulighet for smitteisolering, lite lagerkapasitet og få støtterom.

Det må vurderes om enerom skal være standard, spesielt med tanke på smitteutfordringer. Videre bør det sees på om sengekapasiteten bør omfordres mellom fagområder, og om man skal legge til rette for mer fleksibel bruk av sengene på tvers av sengeavdelinger og fagområder. Bruk av observasjonssenger bør diskuteres.

5.1.7. Operasjonsareal

Utvidelse ved Sykehuset Namsos har stått som et prioritert tiltak i tidligere utviklingsplan vedtatt 2015. Det ble gjennomført en idéfase med påfølgende rapport tidlig i 2016. Dette prosjektet ble beskrevet som et bygg for spesialisthelsetjeneste i kombinasjon med kommunale helsetjenester. Prosjektet ble benevnt til daglig for «Kombinasjonsbygget Namsos».

Det ble gjennom Idéfasen i forbindelse med «kombinasjonsbygget» identifisert en rekke funksjoner i eksisterende bygg som har behov for utbedring for å oppnå mer pasientvennlig og effektiv drift. Det er i dag spredning av den operative virksomheten, noe som krever mer anestesipersonale og begrenser dermed enkelte fagområders mulighet til å øke aktiviteten. Mangel på støtterom bidrar til lavere effektivitet. Operasjonsstuene har liten arealstandard og lav takhøyde. Dette begrenser mulighet for moderne teknisk utrustning – noe som vil være utfordrende med tanke på nye teknologi og behandlingsmetoder innenfor det kirurgiske faget, ref kap. 4.2. Nåværende ventilasjonsløsning representerer utfordring mht. luftkvalitet og sårinfeksjoner.

I tilknytning til arbeidet med idéfaserapporten i Namsos, ble det drøftet hvilke forutsetninger som skal legges til grunn når det gjelder åpningstid og drift. Det ble satt 6 timers åpningstid og 190 dager effektiv drift pr år.

Ved Sykehuset Levanger er de ni operasjonsstuene samlet i 5. etg. Stuene har teknisk areal i tak som muliggjør installasjon av ny teknologi. Utfordringen ved Sykehuset Levanger er at dagkirurgisk avdeling ikke er lokalisert i samme etasje. Det er ønskelig å være samlokalisert med operasjonsavdelingen slik at

man slipper lange transportetapper med pasientene i seng. Videre er det en fordel å ha dagkirurgisk avdeling i nærheten for inn- og utskrivningsprosessen. Dette ved at kirurgen enklere kan gå sitt før og etter inngrepet.

5.1.8. *Bruk av private aktører*

Helse Nord-Trøndelag må vurdere om det er ønskelig med etablering av nye avtalespesialister, og i hvilket omfang. På den ene siden kan det tenkes at avtalespesialister og private aktører gir en mer effektiv drift og mulighet til at vi får tilbudet nærmere der pasienten bor. På den andre side kan en utstrakt bruk av avtalespesialister og private aktører hevdes å utarme tilbudet i sykehusene våre, og tappe helseforetaket for spesialister. Det er Helse Midt-Norge som inngår og forvalter avtalene, og Helse Nord-Trøndelag må ha en dialog med Helse Midt-Norge om nivå og bruken av private avtalespesialister.

Det er en utfordring innenfor mange fagmiljø at det ligger klare politiske føringer på at det regionale helseforetaket skal øke tallet på avtaler med private tilbud av helsetjenester. Det kan oppleves som at dette tapper viktige ressurser fra helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag må velge en strategi som gjør at fagmiljøene i enda større grad blir tatt med på råd i prosessen fram mot nye avtaler med private tjenestetilbud.

5.1.9. *Prehospitale tjenester*

I planperioden vil det skje flere endringer i de prehospitale tjenestene, både når det gjelder organisering og innhold. Omstillingsprosjektet Bærekraft 22 kan gi endringer i funksjonsfordelingen av behandlingstilbud mellom sykehusene. Dette vil i så fall føre med seg flere oppgaver for hele Klinikk for prehospitale tjenester. Endringer i funksjonsfordeling vil gi økt behov for forflytning av pasienter mellom de ulike lokasjonene.

Det vil skje en større vekst i befolkningsutviklingen i sørdelen av Helse Nord-Trøndelag HF sitt ansvarsområde. SSB sine framskrivninger i folketall, dagens pasientstrømmer og antatt framtidig helsebehov basert etter den demografiske utviklingen, er benyttet av Geodata for å kartlegge det sannsynlige helsebehovet og ressursbehovet i 2030. Belastningen på ambulansetjenesten og pasientreiser vil øke, og dette mest i sørdelen som følge av forventninger om en økning på 35 % flere transporter (hvor det for ambulansetjenesten er beregnet en forventet økning i antallet akuttoppdrag med ca. 54 %, og hasteoppdrag med ca. 32 %). Dette vil gi behov for flere ressurser der behovet øker mest. I tillegg er det et stadig økende behov for etablering, bemanning og drift av bakkebasert intensivtransport i Helse Nord-Trøndelag HF. Endringer og nye innovasjoner i ambulansetjenesten med blant annet innføring av to-bårebiler som standard, dobler dagens transportkapasitet på utkjøring fra sykehus og ved andre ordinære ambulanseoppdrag mellom hjem og behandlingstilbud eller institusjoner. Dette vil ikke endre kapasiteten på akutt- og hastetur til sykehus.

Det er betydelige planer for utbygging av nye og bedre veier og transportlogistikk i planperioden. Dette vil bedre fremkommelighet, redusere transporttid og muligheter for en annen ressursallokering og utnyttelse uten at det fører til en lavere dekning eller forsinket helsehjelp. Endringer av kommunekart, organisering og legevakt og legevaktsamarbeid og andre kommunale akuttilbud vil også gi endringer i spesialisthelsetjenesten sine tilbud, kapasitet, beredskapsplasseringer og styring av transportlogistikken for pasientene. En må i alle ledd få mer ut av ressursene til beste for pasientene.

Det er i planperioden grunn til å tro at det kan skje nasjonale og regionale endringer i strukturer, løsninger og innhold i tjenestene som utføres av de Akuttmedisinske kommunikasjonssentralene (AMK). Dette kan påvirke hva som skal være Helse Nord-Trøndelag HF sitt ansvar for denne tjenesten.

Det er sannsynlig at det vil utvikle seg nye nasjonale og regionale løsninger innenfor styring og koordinering av pasientreiser i planperioden. Innføringen av flere større og mer krevende IKT-systemer lokalt vil over tid presse fram andre former for organisering for å sikre god og effektiv drift av systemene, selv om lokal kunnskap og det personlige element i dag er avgjørende for å sikre kostnadseffektive

tjenester. Nye endringer kan påvirke hva som skal være Helse Nord-Trøndelag HF sitt ansvar for denne tjenesten.

5.2. Risiko- og mulighetsanalyser (ROS-analyser)

Planarbeid for spesialisthelsetjenesten inneholder en rekke moment som gjør vurderingene usikre. For eksempel er det en viss usikkerhet i framskrivingstallene for demografi så vel som for pasientstrømmer. Videre er det usikkert i hvilken grad og på hvilken måte ny teknologi kommer til å påvirke spesialisthelsetjenesten. Det er også uvisst hvordan innføringen av Helseplattformen vil påvirke effektivitet, kvalitet og samhandling, selv om det knyttes høye forventninger til Helseplattformen og ambisjonene er store.

Dette usikkerhetsbildet tilsier at vi fortløpende må vurdere behovet for ROS-analyser når det igangsettes konkrete prosjekter og prosesser. Det vil for eksempel kunne bli behov for ROS-analyser for noen av forslagene i forbindelse med Bærekraft 22. Samtidig skal ikke alle endringer gå gjennom en ROS-analyse, og her må det utvises et godt skjønn.

Innføring av Helseplattformen vil også kunne innebære risiko i innføringsfasen, og det bør gjennomføres en ROS-analyse i forkant av implementeringen.

5.3. Kriterier for valg mellom alternativene

Ved hjelp av Strategisk utviklingsplan skal Helse Nord-Trøndelag utarbeide en felles retning og forståelse for hvordan vi skal utvikle best mulig helsetjenester. Planen skal gi en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene som kompetanse, teknologi, samhandling, organisering, bygg mv.

Helse Nord-Trøndelag vil legge følgende til grunn for valgene fremover:

- **Pasientenes helsetjeneste;** Pasientorientert, likeverdig pasientbehandling, nærhet ved akutte behov, nærhet for kronikere.
- **Bærekraftig fagmiljø;** Rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell
- **Faglig samarbeid;** Lagspillere, sikre god samhandling på tvers av nivå og organisatoriske grenser. Samarbeid og helhetlige tjenester for somatikk, psykisk helsevern og rus.
- **Utviklingskraft;** Fleksibilitet, endringsevne og endringsledelse – dette for å kunne jobbe målrettet med forskning, utvikling, kontinuerlig forbedring og innovasjon.
- **Teknologi;** Helseplattformen, ny medisinsk teknologi, ny teknologi for bedre samhandling og kvalitet, samt effektiv drift.
- **Økonomisk bærekraft;** Sikre tilstrekkelig midler for god drift, nødvendige investeringer og utviklingstiltak fremover.

