

Møtedato: 18. - 19. mai 2016
Arkivnr.:

Saksbeh/tlf:
Kristian Fanghol/Geir Tollåli

Sted/Dato:
Bodø, 13.5.2016

Styresak 60-2016

Nasjonal helse- og sykehusplan - mandat for det videre arbeidet

Saksdokumentene var ettersendt.

Formål

Stortinget behandlet Innst. 206 S (2015-2016), jf. Meld. St. 11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), den 17. mars 2016 (se her: [Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016-2019\)](#)). Stortingets behandling ble fulgt opp med foretaksmøte i Helse Nord RHF, den 4. mai 2016. Det vises til vedlagte (foreløpige) protokoll.

Stortingsmeldingen behandlet flere viktige tema for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Det legges opp til at det hvert fjerde år skal utarbeides en Nasjonal helse- og sykehusplan. Den umiddelbare oppfølgingen av Stortingets behandling og foretaksmøtets vedtak er:

- Organisering av kirurgisk akuttberedskap
- Stedlig ledelse
- Alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner, og tilknyttet til disse er det laget en veileder for arbeidet som skal benyttes.
- Gjennomgang av basestruktur for luftambulanser i Norge
- Flytting av elektiv kirurgi til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Avklaring av akutfunksjoner skal skje innen 1. april 2017.

Spørsmålene om organisering av kirurgisk akuttberedskap og stedlig ledelse har vært gjengangere i den offentlige debatten over lang tid. Helse Nord RHF's oppfølging av foretaksmøtets vedtak vil legge vekt på å finne løsninger som kan være bærekraftige over tid for begge disse temaene, og da særlig kirurgisk akuttberedskap. Fagmiljøer, befolkning og lokalsamfunn skal slippe å ha disse sakene som tilbakevendende tema som skaper usikkerhet om fremtiden.

Helse Nord RHF's ambisjon er å forsøke å få avklart disse spørsmålene med styrebehandling i løpet av 2016. Frist for tilbakemelding fra helseforetakene, inkludert lokale høringer og styrebehandling foreslås satt til 25. november 2016. Det forutsettes at det er bred medvirkning fra lokalsamfunn, medarbeidere og brukere i prosessene, jf. veileder til utviklingsplanarbeidet som trekker opp prinsipper for arbeidet.

Styret i Helse Nord RHF bes i denne saken om å ta stilling til de foreslåtte tiltakene for å følge opp organisering av stedlig ledelse og å utrede organisering av kirurgisk akuttberedskap slik det er omtalt i foretaksmøtets protokoll.

Styret oppfordres gjennom denne styrebehandlingen til å gi helseforetakene et mandat for det videre arbeidet. Dette innebærer også en avklaring av hvilket forberedende arbeid Helse Nord RHF skal gjøre, før helseforetakene setter i gang sitt arbeid med utredning av kirurgisk akuttberedskap

Gjennomgang av basestruktur for luftambulanser i Norge forutsettes ivaretatt gjennom en egen utredning i samarbeid med de respektive helseregioner og luftambulansetjenesten ANS.

Bakgrunn

I Nasjonal helse- og sykehusplan var det utviklet noen scenarier med eksempler på sykehus hvor organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap burde vurderes. I behandlingen av planen og i foretaksmøtets vedtak skal ikke konklusjonen i scenariene være førende. Følgende er protokollført fra foretaksmøte: *Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksmøtet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene: «Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.»*

Alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med veileder for utviklingsplaner. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Som et ledd i dette arbeidet skal det utarbeides kommunikasjonsplaner.

Organisering av kirurgisk akuttberedskap i Helse Nord

Finnmarkssykehuset HF

På grunn av lange avstander og andre forhold som påvirker tilgjengelighet og mulighet for transport av pasienter skal det være kirurgisk akuttberedskap både ved Finnmarkssykehuset Kirkenes og Finnmarkssykehuset Hammerfest.

Innholdet i beredskapen skal basere seg på gjeldende arbeidsfordeling som bl. a. omfatter nivå på intensivtilbudet, ortopedi, traumeorganisering og kreftkirurgi. Finnmarkssykehuset vil derfor ikke ha noe spesielt utredningsoppdrag knyttet til endringer i det akuttkirurgiske tilbudet, men de skal likevel beskrive fremtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap, og utrede behov for kompetansestøtte fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF på fagområdene akutt kirurgi og gynekologi/obstetrikk.

Det vil utvikles et datasett også for virksomheten i Finnmarkssykehuset. I arbeidet med utviklingsplanen må spørsmål om framtidig rekruttering av spesialister for å ha en tilfredsstillende bemanning til å dekke vaktordninger, utredes. Et samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge HF vil kunne være en del av løsningen.

Universitetssykehusets Nord-Norge HF (UNN)

Organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved UNN Narvik og aksene Narvik-Harstad, som del av UNNs kirurgiske akuttberedskap, skal avklares i det kommende arbeidet.

Det forutsettes at UNN også utreder sitt fødetilbud gjennom dette arbeidet. Eventuelle endringer i sykehustilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

I framtidig dekning av vaktordninger ved Finnmarkssykehuset vil UNN kunne få en rolle. Dette skal avklares gjennom utviklingsplanen for Finnmarkssykehuset HF.

Nordlandssykehuset HF

Organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved Nordlandssykehuset Lofoten og aksene Lofoten-Vesterålen, som del av Nordlandssykehusets kirurgiske akuttberedskap, skal avklares i det kommende arbeidet.

Det forutsettes at Nordlandssykehuset også utreder sitt fødetilbud gjennom dette arbeidet. Eventuelle endringer i sykehustilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset er i gang med sitt utviklingsarbeid for framtidig organisering av sykehustilbudet til befolkningen på Helgeland. Flere alternativer skal utredes videre. Det primære alternativ, så langt, er ett sykehus for den inneliggende virksomhet.

Helseforetaket får ikke noe særskilt oppdrag som følge av denne saken, men framtidig organisering av akuttkirurgisk beredskap skal beskrives. Det vil utvikles et datasett også for virksomheten i Helgelandssykehuset.

Premisser for utredning av kirurgisk akuttberedskap i Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Følgende er protokollført fra foretaksmøte:

Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akutt sykehus, akutt sykehus og sykehus uten akutfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:

- *De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akutt sykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.*
- *Akutt sykehus skal ha akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.*
- *Akutt sykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.*
- *Akutt sykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.*

- *Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet. Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehusstilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Det skal være team av sykehus akkurat som det skal være team av helsepersonell. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse».*

I tillegg til dette skal utredningsarbeidet basere seg på bl.a.:

- Nåværende oppgavefordeling mellom sykehus på relevante fagområder (intensiv, kreftekirurgi, ortopedi, traume m. m.).
- En beskrivelse av planlagt elektiv virksomhet ved de to sykehusenhetene.
- En beskrivelse av forholdet til øvrig akuttberedskap/virksomhet i sykehuset.
- En vurdering av framtidig rekrutterings- og bemanningssituasjon for relevante fagområder ved ulike løsninger, evt. via permanent bistand eksempelvis fra Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø til Finnmarkssykehuset.
- Tilgjengelige data om aktivitet og innhold i aktivitet
- Oversikt over pasientstrømmer
- Data om tilgjengelighet via vei, sjø og luft
- Andre relevante data

Om oppdrag og prosess for arbeidet knyttet til kirurgisk akuttberedskap

Utredningene skal munne ut i en plan for kirurgisk akuttberedskap i helseforetakene med vekt på lokasjonene i Narvik og Lofoten som viser hvordan befolkningen får ivaretatt sitt behov for slike tjenester døgntkontinuerlig, og hvordan den interne beredskapen i sykehuset sikrer planlagt virksomhet for andre fagområder.

