

Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken

Strategisk utviklingsplan

2015 - 2025

Versjon 1.0



Innholdsfortegnelse

FORORD	3
1 KORT OM KLINIKKEN	4
2 UTFORDRINGER OG DRIVERE FOR ENDRING	6
2.1 OVERORDNEDE FØRINGER	6
2.2 DIMENSJONERENDE FORUTSETNINGER	6
2.3 UTVIKLING I BEFOLKNING OG HELSETILSTAND	7
2.4 PASIENTROLLEN	7
2.5 TEKNOLOGISK UTVIKLING	8
2.6 SYKEHUSNIVÅ OG FUNKSJONSFORDELING	8
2.7 REKRUTTERING OG UTDANNING AV HELSEPERSONELL	8
3 STRATEGISKE HOVEDRETNINGER	9
3.1 PASIENTFORLØP	9
3.2 PASIENT- OG BRUKERMEDVIRKNING	10
3.3 SAMHANDLING OG FUNKSJONSFORDELING	11
3.4 KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	12
3.5 UTDANNING OG REKRUTTERING	13
3.6 FORSKNING	13
3.7 TEKNOLOGI OG E-HELSE	14
4 PRIORITERTE UTVIKLINGSOMRÅDER	15
4.1 AVANSERT DIAGNOSTIKK, KIRURGI, INTERVENSJON OG KREFTBEHANDLING	15
4.2 PSYKISK HELSEVERN OG RUSBEHANDLING	15
4.3 PREHOSPITALE TJENESTER OG MOTTAKSMEDISIN	15
4.4 KRONISKE OG SAMMENSATTE LIDELSER	16

Forord

NOR-klinikkens strategiske utviklingsplan for 2016 – 2025 beskriver noen av de utviklingstrender og behov som vi ser vil komme de nærmeste årene. Utviklingen skjer både som resultat av teknologiske og medisinske nyvinninger, og som følge av politiske vedtak. Våre muligheter for å legge gode planer kan være begrensede, men vil bli betinget av at fagmiljøene følger med i den medisinske utviklingen og har et ønske om å utvikle seg og legge nye planer.

NOR-klinikken er stor og har mange og forskjelligartede fagområder. En god strategisk utviklingsplan er derfor krevende å lage. Involvering av fagmiljøene har vært nødvendig for at den skal ha noen gyldighet. Klinikken har derfor arbeidet systematisk for å få med relevante innspill fra avdelinger og seksjoner i planen. Det har vært hensikten at denne strategiplanen også på en nyttig måte skal passe inn i UNNs langtidspaner.

For å få en fullstendig oversikt over spesifikke tiltak og planer i klinikkens virksomhet, er det nødvendig å lese strategiplanen i sammenheng med det som er beskrevet i avdelingenes og klinikkens dialogavtaler. Her vil disse også bli fortløpende oppdatert.

Det har vært arbeidet i grupper innenfor hvert fagfelt med å fylle planen med et realistisk innhold, både i forbindelse med UNNs ledersamling i mars (2015), og senere innenfor hver enkelt avdeling og fagområde. Det har vært en komplisert prosess å skrive det hele sammen. Takk til tidligere ass. klinikkssjef Kari Holthe som særlig har hatt oppgaven med sammenskrivning og redigering, og til direktørens stab for god veiledning i arbeidet.

Målet er at denne langtids strategiplan skal hjelpe klinikken til å utvikle og utføre sine oppgaver i pasientenes helsetjeneste i årene som kommer, - både faglig og økonomisk, ift utstyr og arealdisponering, nødvendig operativ kapasitet, forskning og undervisning, utvikling av godt arbeidsmiljø og rekruttering av personell. Vi vil tilby den beste behandling til pasientene!

UNN 12.04.16

Bjørn-Yngvar Nordvåg
Klinikkssjef

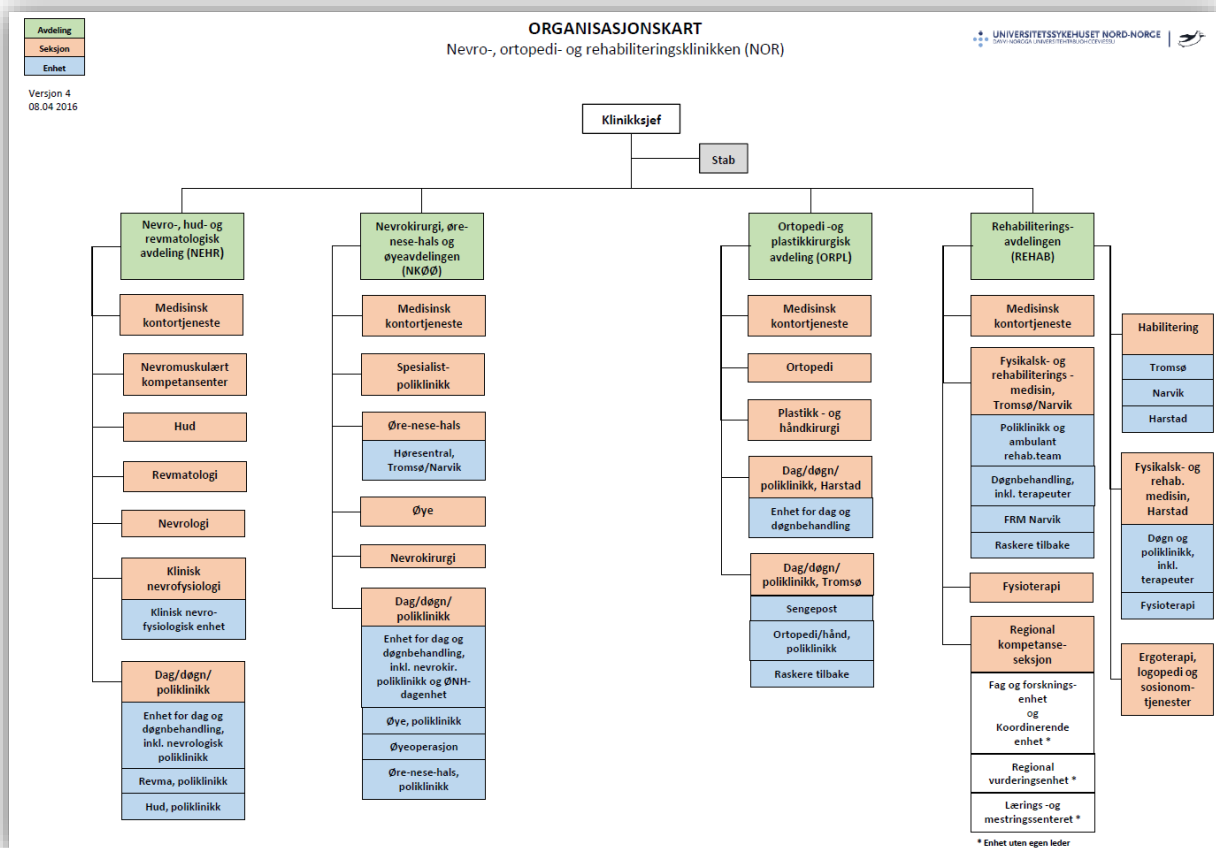
1 Kort om klinikken

NOR-klinikkens virksomhet omfatter ti ulike medisinske og kirurgiske fagområder. Den har om lag 750 ansatte (regnet etter månedsverk) og hadde i 2015 et årsbudsjett for drift på 627 mill NOK. Av dette var 360 mill basert på inntekter fra innsatsstyrt finansiering. Oppgavene omfatter både lokale, regionale og nasjonale helsetjenester innen hudsykdommer, nevrokirurgi (eneste senter i Helse Nord RHF), nevrologi, klinisk nevrofysiologi, ortopedi inkludert håndkirurgi, revmatologi, øyesykdommer, øre-nese og hals sykdommer, rehabilitering og habilitering. Mange viktige pasientforløp går gjennom klinikken. Disse omfatter både akutte og kroniske sykdommer, rehabilitering og overføring av pasienter til kommunene. Hjerneslagsforløpet er et viktig eksempel.