5.4. Valgt hovedløsning og satsningsområder

De løsninger og prioriterte satsningsområder som er listet opp i dette kapitlet vil være førende for de mål og tiltaksområder som beskrives i kapittel 6. Utviklingsplanen skal bidra til en helhetlig prioritering der strategi og veivalg gjenspeiles på tvers av temaområder som beskrives i underkapitlene i kapittel 6.

5.4.1. Sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

Framtidens sykehus – Virksomhetsmodell/sykehusstruktur

Sykehusstrukturen for Helse Nord-Trøndelag ble diskutert i 2013/2014. I arbeidet med «Utviklingsplan 2030» ble det drøftet tre alternative modeller. Alternativ 1 betydde en videreføring og utvikling av dagens struktur, inkludert at en utvikling av kommunale medisinske sentra ble videreført. Alternativ 2 skilte seg fra en utvikling av dagens struktur ved at samarbeidet mellom Sykehuset Levanger og St. Olavs hospital ble

formalisert, og at innholdet i disse ble styrt av faglige og økonomiske prioriteringer. Dette kunne bety ny funksjonsfordeling og endringer i aktivitet og kapasitetsbehov. Alternativ 3 betydde ett akuttstusykehus i Helse Nord-Trøndelag, og forutsatte et helt nytt sykehus på en ny tomt.

Det ble utført tilgjengelighetsanalyser, og nedsatt kriterier med presisering og vurderingsgrunnlag for valg av modell. Dette er godt beskrevet i Utviklingsplan 2030.

Etter en ekstern høringsrunde ble alternativ 1 valgt ved styrebehandling i 2015 (styresak 05/15).

-
- Det er valgt en sykehusstruktur med to sykehus; Ett i Namsos og ett i Levanger. Dette vil være rammene for fremtidig valg og prioriteringer av helsetjenesten i Nord-Trøndelag i Strategisk utviklingsplan for planperioden 2018 – 2022.
-

Kirurgisk akuttberedskap ved sykehusene

Det er vedtatt gjennom Nasjonal helse- og sykehusplan at Helse Nord-Trøndelag skal ha kirurgisk akuttberedskap ved begge sykehus.

I forbindelse med mandatet for utviklingsplanarbeidet ble Helse Nord-Trøndelag bedt om (sak 54-16, styret i Helse Midt-Norge RHF):

«... å beskrive framtidig organisering og nivå på akuttkirurgisk beredskap ved Sykehuset Namsos, herunder hvilke tiltak som planlegges for å sikre nødvendig kompetanse slik at kvalitet og pasientsikkerhet i det akuttkirurgiske tilbudet blir ivaretatt.» (pkt 3.2 i vedtakssak 54-16).

Det ble nedsatt en egen arbeidsgruppe som har drøftet problemstillingen fra Helse Midt-Norge. Arbeidsgruppa har foretatt en grundig gjennomgang av dagens vaktberedskap og sett på avhengigheter mellom de ulike fagene. Gruppa har fått statistikk og tallmateriale over aktivitet fra data- og analyseavdelingen. Økonomiavdelingen har fremskaffet oversikt over uttrykningstid for Sykehusene. Antall stillingshemler og besatte legestillinger, samt oversikt over antall sykepleiere/spesialsykepleiere har også vært fremskaffet som et øyeblikksbilde på ressursituasjonen for begge sykehusene våre. Dette har vært benyttet som grunnlag i diskusjonene.

Arbeidsgruppa drøftet ulike nivå for kirurgiske akuttberedskap. Den demografiske utviklingen tilsier at behovet for spesialisthelsetjenester vil øke, samtidig som sykdomstilstander blir mer sammensatte og komplekse, jfr. Kap 7.1 i rapporten (*vedlegg 5*). Arbeidsgruppa har i drøfting av ulike alternativ vektlagt at befolkningens behov for helsetjenester skal ivaretas. Arbeidsgruppa mener at dagens akuttkirurgiske beredskap representerer et minimum og må beholdes for begge sykehus, og dette ble stadfestet i styrebehandling av Helse Nord-Trøndelag (styresak 5/17)⁶⁸ og Helse Midt-Norge (styresak 22-17)⁶⁹.

-
- Dagens akuttkirurgiske beredskap representerer et minimum og må beholdes for begge sykehus. Dette vil være rammene for fremtidig valg og prioriteringer av helsetjenesten i Nord-Trøndelag i Strategisk utviklingsplan for planperioden 2018 – 2022
-

Prehospitale tjenester

Omstillingsprosjektet Bærekraft 22 er ment å bidra til en bedre ressursutnyttelse gjennom justeringer og tilpasninger av dagens strukturer og funksjonsfordeling. Det vil også omfatte og påvirke vurderinger av

⁶⁸ Styresak Helse Nord-Trøndelag (sak 5/17); <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2005-17%20Kirurgisk%20akuttberedskap,%20rapport.pdf>

⁶⁹ Styresak Helse Midt-Norge (sak 22-17): <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2022-17%20Utviklingsplaner%20-%20avklaring%20akuttkirurgisk%20beredskap.pdf>

beredskap, kapasitet, organisering, strukturer og innhold i ambulansetjenestene. Fokus er en endring bort fra passiv beredskapsbygging og liten aktivitet over til aktiv behandling og transport av pasienter.

Ambulansetjenesten må organiseres tydeligere gjennom strukturer som bidrar til en mer konsentrert transportkapasitet langs aksene R17 Vikna – Namsos - Steinkjer og E6 Namsskogan – Stjørdal. Mindre tettsteder og kommuner kan bli bedre dekt gjennom økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten i form av bachelor paramedics og primærhelsetjenesten ved kommuneleger og kommunale sykepleiere. Økt kompetanse i ambulansetjenesten og en fortsatt utvikling og innovasjon hvor mer av sykehusenes akuttbehandling flyttes ut til pasientene, vil gi et raskere og bedre helsetilbud i hele Helse Nord-Trøndelag. Endringen vil kreve mer desentralisert samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste, mer medisinsk teknisk utstyr i tjenesten og bedre kompetanse. Det vil også kreves endring av organisering, innhold og tenkemåte.

Allerede i 2018 starter ambulansetjenesten å ta enkle blodprøver for rask analyse lokalt. I andre deler av landet prøver man ut ultralyd ut i ambulansetjenesten. Utfordringene ved lite aktivitet i distriktene for ambulansetjenesten kan til en viss grad kompenseres med jobbrotasjon mellom stasjoner. Summen av alle disse tiltakene og endringene er en mer operativ, kunnskapsrik og fleksibel ambulansetjeneste hvor bedret diagnostikk ute gir raskere riktig behandling og færre unødvendige sykehusbesøk til pasientens beste.

-
- Det skal satses på mer samarbeidsløsninger med kommuner der dette kan være en god løsning. Jobbrotasjon der ansatte veksler mellom hvor de er stasjonert, innføres i større grad.
-

5.4.2. Satsningsområder

Ut fra befolkningsutvikling og sykdomsutvikling ser man at det er utfordringer på mange ulike områder, mens det ligger muligheter i blant annet ny teknologi, medisinsk faglig utvikling og samhandling.

Det er en del elementer i helsetjenesten som er viktig for å sikre god drift. For å kunne drive god behandling, er vi helt avhengig av gode *fagmiljø* og *tverrfaglighet*. Vi må ha funksjonelle bygg, nødvendig og oppdatert teknologi og medisinsk teknisk utstyr, samt gode stab- og støttetjenester og servicetjenester. Vi må ha gode rekrutteringsprosesser slik at vi får tilsatt nødvendig *kompetanse*, og ikke minst så må vi sikre at vi beholder ansatte med spesialistkompetanse.

Vi skal være gode på å tilrettelegge for *forskning og innovasjon*, og vi skal være en god utdannings- og læringsarena. Det mangler ikke på ideer og kreativitet blant ansatte i Helse Nord-Trøndelag, og innspill til gode utviklings- og forbedringsprosjekter finnes. Det er behov for å legge til rette for at ideer kan utforskes og settes ut i livet. Helse Nord-Trøndelag må styrkes med forbedringskompetanse, prosjektlederkompetanse, *endringsledelse* og vi må ha evnen til å prioritere.

Det satses på pasientlogistikk og *standardiserte pasientforløp*, og dette skal være med på å sikre effektiv pasientbehandling med god *kvalitet* og god samhandling. *Samhandlingen med kommunene* er helt essensiell for å kunne møte de utfordringer som beskrives fremover. Vi må samhandle godt på systemnivå, og det må være en god dialog og samhandling rundt den enkelte pasient.

Det er viktig at helsetjenesten har *tillit* i befolkningen, og det må jobbes for at Helse Nord-Trøndelag skal ha et godt *omdømme*.

Det vil være flere områder som kunne vært kommentert i denne planen, men ikke alt kan nevnes. Dagens økonomiske situasjon tilsier at Helse Nord-Trøndelag ikke får gjennomført alle ønskede tiltak og prosjekter i planperioden, og det må derfor gjøres en prioritering – noe som en vanskelig øvelse.

Det vil i denne planen prioriteres noen felles satsningsområder for Helse Nord-Trøndelag som skal ha ekstra fokus i planperioden (2018-2022). Det må allikevel gjennomføres utviklingsarbeid i alle klinikker og sentre for å møte framtidens behov for endringer, og det forutsettes at dette ivaretas av klinikkene og sentrene med tanke på prioritering, gjennomføring og oppfølging.

