

Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord - høringsnotat

Februar 2024



Forord

Store og vedvarende bemanningsutfordringer har skapt en svært vanskelig situasjon for Helse Nord RHF. Utfordringene er dyptgripende, og de truer Helse Nord sine evner til å gi befolkningen i landsdelen gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Fremover må vi finne nye måter å løse oppgavene våre på.

De tiltak som her foreslås svarer ut del tre av oppdraget gitt av Helse- og omsorgsministeren i foretaksmøtet 9. november 2022 og er justert i tråd med nye føringer gitt i foretaksmøtet 16. januar 2024; å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på lang sikt. Forslag til tiltak er basert på faglige vurderinger og nye måter å løse oppgaver på, som vil fremme god og likeverdig pasientbehandling med en bedre bruk av personellressursene enn i dagens løsning.

Helse Nord RHF anerkjenner at endring og omstilling er vanskelig, selv når det er helt nødvendig. Endringstiltak må være solid begrunnet i fakta, faglige vurderinger og i en tydelig prioritering av hva som er viktigst. For Helse Nord RHF er befolkningens tilgang til forsvarlige helsetjenester viktigst. Det er vårt ansvar å sørge for det.

Omstilling kan også bidra til et bedre pasienttilbud. anbefalte tiltak i denne rapporten vil gi mindre uønsket variasjon og et bedre tilbud til pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i dag.

Nødvendige omstillinger i flere av Helse Nord sine helseforetak pågår uavhengig av de tiltak som foreslås i denne rapporten. Skal vi lykkes med vårt oppdrag må de pågående omstillingene i helseforetakene drives videre med uforminsket styrke. Foreslåtte tiltak i denne rapporten kommer i tillegg og er av mer langsiktig karakter.

Vi anerkjenner at større endringer på et så viktig område som spesialisthelsetjenesten, vil gi ringvirkninger på andre samfunnsområder. De er forsøkt ivaretatt gjennom en bred samfunnsdialog, involvering og medvirkning. Høringen våren 2024 vil gi mulighet til å få belyst samfunnsvirkninger og andre relevante hensyn.

Etter behandling i Helse Nord sine styre i juni 2024 sendes en oppdatert versjon av *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* til Helse- og omsorgsdepartementet.

Denne rapporten ville ikke ha vært mulig å fremlegge uten bidragene fra arbeidsgruppene som har vurdert ulike alternativer for funksjons- og oppgavedeling. Gruppene har bestått av ledere i helsetjenesten, fagpersoner, brukerrepresentanter, tillitsvalgte, verneombud, og deltagere fra kommunene. De har arbeidet sammen med en krevende og dilemmafylt tematikk. På vegne av Helse Nord RHF vil jeg uttrykke en stor takk for deres innsats.

Marit Lind
Administrerende direktør
Helse Nord RHF

Innhold

Forord	2
Ordliste/forkortelser	7
Sammendrag	13
1 Innledning og bakgrunn	15
1.1 Gode og likeverdige spesialisthelsetjenester	16
1.2 Bemanningsutfordringene i helseforetakene	17
1.2.1 Følger av bemanningsmangelen	18
1.2.2 Tjenestene må rustes for økende behov	22
1.2.3 Øvrige omstillingstiltak	23
1.3 Helseforetakene i Helse Nord	23
1.3.1 Finnmarkssykehuset HF	24
1.3.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF	25
1.3.3 Nordlandssykehuset HF	27
1.3.4 Helgelandssykehuset HF	28
1.3.5 Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF	29
1.3.6 Andre data fra foretaksgruppen	29
1.4 Sykehusforetakenes egne beskrivelser av nå-situasjonen	29
1.4.1 Finnmarkssykehuset	30
1.4.2 Universitetssykehuset Nord-Norge	31
1.4.3 Nordlandssykehuset	33
1.4.4 Helgelandssykehuset	35
2 Utredningens mandat og arbeid	37
2.1 Mandat	37
2.2 Organisering av utredningen	37
2.2.1 Utvidet ledermøte	37
2.2.2 Koordineringsgruppen	37
2.2.3 Intern og ekstern referansegruppe.....	38
2.2.4 Arbeidsgruppene	38
2.3 Medvirkning og involvering	39
2.3.1 Medvirkning	39
2.3.2 Involvering	40