Klinikken har spesialisert nasjonal kompetansetjeneste innen nevromuskulære sykdommer.

NOR-klinikken er organisert i fire avdelinger: Nevro-, hud- og revmatologisk avdeling (NEHR), Nevrokirurgi, øye- og øre-nese-halsavdelingen (NKØØ), Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling (ORPL)¹, og Rehabiliteringsavdelingen (Rehabilitering, Habilitering, inkl ergo- og fysioterapeuter, sosionomer, logoped, nevropsykologer og lærings- og mestringssenter). Organisering av avdelingene fremgår av figuren nedenfor.

Overordnet klinikkstruktur: (se fotnote 1)



¹ Ortopedi- og plastikkirurgisk avdeling (ORPL) er under organisatorisk endring der plastikkirurgisk avdeling etter planen skal flyttes til Kirurgi-, kreft- og kvinnehelseklinikken (K3K) fra sept 2016.

Klinikken har nær halvparten av all poliklinisk virksomhet ved sykehuset. Totalt sengetall i avdelingene er 122, fordelt på Harstad og Tromsø. Av dette er det 27 senger til Rehabilitering.

Virksomheten drives både i Tromsø, Harstad og Narvik. I Harstad omfatter den ortopedi og rehabilitering/habilitering, og en spesialistpoliklinikk for hudsykdommer, nevrologi, revmatologi, øyesykdommer og øre-nese- og halssykdommer, inkludert høresentral. I Narvik er tilbudet vesentlig sentrert rundt ortopedisk kirurgi (poliklinikk og dagkirurgi, samt øyeblikkelig hjelp), øre-nese- og halssykdommer (poliklinikk, dagkirurgi og høresentral), rehabilitering og habilitering. I tillegg tilbyr klinikken ambulerende tjenester til Helse Finnmark, spesielt innen nevrologi og revmatologi. I Troms er det ambulerende tjenester innen dermatologi til Finnsnes, Nordreisa og Bardu og i nevrologi til Finnsnes (starter 2016). Rehabilitering og habilitering drives i nært samarbeid med kommunehelsetjenesten, både i form av ambulant virksomhet og direkte veiledning.

Hovedtall for aktivitetsnivå siste år.

Aktivitetsnivået fremgår av tabellen under. Siden de tidligere NO- og Rehabiliteringsklinikken ikke var slått sammen i administrative systemer i 2015, vises tallene for aktivitet dette året i hver sin kolonne. Plantall for 2016 er samlet aktivitet.

	Resultat 2015 NO	Resultat 2015 Rehab	Plan 2016 NOR
Totalt Heldøgn (avdelingsopphold)	7 352	346	9 583
Totalt avdelingsopphold dag	59	0	54
Totalt avdelingsopphold dagkirurgiske	5 109	0	4 429
Totalt Polikliniske konsultasjoner	115 056	15 617	133 196
.....herav ISF finansiert polikliniske konsultasjoner	98 074	3 062	106 101
Kontrollandel Poliklinikk	34 %	4 %	23 %
DRG-poeng Hele klinikken	16 510	66	23 063
Totalt Liggedøgn (Postopphold)	32 913	6 772	26 284
Gjennomsnittlig liggetid	3,9	22	9,1
Beleggsprosent pr sengepost	73 %	89	82

Den demografiske utvikling i befolkningen de neste ti år tilsier at klinikken må tilpasse seg med stadig bedre pasientforløp og effektivisering, samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet blir fundamentet i utviklingen. Personell med riktig kompetanse må rekrutteres. Samtidig må regionsykehusfunksjonen styrkes og i større grad synliggjøres ift lokalsykehusoppgaver i de nødvendige prioriteringer. De ansatte er sykehusets viktigste ressurs. Fokus på kvalitet, forskning og spesialistutdanning skal gjøre oss kunnskapsrike og attraktive. Målet er godt arbeidsmiljø, lavere sykefravær, optimale pasientforløp, økt rekruttering og stabilisering av personell.

Klinikkens visjon og verdigrunnlag

Visjonen: Som UNN for øvrig: Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling.

Kjerneverdier er: Kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

2 utfordringer og drivere for endring

2.1 Overordnede føringer

NOR-klinikken ivaretar en viktig del av UNNs spesialisthelsetjenester innen mange fagområder. Dette gjelder både regionale og lokale funksjoner, fordelt på tre lokalisasjoner. Oppdraget bygger på nasjonale og regionale føringer formidlet bl.a. i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til UNN HF.

Følgende satsinger og føringer vil de kommende år ha særlig betydning for virksomheten:

- UNNs vedtekter og overordnede strategiplan, inkludert visjon og verdigrunnlag
- Nasjonale retningslinjer for klinisk virksomhet
- Regionale fagplaner i Helse Nord innenfor klinikkens virksomhetsområde
- Ny spesialitetsstruktur for leger
- Nye krav til organisering av akuttmottak
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepolitiske føringer knyttet til *pasientens helsetjeneste*, herunder krav om redusert ventetid, pasientsikkerhet, kvalitet og brukerorientering
- Reformen for fritt behandlingsvalg og større konkurranse med private tilbydere
- Nasjonal kreftstrategi (2013-17) og Helse Nord's regionale kreftplan (2014-21)
- Ny nasjonal helse- og sykehusplan
- Nasjonal og regional utvikling av IKT og kommunikasjon
- Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016-2020
- Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi i HelseOmsorg2¹²
- Strategisk plan for Pasient og pårørende opplæring i Helse Nord
- Samhandlingsreformen

Virksomhetens rammer påvirkes av de årlige budsjett til klinikken og den medisinske utvikling. Disse forhold vil være vesentlige drivere for stadige endringsbehov og justeringer av klinikkens strategier, prosesser, og pasientforløp. Tekniske og medisinske nyvinninger gjør det mulig å tilby forbedret behandling til pasientene. Behovet for- og nytte av å kunne dokumentere behandlingsresultatene, bla gjennom medisinske kvalitetsregistre, vil øke. Å holde virksomheten innenfor de økonomiske rammer vil over tid bidra til å gi klinikken handlingsrom til nødvendige oppgraderinger og utvikling, både av utstyr og faglige tilbud.

2.2 Dimensjonerende forutsetninger

Klinikkens fremtidige virksomhet vil bli påvirket av følgende forhold:

- Økonomi: Vekst ut over kompensasjon for pris- og lønnsvekst kan ikke påregnes. F.o.m 2015 er budsjettet lagt opp etter ISF-inntekt foregående år. Endringer i aktivitetsnivå vil derfor påvirke de økonomiske forutsetninger for driften. Korrekt medisinsk koding vil være en forutsetning for å få en riktig finansiering av virksomheten. Økonomiske rammeforutsetninger gjør det nødvendig å forbedre resultat kvalitet samtidig som ressursbruken per behandlet pasient går ned. Dette betyr bl.a. fokus på aktivitetsbasert planlegging (ABP), og mindre bruk av passiv arbeidstid.
- Personell: Tilgang på kompetent helsepersonell kan bli en økende utfordring i takt med endringer i befolkningsutviklingen. Det blir mest sannsynlig færre som tar helsefaglig utdanning, samtidig som andelen eldre øker i befolkningen. Krav til stadig mer spesialisert kompetanse vil tvinge seg frem i takt med endringer i behandlingstilbudet. Måltrettede rekrutteringsprosjekter vil bli stadig viktigere for å tiltrekke seg den riktige fagkompetanse.
- Fokus på spesialisthelsetjenesteoppgaver. Klinikken skal dreie virksomheten mot spesialiserte tjenester som krever særskilt kompetanse. Regionsfunksjoner vil få en mer sentral plass i virksomheten. Lokalsykehusfunksjoner vil også bli ivarettatt, men i større grad bli utført i samarbeid med avtalespesialister og kommunene, i tråd med gjeldende samarbeidsavtaler. Spesialisert rehabilitering vil også bli utført i samarbeid med private virksomheter og kommuner.
- Endringsbehov. Gjentatte omstillingsprosesser vil være nødvendige over tid for å tilpasse virksomheten nye krav gjennom oppdragsdokumenter og nye behandlingsformer. Dette innebærer også å fase ut

² Helse – og omsorgsdepartementet: HelseOmsorg21 – et kunnskapssystem for bedre folkehelse (juni 2014)

tidligere aktivitet der dette ikke lenger er relevant. Endringene innebærer tilpassing til nytt utstyr og forbedringer av pasientforløp.