Klinikkene og sentrene bør lage egne handlingsplaner der målområder og tiltak beskrives. Ansatte oppfordres til å melde inn viktige områder og utfordringer for sine fagområder til klinikkledelsen, og være pådriver og samtalepartner i drøfting når det gjelder klinikkene sine prioriteringer og valg av tiltak.

5.4.2.1. Samhandling med kommunene

Det satses på velferdsteknologi i mange av Nord-Trøndelags kommuner. Helse Nord-Trøndelag bør vurdere mulighetene for å nyttiggjøre oss denne teknologien i samarbeid med kommunene.

Som nevnt innledningsvis så har Nord-Trøndelag en geografi med lange avstander som krever desentralisering av en god del tjenester, som for eksempel dialyse, DPS-tjenester og diagnostikk. Kontinuitet og nærhet er kvaliteter mange pasienter med kronisk sykdom etterspør. Hjemmebehandling og ambulerende tilbud vil kunne styrke oppfølgingen av kronikerne.

Samhandlingsreformens formål er vanskelig å oppfylle. Helse Nord-Trøndelag og kommunene må fortsatt ha fokus på oppgavedeling og samarbeid. Samarbeid er enklere når man kjenner hverandres utfordringer, og har truffet hverandre. Det er i dag en hospiteringsordning⁷⁰ mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene, men ordningen kunne vært utnyttet i større grad.

5.4.2.2. Rekruttering og kompetanse

Helse Nord-Trøndelag har utfordringer når det gjelder rekruttering innen flere fagfelt. Rekruttering bør være et felles satsingsområde for foretaket i planperioden. Omtrent 70 % av budsjettet går til lønn til ansatte. Det er viktig at vi opprettholder robuste fagmiljø, rett person på rett plass og tilstrekkelig og god kompetanse. Det må jobbes helhetlig ved at vi starter fra studenter er hos oss og rekruttering. Videre må vi jobbe aktivt for å beholde kompetansen og utvikle de ansatte ut fra de behov helsetjenesten til enhver tid har. Det må jobbes med utarbeidelse av kontrakter/avtaler med LIS-leger.

I dag er arbeidet med rekruttering av legespesialister lagt som arbeidsoppgave til den enkelte spesialist, og dette kan være vanskelig da det er lite med tid. Stabsfunksjon bør ha en koordinerende og støttende rolle i dette arbeidet.

Det er spesielt viktig at vi har fokus på å rekruttere og beholde spesialister innenfor de ulike helseprofesjonene. Trender og framskrivninger tilsier at det vil være underdekning for disse profesjonene, og dette er et gjenkjennelig bilde i Helse Nord-Trøndelag i dag.

Det må gis gode betingelser for våre ansatte, og det må være en god grunnbemanning. Det må legges til rette for gode arbeidsforhold med gode turnuser, og det må tilstrebes å gi så stor stillingsandel som ønskelig for den ansatte. Et annet viktig punkt er å få etablert interessante fagmiljø og arbeidsoppgaver, samt utviklingsmuligheter og kompetanseutvikling for den enkelte. Det er også viktig å ha et godt omdømme, og en organisasjon med fornøyde ansatte som er glad i arbeidsplassen sin.

Med bakgrunn i utvikling i krav og forventninger til både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten bør det være et samarbeid mellom Helse Nord-Trøndelag, kommuner og utdanningsinstitusjoner knyttet til felles mål om effektiv og sikker pasientbehandling og utdanning av kompetente profesjonsutøvere innen sykepleiefag, som er den største enkeltgruppen av medarbeidere i helsevesenet. Opprettelse av kombinerte stillinger der sykepleiere er ansatt i både sykehus og høyskole kan i så måte bidra positivt.

5.4.2.3. En aldrende befolkning

Som kapittel 4.1.1 beskriver så vil vi få en betydelig økning i antall eldre fram mot 2022 og 2035. Helse Nord-Trøndelag erfarer at dagens geriatriiske tilbud er underdimensjonert. Utfordringen for Helse Nord-

⁷⁰ Informasjon om dagens ordning for hospitering; <https://hnt.no/helsefaglig/samhandling/hospitering>

Trøndelag i planperioden blir derfor både å oppnå et dimensjonert tilbud for nåsituasjonen og samtidig møte det økende helsetjenestevolumet for eldre med sammensatte lidelser i tiden som kommer.

Den geriatrike pasienten møtes og behandles på flere nivåer, ref. figur 5.1 – Illustrasjon over et generelt pasientforløp. Et godt geriatrik tilbud er kostnadsbesparende for samfunnet, i tillegg til å være den beste behandlingsformen for en stadig større og fortsatt svak pasientgruppe, de eldste. Geriatri i spesialisthelsetjenesten består av akuttgeriatri og planlagt geriatribehandling.

Akuttgeriatri i Helse Nord-Trøndelag

På Sykehuset Namsos er sengeplassene for geriatribehandling plassert på en felles sengepost med hjerneslag, nevrologi og generell indremedisin. Geriatrik avdeling på Sykehuset Levanger har en definert geriatrik avdeling som også behandler akutte hjerneslagene.

Til akuttgeriatrien hører blant annet tilstandene akutt funksjonssvikt (og på Levanger akutt hjerneslag). Utredning og behandling krever tverrfaglig tilnærming, både med tilstedeværelse av de andre indremedisinske spesialitetene og av sykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og for slagpasienter logoped. En mer effektiv drift og høyere pasientsikkerhet oppnås med kliniske farmasøyer (polyfarmasi), og et bedre behandlingsresultat oppnås med kjøkkenverter (underernæring) når disse inngår i behandlingsteamet. Tilstrekkelig personell er nødvendig for å innhente gevinstene av geriatrik behandling.

Et system som legger til rette for halvøyeblikkelig innleggelse ville vært tidsbesparende og dermed kostnadsbesparende. Dette forutsetter en riktig dimensjonert sengepost inkludert legeressurser til å forberede undersøkelser før pasienten kommer.

Ortogeriatri er et samarbeid mellom ortopeder og geriater om eldre med sammensatte lidelser som får brudd. Pasientene behandles enten på geriatrik eller ortopedisk avdeling og følges opp av begge spesialistfeltene med leger og støttepersonell. Pasientgruppen kan med fordel samlokaliseres med en geriatrik avdeling hvor den geriatrike arbeidsmetoden allerede er innarbeidet, men andre løsninger er også mulige. Per i dag har vi ikke et ortogeriatrisk tilbud i Helse Nord-Trøndelag. Ortogeriatri er samfunnsøkonomisk gunstig fordi pasientene som mottar behandlingen får flere selvhjelpne leveår.

Innen geriatrien er flere spesialistområder etablerte andre steder i landet, f.eks. onkogeriatri og kardiogeriatri. Dette er også utviklingsområder for Helse Nord-Trøndelag.

Planlagt geriatribehandling

Den polikliniske aktiviteten ved begge sykehus omhandler kognitiv utredning, fallutredning, og for Sykehuset Levanger har man også hjerneslagpoliklinikk. Disse poliklinikkene er tverrfaglige i varierende grad.

Framtidens behov

Innenfor sykehusmedisin muliggjør faglig og teknologisk utvikling en endret sykehusdrift. Det er viktig å erkjenne at denne utvikling skjer raskere enn den biologiske utviklingen hos den enkelte pasient. Dette vil også være situasjonen i fremtiden. Normal aldring innebærer at man bruker lengre tid på å tilegne seg ny informasjon, lære seg nye verktøy og tilpasse seg nye forventninger. Selv om man i de første tiårene av livet vil klare å henge med på denne utviklingen er det heller ikke med normal aldring å forvente at man klarer å henge med utviklingstempoet senere i livet. De eldste pasientgruppene har dessuten i hovedsak ikke en normal aldring og dette krever ytterligere aktsomhet.

Der man i andre fagfelt ser positive gevinster for pasienten ved mer dreining fra innleggelser mot poliklinisk virksomhet er behovet hos eldre annerledes. Kliniske studier viser at en liggetid på 5-7 dager gir best behandlingsresultat i akuttgeriatrien. Dette tilsier at vi med dagens drift har en for lav liggetid for å hente ut gevinstene av behandlingen. Utredningsprosedyrer er en belastning for pasienten. Observasjon over flere dager er nødvendig for å diagnostisere akutt funksjonssvikt. Oppstart av nye medisiner hos eldre krever et langsommere tempo enn yngre kan tåle.

Pasienter med delirium som trenger skjerming fra negativ stimuli er en pasientgruppe som ville ha nytte av enkeltrom. Skjerming av pasienter med delirium vil på den annen side også virke positivt inn for å unngå at delirium utløses hos medpasienter. Også lydtetting av rom for bedring av nattesøvn er et arkitektonisk grep som vil kunne gjøre perioder med forvirringstilstander kortere.

Også den polikliniske utredningen krever tilstrekkelig avsatt tid, men der er det lettere å se for seg hvordan man ved økt bemanning allikevel kan effektivisere driften.

Den demografiske utviklingen medfører økt andel eldre i alle kommuner. Avhengig av befolkningsveksten i de forskjellige aldersgruppene vil økningen av antallet eldre i nedslagsfeltene til sykehusene være noe ulik, og dette må det tas hensyn til når man planlegger fremtidig ressursfordeling. Man ser i dag at Helse Nord-Trøndelag totalt sett har for liten sengekapasitet, og det trengs flere spesialister for å kunne ivareta geriatri, slag, nevrologi og generell indremedisin på en tilfredsstillende måte.