Helse Nord RHF skal, før utredningsarbeidet starter i helseforetakene, legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet. Det skal, i samarbeid med helseforetakene, utvikles et felles sett av variabler som helseforetakene skal bruke i helseforetakenes analyser og som grunnlag for å utvikle en framtidig løsning.

Prosessene skal baseres på åpenhet, medvirkning og involvering. Vedlagte veileder (behandlet i AD-møte¹ 25. april 2016) skal legges til grunn i arbeidet. Høringer skal ivaretas i det utredningsarbeid som helseforetakene gjør.

Etter at helseforetakene har utredet saken og truffet sin beslutning i styret, vil saken bli fremmet for styret i Helse Nord RHF.

¹ AD-møte: Forum for adm. direktører i RHF-ene

Stedlig ledelse

I Helse Nord er det, som i øvrige regioner, ulike organisasjonsmodeller. Her følger en kort framstilling:

Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF har organisert seg slik at de har en klinikk-sjef med overordnet ansvar for den kliniske virksomheten ved hvert av sykehusene i Kirkenes og Hammerfest. Unntaket er prehospital klinikk, klinikk for psykisk helsevern og rus og drift- og eiendom som har gjennomgående ledelse.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

I UNN er det klinikker/enheter med gjennomgående ledelse av alle områder på tvers av lokasjoner, men med stedlige ledere på lavere nivå i organisasjonsstrukturen. Ingen av disse har et samlet ansvar for all virksomhet ut over eget område ved den enkelte lokasjon. Enkelte av stabsmedarbeiderne har ikke stedlig leder ved den enkelte lokasjon. Det er etablert koordinerende driftsorgan ved UNN Harstad og UNN Narvik.

Nordlandssykehuset HF

I Nordlandssykehuset HF er det klinikker/enheter med gjennomgående ledelse av alle områder på tvers av lokasjoner, men med stedlige ledere på lavere nivå i organisasjonsstrukturen. Ingen av disse har et samlet ansvar for all virksomhet ut over eget område ved den enkelte lokasjon. Det er etablert koordinerende driftsorgan ved Nordlandssykehuset Lofoten og Nordlandssykehuset Vesterålen.

Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset HF har en adm. direktør som har ansvar for den totale virksomheten i helseforetaket. Enhetsdirektører ved sykehusene i Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen har ansvar for den samlede virksomheten ved disse lokasjonene for de fagområder, der det ikke er etablert gjennomgående klinikker, eksempelvis prehospitaltjenester og pasienttransport i Helgelandssykehuset.

Premisser for utredning av spørsmålet om stedlig ledelse i helseforetakene i Helse Nord

Følgende er protokollført fra foretaksmøte:

Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette.

Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: "Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker.

I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle

ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Om oppdrag og prosess for arbeidet knyttet til stedlig ledelse

Forvaltningen av helseforetaket hører under styret som har ansvar for en tilfredsstillende organisering av helseforetakets samlede virksomhet. Adm. direktør har ansvaret for å ha en organisasjon som kan løse oppgavene og er ansvarlig for all virksomhet overfor styret. Prinsippet om enhetlig ledelse skal ligge til grunn på alle nivå.

Oppfølgingen av spørsmålet om stedlig ledelse i helseforetakene skal munne ut i en beskrivelse av organiseringen som oppfyller de forutsetninger som ligger i foretaksmøtet vedtak.

Etter at helseforetakene har utredet og styrebehandlet spørsmålet om stedlig ledelse vil saken bli fremmet for styret i Helse Nord RHF.

Proessen skal baseres på åpenhet, medvirkning og involvering, jf. Hovedtariffavtalens og Arbeidsmiljølovens bestemmelser. Lokale samarbeidsparter involveres i arbeidet gjennom egnede organ, eksempelvis Overordnet samarbeidsorgan

Medbestemmelse

Nasjonal helse- og sykehusplan - mandat for det videre arbeidet vil bli drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 18. mai 2016. Protokoll fra drøftingsmøtet legges frem ved møtestart.

Brukermedvirkning

Nasjonal helse- og sykehusplan - mandat for det videre arbeidet vil bli behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 18. mai 2016, jf. RBU-sak 31-2016. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg legges frem ved møtestart.

Adm. direktørs vurdering

Nasjonal helse- og sykehusplan har satt på dagsorden en rekke temaer. For Helse Nord vil arbeidet med utviklingsplaner for sykehusene bli spesielt viktig framover. Dette har særlig sammenheng med rekruttering, samarbeid mellom sykehus og arbeidsdeling.

På kort sikt er det spørsmålene om organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap og stedlig ledelse som både har fått mest oppmerksomhet og som det foreslås prioritert først. Dette er temaer som det over tid har vært mye diskusjon om, og denne anledningen vil Helse Nord benytte til å utvikle løsninger som er bærekraftige over tid og som gir folk god tilgjengelighet til nødvendige tjenester.

Det foreslås derfor at Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF utreder organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved Nordlandssykehuset Lofoten og Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik. Utredningen skal vise hvordan beredskapen ivaretas innen helseforetakets samlede organisering, jf. premissene i foretaksmøtets protokoll og saksutredningen.

Helgelandssykehuset HF skal legge de samme premissene til grunn for sitt videre arbeid med utviklingsplanen, jf. også det arbeidet som allerede er gjort. Helgelandssykehuset HF og Finnmarkssykehuset HF skal beskrive hvordan de videre fremover skal organisere det akuttmedisinske tilbudet.

Alle helseforetakene bes utrede organisering av stedlig ledelse slik det er omtalt i foretaksmøtets protokoll.

I begge prosessene skal det være god involvering og medvirkning slik det er beskrevet i saksutredningen.

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

1. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge til rette for at felles metodikk kan brukes i utrednings- og analysearbeidet, før utredningsarbeidet starter i helseforetakene. Videre ber styret om at det i samarbeid med helseforetakene utvikles et felles sett av variabler som helseforetakene bruker i analyser og som grunnlag for å utvikle en framtidig løsning.
2. Styret ber adm. direktør om å starte en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i helseforetakene til akuttstusykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
3. Styret ber adm. direktør sørge for at Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF utreder organisering av og nivå på kirurgisk akuttberedskap ved Nordlandssykehuset Lofoten og Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik. Dette inkluderer utredning av fødetilbudet.
4. Styret ber adm. direktør videre om å sørge for at alle helseforetak utreder/beskriver organisering av stedlig ledelse som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Det forutsettes at medbestemmelse ivaretas i tråd med hovedtariffavtalens bestemmelser. Etter at helseforetakene har utredet og styrebehandlet spørsmålet om stedlig ledelse, fremmes saken for styret i Helse Nord RHF.
5. Styret forutsetter at medbestemmelse/medvirkning i arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene sikres i tråd med prinsippene i veilederen for arbeidet med utviklingsplaner.
6. Frist for første tilbakemelding fra helseforetakene til Helse Nord RHF på status for det pågående utredningsarbeidet settes til 30. september 2016.

7. Endelig frist for tilbakemelding fra helseforetakene, inkludert lokale høringer og styrebehandling settes til 25. november 2016. Det forutsettes at det er bred medvirkning fra lokalsamfunn, medarbeidere og brukere i prosessene, jf. veileder for arbeidet med utviklingsplaner.