2.4	Nye føringer	40
3	Arbeidsgruppens anbefalinger	41
3.1	Akutte og planlagte somatiske funksjoner	41
3.1.1	Utredningsområder	41
3.1.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	41
3.1.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse.....	42
3.1.4	Arbeidsgruppens anbefaling	42
3.2	Psykisk helsevern	43
3.2.1	Utredningsområder	43
3.2.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	43
3.2.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse.....	43
3.2.4	Arbeidsgruppens anbefaling	44
3.3	Rehabilitering og private tjenester	45
3.3.1	Utredningsområder	45
3.3.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	46
3.3.3	Dagens organisering	46
3.3.4	Arbeidsgruppens anbefaling.....	47
3.4	Diagnostiske funksjoner	47
3.4.1	Utredningsområder	47
3.4.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	47
3.4.3	Dagens organisering- og risiko- og sårbarhetsanalysen	48
3.4.4	Arbeidsgruppens anbefaling.....	49
3.5	Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten	49
3.5.1	Utredningsområder	49
3.5.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	50
3.5.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalysen.....	50
3.5.4	Arbeidsgruppens anbefaling	50
4	Forutsetninger og avhengigheter	51
4.1	Pasient og pårørendes involvering og helsekompetanse	51
4.1.1	Aktuelle tiltak.....	52
4.2	Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen	53
4.2.1	Innledning	53

Høringsnotat 21.2.2024

4.2.2	Involvering og prosess	53
4.2.3	Statlige føringer og rettslige rammer	53
4.2.4	Dagens situasjon	54
4.2.5	Særskilte hensyn	55
4.2.6	Organisering av spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen	55
4.3	Beholde og rekruttere fagfolk	56
4.2.1	Utfordringsbildet	57
4.2.3	Aktuelle tiltak	60
4.4	Utdanning	61
4.4.1	Søkertall til utdanningsinstitusjonene	61
4.4.2	Utdanningskapasitet	63
4.4.3	Spesialisering av sykepleiere, psykologer og leger	64
4.4.4	Utdanning av andre legespesialiteter	67
4.4.5	Aktuelle tiltak	67
4.5	Prehospitale tjenester	68
4.5.1	Ambulansebiltjenesten	69
4.5.2	Ambulansebåttjenesten	70
4.5.3	Luftambulansetjenesten	70
4.5.4	Utdanning, rekruttering og stabilisering	74
4.5.5	Avhengigheter og forutsetninger i prehospitale tjenester	75
4.5.6	Prehospitale tjenester i psykisk helsevern	76
4.5.7	Aktuelle tiltak	76
4.6	Pasientreiser	76
4.6.0	Utfordringsbildet	76
4.6.1	Aktuelle tiltak	79
4.7	Samhandling med kommunene	79
4.7.1	Utfordringsbildet	80
4.7.2	Aktuelle tiltak	83
4.8	Tilgang til IKT og teknologi	84
4.8.1	Aktuelle tiltak	85
4.9	Samfunnssikkerhet og beredskap	86
4.9.1	Utfordringsbildet	86

Høringsnotat 21.2.2024

4.9.2	Vurdering av tiltak	87
5	Økonomiske beregninger	88
5.1	Nå-situasjonen (0-alternativet)	88
5.1.1	Fremtidige kostnader knyttet til pågående investeringer	88
5.1.2	Økte kostnader knyttet til investeringsbehov	88
5.1.3	Utvikling nasjonal inntektsmodell	89
5.1.4	Forventet realvekst for å dekke økte behov	90
5.1.5	Rekruttering og stabilisering.....	90
5.1.6	Behov for økt vedlikehold bygg	90
5.1.7	Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon (0-alternativet)	91
5.2	Effekt av foreslåtte tiltak i funksjons- og oppgavedeling.....	92
5.3	Estimerte investeringsbehov	93
5.3.1	Psykisk helsevern og TSB	93
5.3.2	Rehabilitering.....	93
5.4	Sammenheng mellom foreslåtte endringer og omstillingsbehov.....	93
6	Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)	95
6.1	Innledning.....	95
6.2	Metode.....	96
6.3	Resultater.....	96
6.3.1	Dagens situasjon (0-alternativet).....	96
6.3.2	Ny organisering av funksjoner og oppgaver	97
7	Vurdering.....	100
7.1	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	101
7.2	Diagnostiske funksjoner.....	104
7.3	Rehabilitering og private tjenester	105
7.4	Samhandlingen med kommunene.....	106
7.5	Andre funksjoner og noen avhengigheter.....	108
8	Konklusjon	109
9	Referanser	111
10	Vedlegg.....	117