Ved økt bemanning vil det være økte muligheter for mer ambulerende virksomhet som vil være gunstig i samhandlingen med kommunene. Geriatre på sykehus ser stor nytte av tettere samarbeid med sykehjemsleger.

5.4.2.4. Barn og unge

En av de største utfordringene innenfor psykisk helsevern for barn og unge er rekruttering, utdanne og beholde kritisk kompetanse. Spesielt utfordrende er det i forhold til lege og psykologspesialister. Utfordringen har vært større ved Sykehuset Namsos. Rekrutteringsutfordringer innenfor dette fagfeltet må ha ekstra fokus i planperioden.

Tall fra 2009 og 2015 viser at det har vært positiv utvikling både på effektivitet og produktivitet. En ser også at etterspørselen fortsetter å stige dette til tross for kompetanseheving i kommunene. I tillegg øker kvalitetskravene til fagområdet. Ressurstilgangen har ikke vært tilsvarende. Dette gir utfordringer i forhold til styrket krav om kortere ventetid for barn og unge.

Det er stort fokus på utadrettet jobbing, og behandlingseffekt er størst når barn/ungdom er motiverte og vil ha hjelp for sine problemer. Dette betyr at behandlingsapparatet må være raskt tilgjengelig der barna er. Det er videre satsning på tidlig intervensjon, og avdelingen har etter hvert fått stadig yngre pasienter – noe som har vært ønskelig. Tidlig diagnostikk og intervensjon, enten det dreier seg om familieproblemer eller psykiske symptomer, gir ofte bedre resultater.

Det er i dag utstrakt samarbeid og virksomhet ute i kommunene, og dette må det jobbes videre med. Det er mange hjelpeinstanser som har til dels overlappende funksjon i forhold til barn og unges psykiske helse, og tjenestene er sektoriserte på en måte som kan være uoversiktlig for brukeren.

Det forutsettes at det legges til rette for at forebyggende virksomhet prioriteres, og at eksisterende forebyggende aktivitet videreføres. Utviklingsprosjekter rettet mot tidlig koordinert innsats videreføres og videreutvikles. Eksempler på eksisterende samarbeid er samarbeid med Barnevernet (Akutten i Nord-Trøndelag) og utvidet skolehelsetjeneste (samarbeid med videregående skole), og tiltak i forhold til barn av psykisk syke og rusmisbrukere gjennom Familieambulatoriet og BAPP⁷¹. Det Ambulant virksomhet må spisses og videreutvikles slik at det når de rette gruppene.

Barneavdelingen har spesialisthelsetjenestetilbud i pediatri med sengepost, poliklinikk og dagenhet på Sykehuset Levanger og poliklinikk på sykehuset Namsos. Det er poliklinisk spesialisthelsetjenestetilbud i Habilitering for barn og unge gis ved begge sykehus. Utfordringer i dag og framover for barneavdelingen er et økende antall elektive henvisninger som gir flere polikliniske pasienter, og derfor en mangel på areal.

Det er tatt i bruk hjemmesykehus, der sykepleier reiser hjem til blant annet barn med kreft og premature barn. Dette er en poliklinisk ambulant virksomhet som er svært pasientorientert. Finansieringsmodellen tar ikke høyde for denne type virksomhet.

⁷¹ BAPP (Barn av foreldre med avhengighets- og psykiske problemer) – mer info: <https://www.ntnu.no/rkbu/hva-er-bapp>

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientenes helsetjeneste

Nåsituasjon, overordnede føringer og utviklingstrekk er skissert i de foregående kapitlene, og disse er drøftet og analysert for å se på løsningsalternativ og veivalg for Helse Nord-Trøndelag. I dette kapittelet beskrives overordnet mål og tiltaksområder.

Tiltakene vil ha behov for videre konkretisering med involvering av relevante fagmiljø. For samhandlingsperspektivet vises det til Handlingsplan for samhandling mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag for 2018-2021, der det listes opp en rekke tiltak som er utarbeidet av Helse Nord-Trøndelag og kommunene sammen.

Enkelte av tiltakene vil ikke nødvendigvis medføre behov for tilførte ressurser i form av kompetanse, penger eller ekstra personell. Det vil i enkelte tilfeller heller handle om en omprioritering av fokus og bruk av de ressurser vi har. Andre tiltak vil derimot medføre behov for tilførte ressurser for å kunne gjennomføres på en god måte.

Det er krevende å skulle sette ned konkrete tiltaksområder for hvordan vi tenker vårt helsetilbud skal være i 2035. Tiltaksområdene har derfor først og fremst en tidshorisont som stemmer med planperioden (2018-2022). Imidlertid vil tiltaksområdene også være relevant for en lengre tidshorisont, og man tenker at konkret jobbing i henhold til tiltaksområdene vil bidra til at Helse Nord-Trøndelag kan møte utfordringsbildet mot 2035 på en bedre måte.

6.1. Pasientenes helsetjeneste – brukertilfredshet

Helseplattformen vil tilrettelegge for at pasientene får en forenklet tilgang til egen journal, og dette vil være en endringsfaktor som gjør at vi må styrke mulighetene for at pasienten selv kan benyttes som ressurs. Pasientene skal også medvirke i valg av behandling, og må derfor få god informasjon om alternativene. Helsepersonell må bevisstgjøres på at pasientene skal være en likeverdig partner i valg av behandlingsopplegg, og helsepedagogisk kompetanse vil være viktig fremover.

Helse Nord-Trøndelag er allerede i gang med mange av tiltakene i regi av pasientsikkerhetsprogrammet. Dette programmet har utarbeidet gode strukturerte tiltak, og skal også prioriteres gjennomført i planperioden.

Overordnet mål		
 Pasienter og pårørende skal tilbys informasjon, veiledning og opplæring slik at de kan delta i valg av behandlingstilbud, ivareta sine interesser og mestre sin livssituasjon		
	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Informerte valg Pasientene skal få god informasjon om ulike valg i behandling der det foreligger flere alternativ, og pasientens mening skal være førende i valget av behandling. Det gjennomføres et internt arbeid for å finne metoder som kan understøtte og sikre at dette blir gjort.	2018 - 2022
B)	Brukerundersøkelser skal sjekke om pasientenes og pårørendes opplever til har fått god informasjon, veiledning og opplæring. Det skal også undersøkes om pasientene opplever de har fått vært med på å bestemme valg av behandling.	2018 - 2022
C)	Utskrivingsprosessen – Trygg utskrivning, jfr Pasientsikkerhetsprogrammet. 	2018 - 2022
D)	Standardiserte pasientforløp; Sikre brukermedvirkning i utarbeidelse og implementering av standardiserte pasientforløp.	2018 - 2022

6.2. Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

Det gjøres mye godt pasientarbeid hver dag i Helse Nord-Trøndelag, og dette må det fortsatt legges til rette for. Ansatte er dedikerte fagpersoner som er opptatt av å gi behandling med god kvalitet.

Overordnet mål		
- Det skal ikke være uønska variasjon i det faglige tilbudet. - Våre tjenester skal være godt organisert, riktig prioritert og av høy faglig kvalitet; Rettferdig fordelt, evidensbasert og bærekraftige.		
	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Aldrende befolkning Det skal tilrettelegges for et godt dimensjonert tilbud for å kunne møte dagens behov og det økende helsetjenestevolumet for eldre med sammensatte lidelser. Behovene pr. nå og fremover må kartlegges, og disse må vurderes opp mot det vi har av ressurser i dag. Tilbudet skal dimensjoneres riktig i form av: - Tilstrekkelig ansatte og riktig sammensetning av fagkompetanse. - Tilstrekkelig antall senger. - Tilrettelagt poliklinisk areal. - Opprettet tverrfaglig samarbeid der det er hensiktsmessig.	2018 - 2022
B)	Barn og unge Fagområdet skal prioriteres høyt i arbeidet med rekruttering (se kap. 6.5, pkt A) Det jobbes med bruk av e-konsultasjoner i pasientbehandling, samt ytterligere bruk av video/tele-overføring ved veiledning og samarbeid med kommunene.	2018 - 2022
C)	Standardiserte pasientforløp Standardiserte pasientforløp (regionale og lokale) skal utarbeides og implementeres. Nasjonale pakkeforløp skal implementeres.	2018 - 2022
D)	Kontinuerlig forbedring Videreutvikle strukturer for systematisk forbedringsarbeid. Sørge for metodekunnskap hos ledere og fag/kvalitetsrådgivere. Sikre at vi utnytter gode kilder til forbedringsarbeid. Som for eksempel kvalitetsregistre, avviksmeldinger, GTT og andre tiltak i regi av pasientsikkerhetsprogrammet.	2018 - 2022
E)	Fagprosedyrer Kunnskapsbaserte fagprosedyrer er kvalitetsforbedringsarbeid som skal bidra til å redusere ulikhet i klinisk praksis. Helse Nord-Trøndelag skal implementere relevante fagprosedyrer som er tilgjengelig på Helsebiblioteket.no ⁷² . Fagprosedyrene er utarbeidet av Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer ⁷³ .	2018 - 2022
F)	Poliklinisk behandling Det skal utvikles og prøves ut nye måter å drive kontroll- og oppfølging av polikliniske pasienter. Dette for å redusere antall kontroller, samt redusere tiden pasientene bruker på å reise. Dette er ønskelig med tanke på stort press på parkeringsareal ved våre to sykehus, og det er også en miljømessig gevinst ved at færre reiser.	2018 – 2022

⁷² Fagprosedyrer på Helsebiblioteket: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer>

⁷³ Om Nettverk for kunnskapsbaserte fagprosedyrer: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/om-nettverk-for-kunnskapsbaserte-fagprosedyrer>

G)	Forebygging Styrking av det forebyggende arbeidet, dette i tett samarbeid med kommunene. Det vurderes hvilke prioriterte fagområder/diagnosegrupper det er formålstjenlig å ha fokus på i planperioden.	2018 - 2022
----	---	-------------

6.3. Oppgavedeling og samhandling

Dialog og samhandling skjer på ulike nivå. Dette gjøres på systemnivå der det diskuteres fag generelt og samarbeid omkring prosedyrer og standardiserte pasientforløp. Videre er det samhandling omkring den enkelte pasient, og dialog rundt konkrete behandlingsopplegg.