Bodø, den 13. mai 2016

Lars Vorland
Adm. direktør

Vedlegg: Foreløpig protokoll fra foretaksmøte 4. mai 2016
Veileder for arbeidet med utviklingsplaner (godkjent i AD-møte 25. april 2016)

Foretaksmøte 4. mai 2016

www.helse-nord.no

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF

**Behandling av årlig melding 2015,
godkjenning av årsregnskap og årsberetning
2015, oppfølging av Nasjonal helse- og
sykehusplan m.m.**

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF



PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD RHF

Onsdag 4. mai 2016 kl. 09.00 ble det avholdt felles foretaksmøte i de regionale helseforetakene i R5, Akersgata 59, Oslo.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Årlig melding 2015, jf. lov om helseforetak § 34, vedtektene §§ 7 og 15
- Sak 4 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2015, jf. lov om helseforetak § 43, vedtektene § 7
- Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
- Sak 6 Valg av revisor, jf. lov om helseforetak § 44
- Sak 7 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Fra Helse- og omsorgsdepartementet møte

Helse- og omsorgsminister Bent Høie

Fra styret møte

Styreleder Marianne Telle
Svenn Are Jenssen
Kari B. Sandnes
Sissel Alterskjær
Ann Mari Jenssen (vara for Eirik S. Holand)

Fra administrasjonen møte

Kvalitets- og forskningsdirektør Rune Sundset (etter fullmakt fra administrerende direktør)
Fagdirektør Geir Tollåli
Direktør Kristian Fanghol

Også til stede

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen
Ekspedisjonssjef Frode Myrvold
Ekspedisjonssjef Cathrine Meland

Riksrevisjonen var varslet i samsvar med lov om Riksrevisjonen § 13 og møte ved Eivor Hovde Hoff og Frode Linna.

Revisor for Helse Nord RHF, KPMG, var varslet i samsvar med lov om helseforetak § 18 og møte, representert ved statsautorisert revisor Ingar Andreassen.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Helse- og omsorgsminister Bent Høie ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Styreleder Marianne Telle og helse- og omsorgsminister Bent Høie ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Helse- og omsorgsminister Bent Høie spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Årlig melding 2015, jf. lov om helseforetak § 34, vedtektene §§ 7 og 15

Lov om helseforetak § 34 pålegger de regionale helseforetakene å utarbeide en årlig melding om virksomheten. I vedtektene § 15 slås det fast at det skal framgå av den årlige meldingen etter § 34 i lov om helseforetak, hvorvidt pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår knyttet til bevilgningen, er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av oppdragsdokumentet til Helse Nord RHF for 2015.

Helse Nord RHF redegjorde for årlig melding 2015 og for styrets videre arbeid på utvalgte områder i 2016. Foretaksmøtet viste til årlig melding fra Helse Nord RHF av 15. mars 2016 og supplerende informasjon av 20. april 2016. Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord RHF har oppfylt sørge for-ansvaret. Foretaksmøtet merket seg styrets konklusjon om at styringskrav gitt i oppdragsdokument og foretaksmøte for 2015 er ivaretatt og at sørge for-ansvaret som Helse Nord RHF er pålagt gjennom lovverket samlet sett er oppfylt for 2015.

I oppdragsdokument 2015 er det stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager. Samlet for alle tjenesteområder var ventetiden i Helse Nord 75 dager i 2015. Dette er en økning på én dag sammenlignet med 2014. Foretaksmøtet viste til at det gjennom flere år har vært et mål for spesialisthelsetjenesten at ventetidene skal reduseres. Siden 2011 har målet vært å få ned ventetidene mot 65 dager uten at det er nådd. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord RHF innretter driften slik at målet om 65 dager i 2016 nås.

Foretaksmøtet merket seg at andel fristbrudd i Helse Nord var 5,4 pst. i 2015. Tilsvarende tall i 2014 var 6,8 pst. Foretaksmøtet viste til endringene i pasient- og brukerrettighetsloven fra 1. november 2015 der alle pasienter som har behov for spesialisthelsetjeneste blir rettighetspasienter. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord RHF innretter driften slik at målet om null fristbrudd nås.

Foretaksmøtet viste til målet om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn for somatikk, og at DPS og BUP skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles på regionnivå, blant annet gjennom endringer i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Foretaksmøtet merket seg at det var høyere vekst i aktivitet innen psykisk helse og TSB enn i somatikk, men at det var lavere vekst i antall årsverk og kostnader innen psykisk helsevern og TSB enn i somatikk. Videre merket foretaksmøte seg at ventetidene i Helse Nord har utviklet seg negativt for psykisk helsevern og somatikk siste år, mens ventetidene

i TSB var redusert. Det var en svak nedgang i aktivitet, ingen endring i antall ansatte og økt ventetid innen psykisk helsevern barn og unge i 2015 sammenlignet med året før. Videre merket foretaksmøtet seg at kostnadsnivået økte mindre for psykisk helsevern for barn og unge enn for somatikk. Foretaksmøtet viste til at målet har ført til en dreining i sykehusenes oppmerksomhet og aktivitet mot psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, men at det er rom for forbedringer i 2016.

I 2015 er det innført 28 pakkeforløp for kreft. Andelen pasienter i et definert kreftforløp var samlet for regionen 74,2 pst. i 2. tertial. Andelen pakkeforløp som er gjennomført innen standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp var 70,3 pst i 2. tertial 2015. Dette betyr at målene for pakkeforløp for kreft er nådd i 2015.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar årlig melding med supplerende opplysninger fra Helse Nord RHF til etterretning.

Sak 4 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2015, jf. lov om helseforetak § 43, vedtektene § 7

I samsvar med lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 7 ble styrets årsregnskap og årsberetning for 2015 fremlagt til godkjenning i foretaksmøtet. Helse Nord RHF redegjorde for årsregnskap og årsberetning for 2015 og for styrets videre arbeid. Statsautorisert revisor Ingar Andreassen redegjorde for revisjonsberetningen for 2015.

I foretaksmøtet 7. januar 2015 ble det fastsatt følgende resultatkrav for foretaksgruppen i Helse Nord for 2015:

- *Foretaksmøtet forutsatte at foretaksgruppen i Helse Nord innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2014–2015), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2015, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.*

Regnskapsført årsresultat for 2015 for foretaksgruppen Helse Nord viser et positivt resultat på 616,7 mill. kroner. I resultatet inngår nedskrivninger av eiendeler med 1,3 mill. kroner, samtidig som det er resultatført netto tap ved salg av anleggsmidler på 0,8 mill. kroner. Helse Nord har investert for 1 807,3 mill. kroner i 2015 og holdt seg innenfor vedtatt ramme for driftskreditt. Den samlede ressursbruken til drift og investeringer er gjennomført innenfor vedtatte rammer og resultatkrav for 2015. Foretaksmøtet var tilfreds med at resultatkravet som ble stilt for 2015 dermed er oppfylt.

Foretaksmøtet har merket seg at Helse Nord RHF står overfor store investeringsoppgaver i årene fremover og at Helse Nord RHF derfor har lagt til grunn effektivisering innen alle tjenestoområder i foretaksgruppen. Foretaksmøtet viste til at det er positivt at Helse Nord RHF legger opp til en styring og kontroll som sikrer nødvendig grunnlag for en bærekraftig utvikling av tilbudet i foretaksgruppen.

Det ble vist til protokoll fra foretaksmøtet 1. juni 2015, Sak 7 Endring i vedtektene, ny § 16 a Om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte. Foretaksmøtet merket seg at Helse Nord RHF har utarbeidet en erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte i tråd med allmennaksjeloven § 6-16 a og vedtektene § 16 a, med unntak av en redegjørelse for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter. Foretaksmøtet forventet at det heretter også redegjøres for hvordan statens retningslinjer er fulgt opp i underliggende virksomheter. Foretaksmøtet merket

seg at Helse Nord RHF har angitt at de følger de statlige retningslinjene om lederens ansettelsesvilkår.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2015.

Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning for 2015. Av foretaksgruppens samlede revisjonshonorar på kr 2 408 000 inkl. mva. utgjør honoraret for revisjon av Helse Nord RHF kr 953 000 inkl. mva. Dette innebærer en økning på kr 62 000 fra 2014 for foretaksgruppen samlet sett og forklares hovedsakelig med utvidet revisjon av tilgangsstyring på IKT-området.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet godkjenner godtgjørelse på kr 2 408 000 inkl. mva. til ekstern revisor for lovpålagt revisjon av foretaksgruppen for 2015, herunder godtgjørelse på kr 953 000 inkl. mva. for revisjon av Helse Nord RHF.

Sak 6 Valg av revisor, jf. lov om helseforetak § 44

Etter gjennomført anskaffelsesprosedyre ble BDO AS valgt til revisor for Helse Nord RHF og de helseforetakene Helse Nord RHF eier med virkning fra regnskapsåret 2016.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet velger BDO AS som revisor for Helse Nord RHF og de helseforetakene Helse Nord RHF eier med virkning fra regnskapsåret 2016.

Sak 7 Oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan

Foretaksmøtet viste til Innst. 206 S (2015–2016), jf. Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, som ble behandlet i Stortinget 17. mars 2016.

Det følger av Stortingets behandling at planens forslag til definisjon av fire ulike typer sykehus er gjeldende. Dette er regionsykehus, stort akuttisykehus, akuttisykehus og sykehus uten akuttfunksjoner. I tillegg skal det legges til grunn følgende presiseringer:

- De fire regionsykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i en helseregion. Dette utelukker ikke at store akuttisykehus og universitetssykehus kan ha regionsfunksjoner.
- Akuttisykehus skal ha akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, planlagt kirurgi, beredskap for kirurgisk vurdering og stabilisering, og håndtering av akutte hendelser. Foretaksmøtet presiserte at det blir lagt til grunn at dette kan skje ved å utnytte ressurser i helseforetaket som helhet.
- Akuttisykehus skal ha traumeberedskap og generelt akuttkirurgisk tilbud når bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Akuttisykehusene vil ettersom lokale forhold tilsier det, ha ulik kompetanse og systemer for vurdering, stabilisering og håndtering av akutte hendelser. Flere av sykehusene vil fortsatt måtte ha fullt akuttkirurgisk tilbud på grunn av lange avstander.
- Eventuell endringer i sykehusstilbudet må ikke svekke det samlede fødetilbudet.

Foretaksmøtet la til grunn at i den videre utvikling av sykehus tilbudet i hele landet, må alle sykehus samarbeide tettere enn i dag. Det skal være team av sykehus akkurat som det skal være team av helsepersonell. Små og store sykehus er gjensidig avhengige av hverandre. Store sykehus må for eksempel overlate oppgaver til mindre sykehus, for å utnytte felles kapasitet og kompetanse.

Foretaksmøtet la i tillegg til grunn følgende føringer fra Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan:

- Alle barne- og ungdomsmedisinske avdelinger knyttet til somatisk sengepost og poliklinikk skal ha tilknyttet psykologkompetanse.
- Store akutt sykehus skal ha geriatrisk kompetanse.

Om akuttmedisinsk beredskap:

Helse- og omsorgstjenesteloven § 6-2 stiller krav til innhold i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner. Et av punktene er at avtalene skal omfatte omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjeden.

I merknad til Akuttmedisinforskriftens § 4 - Samhandling og samarbeid mellom virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester heter det: *"Samarbeidsavtalene må bygge på en samlet gjennomgang av den akuttmedisinske beredskapen i helseforetakenes og kommunenes ansvarsområder. Lokalisering og dimensjonering av legevaktjenesten og ambulansestasjoner må sikre befolkningen et helhetlig og forsvarlig akutttilbud. Samarbeidsavtalene må derfor konkretiseres slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy. Dette innebærer også at det må være dialog mellom helseforetak og kommuner om eventuelle endringer i tilbudet."*

Foretaksmøtet merket seg at Stortinget har presisert at avtalene mellom helseforetak og kommuner om akuttmedisinske tjenester skal være en del av ordningen med tvisteutvalg opprettet i samband med samhandlingsreformen.

Foretaksmøtet viste til at det nå foreligger en første versjon av veileder for helseforetakenes utviklingsplan. Veilederen inneholder anbefalinger om prosess i forhold til ulike interessenter og om risiko-, sårbarhets- og mulighetsanalyse som skal legges til grunn.

Foretaksmøtet la til grunn at alle helseforetak skal utarbeide utviklingsplaner i tråd med utviklingsplanen. Arbeidet skal skje i tett dialog med kommunene og andre aktuelle aktører. Utviklingsplanene for de ulike helseforetak må ses samlet og sikre det totale helsetilbudet i regionen. Som ledd i arbeidet med utviklingsplaner skal helseforetakene utarbeide en kommunikasjonsplan. Som oppfølging av Stortingets vedtak ved behandlingen av Nasjonal helse- og sykehusplan presiserte foretaksmøtet følgende føringer for arbeidet med utviklingsplanene:

- Konklusjonene i scenariene beskrevet i Nasjonal helse- og sykehusplan skal ikke være førende for lokale og regionale utviklingsprosesser.
- Sykehus som i dag har akuttkirurgisk tilbud, skal fortsatt ha dette når hensynet til pasienten gjør det nødvendig og kvalitet og pasientsikkerhet er ivaretatt.
- I forbindelse med helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner skal de regionale helseforetakene gjennomgå basestrukturen for luftambulanser i Norge.
- Det skal startes en prosess med å flytte mer av den elektive kirurgien i foretakene til akutt sykehusene, der det ligger til rette for dette, for derigjennom å styrke den generelle kirurgiske kompetansen ved disse sykehusene.
- Arbeidet med avklaring av akuttfunksjoner skal være gjennomført innen 1. april 2017.

Foretaksmøtet viste til at hensiktsmessig oppgavedeling og krav til helhetlige pasientforløp forutsetter tett samarbeid og faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehus, og at organiseringen bør understøtte dette. Foretaksmøtet viste til at Stortinget ved behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan gjorde følgende anmodningsvedtak: *"Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse bli hovedregelen ved norske*

sykehus." Vedtaket gir helseforetakene en viss fleksibilitet til å utforme ledelsesmodeller tilpasset lokale behov, men foretaksmøtet presiserte at stedlig ledelse skal være hovedregelen jf. Stortingets vedtak. Foretaksmøtet presiserte at kravet om stedlig ledelse ikke er til hinder for bruk av tverrgående klinikker. I en tverrgående klinikkstruktur må klinikklederen påse at det finnes ledere på de ulike geografiske lokasjonene som er gitt fullmakter til å utøve stedlig ledelse. Foretaksmøtet minnet samtidig om at helseforetakene må organisere virksomheten på en måte som sikrer at lovens krav til enhetlig ledelse blir oppfylt. Dette innebærer blant annet at alle ansatte i sykehuset skal vite hvem som er deres nærmeste leder, ref. rundskriv I-2/2013 om Lederansvaret i sykehus. Uavhengig av organisering skal det sikres god kommunikasjon og nærhet til nærmeste leder. Omstillingsprosesser og endring av organisasjonsmodell skal skje i samarbeid og i god dialog med ansatte og deres organisasjoner.

Det ble videre vist til kravet om å legge til rette for samarbeid med kommunale helse- og omsorgstjenester om ledelse og lederutvikling stilt i foretaksmøtet i januar 2016. Dette er et krav som er stilt både med bakgrunn i Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet) og i Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan. Det er nødvendig med helhetstenkning og samhandlingskompetanse både i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten for å lykkes med å skape pasientens helsetjeneste. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene setter av ressurser for å kunne tilrettelegge for slikt samarbeid med kommunesektoren og KS.