- Best klinisk praksis. Prioritering av pasienter til helsehjelp krever fokus på nytteverdi. Kvalitetsregistre skal i økende grad benyttes for å optimalisere nytte av behandling og justering ift retningslinjer for beste kliniske praksis. Oppstart av nye behandlingsmetoder kan kreve avgjørelse i beslutningsforum (RHF). Våre behandlingstilbud skal gi best mulig effekt på pasientenes funksjonsevne, livskvalitet og livslengde. Eksempler på behandling som trolig har liten nytteverdi ifølge nyere studier, er meniskoperasjoner hos middelaldrene og eldre pasienter³, samt visse former for skulderkirurgi.
- Bruk av sengekapasitet. Virksomheten må dreies i enda større grad mot dagbehandling, dagkirurgi og poliklinisk virksomhet, i tråd med endringer i ISF-ordningen. Benyttelse av pasienthotell blir viktig for å få effektive pasientforløp og forbedret kapasitet til oppgaver som må utføres på dagtid. Sengekapasiteten i avdelingene skal forbeholdes pasienter med særskilte behov for behandling, overvåkning og operativ virksomhet.
- Arealer: Klinikken har vekslende utfordringer knyttet til riktig tilgang til arealer for kontorer, møter og klinisk virksomhet. Klinikken skal utnyttes best mulig for å gi optimale forhold til virksomhetens aktiviteter og mulighetene for god faglig utvikling.
- Operasjonskapasitet: NOR-klinikken har stor operativ aktivitet. Virksomheten har behov for økt tilgang på operasjonsstuer (innsluset og dagkirurgi) for å kunne løse sine oppgaver. Spesielt er dette merkbart for ryggkirurgi og protesekirurgi. Effektiv utnyttelse av operasjonsstuer ved alle lokalisasjoner er nødvendig for å gjennomføre oppgaven i henhold til det som er definert i plantallene for den operativ virksomhet. Spesielt er kapasitetsutfordringene merkbare i perioden frem til ny A-fløy står ferdig i 2018. En forventet økning innen nevrokirurgisk behandling av intrakranielle tumorer medfører mer omfattende kirurgi med lengre og flere operasjoner. Det er beregnet at behovet for anestesi og operasjonsressurser vil øke med 10-20 % over en 10 års periode.⁴ Likeledes er det forventet at behovet for protesekirurgi og ryggkirurgi vil øke gradvis i takt med den økende andel eldre i befolkningen. Å dekke det kirurgiske behovet i befolkningen krever forbedring av vår strategiske operasjonsplanlegging. En viktig strategisk satsing er å utvikle en metode for å fremskrive behovet, og å etablere prosesser for prioritering i bruk av begrensede operasjonsressurser i tråd med befolkningens behov.

2.3 Utvikling i befolkning og helsetilstand

Alderssammensetningen i befolkningen endres de neste 10 årene som en følge av flere eldre. Geografisk bosetting blir stadig mer sentralisert. Pasientforløpene vil pga økende antall eldre bli mer kompliserte på grunn av stadig mer komplekse og sammensatte sykdomsbilder.

For NOR-klinikken betyr utviklingen at det blir flere pasienter med muskel- og skjelettsykdommer, mer protesekirurgi, flere med lårhalsbrudd og flere med øye- og hørselsproblemer, men også bedre overlevelse ved alvorlig sykdom som kreft. Andel pasienter med nevrologiske lidelser/skader og andre langvarige/sammensatte sykdommer med behov for tverrfaglig behandlingstilnærming vil øke. Flere vil ha behov for spesialisert rehabilitering. Kronikere vil leve lengre med sin sykdom.

Vi forventer at flere sykdommer vil bli oppdaget tidligere enn i dag og at flere for tidlig fødte og hardt skadde pasienter overlever. Bedre akutt behandling gir større muligheter for tidligere innsats ved ny oppstått sykdom og skade.

Utvikling av avansert diagnostikk og behandling knyttet til kreftsykdommer, autoimmune - og kroniske inflammatoriske sykdommer og kirurgi vil ha stort fokus og kommer til å flytte indikasjonsgrensene for behandling. Dette skaper utfordringer ift ressurstilgang, både for personell, utstyr og kostbare legemidler. Flere av våre pasientgrupper vil være født i andre land og ha behov for kompetanse rundt kulturforståelse, språk og tolketjenester. Utviklingen vil være ekstra utfordrende for pasientgrupper med kognitiv svekkelse.

2.4 Pasientrollen

Pasientene vil få økt tilgang på medisinsk informasjon. Utdanningsnivået øker, og forventningene til helsetjenesten øker i takt med den teknologiske utvikling. Dette åpner samtidig for aktiv deltakelse ved valg og gjennomføring av behandling. Pasientenes rettigheter blir styrket gjennom lovreguleringer. Rådgiving,

³ Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms, Thorlund JB, Juhl CB, RoosEM, Lohmander LS. *BMJ* 2015;350:h2747

⁴ Jakola AS, Myrmet KS, Kloster R, Torp SH, Lindal S, Unsgård G, Solheim O: Comparison of a Strategy Favoring Early Surgical Resection vs a Strategy Favoring Watchful Waiting in Low-Grade Gliomas. *JAMA*. 2012 Nov 14;308(18):1881-8.

opplæring og informasjonsarbeid vil få større fokus i alle kliniske fag. Preoperativ informasjon og opplæring blir stadig viktigere, særlig relatert til diagnosespesifikke pasientforløp, som protesekirurgi. Rollen til helsearbeidere blir oftere en rådgiverfunksjon. Pasientens rett og mulighet til å påvirke behandlingsvalget blir mer og mer naturlig. På den måte blir pasientene også pådrivere for den teknologiske utvikling av helsetjenesten. Brukermedvirkning er også en viktig pådriver for utvikling av kvalitet og sikkerhet i helsetjenestene, ettersom pasientene stadig mer blir brukt som rådgivere og representanter i sentrale utviklingsprosjekter i klinikken.

2.5 Teknologisk utvikling

Forbedret teknologi og økt innsikt i viktige sykdomsmekanismer vil gi bedre muligheter både for utredning, diagnostikk og behandling. Den vil føre til at kirurgisk virksomhet blir enda mer spesialisert. Samtidig vil utviklingen både effektivisere arbeidet og forbedre behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Vi vil få se en utvikling hvor kirurgi og bildeveiledet intervensjon smelter mer og mer sammen. Dette er særlig tydelig i forbindelse med nevreradiologisk intervensjon. I et pasientsikkerhetsperspektiv vil moderne overvåkingsutstyr og navigasjon ved kompliserte operasjoner (for eksempel til nevrokirurgiske prosedyrer) være betydningsfullt og må derfor tas i bruk (anskaffes). Innenfor rehabiliteringsfeltet vil teknologi utvikling komme til å spille en større rolle i form av roboter og informasjonsteknologiske verktøy for tidlig sensorisk stimulering og bevegelsestrening.