Det er utarbeidet en felles Handlingsplan mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag. Denne foreslår prioriterte tiltak for å styrke helhetlig pasientbehandling, og videreutvikling av samarbeidet mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Planen er styrende for arbeidet i Administrativt samarbeidsutvalg og Politisk samarbeidsutvalg, og det er viktig at denne implementeres av i kommunene og Helse Nord-Trøndelag for å sikre at en følger opp de inngåtte samarbeidsavtalene.

Utteksling av spesialister

Det finnes ulike hospiteringsordninger mellom sykehusene. Enkelte avdelinger har avtale med St. Olavs hospital om årlig hospitering der leger fra Helse Nord-Trøndelag har hatt et visst antall uker hvor de har hospitert ved St. Olavs hospital. Det bør vurderes en modell med «mot-hospitering», det vil si at leger fra St. Olavs hospital hospiterer ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Dette vil kunne bidra til faglig heving ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos ved at legene fra St. Olavs hospital bidrar med internundervisning, inspirasjon og ny kunnskap. Dette innebærer at man «bytter» overleger for en periode; En «Utteksling av spesialister mellom sykehus». For å få til en god ordning bør man ha formelle avtaler, dette for å sikre forankring og gjennomføringskraft.

Overordnet mål:		
- Vi skal sikre at det er en hensiktsmessig oppgavedeling, samt god og effektiv samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene i nedslagsfeltet til Helse Nord-Trøndelag. - Vi skal sikre at det er en hensiktsmessig oppgavedeling, samt god og effektiv samhandling med andre HF innenfor Helse Midt-Norge – spesielt fokus på samarbeidet med St. Olavs hospital HF. - Vi skal sikre at det er en hensiktsmessig oppgavedeling, samt god og effektiv samhandling internt i Helse Nord-Trøndelag. - Vi skal sikre at det er en hensiktsmessig oppgavedeling, samt god og effektiv samhandling med de private aktørene som benyttes.		
	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Samarbeid med kommunene Oppfølging av tiltak, jfr Handlingsplan for samhandling mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag. Her nevnes spesielt følgende fokusområder: - Fastlegeordningen / legesamarbeid, rekruttering / spesialisering, sykehjemsleger - Helhetlige pasientforløp; Implementering, gråsoner med tanke på ansvar - Digitalisering / teknologi med Helseplattformen som tema m.m - Forebygging, hvordan dempe behovet for helsetjenester - Ta i bruk hospiteringsordning mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag i større grad.	2018 - 2022
B)	Samarbeid med St. Olavs hospital Helse Nord-Trøndelag må styrke samarbeidet med St. Olavs hospital. Overføring av elektiv virksomhet innen ortopedi fra St. Olavs hospital, jfr Nasjonal Helse- og sykehusplan.	2018 – 2022

	• Det vurderes overføring av kompetanse fra St. Olavs hospital for fagområder der Helse Nord-Trøndelag er sårbar. Dette kan gjøres ved at fagpersoner har enkelte arbeidsdager hos Helse Nord-Trøndelag, og kan være svært viktig i en oppbyggingsfase av fagmiljø i Helse Nord-Trøndelag • Det vurderes å formalisere et samarbeid mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs hospital om «Utteksling av spesialister mellom sykehus».	
C)	Private aktører Det skal gjøres en gjennomgang av bruk av private aktører og avtalespesialister. Det må besluttet ønsket nivå på bruk av private, dette i tett samråd med Helse Midt-Norge og aktuelle fagmiljøer forankret i Helse Nord-Trøndelag. Det må sikres god og effektiv samhandling med de private aktørene.	2018 - 2022

6.4. Organisasjon og ledelse

Det må tilrettelegges for at Helse Nord-Trøndelag kan møte fremtidens utfordringer med innovasjon og utvikling. I denne sammenhengen er det viktig å dyktiggjøre både organisasjonen og ledere innenfor endringsarbeid. Vi må også ha en organisering som understøtter utvikling og innovasjon, samt samarbeid på tvers av fag og nivå.

Overordnet mål		
■ Helse Nord-Trøndelag skal ha ledere som er god på tilrettelegging for innovasjon, utvikling og kontinuerlig forbedring. Lederne skal utvikle samhandlingskultur og effektive team, skape engasjement og positivt arbeidsmiljø og sørge for å gjennomføre nødvendige korrigerende tiltak. ■ Vi skal ha styringssystem som er hensiktsmessig med tanke på behovet for å sikre god pasientbehandling, samt god drift og riktig ressursutnyttelse. ■ Ledere på alle nivå skal ha oversikt over hva enheten har av kompetanse og hva den trenger av kompetanse og kapasitet, både på kort og lang sikt. Basert på denne behovsvurderingen skal det foreligge konkrete planer for å rekruttere, beholde og utvikle våre medarbeidere.		
	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Endringsledelse Det skal fokuseres på kompetanseheving innen endringsledelse. Det blir viktig framover å ha ledere som fremmer utvikling, forskning og innovasjon. Lederne må kunne tilrettelegge for implementering av gode tiltak som fremkommer fra utviklingsarbeid, forskning og innovasjon. Ledere skal også ha fokus på og kunne tilrettelegge for, og fremme kontinuerlig forbedringsarbeid.	2018-2022
B)	Styringssystem Videreutvikle styringssystem. Sikre hensiktsmessig rapporteringssystemer og møtearenaer.	2018-2022
C)	Kompetanseplanlegging Lederne må sikre sammenheng i arbeidet med rekruttering og kompetanseplanlegging. Vi må ha en helhetlig struktur og sammenheng når det gjelder kompetanseplaner, opplæringsportal, kompetanseportal og nasjonal bemanningsmodell.	2018-2022

6.5. Bemanning og kompetanse

For å møte fremtidens utfordringer, er det helt essensielt å sikre tilstrekkelig bemanning og kompetanse innenfor alle fagområder. Noen av satsningsområdene i planperioden er å sikre et godt tilbud til den aldrende befolkning, og å satse på psykisk helsevern for barn og unge. I arbeidet med rekruttering og kompetanseutvikling skal disse to områder ha spesielt fokus.

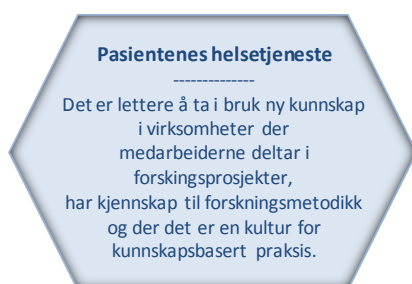
NTNU LINK

NTNU skal opprette en ny læringsarena for ca. 15 studieplasser fra 3. studieår av medisinstudiet i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag HF og med base på Sykehuset Levanger. De første studentene begynner høsten 2018. Det er signert en avtale mellom NTNU og Helse Nord-Trøndelag, og denne gir overordnede rammer for prosjektet når det gjelder blant annet samarbeid, økonomi og ressurstilgang.

Overordnet mål		
- Vi skal sikre bærekraftig fagmiljø med god kompetanse. - Vi skal sikre tilstrekkelig spesialister (spesielt behov for fokus på lege og sykepleie).		
	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Rekruttering og kompetanseutvikling Vi må ha fokus på rekruttering og det å beholde kompetanse. Det må jobbes annerledes, mer samordnet og mer intensivt med rekruttering. Det lages en langsiktig rekrutteringsplan fram mot 2030. Den regionale rekrutteringsprosessen skal implementeres.	2018-2021
B)	NTNU LINK Prosjektet skal sikres tilstrekkelig ressurser for planlegging og gjennomføring av utdanningsoppgaver. Det skal tilrettelegges for gode løsninger for å gi handlingsrom i den kliniske hverdagen til oppgaver som for eksempel gruppeveiledning, plenumsundervisning og klinisk veiledning av studentene.	2018 – 2022
C)	Ny ordning for utdanning av LIS Implementering av ny ordning for utdanning av LIS; LIS 1 implementeres i 2018, og for LIS 2 og LIS 3 innen 2019.	2018 - 2019

6.6. Forskning og innovasjon

En grunnleggende *forskningsinfrastruktur* er en forutsetning for at man skal kunne stimulere til og opprettholde tilfredsstillende forskningsaktivitet i helseforetaket.