Ordliste/forkortelser

Akuttberedskap

Uttrykkene 'akuttberedskap' og 'akutfunksjoner' har ofte blitt brukt om sykehus som har beredskap for å håndtere akutte tilstander innen somatikk, kirurgi og fødselssykdommer. Slik beredskap forutsetter også at det er døgnberedskap innen anesthesiologi.

Akutfunksjoner

Sykehus som minst har akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi.

Akuttinnleggelser

Innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) er om lag 70% av innleggelsene akutte. Innen somatikk er om lag 80% av innleggelsene akutte. Pasienter som blir innlagt akutt har automatisk rett til nødvendig helsehjelp.

Automasjon/automatisering

Automatisering er teknikken å få systemer til å fungere uten, eller med liten grad av menneskelig medvirkning.

BEON

Beste effektive omsorgsnivå (BEON) betyr rett pasient på riktig sted til rett undersøkelse/ behandling til rett tid.

Bærekraft

FN har definert bærekraftig utvikling som en utvikling som dekker befolkningens behov i samtiden, uten å redusere mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov. Det er ikke entydig definert hva dette betyr i helsetjenesten. Begrepet brukes ofte i helsesektoren om det å tilrettelegge tjenestene slik at vi kan ta i bruk ny avansert behandling og kunnskapsbasert praksis i både primær- og spesialisthelsetjenesten innenfor de økonomiske rammene som er gitt, og sikre at vi har tilgjengelig bemanning og kompetanse i dag og i fremtiden. Et viktig mål i arbeidet er at ny funksjons- og oppgavedeling skal gi en bærekraftig økonomi. Økonomisk bærekraft er definert slik: "Økonomisk bærekraft handler om å bruke ressursene på en slik måte at dagens økonomiske utvikling ikke går på bekostning av fremtidig økonomisk utvikling."

BUP

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

Diagnostikk

Diagnostikk er det å identifisere og klassifisere en sykdom eller tilstand på grunnlag av pasientens sykehistorie og legens objektive funn. For å komme frem til riktig diagnose trenger mange medisinske sykdommer spesielle undersøkelser som for eksempel klinisk-kjemiske undersøkelser av blod eller væsker, EKG, ulike røntgen-, UL-, CT- eller MR-undersøkelser eller eventuelt en vevsprøve (biopsi).

Distriktpspsykiatrisk senter (DPS)

Høringsnotat 21.2.2024

Distriktpsikiatrisk senter er en del av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. DPS er en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevernet. DPS består av ulike typer tilbud og tjenester, slik som dag-, døgn, polikliniske og ambulante tjenester.

Distriktsmedisinsk senter (DMS)

Et distriktsmedisinsk senter (DMS) er en fellesarena for primær- og spesialisthelsetjenesten. Her er spesialist- og primærhelsetjeneste samlokaliserte for å gi innbyggerne helse- og omsorgstjenester nært der de bor. Målet er å sikre en desentralisert helsetjeneste der brukerne skal oppleve helhetlige og sammenhengende forløp spesielt i de tjenestene som befolkningen benytter mest. Et DMS kan utføre mye av den omfattende polikliniske virksomheten en finner ved poliklinikkene og dagavdelingene ved sykehusene og kan inneholde: fødestue, dialysetilbud, poliklinikk, dagbehandling, diagnostiske funksjoner og annet.