Innføring av ny elektronisk pasientjournal (EPJ) med prosess- og beslutningsstøtte i form av strukturert journal (DIPS Arena) åpner for bedre behandlingstøtte i den kliniske hverdag. Nye muligheter for digital kommunikasjon mellom helsepersonell og pasienter gjennom EPJ, nasjonale helseportaler og kvalitetsregistre i Norsk Helsenett blir viktige verktøy for elektronisk samhandling og dokumentasjon. I tillegg vil dette bidra til å forbedre pasientforløp og gi muligheter til forbedret pasientkontakt i poliklinikk og avdeling. Tidligere frittstående telemedisinske løsninger vil på den måte bli integrert i EPJ.

I tillegg er det behov for en videreutvikling av IKT-tjenester som kan bidra til utvikling, kompetanseheving og brukerstøtte for de ansatte. Bruk av videokommunikasjon vil etter hvert bli supplert og evt overtatt av annen kommunikasjon via PC- eller nettbrett med bilde og lyd. Dette vil bedre effektivitet og kommunikasjon på tvers av UNNs lokalisasjoner og i ambulant tjeneste. Eksempel på slike løsninger er Skype-tjenester / Lynx.

2.6 Sykehusnivå og funksjonsfordeling

Klinikken ser tilbudet ved UNNs tre sykehus under ett. Gjennom ulike prosjekter og prosesser skal klinikken utnytte kapasitet og ressurser på alle tre steder i økende grad og best mulig. Delvis vil dette bli gjort gjennom oppgavefordeling mellom lokalisasjonene. Lokalsykehusoppgaver vil i større grad vil bli ivaretatt i Harstad og Narvik, mens regionsfunksjoner vil bli sentralisert til Tromsø. Fagområdene skal derfor tydeliggjøre hva som kan regnes som regionsfunksjoner og lokalfunksjoner. Regionale funksjoner skal også tydeliggjøres mot andre helseforetak i Helse Nord RHF. Mange av disse er høyspesialiserte oppgaver som krever samarbeid med andre fagområder/spesialister som bare er lokalisert ved UNN Tromsø.

Utviklingen innen kirurgi setter særlige krav til faglig oppdatering, investering i adekvat utstyr og utvikling av nye ferdigheter. Den kirurgiske virksomhet vil også gi grunnleggende føringer for hvordan oppgavefordelingen mellom UNNs lokalisasjoner kan utvikles.

2.7 Rekruttering og utdanning av helsepersonell

Klinikken vil prioritere arbeidet med å rekruttere sykepleiere og bidra til videreutdanning av nødvendig nøkkelpersonell. Dette er særlig viktig for å opprettholde en adekvat bemanning i sengepostene. Samtidig må det være fokus på å beholde stabile og kompetente fagpersoner i avdelingene, og utvikle deres kompetanse ytterligere. Klinikken skal legge til rette for at viktige fagpersoner kan ta videreutdanning, evt i form av mastergrad der det anses som formålstjenlig for virksomheten. Et godt kvalifisert personale vil øke kvaliteten i behandlingen og gjøre arbeidsplassene mer attraktive ved rekruttering av spesialister.

Traumatologi er en viktig del av ortopedien. Ortopeder som deltar i traumeteam må få spesiell kompetanseøkning gjennom deltagelse i nødvendig opplæring / kurs.

Helsepersonellrollen må utvikles til å understøtte utvikling av bred kompetanse og pasientforløp. Dette betyr at det skal være fokus på tverrfaglighet og samhandling i de langsiktige planer for klinikkens ulike fagområder.

Lederrollen er i endring. Klinikken vil at ledere på alle nivå skal ha kompetanse og kunnskaper om ledelse. Dette innebærer at alle ledere skal oppfordres til å gjennomgå UNNs lederprogram samt få opplæring i nødvendige verktøy for å kunne utføre sin lederoppgave.

3 Strategiske hovedretninger

3.1 Pasientforløp

Verdi for pasienten skal være hovedfokus i klinikkens virksomhet. Endringer og utvikling skal ha økt verdi for pasientene som mål. Utrednings- og behandlingsforløp skal koordineres og utvikles på tvers av spesialiteter, avdelinger, klinikker, sykehus, og tjenestenivå.

Koordinerte pasientforløp

NOR klinikken skal effektivisere sine behandlingsforløp slik at resultatene blir bedre og ventetidene kortere. Kreftpakkeforløpene er eksempler på hvordan en kan få til raskere utredning og rask oppstart av behandling. Evaluering av metoder og bruk av LEAN metodikk skal bidra til dette. Tverrfaglige beslutninger og pasientmedvirkning skal være viktige elementer i forbedringsarbeidet.

Klinikken har fire kreftpakkeforløp (hjernekreft, hode-hals kreft, melanom kreft og sarkom). Kreftpakkeforløpene skal driftes innenfor kravene i de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Dette krever bl.a. at det er et tett samarbeid med OPIN om utnyttelse av operasjonsressursene slik at disse ikke blir flaskehals.

Det skal etableres nye pasientforløp på sykdomsområder hvor behovet for samhandling og koordinert innsats er særlig stort, både innenfor og på tvers av klinikkens avdelinger. Dette gjelder bl.a. hjerneslag, hodeskade, multitraume, degenerative rygglidelser, protesekirurgi og visse kroniske sykdommer. Det skal være særlig fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid og videreutvikling av eksisterende pasientforløp. Dette skal gjøre klinikken i stand til å ivareta sine oppgaver overfor befolkningen på en effektiv og faglig god måte.

Rehabilitering inngår i mange av klinikkens pasientforløp, og skal startes tidligst mulig ved alvorlige og komplekse sykdomsforløp. Dette må skje i samarbeid med intensiv, overvåkingssenhetene og akuttavdelingene. Terapeut tjenester er viktige i alle rehabiliteringsrettede pasientforløp og i mange akutte forløp både innenfor og utenfor NOR-klinikken. Klinikken skal bidra på tvers av klinikker ved alle UNNs lokalisasjoner, og ivareta alle aldersgrupper fra spedbarn til geriatri.

Opplæring av pasienter og pårørende skal integreres i pasientforløp på det mest hensiktsmessige tidspunkt. Bemanningen skal tilpasses arbeidsprosessene slik at ressursene styres best mulig i forhold til pasientenes behov.

Klinikken skal være med i forberedelsene til innflytting i den nye A-fløya i Tromsø (januar 2018). Denne gir større kapasitet til bl.a. poliklinikk, intensivbehandling og rehabilitering. Dette vil kreve at spesielt følgende forhold blir utredet og kartlagt nærmere før innflyttingen:

- Faktisk utnyttelse av planlagte arealer til poliklinikk og polikliniske operasjoner innen ortopedi og håndkirurgi, inkludert utrede muligheter for etablering av skadepoliklinikk.
- Utnyttelse av kapasiteten ved intensivavdelingen i samarbeid med OPIN, inkludert en mulig integrering av intermedieære observasjonssenger tilknyttet nevrokirurgisk behandling og tidlig rehabilitering.
- Utnyttelse av utvidet rehabiliteringskapasitet i Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk sengepost, med tilhørende utvikling av kompetanse og nye bemanningsplaner.
- Utrede hvordan geriatriske rehabiliteringspasienter skal håndteres i samarbeid med Medisinsk klinikk, og om noe av virksomheten skal skje i Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk sengepost.
- Avklare Rehabiliteringsavdelingens rolle i forbindelse med traumebehandling. Det forventes mer omfattende rehabiliteringsbehov til pasienter med kompliserte skader, som i større grad vil overleve. Det må spesielt arbeides med å utvikle pasientforløpene for traumatisk hjerneskade og multitraume, slik at disse blir tilpasset de muligheter som de nye arealene gir.
- Håndtering av barn med spesielle rehabiliteringsbehov, i samarbeid med Barne- og ungdomsklinikken (BUK).