Forskning og *anvendelse av forskningsresultater* er en av flere grunnleggende forutsetninger for å sikre et kvalitativt godt behandlingstilbud. Anvendelse av forskning er også viktig for at ansatte holder seg faglig oppdatert og er i stand til å kritisk vurdere egen praksis. Aktive forskningsmiljø i klinikkene er et viktig virkemiddel for å beholde og rekruttere nye medarbeidere.

Relevant og god *forskningsformidling* skal overordnet sikre god kvalitet på tjenestene gjennom at både pasienter, ansatte og

ledere får tilgang til oppdatert kunnskap som grunnlag for dialog og beslutning knyttet til kunnskapsbasert praksis og implementering av ny kunnskap.

Innovasjon inkluderer alt fra kontinuerlig forbedring (inkrementelle innovasjoner) til større omlegginger, forskningsgjennombrudd (radikale, banebrytende innovasjoner). Innovasjoner må ikke nødvendigvis være oppfunnet i Helse Nord-Trøndelag. Vi må bli gode til å hente gode impulser og lære av andre. Helse Nord-Trøndelag må også bidra til å spre kunnskap som utvikles i foretaket.

Overordnet mål	
- Det skal være en kultur for forskning og kunnskapsbasert praksis i Helse Nord-Trøndelag. - Helse Nord-Trøndelag skal være «det forskende foretaket», med stor forskningsproduksjon og forskningsprosjekter av høy kvalitet. - Det skal stimuleres til mer behovsdrivet og forskningsbasert innovasjon. Stimulere til økt innovasjonsaktivitet for å forbedre pasientbehandling og bidra til større kostnadseffektivitet.	

	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Infrastruktur – Det skal legges til rette for en forskningsinfrastruktur som gjør det mulig å bedrive forskning i en klinisk hverdag, herunder IKT-støtte, effektiv datautlevering, rådgivning/veiledning, opplæring etc.	2018 - 2022
B)	Implementere forskningsresultater i klinisk praksis – God pasientbehandling er avhengig av faglig oppdaterte klinikere og en organisasjon som legger til rette for kunnskapsbasert praksis.	2018 – 2022
C)	Forskningsformidling – Forskningsresultater skal gjøres kjent for pasienter, ansatte, brukerorganisasjoner, befolkningen og beslutningstakere i regionen, og samfunnet for øvrig på en pedagogisk god måte.	2018 – 2022
D)	Motivere til forskning i mange ulike fagmiljø og ulike fagprofesjoner. – Fortsatt ivareta breddeforskning i helseforetaket for å videreføre det gode arbeidet med å bygge kultur for forskning og forskningskompetanse i helseforetaket. – Vurderes om Helse Nord-Trøndelag skal løfte de miljøene som allerede er langt framme, både i nasjonal og internasjonal sammenheng – trenger vi «spydspisser/fyrtårn»? – Vurdere om det er områder der det er behov for mer forskning, og som bør prioriteres.	2018 – 2022
E)	Innovasjonsprosess Det skal utarbeides en overordnet prosess som beskriver innovasjon fra ide til implementering. Prosessen må være enkel, oppfattes som støttende, og ikke et hinder for å løfte fram ideer. Prosessene må også gi rask tilbakemelding til forslagsstillere. Induct kan være et aktuelt verktøy.	2018 – 2022
F)	Innovasjonsprosjektet Det skal jobbes aktivt med å fremme innovasjonsmiljøer og støtte til enkeltpersoner med gode ideer. Det skal tilrettelegges for at innovasjonsideer kan konkretiseres og gjennomføres. Det skal blant annet gis bistand i utvikling av ideen, hjelp til skriving av søknad om midler, hjelp til å knytte til seg eksterne og interne ressurser mv. Det må settes av midler som kan benyttes til innovasjonsprosjekter.	2018 – 2022

6.7. Økonomi

Planlagte og nødvendige investeringer for å sikre nødvendige tilbud til foretakets pasienter må gjennomføres innen tilgjengelige budsjetttrammer. Det gjør det nødvendig å framskaffe et driftsoverskudd på om lag 100 mill kroner pr. år og innebærer behov for å effektivisere driften med om lag 2 % (60 mill kroner) pr. år.

Helse Nord-Trøndelag må utvikle en økonomisk styringsmodell, herunder budsjettmodell, som sikrer åpenhet, forankring, forutsigbarhet og som oppleves som rettferdig. Modellen skal i tillegg til dette sikre eierskap, effektiv drift og felles prioritering av tilgjengelige ressurser. Videre skal dette implementeres i månedlig oppfølging og rapportering, slik at vi sikrer en felles forståelse og får gode rammer for løpende økonomisk oppfølging og måling. Modellen må utformes slik at den bidrar til måloppnåelse med tanke på pasienttilbud, aktivitet og økonomisk resultat.

Overordnet mål		
 Foretakets driftsresultat skal sikre handlefrihet med tanke på nye og endrede oppgaver, nødvendige investeringer og derigjennom bidra til produktiv og effektiv drift.		
 Etablere standardiserte styrings- og rapporteringsmodeller som øker økonomiforståelsen og bedrer foretakets økonomistyring og resultatoppnåelse. Skape motivasjon og samhold slik at alle enheter blir lojale og bidrar til å nå foretakets målsettinger.		
	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Bærekraft 22 Ytterligere utredninger og tiltak, basert på «Bærekraft 22» (styresak Helse Nord-Trøndelag 18/17). Kapittel 3.3 har en kort beskrivelse av tiltakene i Bærekraft 22.	2017 – 2022
B)	Styringsmodell Etablere en styringsmodell med klare ansvars- og myndighetslinjer, der klinikker og avdelinger ansvarliggjøres for økonomisk resultat i større grad enn i dag. Modellen må sikre tilstrekkelig tempo i gjennomføring av beslutninger, handlinger og oppfølgingsregime. Modellen skal sørge for at ulikheter utjevnes i produktivitet og driftsformer internt i foretaket og sammenlignet med andre foretak, jf. SAMDATA og KPP-analyser.	2018 - 2022

6.8. Teknologi og utstyr

Tilrettelegging for bruk av teknologi vil være et viktig innsatsområde for en god del av tiltakene i planperioden, og må sees i sammenheng med disse.

Når det gjelder Helseplattformen, er det viktig å være klar over implementeringsutfordringene. Det må settes av tid i god tid før innføring til opplæring og utprøving.

Overordnet mål		
 Tilrettelegge for at Helseplattformen etter innføring gir økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, mer brukervennlige systemer og dermed setter helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte.		
 Tilrettelegge for økt bruk av samhandlingsteknologi i dialog med samarbeidspartnere, og i pasientbehandlingen.		
	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Helseplattformen • Bidra med ressurser og kompetanse inn i den regionale anskaffelsesprosessen av Helseplattformen. • Anskaffe medisinsk teknisk utstyr som oppfyller krav gitt i Helseplattformen • Tilpasse organisasjonen og tilføre kunnskap for å innføre Helseplattformen på best mulig måte sammen med kommunene. Sikre at vi får høy grad av standardisering, sørge for nødvendig beskrivelser av prosesser og pasientforløp og sikre tilstrekkelig opplæring.	2018 – 2022
B)	Samarbeid IKT og medisinsk teknisk utstyr Sikre en hensiktsmessig organisering/samarbeidsform mellom fag som ivaretar medisinsk teknologi, IKT, sikkerhet, vern av person- og helseopplysninger. Dette for å være rustet til å møte utfordringene som skal løses i Helseplattformen.	2018 – 2022

C)	Smarttelefoner og IP-telefoni Innføre bruk av smarttelefoner og utnytte de fordeler smarttelefonen gir blant annet klinisk arbeid.	2018 – 2022
D)	Samhandlingsteknologi Det må tilrettelegges med hensiktsmessig teknologi som benyttes i samhandling med pasienter og andre samarbeidspartnere. Dette for eksempel bruk av velferdsteknologi, bruk av e-konsultasjoner (skype/bilde), monitorering (både i sykehus og monitorering fra hjemmet). Dette punktet henger sammen med en del av tiltaksområdene i andre kapitler.	2018 - 2022