Nasjonal helse- og sykehusplan skal for øvrig legges til grunn for videre utviklingsarbeid i helseforetakene. Det kan bli gitt ytterligere føringer i tillegg til oppdragsdokument 2016 og i det samlede oppdraget for 2017.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene legge til grunn Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra departementet, i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten.

Møtet ble hevet kl. 10.25.

Oslo, 4. mai 2016

Bent Høie

Marianne Telle



Veileder for arbeidet med utviklingsplaner

I) Om arbeidet med utviklingsplan

Hva er en utviklingsplan?

En utviklingsplan er en plan for hvordan et helseforetak vil utvikle sin virksomhet for å møte framtidig behov for helsetjenester. Den er en samlet plan som skal sørge for at underliggende planer støtter opp om et overordnet felles formål.

En utviklingsplan skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene i helseforetaket og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte framtidens utfordringer.

Formålet er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og riktige bygg og utstyr.

Om «sørge for»-ansvar og lovmessig forankring

Alle helseforetakene skal ha utviklingsplaner.

Utviklingsplanene må ses som del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar.

De regionale helseforetakene skal i henhold til spesialisthelsetjenestelovens § 2-1a sørge for at personer med bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

De regionale helseforetakenes ansvar innebærer bl.a. en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift.

Helseforetakene er de regionale helseforetakenes viktigste virkemidler for å oppfylle «sørge for»-ansvaret og står for hoveddelen av helsetjenestene.

Utviklingsplanene i helseforetakene må således avspeile de regionale helseforetakenes samlede ansvar for spesialisthelsetjenester i regionen og understøtte «sørge for»-ansvaret.

Arbeidet med utviklingsplanene i helseforetakene må ta utgangspunkt i de regionale helseforetakenes lovpålagte ansvar, nasjonale og regionale føringer og understøtte en tjenesteutvikling i regionene i tråd med framtidig behov for helsetjenester, god kvalitet og effektiv utnyttelse av samlede ressurser.

Utviklingsplanen skal beskrive dagens situasjon, virksomhetens profil sammenlignet med andre helseforetak og hvilke strategiske og overordnede føringer som er gjeldende. Deretter beskrives hvilke trender som åpner for endringer før det gjøres en framskriving.

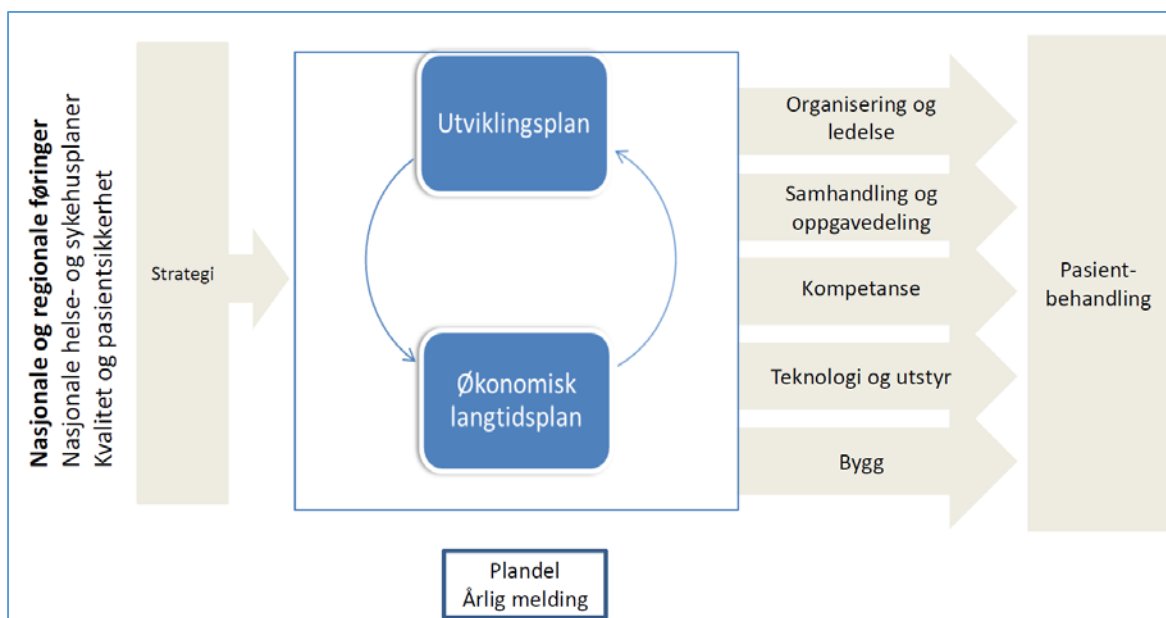
Dette er grunnlaget for å velge utviklingsretning for virksomheten, og for å prioritere nødvendige tiltak.

Samhandling, oppgavedeling og sykehus som virker sammen i nettverk er basis for utviklingsplanene.

Det overordnede målet er å legge til rette for god og framtidsrettet pasientbehandling og god bruk av ressurser.

Utviklingsplanen vil typisk ha en planhorisont på 10-15 år. Økonomisk langtidsplan oppdateres hvert år, og denne prosessen starter alltid med en vurdering av virksomheten som bør baseres på utviklingsplanen.

Langsiktige satsninger som krever investeringer vil innarbeides og prioriteres gjennom økonomisk langtidsplan.



Figur 1. Utviklingsplanen baserer seg på nasjonale og regionale føringer og overordnet strategi. Den virker sammen med økonomisk langtidsplan og skal gi samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene. Målet er god og framtidsrettet pasientbehandling

Prinsipper som legges til grunn i arbeidet med utviklingsplan

Målet for denne veilederen er å beskrive en prosess som er åpen, involverende og forutsigbar.

Om åpenhet

Arbeidet skal foregå i åpenhet.

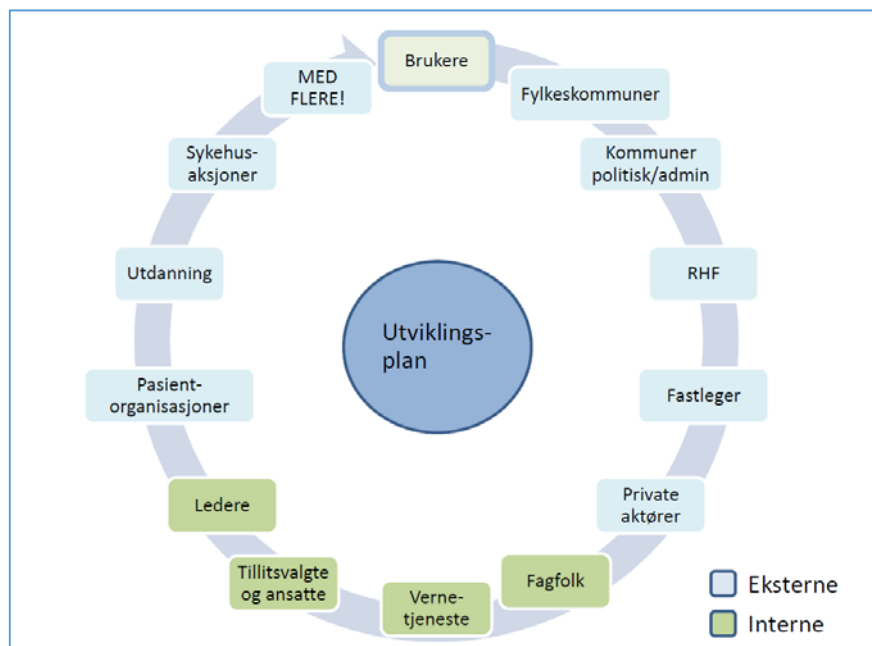
Det skal være mulig å følge prosessen for alle som ønsker innsyn.