Dreining fra døgnet til dag

En dreining mot dagbehandling vil bedre kapasiteten for innleggelser og redusere presset på sengeposter. Flere av pasientene kan benytte pasienthotellet både før- under og etter nødvendige avdelingsopphold. Klinikken skal vektlegge mulighetene for dagbehandling og dagkirurgi og arbeide systematisk med å utnytte den nye kapasiteten ved hotellet. En slik dreining av virksomheten understøttes av høyere ISF-refusjon for dagkirurgi sammenlignet med innleggelse og innsusert operasjon for samme inngrep. En videre utvikling mot dagkirurgi vil være avhengig av et godt samarbeid med OPIN om utnyttelse av operasjonsressursene. De operative fagmiljø

og i særdeleshet ortopedi (inkludert håndkirurgi), må delta aktivt i planleggingen av poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet i A-fløya slik at resultatet blir så funksjonelt som mulig når denne står ferdig i januar 2018.

Endring mot dagbehandling og poliklinikk har vært særlig merkbart innenfor ØNH, øye, revmatologi, hud- og nevrologiske sykdommer, men det vil også være mulig å få til økt dreining til poliklinikk og dagbehandling ved utredning for TIA, epilepsi og MS, og ved virksomhet innen ortopedi / håndkirurgi.

Nye behandlingsformer og bedre helsetilbud

Klinikken skal gi den beste behandling vurdert ut fra det som er anbefalt i nasjonale faglige retningslinjer. Viktige gjennombrudd i medisinsk diagnostikk og behandling skal tas i bruk. Klinikken skal samarbeide med Hjerte- og lungeklinikken og Diagnostisk klinikk med å få etablert akutt nevrovaskulær intervensjon ved ischemisk hjerneslag. Dette vil bli et lokalt- og regionalt behandlingstilbud.

Alle NOR-klinikkens fagområder skal forbedre sine tjenestetilbud ved å følge med i utviklingen innen sine fagfelt og igangsette nye tilbud som er i tråd med nasjonale retningslinjer og regionale fagplaner. Behandlingsmetoder som krever godkjenning fra RHF-enes beslutningsforum skal avvente slikt vedtak. Dette vil hindre uønsket kostnadsutvikling ved implementering av ny behandling som ikke har vært tilstrekkelig vurdert i et kost-nytte perspektiv. Autolog stammcellebehandling ved MS og systemisk sklerose ventes å bli et tilbud også til pasienter ved UNN i nær fremtid. Mest sannsynlig vil dette starte som et sentralisert behandlingstilbud i samarbeid med universitetssykehus i annen helseregion.

Klinikken vil arbeide for å bedre helsetilbudet slik at det blir i tråd med befolkningens behov. Det er per i dag klare kapasitetsmessige utfordringer innenfor flere av klinikkens fagområder. Dette gjelder spesielt pasienter med degenerative lidelser og har betydning for kapasitet innen ryggkirurgi, protesekirurgi i hofter og knær, operasjon for grå stær (katarakt), injeksjonsbehandling av alderselatert makuladegenerasjon (AMD) og andre netthinnesykdommer⁵, og hørselssvekkelse (høreapparater).

Protesekirurgien faller i stor grad inn under UNNs lokalsykehusfunksjoner. Virksomheten blir ofte prioritert ned pga begrenset operasjonsstuekapasitet, til fordel for annen, høyere prioritert kirurgi, som ø-hjelp og kreftkirurgi. For å oppnå plantallene for protesekirurgi kreves det at «Fast-track» pasientforløpet innføres ved alle lokalisasjoner (3 inngrep per operasjonsdag og postoperative opphold i sengepostene på 3 dager). Dette vil klinikken gjennomføre. En effektivisering av operasjonskapasiteten i samarbeid med OPIN vil være en nødvendighet for å lykkes. Tilsvarende vil klinikken arbeide for å få til optimalisert effektivitet i forhold til ryggkirurgi, og få til løsninger for at en større andel kan tas i dagkirurgisk omsorg. En omrokking av visse kirurgiske inngrep mellom UNNs lokalisasjoner vil også bli nødvendig som tiltak. Kapasiteten for behandling av grå stær ved UNN vil som tidligere bli sett i sammenheng med behandling hos private avtalespesialister. Kompleksitet og risiko for komplikasjoner vil være viktige styrende parametere.

3.2 Pasient- og brukervedvirkning

Ny pasientrolle

Pasientene vil få en stadig mer aktiv rolle ved valg av behandling. Brukerkompetanse og fagkompetanse skal derfor utvikles til å bli likeverdige, og samvirke i den pasientrettede virksomhet. Det nettbaserte beslutningsstøtteverktøyet «*Mine behandlingsvalg*» vil bli tatt i bruk overfor pasienter med ulike diagnoser. Pasientene har fått innsyn i egen journal gjennom Helsenorge.no. Dette vil bedre mulighetene for å påvirke egen behandling og dermed kvaliteten i helsetjenesten. Elektronisk kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten fra eget hjem vil også gi bedre mulighet for dialog og kunnskapsutveksling med pasientene. Dataløsningene som vil muliggjøre dette er snart klare til bruk. Egenrapportering til kvalitetsregistre og meldinger til behandlende lege / koordinator via EPJ er typiske bruksområder. Utviklingen vil kreve nye arbeidsmetoder og prioriteringer blant helsepersonell.

Når liggetiden i sykehuset reduseres, må man sikre at pasienter og pårørende likevel får den opplæring de etter loven har krav på. Mestringskurs for pasienter og pårørende skal rutinemessig tilbys som ledd i ulike behandlingsforløp, i passe tid etter utskriving.

Brukermedvirkning

NOR-klinikken vil utnytte pasientenes og brukernes erfaringer til å forbedre kvaliteten i sine pasientforløp. Brukermedvirkning i forskningsprosjekter vil bli mer og mer vanlig og vil bidra til at resultatene av disse blir mer

⁵ Ref: Projeted prevalence of age-related macular degeneration in Scandinavia 2012–2040. Lindekleiv H, Erke MG. Acta Ophthalmol. 2013;91:307–11.

nyttige i etterkant. Brukerrepresentant i kvalitetsutvalg (KVAMU) og pasient tilfredshetsmålinger vil være noen av virkemidlene.

Gjennom brukerundersøkelser vil klinikken oppnå bedre avklart samarbeid med kommunene om tjenestetilbud tilknyttet habilitering og barnehabilitering (BUK).

3.3 Samhandling og funksjonsfordeling

Samhandling.

Helsefremmende og forebyggende arbeid skal utvikles i samarbeid med kommuner og sykehus. Kunnskapsoverføring skal bidra til bedre og mer sammenhengende helsetjenester for pasientene. Dette vil særlig omfatte habilitering, rehabilitering, spesielle behandlingsforløp innen hud, muskel- og skjelettsykdommer og for pasienter med autismespekterlidelser.

Samhandling skal også skje mellom klinikkens egne avdelinger og seksjoner så vel som i forhold til andre klinikker og avdelinger i UNN. For eksempel skal tjenester fra terapeutene gis på tvers i sykehuset i alle tre lokasjonene, og Lærings- og mestringssenteret (LMS) skal tilby opplæring av pasienter og pårørende i alle klinikker. Klinikken skal også samarbeide med arbeids- og miljømedisinsk avdeling ift utredninger som omfatter dermatologiske og nevrologiske problemstillinger. Et samarbeid med smerteavdelingen ved UNN er aktuelt ved visse kroniske sykdomstilstander i muskel/skjelett- og nervesystemet.

Pasientsentrert helsetjenesteteteam er en ordningen som er relevant for flere av klinikkens pasientgrupper. Tjenesten skal implementeres i alle avdelinger. Den sørger for at det blir gjort en tidlig vurdering av pasienter med behov for kommunal oppfølging i etterkant av utskrivelse, og sikrer tidlig utskrivning og ivaretagelse av pasientene i kommunene, i tråd med tjenesteavtalene med UNN.

Ambulant team innen habilitering og rehabilitering skal også bidra til bedre samarbeid med primærhelsetjenesten om pasienter med særskilte problemstillinger etter opphold i sykehuset. Klinikken vil jevnlig vurdere behovet for å flytte oppfølging og kontroll / behandling av visse pasientgrupper til primærhelsetjenesten. Her nevnes spesielt grupper innen revmatologi og øyefaget.