6.9. Bygg

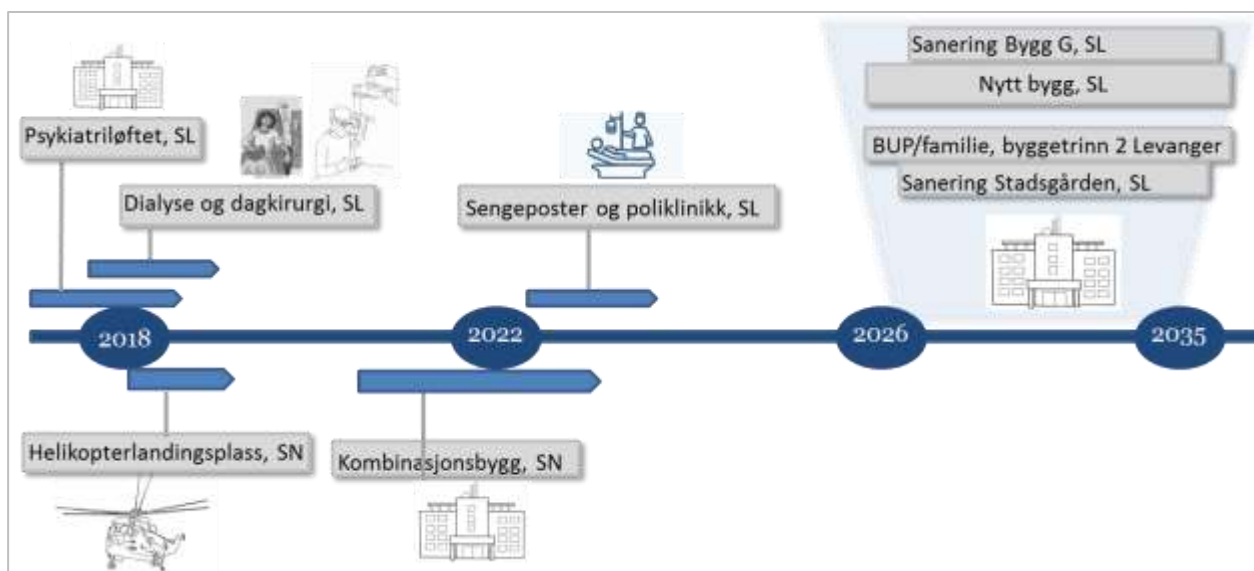
Det er utfordringer knyttet til bygningsmassen, både med hensyn til vedlikehold, areal, vekst og organisering. Det er behov for både mer areal, og det er behov for samlokalisering av enkelte fagmiljø. Spredning av fagmiljø fører til ineffektiv drift og dårlig utnyttelse av fagressurser. En del av dagens bygningsmasse er uhensiktsmessig og vanskeliggjør en pasientvennlig og effektiv drift, samt at det genereres betydelige kostnader når det gjelder forvaltning, drift og vedlikehold (FDV). Plassering av nye funksjoner og endringer av vesentlig karakter med dagens krav til inneklima er vanskelig og kostbart innenfor en del av bygningenes rammevilkår.

Selv om behovene er mange og mye skulle vært gjort, må vi ha et realistisk forhold til hva som er økonomisk mulig og bærekraftig.

I planperioden vil det ikke være investeringsmidler til å få utrettet mange bygningsmessige tiltak, men vi må ha en ambisjon om å få tilrettelagt for hensiktsmessig og tilstrekkelig areal med en tidshorison frem mot 2035. Her ser man at et nytt bygg ved Sykehuset Levanger peker seg ut som et nødvendig tiltak. En annen mulighet kan være å vurdere en omdisponering og evt. utvidelse av bygningen som hjelpemiddelsentralen leier av Helse Nord-Trøndelag i dag. Det er en god del gamle bygninger i Levanger (Stadsgården og bygg G) som allerede i dag burde vært sanert. Det er påkrevd med mer areal, og det er behov for mer effektivt og tilrettelagt behandlingsareal.

Overordnet mål		
 Sørge for tilstrekkelig areal som er pasientvennlig, gir gode arbeidsplasser og er effektive.		
	Tiltaksområder	Tidsperiode
A)	Driftsprinsipper Det utredes og besluttes overordnede driftsprinsipper for effektiv utnyttelse av areal, dette for mulig frigjøring av areal eller redusere behovet for nye. Det er foreslått en del driftsprinsipper i kapittel 4.3.6.	2018 - 2022
B)	Vedlikehold Vedlikehold gjennomføres i henhold til regionale føringer og Helse Nord-Trøndelag sin egen plan.	2018 - 2022
C)	Renovering og nye bygg Plan for renovering, tilpasning og nybygg følges i planperioden i henhold til skisse nedenfor, se figur 6.1. Forklaring av de ulike tiltakene følger i tabell 6.1	2018 - 2022
D)	Strategi for avhending av areal Plan/strategi for avhending av areal som ikke er i bruk, evt. bygg som vil bli ledig. Herunder også en vurdering behovet for personalboliger, og evt. å avvike areal som Helse Nord-Trøndelag ikke har behov for.	2018 - 2022

E)	Strategisk avklaring om videre drift av parkeringsanlegg. Vurdere potensiale i samarbeid med vertskommunene omkring etablering og drift av parkeringshus.	2018 – 2022
----	---	-------------



Figur 6.1 – Oversikt over noen av de store investeringstiltak fram i tid. Mindre tiltak, samt prosjekter knyttet til vedlikeholdsetterslep og normalt vedlikehold er ikke med i figuren. Helikopterlandingsplassen i Namsos vil ha ekstern finansiering.

Helikopterlandingsplass – Namsos

Nasjonen Norge er i ferd med å få nye redningshelikoptre. Forsvarets arbeidshest, SeaKing-maskinen, skal erstattes med AugustaWestlands AW101. Disse maskinene er både større, flyr raskere, tåler bedre ekstremt vær og i tillegg gir de fra seg en helt annen «downflush» (virvlende vind) enn dagens redningsfartøy.

Anskaffelsen av AW101 gjør sitt til at dagens bakkebaserte landingsplass i Namsos ikke kan benyttes slik SeaKing-maskinen gjør i dag. Vinden de nye helikoptrene avgir krever en løsning med plattformlandingsplass. Gjennom to departementers prosjekt - det såkalte NAWSAHR-prosjektet, ligger ansvaret for både innkjøp av helikoptre og etablering av nye landingsplasser. Pr. nå gjenstår det å avklare landingsplass ved syv norske sykehuset. Namsos er ett av disse.

NAWSAHR har engasjert Sykehusbygg AS til å forprosjekttere løsninger. I Sykehuset Namsos sitt tilfelle har Sykehusbygg skissert flere alternativ - alle i form av en plattformløsning. Helse Midt-Norge har anbefalt NAWSAHR å prioritere Sykehuset Namsos, og det vil ventelig blir en avklaring våren 2018. En oversikt over årlige flyvninger til Sykehuset Namsos viser at det er nærmere 160 flyvninger årlig. Dette understreker behovet for plattform i nordre del av vårt opptaksområde.

Dagens landingsplass i Namsos er nylig godkjent av Luftfartstilsynet, og vil kunne ta imot Luftambulansens fartøyer i uoverskuelig framtid. Dersom NAWSAHR vedtar bygging av plattform, vil også Luftambulansen etter hvert benytte den mulige kommende plattformløsningen.

Dialyseareal, samt flytting av dagkirurgi – Levanger

Det har vært påpekt prekært behov for nytt og større areal for dialyseavdelingen ved Sykehuset Levanger i en årrekke, med styresaker både i 2009 og 2011.

Antallet satellitter har økt de siste årene, og behandlingsvolumet på satellitt har økt dramatisk. Dette gir nye utfordringer for Levanger, da volumet på akutte behandlinger øker. Pasienter med forverring i tilstand,

som behandles ved satellitt, overflyttes til Levanger for vurdering og eventuelt behandling i kortere eller lengre perioder. I 2017 er det påbegynt en prosess med flytting av dialyseavdelingen, og dette tiltaket må fullføres så snart som mulig. Når dialysen har flyttet, kan dagkirurgi flytte opp i 5.etg. Dagkirurgi vil da bli lokalisert i samme etasje som operasjonsstuene.

Operasjonsstuer – Namsos

For å sikre framtidsrettet operasjonsvirksomhet ved Sykehuset Namsos, må det legges til rette for nye operasjonsstuer med tilstrekkelig takhøyde og mulighet for ny teknologi (takhengt utstyr), samt at det må legges til rette for en samling av operasjonsstuene. Dette gjøres ved at det jobbes videre med planene om kombinasjonsbygg, dette i samarbeid med Namsos kommune.

Sengekapasitet – Levanger og Namsos

Det må gjennomføres et utredningsarbeid der man ser på mulighetene for å samle sengeområder, ha mer fleksibel drift av sengene, sikre effektiv bruk av areal og personale. Det må også sikres gode løsninger for de smitteutfordringene vi har og som vil komme. Dette prosjektet vil kreve ressurser for å få gjennomført en god utredning, samt gjennomført bygningsmessige renovering og endringer som evt. foreslås.