Det betyr for eksempel at mandat, prosjektsammensetning, delutredninger, utkast til utviklingsplan, tidslinje og milepæler med mer skal være tilgjengelig for alle.

I praksis forutsetter dette en åpen og oppdatert nettside som er tilgjengelig for alle.

Om interessenter og involvering

Ved arbeidets oppstart skal det gjøres en interessentanalyse som omfatter både interne og eksterne interessenter.



Figur 2. En utviklingsplan vil ha både interne og eksterne interessenter

Som hovedregel skal interessentene selv avgjøre om de vil involveres eller informeres.

Kommunene skal gjennom eksisterende samarbeidsorgan alltid involveres, ikke bare informeres.

Brukermedvirkning og medvirkning fra tillitsvalgte er en selvfølge. Arbeidets omfang tilsier at man bør vurdere å oppnevne to brukerrepresentanter. Involvering betyr for eksempel deltagelse i prosjekt- og/eller styringsgrupper.

Det skal vurderes hvordan hver enkelt gruppe av interessenter informeres. Det kan eksempelvis skje gjennom aktive tiltak som informasjonsbrev eller lignende, eller bare passivt via tilgang til nettside.

Administrerende direktør i helseforetaket vil være (prosjekt)eier for utviklingsplanen.

Om forutsigbarhet

Alle interessenter skal kunne forstå hva som skjer, når det skjer og hvor beslutningspunktene er.

II) Vesentlige endringer krever risiko- og mulighetsanalyse

Framtidens kapasitetsutfordringer må i større grad løses ved at pasientene behandles utenfor sykehus. Det betyr forebygging, nye pasientforløp, innovasjon, bruk av ny teknologi og ikke minst samarbeid i og om helse på tvers av nivåer.

Den største risikoen kan være at en ikke gjør endringer. Det betyr at analyse av både risiko og muligheter vil være viktige.

Det er et overordnet mål å flytte oppgaver slik at de løses nærmest mulig pasienten, på første tilstrekkelige kompetansenivå (LEON/BEON-prinsippet, ikke løfte oppgaver til høyere grad av spesialisert kompetanse enn nødvendig) og slik at ressursene samlet sett utnyttes best.

Rett og tilstrekkelig kompetanse på rett sted vil være en av morgendagens største utfordringer innen helse. Det krever spesiell oppmerksomhet på kompetanseoverføring mellom nivåer og profesjoner.

Endringer i samhandling og oppgavedeling krever involvering fra alle berørte parter. Oppgaver kan ikke overføres uten at dette skjer i forståelse mellom avgivende og mottagende part.

Risiko- og mulighetsanalyser

Det skal gjøres risiko- og mulighetsanalyser av alle vesentlige endringer i oppgaver.

Vesentlig kan bety at endringene har betydning for flere enn de som er direkte involverte.

Endringer i akuttfunksjoner vil for eksempel alltid være vesentlige.

Risikoanalysen må som minimum inneholde en beskrivelse av hva som kan gå galt, sannsynligheten for at det inntreffer og hvilke konsekvenser det kan medføre.

Analysen må involvere de som omfattes av tiltaket, for eksempel kan ikke risikoanalysen av endring i akuttfunksjoner gjøres internt i foretaket uten at kommunene med flere er involvert.

Mulighetsanalysen skal som minimum beskrive muligheter som oppstår og hvordan disse kan brukes.

Spesielt om endring i akuttfunksjoner

Alle vesentlige endringer i oppgaver krever risiko- og mulighetsanalyser enten det gjelder planlagt virksomhet eller akuttfunksjoner. Ivaretagelsen av pasienter som trenger øyeblikkelig hjelp, som følge av for eksempel hjerneslag, hjerteinfarkt, akuttpsykiatri, ulykker med flere har betydning for hele helseforetakets utvikling, og utviklingsplanene må gjennomgås når endringer planlegges.

Nasjonal helse- og sykehusplan forutsetter at sykehus skal samarbeide i nettverk, også om hvordan man best løser øyeblikkelig hjelp-tilbudet.

Dette samarbeidet må involvere berørte kommuner, og hele akuttberedskapen må ses og planlegges i helhet. Det betyr at fastleger, legevakt, distriktpsikiatriske og lokalmedisinske sentre, prehospitalet kapasitet, utstyr og kompetanse må ses som en helhet og planlegges sammen med sykehusenes akuttfunksjoner.

Helseforetaket skal beskrive sykehusene utfra de definisjoner av sykehustyper som er gitt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Risiko- og mulighetsanalysen må beskrive både dagens situasjon og de ulike alternative løsninger knyttet til akutfunksjoner, og må dekke pasientenes, fastlegenes, kommunenes og helseforetakets perspektiv.

III) Om planprosessen og kvalitetssikring

Arbeidet med utviklingsplan starter med en forberedende fase der man har en formalisert dialog med det regionale helseforetaket knyttet til premisser og føringer. Disse gis gjennom en regional utviklingsplan eller andre styrende dokumenter.

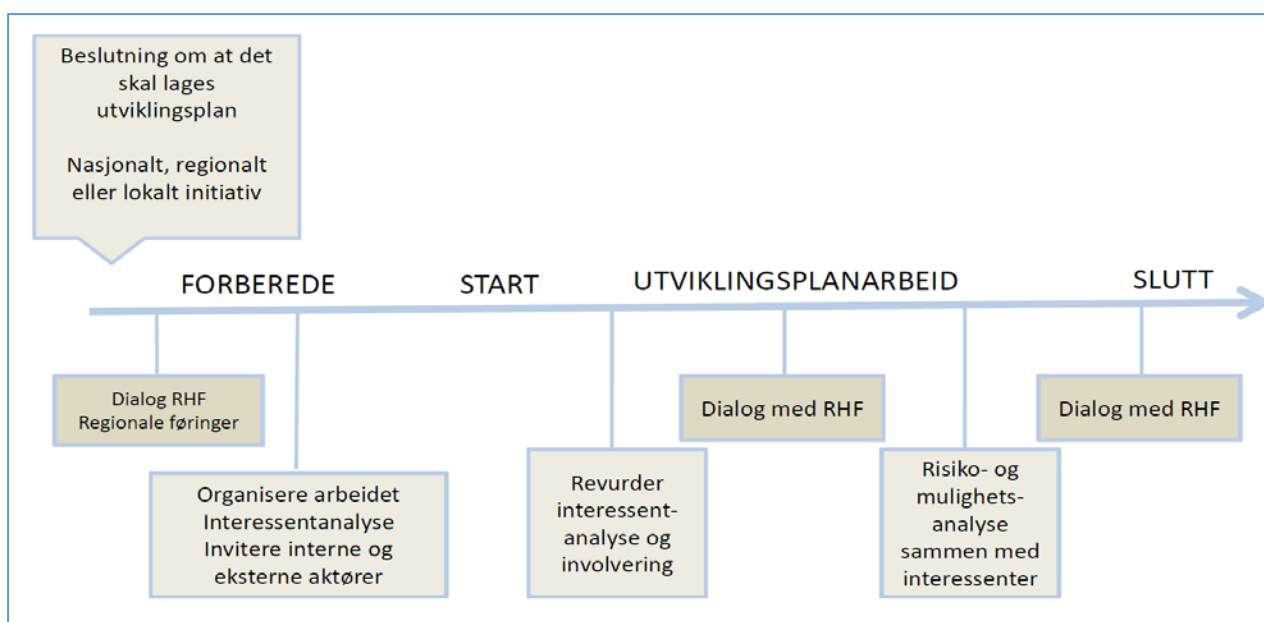
En interessentanalyse skal gjøres før arbeidet starter, og revurderes etter at arbeidet har startet slik at man sikrer at alle interessenter er involvert på riktig måte.