Tydelig ansvarsdeling mellom regionalt og lokalt behandlingsnivå

Den elektive virksomhet skal styres slik at den totale kapasitet kan utnyttes effektivt innen alle UNNs lokalisasjoner. Dette krever helhetlig faglig ledelse og tydelige ansvarsforhold i linjen mellom seksjoner og enheter, på tvers av lokalisasjoner. Fagområder med særlig spesialisert kompetanse er hovedsakelig regionale funksjoner og skal være lokalisert til Tromsø. I større grad skal diagnostikk og behandling av mer alminnelige sykdommer og tilstander skje ved lokalsykehusene i Harstad og Narvik. Viser for øvrig til pkt 2.6.

Regionfunksjoner

Klinikkens regionsfunksjoner omfatter blant annet utredning og behandling av alvorlige hudsykdommer, utredning av nevromuskulær sykdom og søvnlidelser, nevrokirurgi, kompleks traumatologi, visse typer protesekirurgi (skulder), avansert håndkirurgi, nevrorehabilitering og oppfølging av multitraume pasienter. I tillegg kommer behandling av autismespekterlidelser hos voksne og godkjenning av behandling med biologiske legemidler innen revmatologi. På ØNH området omfatter regionale funksjoner behandling innen kreft, ansiktstraumer, oralkirurgi og avansert øre- og bihulekirurgi samt høyspesialisert strupe- og spiserørskirurgi. Innen øyesykdommer er all kirurgi for netthinnesykdommer regionalisert.

Klinikkens fagmiljøer skal delta i, og til dels innta ledende posisjoner og verv i ulike regionale fagråd og faglige nettverk.

Lokalsykehusfunksjoner

NOR-klinikken skal ivareta mange lokalsykehusfunksjoner. Klinikken skal utnytte ressurser og kapasitet ved sykehusene i Harstad og Narvik for de fagområder som holder til der slik at bl.a. operativ og utredningsmessig kapasitet kan utnyttes maksimalt. Radiologiske undersøkelser (inkludert MR og CT) og laboratorietjenester som tilbys ved sykehusene i Narvik og Harstad skal benyttes i større grad også i forbindelse med utredning og behandling som skjer i Tromsø. Deler av lokalsykehusoppgavene rettet mot pasienter med geografisk tilknytting til Tromsø skal også henvises til Harstad og Narvik for å få mest mulig ut av tilgjengelige ressurser.

Aktiv oppfølging av samhandlingsreformen

Ansatte i NOR-klinikken skal aktivt bruke gjeldende samarbeidsavtaler inngått mellom UNN og kommunene innen sykehusets ansvarsområde. Fokus vil være på gode overføringsrutiner og samarbeid for å tilbakeføre utskrivningsklare pasienter så raskt som mulig tilbake til hjemkommunen, så vel som utnyttelse av potensialet i kommunale akutsenger (KAD) i Tromsø, Harstad og Narvik for å unngå innleggelse av pasienter med mindre

krevene behandlingsbehov. Pasienter som ønsker å dø hjemme skal få lindrende tilbud, i et samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

NOR-klinikken skal videreutvikle funksjonen som pådriver for bedre samhandling via kompetansedeling, faglige nettverk og erfaringsutveksling slik at fagutvikling og kvalitetsarbeid i større grad kan utvikles lokalt (kommunalt). Samarbeid og opplæring knyttet til pasientbehandlingen skal blant annet skje gjennom telemedisinske løsninger og e-læring.

3.4 Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitet og pasientsikkerhet er grunnsteiner i helsetjenesten. I NOR-klinikken vil kvalitetsarbeid bli vektlagt gjennom systematisk forbedring av organisering og ledelse, vektlegging av gode rutiner for fagutvikling, adekvat dokumentasjon, synliggjøring av resultater og en lærende kultur. Arbeid i KVAM-grupper og KVAMU skal bidra til utvikling av pasientsikkerhet og kvalitet. Resultater fra klinisk virksomhet skal brukes som grunnlag for kontinuerlige forbedringsprosesser. Avvik skal være kilde til læring. Det skal være kultur for å gi tilbakemeldinger og dele kunnskap for å skape forbedring av virksomheten.

Kvalitetsindikatorer - et viktig verktøy

NOR-klinikken skal bruke de tilgjengelige verktøy for å følge med på resultatene i de kvalitetsindikatorer som til enhver tid brukes i den kvalitetsmessige oppfølging av virksomheten, iht oppdragsdokumenter fra Helse Nord RHF. Kvalitetstavler til bruk på avdelingene tenkes opprettet, og elektroniske verktøy (UNN KIS og Helse Nord LIS) skal utnyttes for å følge med på resultatene. Ventetider og fristbrudd, epikrisetid, sykefravær, bruk av pasienthotell og pasienttilfredshet vil spesielt bli fulgt opp og være grunnlag for justeringer i klinikkens virksomhet.

Pasientsikkerhet

NOR-klinikken skal arbeide systematisk med å implementere tiltakene i det nasjonale Pasientsikkerhetsprogrammet. Forebygging av sykehusinfeksjoner og trykksår har spesielt fokus. Pasientsikkerhetstavler skal benyttes for å overvåke resultatene i sengepostene. Aktiv bruk av avviksmeldinger skal bidra til å forbedre rutiner og pasientsikkerhet. KVAM-strukturen skal brukes aktivt i det kvalitetssikrende arbeidet i avvikhåndteringen.

Pasientopplevd kvalitet

Pasientopplevd kvalitet skal vektlegges like mye som medisinsk resultatkvalitet. God kommunikasjon er en forutsetning for god pasientopplevd kvalitet. Kommunikasjonen skal kunne skje på pasientens morsmål med tolk, inkludert samisk. Klinikken skal aktivt ta i bruk tilfredshetsmålinger/brukerundersøkelser blant pasienter og pårørende. Resultatene skal brukes aktivt i forbedringsarbeidet.

Kliniske kvalitetsregistre

Resultater i det kliniske arbeid skal i økende grad registreres i lokale og nasjonale kvalitetsregistre. Resultater fra disse skal tilbakeføres til klinisk virksomhet og nyttiggjøres i videre forbedringsarbeid og utvikling av retningslinjer for behandling og pasientforløp. I klinikkens fagområder er det mange etablerte kvalitetsregistre som skal brukes aktivt og nye skal utvikles og tas i bruk. Avdelingsledere skal bevisstgjøres i forhold til sitt ansvar også overfor kvalitetsregistre innen deres områder.

Prioritering av helsetjenester

Klinikken skal tydeliggjøre nødvendig kapasitet til regionale oppgaver og funksjoner samt øyeblikkelig hjelp. Dette skal bl.a. synliggjøres gjennom funksjonsfordeling av oppgaver mellom alle UNNs lokalisasjoner slik at den totale kapasitet blir utnyttet best mulig. Prioriteringene skal også komme til uttrykk gjennom operasjonsplanleggingen. Regionale oppgaver og kreftsykdom skal hovedsakelig ivaretas i Tromsø, mens lokalsykehuspasienter i større grad skal ivaretas ved sykehusene i Harstad og Narvik. UNNs desentraliserte tilbud i Nordreisa (Sonjatun) og på Finnsnes til bla rehabiliteringsformål må utnyttes bevisst. Gjennomgående faglig ledelse skal sikre at det er sammenheng mellom pasienttilbudene mellom lokalisasjonene, slik at ventelister og kvalitet kan sees under ett og ha samme nivå.