Prosjekter 2048 – 2035 (sortert alfabetisk, kostnadsestimater pr 23.11.2017)

Kostnadsestimat - Prosjekter Helse Nord-Trøndelag 2018-2035					
Lokasjon	Prosjekt	Omfang m2	m2	Sum	Kommentarer
SN	Bildedagnostikk, ombygning eksist. Areal	902	40 000	36 080 000	Utvivelse, ombygg og tilpasning, økt aktivitet ref utviklingsplan
SL	Bildedagnostikk, nytt areal	500	70 000	35 000 000	Nytt areal for bildediagnostikk, økt aktivitet ref utviklingsplan
SN	Blodbank/fysio/service	500	20 000	10 000 000	Arealtilpasninger / endret plassering
SL	BUP/Familie BT 2, sanering	1000	70 000	70 000 000	Nytt bygg (byggetrinn 2) samt sanering av Statsgården og Hegstadgården somer lite egnet til kontorformål
SN	BUP/HAB/Familie, læring og mestring, nytt areal	500	70 000	35 000 000	Samle aktivitet, i hensiktsmessig areal. Avhende dagens areal
SL	Bygg G, sanering	1902	1500	2 853 000	Ikke tilpasningsdyktig med hensyn på framtidige behov
SL	CT i akuttmttak, nytt areal	200	70 000	14 000 000	Nytt bygg i atrie mellombygg A og B
SL	Dialyseenhet, nytt areal	300	70 000	21000 000	utvidelse med 15 behandlings-stoler, kontor og fellesareal
SL	Forsyning	500	20 000	10 000 000	Endret forsyning (med eksternt sentrallager)
SL	Kjøkken, totalrenovering	675	35 000	23 625 000	Nedslitt areal og uhensiktsmessig logistikk med lager i kjeller
SL	Kontor, ombygning av bygg D og I	2 992	25 000	74 800 000	Endret aktivitet, kontorer ref utviklingsplan
SN	Nye poliklinikker,	750	30 000	22 500 000	Poliklinikk i ombygget areal C og D, økt aktivitet
SL	Parkeringsanlegg bil og sykkel	5 000	8 000	40 000 000	2-plansløsning, 200 plasser, tilrettelegging for økt bruk av sykkel med bedre garderobefasiliteter
SN	Parkeringsanlegg bil og sykkel	2 500	8 000	20 000 000	2-planløsning, 100 plasser, 2500 m2, tilrettelegging for økt bruk av sykkel med bedre garderobefasiliteter.
SL	Poliklinikk, nytt areal	1500	70 000	105 000 000	30 rom+ felles, økt aktivitet ref utviklingsplan
SL	Samlokalisering av habilitering barn. Utvidet areal for akuttmttak og gastro	1000	15 000	15 000 000	Samlokalisering av habiliteringstenesten for barn i bygg I og G. Utvidelse av areal for akuttmttak og gastro i bygg C
SN	Sanering av bygg K	1810	1500	2 715 000	Ikke tilpasningsdyktig med hensyn på framtidige behov
SL	Sengeposter bygg A, ombygning eksist. areal	5 145	20 000	102 900 000	Tilpasset sengebehov, smitteisolering, kjerneområde ref utviklingsplan
SN	Sengeposter bygg H, ombygning eksist. Areal	4 000	20 000	80 000 000	Tilpasset sengebehov, smitteisolering, kjerneområde ref utviklingsplan
SL	Seviceareal, nytt areal	200	50 000	10 000 000	Apotek, servering og lignende.
SL	Skywalk			21000 000	Direkte gangforbindelse fra helikopterdekke på kombinasjonsbygget til akuttmttak
SL	Smitte-romi akuttmttak	100	100 000	10 000 000	Areal for smitteisolering ved akuttmttak
SN	Vannbåren varme	30 000	1000	30 000 000	Ombygging til vannbåren varme med radiatorer, hele sykehuset
SL	Øyenhuset, sanering	456	1500	684 000	Ikke tilpasningsdyktig med hensyn på framtidige behov
SN	Kombinasjonsbygg, nytt areal			200 000 000	Tilbygg H for kommunale funksjoner og sykehusets behov som operasjon, intensiv, 15 poliklinikkromm.
	Sum Helse Nord-Trøndelag HF			992 157 000	

Tabell 6.1 – Oversikt over nødvendige tiltak og prosjekter, inkl. kostnadsestimat pr 23.11.2017

Vedlegg og referanser

Aktuelle vedlegg publiserte på Helse Nord-Trøndelag sin tema-side for utviklingsplan

- Vedlegg 1: Handlingsplan for samhandling mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag 2018 – 2021
- Vedlegg 2: Rapport fra Multiconsult, datert 9. desember 2016
- Vedlegg 3: Rapport fra Multiconsult, datert 7. juni 2012
- Vedlegg 4: Framskriving av aktivitet og kapasitetsberegning, Rapport fra Sykehusbygg (2017)
- Vedlegg 5: Rapport fra arbeidet med kirurgisk akuttberedskap, datert 13. Januar 2017

Aktuelle styresaker det refereres til i planen

Helse Nord-Trøndelag (2015). Styrevedtak – utviklingsplan 2030 (styresak Sak 05/2015) :

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2005-15%20Utviklingsplan%202030%20for%20Helse%20Nord-Trøndelag%20HF.pdf>

- Helse Nord-Trøndelag (2015). Utviklingsplan 2030: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2005-15%20Vedlegg%20Utviklingsplan%202030%20for%20Helse%20Nord-Trøndelag%20HF.pdf>

Helse Midt-Norge RHF (2016). Vedtakssak fra Helse Midt-Norge vedrørende utviklingsplaner:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2054-16%20Mandat%20for%20lokale%20utviklingsplaner.pdf>

- Helse Midt-Norge RHF (2016). Mandat for arbeidet med utviklingsplaner gitt av styret i Helse Midt-Norge: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2054-16%20vedlegg%20mandat%20lokal%20utviklingsplan%20HNT.pdf>
- Helse Midt-Norge RHF (2016). Veileder for utviklingsplaner gitt av styret i Helse Midt-Norge: <https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2053-16%20vedlegg%20Veileder%20for%20arbeidet%20med%20utviklingsplaner.pdf>

Helse Nord-Trøndelag (2017). Vedtakssak vedrørende rapport om kirurgisk akuttberedskap (styresak 5/17);

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2005-17%20Kirurgisk%20akuttberedskap,%20rapport.pdf>

Helse Midt-Norge (2017). Vedtakssak vedrørende rapport om kirurgisk akuttberedskap (styresak 22-17):

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/Sakspapirer/sak%2022-17%20Utviklingsplaner%20-20avklaring%20akuttkirurgisk%20beredskap.pdf>

Helse Nord-Trøndelag (2017). Driftsrapport juli 2017 – styresak Helse Nord-Trøndelag (styresak 50-2017):

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2050-17%20Driftsrapport%20juli%202017.pdf>

Helse Nord-Trøndelag (2017). Bærekraft 22 – styresak Helse Nord-Trøndelag (styresak 18-2017) ;

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/Sakspapirer/Sak%2018-17%20Langsiktig%20økonomisk%20bærekraft.pdf>

Aktuelle rapporter, notater mv. som det refereres til i planen (alfabetisk rekkefølge)

Dagens Medisin. lest 08.11.17; <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/10/16/starter-arbeidet-med-ny-folkehelse-strategi/>

Folkehelseinstituttet (2016): Sykdomsbyrdeprosjektet. www.fhi.no/div/forskningssentre/senter-sykdomsbyrde/

Folkehelseinstituttet (2015): Dødsårsaksregisteret/Dødsårsaker for 2014:

www.fhi.no/helseregistre/dodsaarsaksregisteret

Folkehelseinstituttet (2014): Folkehelse rapporten 2014: Helsetilstanden i Norge;

<https://www.fhi.no/publ/2014/folkehelse rapporten-2014-helsetilst/>

Helsedirektoratet (2017). Analysenotat 10/2017; <https://helsedirektoratet.no/nyheter/flere-eldre-pasienter-i-spesialisthelsetjenesten>

Helsedirektoratet (2014). Nasjonalt personellbilde – Personell- og kompetansesituasjonen i helse- og omsorgstjenestene. Rapport IS-2248: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-personellbilde-personell-og-kompetansesituasjonen-i-helse-og-omsorgstjenestene>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Nasjonal Helse- og sykehusplan;

<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000ddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). NCD-strategi 2013-2017;

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ncd-strategi/id735195/>

Helse Midt-Norge (2017). Teknologinotat - Utarbeidet i forbindelse med utviklingsplanarbeidet;

<http://virksomhetsportal.helsemn.no/omrader/HNT/prosjekt/Utviklingsplan/Delte%20dokumenter/Utviklingsplan%20teknologi.pdf>

Helse Nord-Trøndelag (2017). Rapport fra utredningsarbeid omkring kirurgisk akuttberedskap, inkludert mandat og vedlegg; [https://ekstranett.helse-](https://ekstranett.helse-midt.no/1007/strategiskutviklingsplan/_layouts/15/start.aspx#/Arbeidsgruppe%20%20Kirurgisk%20akuttberedskap/Forms/AllItems.aspx)

[midt.no/1007/strategiskutviklingsplan/_ layouts/15/start.aspx#/Arbeidsgruppe%20%20Kirurgisk%20akuttberedskap/Forms/AllItems.aspx](https://ekstranett.helse-midt.no/1007/strategiskutviklingsplan/_layouts/15/start.aspx#/Arbeidsgruppe%20%20Kirurgisk%20akuttberedskap/Forms/AllItems.aspx)

Kreftregistret (2016). Rapport om kreft i Norge; <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2016/cin-2106.pdf>

PASOPP rapporter: <http://www.kunnskapssenteret.no/serier/passopp-rapporter>

Riksrevisjonen (2016). Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av

Samhandlingsreformen. Dokument 3:5 (2015-2016):

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2015-2016/Samhandlingsreformen.pdf>

Sluttrapport fra nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen;

<https://fylkesmannen.no/Buskerud/Helse-omsorg-og-sosialtjenester/Samhandlingsreformen/Sluttrapport-fra-nasjonalt-nettverk-for-implementering-av-samhandlingsreformen/>

SSB-rapport (2017); «Framtidens eldre i by og bygd»; <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/framtidens-eldre-i-by-og-bygd?fane=om>

Sykehusbygg(2014). Beskrivelse av framskrivingsmodellen <http://sjukehusbygg.no/wp-content/uploads/2014/10/Beskrivelse-av-Framskrivingsmodellen-des-2014.pdf>