Det skal være ny formalisert dialog med det regionale helseforetaket underveis, for eksempel når første utkast foreligger eller når særskilte forhold tilsier det.

Risiko- og mulighetsanalyse gjøres sammen med dem som endringene involverer.

Det skal videre være ny formalisert dialog med det regionale helseforetaket før endelig behandling i helseforetaket.

Utviklingsplanen vedtas av helseforetakets styre og godkjennes av det regionale helseforetaket.



Figur 3. Arbeidet med utviklingsplan.

Kvalitetssikring av utviklingsplaner

Hensikten med kvalitetssikring er å sikre at prosessen som beskrives i veilederen er fulgt og at det er sikret tilstrekkelig åpenhet og involvering, samt gjort tilstrekkelige risiko- og mulighetsanalyser. For gjennomføring av kvalitetssikringen foreslås det å etablere en gruppe bestående av regionenes planansvarlige. Ved behov kan ekstern kvalitetssikring benyttes.

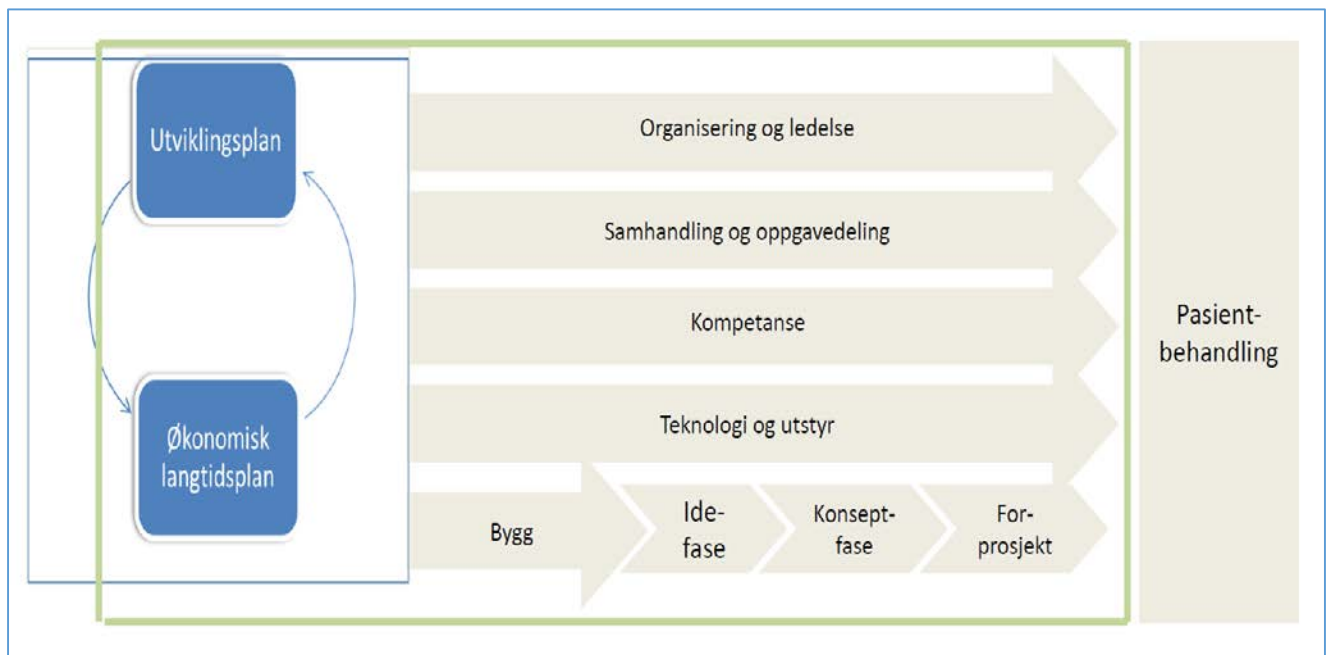
Videre bruk av utviklingsplanen

Etter gjennomførte risiko- og mulighetsanalyser og ferdigstilling av utviklingsplanen, må helseforetaket vurdere behov for oppretting/justering av mer detaljerte planer innen følgende områder:

- Organisasjon og ledelse
- Samhandling og oppgavedeling
- Kompetanse
- Teknologi og utstyr
- Bygg

Planlegging av sykehusbygg følger veileder for tidligfaseplanlegging som før (denne er under revisjon).

Utviklingsplanen vil danne grunnlag for årlige vurderinger i langtidsbudsjett.



Figur 4. Sammenhengen mellom utviklingsplan og tidligfaseplanlegging for sykehusbygg

IV)Veiledende format for utviklingsplan

Helseforetakenes utviklingsplaner bør gradvis gis en likere form og en harmonisert planhorisont. Under vises et veiledende format for utviklingsplaner. Det presiseres at formatet er anbefalt og ikke obligatorisk.

Veiledende innholdsfortegnelse for utviklingsplaner

Sammendrag

1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)

- 1.1 Historikk for helseforetaket.....
- 1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det)

2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)

- 2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet
- 2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring.....
- 2.3 Oppgavedeling og samhandling.....
- 2.5 Organisering og ledelse.....
- 2.4 Bemanning og kompetanse
- 2.7 Forskning og innovasjon
- 2.8 Økonomi
- 2.9 Teknologi og utstyr
- 2.10 Dagens bygg – tilstand og muligheter.....

3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)

4. Utviklingstrekk og framskriving (Hvordan vil trender påvirke oss?)

- 4.1 Demografi og sykdomsutvikling
- 4.2 Endringsfaktorer.....
- 4.3 Kapasitetsberegning.....

5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)

- 5.1 Alternative veivalg for helseforetaket
- 5.2 Risiko- og mulighetsanalyser
- 5.3 Kriterier for valg mellom alternativene
- 5.4 Valgt hovedløsning

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)

- 6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet
- 6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring.....
- 6.3 Oppgavedeling og samhandling.....
- 6.4 Bemanning og kompetanse
- 6.5 Forskning og innovasjon
- 6.6 Økonomi
- 6.7 Teknologi og utstyr
- 6.8 Bygg

Stikkord til de ulike kapitlene i anbefalt format for utviklingsplan

Denne innholdsfortegnelsen og stikkordene er veiledende, ikke obligatoriske eller nødvendigvis komplette. De er ment å gi navigasjonshjelp i det praktiske arbeidet med utviklingsplanen

Sammendrag

Sammendraget skal være kort (maks to sider), skal kunne leses for seg selv, med hovedtyngde på kapitlene 5 og 6.