Henvisninger skal vurderes i henhold til de nasjonale retningslinjer for prioritering innen ulike fagområder. Vurderingspraksis skal utvikles til å bli så enhetlig som mulig slik at en kan unngå overforbruk av helsetjenester. Utfordringer ift overdiagnostikk og behandling skal bl.a. identifiseres i data om forbruksrater fra NPR, som for visse tilstander (feks dagkirurgi) også fremkommer i Helseatlas publisert av SKDE. Henvisende leger må få tilbakemeldinger når søknader ikke har god nok kvalitet. Grenseoppganger og ansvarsområder ovenfor primærhelsetjenesten må avklares bl.a. gjennom samarbeidsmøter og ved informasjon om klinikkens helsetjenester til befolkningen via oppdaterte nettsider.

3.5 Utdanning og rekruttering

Utdanning, rekruttering og stabilisering

For å rekruttere og beholde medarbeidere, skal klinikken tilby attraktive arbeidsplasser som stimulerer til faglig og personlig utvikling. Gjennom systematisk arbeid vil klinikkens avdelinger utvikle og opprettholde et godt faglig omdømme og fremstå som attraktive arbeidsplasser. Engasjement og undervisning av studenter i avdelingene skal også bidra til å bedre fremtidig rekruttering. Alle skal delta i fagutvikling og strategisk planlegging av virksomheten i sine respektive faggrupper og enheter. Ferdighetstrening ved tilrettelagte simuleringssentre (FOSS) skal være et viktig element for å bedre de ansattes praktiske kompetanse. Vedlikehold av gode arbeidsmiljø, og medbestemmelse gjennom KVAM strukturen skal bidra til å øke tilstedeværelsen på arbeidsplassen.

Klinikken skal etablere og videreutvikle relevante og moderne, individuelt baserte utdanningsforløp for LIS-leger innen ulike spesialiteter, gjennom å utnytte alle UNNs hovedlokalisasjoner. Simulering og telematikkbasert mentorvirksomhet skal inngå som en del av utdanningsprogrammet. Det kan også bli aktuelt å benytte avtalespesialister innen spesialistutdanningen, noe som forventes å komme som pilot innen visse fagområder (f.eks øyesykdommer). Tiltakene vil sikre at LIS-legene får godkjent kompetanse på alle nødvendige spesifiserte fagområder, inkludert de grupper av lokalsykehuspasienter som det ikke vil være kapasitet for ved UNN Tromsø.

Spesielle strategiske satsninger for å øke rekruttering til NOR-klinikken vil være:

- God oppfølging og felles mottak av studenter.
- Opprettholdelse av veiledningskompetanse i alle enheter og bruk av kombinerte stillinger mellom klinikken og UiT.
- Prioritering av aktive fagmiljø som fremmer forskning og fagutvikling.
- Personell med tilstrekkelige kvalifikasjoner og kompetanse i alle avdelinger, seksjoner og enheter.
- Sikre gode utdanningsarenaer for LIS-leger i alle avdelinger. Fagmiljø og vilkår skal fremstå som attraktive innenfor de rammer som er mulige. Det skal være tellende tjeneste for LIS-leger innen alle godkjente fagområder (inkl habilitering).
- Utarbeidelse av planer for fremtidige rekrutteringsbehov for overleger. Tilsetting av LIS-leger i faste stillinger vil ivareta behovet for egne spesialister i fremtiden. Samtidig skal det gis plass til gjennomgangsstillinger for spesialistutdanning av leger som senere skal arbeide ved andre HF eller i spesialistpraksis.
- I tråd med det regionale ansvaret må utdanningsbehovet for LIS-leger innen rekrutteringssvake fag som øye, ØNH, klinisk nevrofysiologi og fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin ha særlig fokus.

Oppgaveglidning – bedre bruk av kompetanse

Oppgaveglidning mellom helsepersonellgrupper skal videreutvikles der dette er naturlig og faglig forsvarlig for å sikre et tilstrekkelig antall helsearbeidere med riktig kompetanse i fremtiden. Samtidig vil dette bidra til å gi pasientene helsetjenester på riktig nivå og med et best mulig tilpasset innhold. Oppgaveglidning vil bidra til å øke produktiviteten samtidig som behandlingskvaliteten er god. For NOR-klinikken vil det være aktuelt å ha sykepleiedrevet poliklinikk innen revmatologi, hud, nevrologi, nevrokirurgi og håndkirurgi. En slik utvikling må også vurderes innen andre fagområder, f.eks. øyefaget. Polikliniske terapeuttjenester muliggjør oppgaveglidning innen revmatologi, ortopedi (protesevirksomhet) og håndkirurgi. Bruk og utvikling av riktig kompetanse blant medarbeidere vil skje gjennom spesielle prosjekter og gjennom personaloppfølging og bruk av utviklingssamtaler.

Gjennom oppgaveglidning vil leger i større grad kunne brukes til spesialiserte vurderinger (henvisninger), oppfølging og behandling. Sammen med en videreutvikling av dagkirurgiske og polikliniske behandlingstilbud, dagopphold og utnyttelse av pasienthotell, vil klinikken derved bli i stand til å møte en generell utvikling med svakere tilgang til viktigere helsepersonell. For å møte de fremtidige kapasitetsutfordringer på en effektiv måte, er det også nødvendig å ha fokus på en restriktiv vurderingspraksis ift henvisninger og kontroll av pasienter.

Teknologistøttet kunnskapsutvikling

E-læringsprogrammer og nettbasert veiledning skal brukes for å øke kompetanse blant eget helsepersonell. Avdelingene skal der det er relevant, også bidra med teknologisk støttet undervisning overfor primærhelsetjenesten.

3.6 Forskning

NOR-klinikken har mange ulike forskningsprosjekter på gang innen de fleste fagområder. Klinikken skal opprette et forskningsutvalg som skal tilrettelegge for å styrke klinisk forskning ytterligere. Forskningsutvalget

skal fungere komplementært til – og i samarbeid med forskningsgrupper ved UiT (HelseFak) og andre universitets- og høyskolemiljø, og ikke i konkurranse med disse.

Det skal stimulere til felles strategier for forskning på tvers av avdelinger og fagområder der dette er mulig. Prioriteringer fra Helse Nord's forskningsstrategi og programmet HelseOmsorg21 skal være førende. Prosjektene skal bidra til at vi kan videreutvikle kunnskapsbasert diagnostikk og behandling. Der det er naturlig, skal det stimuleres til forskning som kan utvikle de nye mulighetene som ligger i protonteknologi ved PET-senteret som åpner i 2017.

Prosjekter fra NOR-klinikken skal være rettet mot vedtatte satsninger. Klinikken vil særlig stimulere til økt forskningsvirksomhet innen svake fagområder som rehabilitering og habilitering. Klinikken's forskningsstrategi skal også stimulerer til prosjekter basert på data fra medisinske kvalitetsregistre.

3.7 Teknologi og e-helse

Teknologisk utvikling gir nye muligheter til utvikling av helsetjenester. E-helse (Elektronisk samhandling og bruk av teknologi) vil stå sentralt i arbeidet med å forbedre kommunikasjon og samhandling, kvalitet, pasientsikkerhet og effektivitet. Elektroniske tjenester vil også bli viktige bidrag i satsningen på UNN som et «Grønt» sykehus.

Økt bruk av teknologi i den kliniske virksomheten

Klinikken vil ta i bruk tekniske nyvinninger på områder som robotkirurgi, bildeveiledet diagnostikk og behandling, fjernmonitorering av bilder, lydfiler og video til multidisiplinær vurdering og oppfølging uten at pasienten trenger å være til stede. Klinikken vil også ta i bruk nye IKT-løsninger, bl.a. prehospital EPJ med mulighet for timebestilling, elektronisk konsultasjon, rekvirering av prøver og formidling av prøvesvar over nettet. Klinikken skal aktivt være med i utvikling og testing av neste generasjon EPJ – DIPS Arena. Den vil være pilot på operasjonsmodulen i DIPS.

Fremskritt innen IKT vil muliggjøre kommunikasjon med pasientene fra eget hjem utenom kliniske konsultasjoner. Dette skal utnyttes til å avklare administrative forhold (timebestilling), innrapportering av sykdomsrelaterte data direkte fra pasient, bl.a. vha standardiserte spørreskjema for kroniske sykdommer. Datainnsamling til kvalitetsregistre vil kunne skje på samme måte. Slike løsninger forventes å bli tilgjengelige for bruk vha nettbrett, smarttelefon eller bærbar PC. På denne måte vil effektivitet og kvalitet ved poliklinikktimer forbedres.

Klinikken's fagområder vil bruke IKT-teknologi til internundervisning og møter på tvers av lokalisasjoner innenfor og utenfor UNN HF, til tilbud som omfatter opplæring av pasienter og pårørende, samt i forbindelse med veiledning av kommunehelsetjenesten. Klinikken vil tilby kompetansestøtte til andre sykehus i regionen gjennom bruk av videobasert konferanse (VAKe).

«Mine Behandlingsvalg» er en ny elektronisk tjeneste som klinikken vil ta i bruk innenfor flere fagområder for å gjøre pasientenes deltagelse (samvalg) i diagnostikk og behandling bedre.

Viktige faktorer for vellykket implementering

Suksessfaktorer for implementering vil være opplæring av brukere, medarbeidere og ledere. Klinikken vil være avhengig av at det utvikles adekvate IKT løsninger i Helse Nord IKT. Organisasjonsendringer og fornyelse /anskaffelse av relevant utstyr vil være nødvendig for å få til en aktuell implementering av teknologiske løsninger som kan gi gevinst i form av bedre behandlingskvalitet og redusert ressursbruk.

4 Prioriterte utviklingsområder

Ettersom nyvinninger innen diagnostikk og behandling utvikles, må klinikkens fagområder vurdere hva som skal prioriteres for implementering i virksomheten.

4.1 Avansert diagnostikk, kirurgi, intervensjon og kreftbehandling

Relevante utviklingsområder og nye behandlingsformer med dokumenterbar effekt og som er godkjent av regionalt beslutningsforum vil innen klinikkens fagområder være:

- Avanserte diagnostiske verktøy, som UL, MR, PET CT, Dual energy CT, og forbedrede nevreradiologiske undersøkelser
- Videreutvikling av et intervensjonstilbud av høy kvalitet i samarbeid med diagnostisk klinikk, for pasienter med cerebrovaskulær sykdom.
- Ballong-sinusplastikker og tubedilatasjon v/ØNH behandling
- Avansert kirurgi og bildeveiledet intervensjon og behandling, spesielt ved tidlig fase behandling ved hjerneslag, og intrakraniell tumorkirurgi (jfr pkt 2.2).
- Videre utvikling av «Fremtidens operasjonsrom» (jfr FOR-stue prosjektet ved St Olavs Hospital). Dette vil kunne få betydning for ombygging av eksisterende operasjonsstuer for å få til bedre plass og bedre integrasjon av tekniske løsninger. Som eksempel nevnes oppstart av intraoperativ monitorering ved spinal kirurgi i samarbeid med nevrofysiologer.
- Ta i bruk robotkirurgi innen ØNH-området
- Ta i bruk nye biologiske medisiner (immunmodulerende terapi) innen fag som revmatologi, neurologi, hud, øyesykdommer og kreftbehandling.
- Stamcellebehandling av alvorlige autoimmune og kroniske inflammatoriske sykdommer: MS og systemisk sklerose er aktuelle eksempler.
- Videre utvikling av behandling innen følgende pakkeforløp for kreft: Malignt Melanom, Hode- og halskreft, hjernekreft og sarkom.
- Mer persontilpasset medisin ut fra pasientens biologiske profil samt bedre verktøy for å evaluere effekt/biologisk tilgjengelighet.
- Bruk av utvidet diagnostikk som feks funksjonell MR (FRMI), transkranieell elektromagnetisk stimulering og roboter i trening innen fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin.

4.2 Psykisk helsevern og rusbehandling

Rus og psykisk helse berører ofte pasientforløpene. Det vil i fremtiden bli flere pasienter med sammensatte og komplekse sykdomsbilder hvor rus og/eller psykisk helse kan være en del av bildet. Økende migrasjon av mennesker som kan ha vært utsatt for vold og traumer kan også spille inn i denne utviklingen.

For å takle slike utfordringer, må klinikkens fagområder utvikle større kompetanse i forbindelse med mottak av pasienter med slike problemer. Det må gjøres avklaringer av konsekvenser for pasientforløp, og en grenseoppgang i forhold til ansvarsfordeling og samhandling med psykisk helsetjeneste.

4.3 Prehospitale tjenester og mottaksmedisin

Det er ofte behov for effektivt og godt samarbeid mellom ulike medisinske fagspesialister i akuttmottaket. NOR-klinikken skal bidra med fagkompetanse og ressurser slik at pasienten får tidlig og kompetent, om mulig tverrfaglig vurdering i akuttmottak, observasjonspost og avdeling. Bruk av spesialister i større grad i fremskutt vaktteneste må vurderes for å bedre kompetansen i akuttmottaket. Det må etableres rutiner for at pasienter som overføres fra andre sykehus i Helse Nord ikke behøver opphold i akuttmottaket fordi EPJ vil være tilgjengelig på tvers av sykehusene.

Ved mottak av pasienter med hjerneslag er en effektiv håndtering gjennom akuttmottaket nødvendig. Slagalarmen innebærer bla at CT av hodet må gjøres umiddelbart etter ankomst for å klargjøre det videre behandlingsforløp. For å hindre mulige samtidighetskonflikter omkring bruk av CT, vil pasientforløpet sikres høyere effektivt dersom undersøkelsen kunne skje i akuttmottaket.

4.4 Kroniske og sammensatte lidelser

NOR-klinikken har behandlingsansvar for mange pasientkategorier med kroniske sykdommer. Disse trenger ofte tverrfaglig behandlingssinnsats, evt i koordinerte pasientforløp i en akutt fase, og mer langvarig oppfølging i samarbeid med kommunal helsetjeneste i en senere fase. Klinikken vil tydeliggjøre sine tilbud i lokalsykehusene og da i samarbeid med kommunehelsetjenesten for å kunne tilrettelegge for et mest mulig sømløst tilbud til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Dette gjelder i alle faser i sykdomsforløpet. Koordinerende enhet er tillagt klinikken og vil være et viktig bidrag for å få dette til gjennom å bidra til opprettelse av pasientkoordinatorer i klinikkene.

Klinikken ønsker å styrke pasientenes egenmestring gjennom bruk av lærings- og mestringstilbud, og ved å tilby langvarige og koordinerte tjenester til pasienter med behov for individuell tilpasning.

Som andre konkretiseringer nevnes:

- Etablere koordinator fra Habilitering som skal bistå med å utrede behov og tilby ressurser / tjenester til andre avdelinger i UNN i forhold til kognitiv utredning, atferdsproblematikk og samhandlingskompetanse.
- Etablere tverrfaglige utredningsteam for sammensatte muskelskjelettlidelser.
- Øke kompetanse og kapasitet for å kunne håndtere en forventet økning i antall pasienter med komplekse og sammensatte sykdomsbilder (ME, funksjonelle lidelser, smertetilstander mv).
- Tilby terapeuttjenester til pasienter med kroniske sykdommer i og utenfor egen klinikk innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde, og bidra med kunnskap og kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten for denne gruppen av pasienter.
- Terapeutene skal som en del av sitt arbeidsfelt, også være involvert i lærings- og mestringkurs pga sin særskilte kompetanse relatert til mestring, fysisk aktivitet og det å leve med kronisk sykdom.

Antibiotika resistens er en økende trussel for alvorlig syke pasienter innen mange fagfelt. Klinikken skal derfor ha en bevisst holdning til å redusere unødvendig bruk av antibiotika og følge de til enhver tid gjeldende faglige retningslinjer og anbefalinger for bruk av antibiotika.