1. Bakgrunn og historikk (Hvordan kom vi hit?)

1.1 Historikk for helseforetaket

- Kort om tidligere vesentlige endringer (flytting, nedlegging, funksjonsendringer)
- Ved revisjon: hva har skjedd siden siste versjon av utviklingsplan
- Hva er utløsende årsak til ny plan (oppdrag fra RHF, planlagt revisjon eller lignende)

1.2 Gjennomføring av prosjektet (Slik har vi gjort det)

1.2.1 Mandat og organisering

- Mandat (føringer)
- Slik ble utviklingsplanarbeidet organisert

1.2.2 Interessenter

- Hvilke interessenter har vært involvert og hvordan

1.2.3 Medvirkning og aktiviteter

- Hvordan har man ivaretatt en åpen og gjennomiktig prosess der alle som ønsker det har hatt mulighet for å komme til orde/gi innspill?
- Hvilke aktiviteter og delprosjekter gjennomføres for å involvere/informere

2. Nåsituasjon (Hvem er vi i dag?)

- *Her beskrives nå-situasjonen for helseforetaket, og det gjøres en enkel (ikke omfattende) vurdering og sammenligning med andre helseforetak. Skal bygge på regionale analyser/standardiserte metoder.*

2.1 Pasientens helsetjeneste – brukertilfredshet

- Pasientforløp
- Brukertilfredshet

2.2 Pasientbehandling – faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer – faglig prioritering
- Helseatlas og forbruksrater
- Kvalitet og pasientsikkerhet
- Pasientopplæring

2.3 Oppgavedeling og samhandling

- Innen eget helseforetak
- Med andre helseforetak
- Med kommuner og fastleger (hvordan er samhandling/samarbeid organisert, hva har man fått til og hva er utfordringene i dag)
- Med private (samarbeid med private, både kommersielle og ideelle)
- Bruk av og samarbeid med avtalespesialister

2.4 Organisering og ledelse

- Dagens organisering
- Ledelse (struktur)
- Hva viser medarbeiderundersøkelsene om ledelse og arbeidsmiljø

2.5 Bemanning og kompetanse

- Analyse baseres på RHF-enes nasjonale bemanningsmodell
- Utdanning – og kompetanseplaner, samarbeid med utdanningsinstitusjoner

2.6 Forskning og innovasjon

- Strategier og planer innen forskning og innovasjon (kun beskrivelse av type og omfang av aktiviteter, forskningsmessige prioriteringer/profil, satsning på innovasjon)

2.7 Økonomi

- Dagens økonomiske situasjon (foretaket økonomiske bærekraft og handlingsrom)

2.8 Teknologi og utstyr

- Status for standardisering og utvikling (grad av plattformlikhet, grad av felles applikasjoner, telemedisin, etc.) innen IKT
- Pågående arbeid som vil åpne for nye arbeidsformer (internt eller eksternt)
- Gjennomsnittsalder medisinsk teknisk utstyr, fornyingsplaner, større satsninger
- Spesielle utfordringer/muligheter

2.9 Dagens bygg – tilstand og muligheter

2.9.1 Areal

- Areal og kapasitet i forhold til kjernevirksomhet

2.9.2 Tilstandsvurdering

- Teknisk tilstand
- Egnethet (egnethet for dagens virksomhet)
- Tilpasningsdyktighet (fleksibilitet, generalitet og elastisitet)

2.9.3 Tomt og eiendomsforhold

3. Overordnede strategier og føringer (Hva må vi ta hensyn til?)

Det regionale helseforetaket vil gi forutsetninger for arbeidet og dette vil inkludere nasjonale helse- og sykehusplaner, krav fra foretaksmøtene og regionale prioriteringer og føringer. Det samme gjelder faglig utviklingsretning og regionale kapasitetsberegninger. Her kan det også legges forutsetninger for pasientstrømmer, opptaksområder, kvantifisering av endringsfaktorer (effektivisering, forventet endring i oppgaveoverføring mm), og oppdrag til enkelte foretak (for eksempel om endring i akutfunksjoner eller andre former for oppgavedeling). Disse føringene vil foreligge før foretakene starter sitt arbeid.

4. Utviklingstrekk og framskriving (Hvordan vil trender påvirke oss?)

Hvilke faktorer vil påvirke framtidig aktivitet i spesialisthelsetjenesten?

4.1 Demografi og sykdomsutvikling

- Befolkningsutvikling (SSB-prognoser)
- Sykdomsutvikling

4.2 Endringsfaktorer

- Effekt av primær og sekundær forebygging, effekt av nye behandlingsmetoder, nye legemidler, ny teknologi i behandling, nye screeningprogram mm
- Endring i oppgavedeling (internt i helseforetak, mellom helseforetak, mellom offentlige og private sykehus/avtalespesialister og mellom helseforetak og kommunehelsetjeneste)
- Endring i organisering av tjenestetilbudet (f.eks. fra døgnopphold til dagopphold og polikliniske konsultasjoner, bruk av observasjonsenheter, pasienthotell, etc.)
- Generell effektivisering, reduksjon i interne ventetider
- Befolkningens etterspørsel og atferd
- Organisering og nye arbeidsformer
- Ny teknologi
- Andre

4.3 Kapasitetsberegning

- Framskrivning skal bygge på regionale analyser/standardiserte metoder

5. Analyse og veivalg (Hvilke muligheter har vi, hvordan velger vi og hva velger vi?)

Kapitel 5 og 6 må sees i sammenheng. Punktene kan grupperes ulikt, og omtales i ulike rekkefølger.

5.1 Alternative veivalg for helseforetaket

- Her beskrives de ulike alternativene vedrørende sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

5.2 Risiko- og mulighetsanalyser

- De alternative veivalgene må vurderes for både risiko og mulighet før man velger

5.2.1 Spesielle vurderinger ved endring i øyeblikkelig hjelp-tilbud

- Organisering og samarbeid med andre foretak og primærhelsetjenesten
- Aktivitet i aktuelt sykehus inkludert fødetilbud og skadepoliklinikk
- Bemanning og kompetanse
- Prehospitale tjenester (organisering, kapasitet, utstyrspark og kompetanse, endringer i transportforutsetninger (nye veier, tunneler, flyplasser), framkommelighet og regularitet (vei, sjø og luft))

5.3 Kriterier for valg mellom alternativene

- Her beskrives hvilke kriterier helseforetaket har valgt å vektlegge (her er det mulig å definere felles evalueringskriterier som skal gjelde virksomhetsalternativene)

5.4 Valgt hovedløsning

- Sykehusstruktur og overordnet oppgavedeling

6. Målbilde, tiltak og organisering for pasientens helsetjeneste (Hvordan vil vi ha det og hva må vi gjøre?)

Her beskrives målbildet med tilhørende tiltak, gjerne beskrevet som skisser til prosjektprogrammer eller prosjekter. Tiltak innen alle innsatsområdene skal peke mot formålet som er pasientens helsetjeneste og god pasientbehandling. Målbildet og tiltakene bør ha en kort og en mellomlang tidshorisont (f.eks. 4 og 10-15 år).

Organiseringen av både løpende driftsaktiviteter og tiltak beskrives.

6.1 Pasientens helsetjeneste - brukertilfredshet

- Mål og tiltak for bedre pasientforløp
- Mål og tiltak for brukertilfredshet

6.2 Pasientbehandling - faglig prioritering, pasientsikkerhet, kvalitet og pasientopplæring

- Mål og tiltak for bedre pasientsikkerhet, kvalitet og brukeropplæring
- Faglige prioriteringer
- Framtidens aktivitet, kapasitet og pasientstrømmer

6.3 Oppgavedeling og samhandling

- Overordnet målbilde for oppgavedeling er beskrevet i 5.4. Her beskrives eventuelle tiltak for å nå målbildet og hvordan disse tiltakene skal organiseres.
- Her beskrives målbildet for samhandling mellom ulike enheter, eventuelle tiltak for å nå målbildet og hvordan disse tiltakene skal organiseres.

6.4 Bemanning og kompetanse

- Hvordan påvirker framtidig aktivitet behovet for bemanning og kompetanse?
- Hvordan påvirker det behov for kompetanseoverføring og samhandling mellom sykehus i et helseforetak og mellom sykehus og kommunehelsetjeneste?

6.5 Forskning og innovasjon

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

6.6 Økonomi

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

6.7 Teknologi og utstyr

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.

6.8 Bygg

- Målbilde, eventuelle tiltak og organisering av driftsaktiviteter og tiltak.