Elektive innleggelser

Elektive innleggelser er planlagte innleggelser. Elektive innleggelser er inntak av pasienter i spesialisthelsetjenesten etter at pasienten har blitt henvist fra fastlegen. Henvisningen blir rettighetsvurdert av en spesialist, og dersom pasienten får rett til nødvendig helsehjelp, vil det bli satt en tidsfrist for når behandlingen senest skal være startet.

Fristbrudd

Ved henvisning til sykehus eller en annen del av spesialisthelsetjenesten, vurderes det om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Hvis pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, settes en bindende frist for når helsehjelpen senest skal gis. Fristen sier noe om hvor lenge det er medisinsk forsvarlig å vente på helsehjelp. Hvis helsehjelpen ikke gis innen oppgitt frist, er dette et fristbrudd.

Funksjons- og oppgavedeling

Med funksjons- og oppgavedeling mener vi i denne rapporten hvilke tilbud ulike sykehus og distriktsmedisinske sentre skal ha personell og utstyr for å ivareta, og hvordan oppgaver kan fordeles slik at ressursene som skal til for å løse dem brukes på best mulige måte.

HELFO

HELFO er Helsedirektoratets ytre etat og forvalter årlig om lag 42 milliarder kroner. Dette omfatter oppgjør fra folketrygden til helseaktører for pasientbehandling og utførte helsetjenester, og individuell refusjon av innbyggernes utgifter til blant annet legemidler og helsetjenester i inn- og utland.

Helseforetak (HF)

Helseforetak er virksomhet som eies av ett eller flere regionale helseforetak eller helseforetak. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det finnes både helseforetak som driver pasientbehandling, og helseforetak med andre oppgaver, for eksempel sykehusapotek.

Høringsnotat 21.2.2024

I Nord-Norge eies disse helseforetakene av Helse Nord RHF:

- Helgelandssykehuset HF
- Finnmarkssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF

I tillegg eier Helse Nord RHF to helseforetak som ikke driver pasientbehandling:

- Sykehusapotek Nord HF
- Helse Nord IKT HF

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

Når begrepet «Helse Nord» benyttes, menes hele foretaksgruppen, med alle helseforetakene inkludert det regionale helseforetaket. «Helse Nord RHF» betyr eieren, det regionale helseforetaket.

Helsekompetanse

Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.

HR

HR er en forkortelse for engelsk Human Resources, 'menneskelige ressurser'. Dette omfatter det de ansatte i en virksomhet utgjør av ressurser i form av arbeidskraft, kompetanse og innsats. HR brukes om både teori og praksis knyttet til ledelse og administrasjon av personalet i en virksomhet.

Kronisk

Kronisk betyr 'langvarig' og brukes i medisinen om sykdommer med et langtrukket forløp. Dette i motsetning til akutte, raskt forbigående sykdommer.

Kvalitet

For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Likeverdighet

Helseforetakenes formål er etter helseforetakslovens §1 å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Begrepet likeverdighet er ikke entydig definert i lovverket. Det er en vanlig forståelse at likeverdige tjenester er av god kvalitet og tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde.

LIS

Lege i spesialisering. En stilling for lege som er under strukturert opplæring for å oppnå godkjenning som spesialist på et medisinsk fagfelt. Opplæringen gjøres i tre ulike trinn, benevnt som LIS1, LIS2 og LIS3.

Multisyke personer

Personer som har flere sykdommer samtidig.

Omstilling

Omstilling betyr endring. Omstilling i arbeidslivet er en prosess hvor det skjer endringer i organisasjonen, som for eksempel omorganisering, nedbemanning, sammenslåing eller lignende.

PHBU

Psykisk helsevern for barn og unge.

PHV

Psykisk helsevern.

Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten er allment sett brukt om helsetjenesten utenfor institusjon, gjerne med vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, allmennlegetjeneste (fastlegeordning) og sykepleietjenester utenfor sykehus.

Regionalt helseforetak (RHF)

Regionale helseforetak eies av staten og har et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. I forbindelse med langsiktig planlegging skal regionale helseforetak vurdere om deler av tjenestene skal ytes gjennom inngåelse av avtale med private eller offentlige virksomheter som de ikke eier selv.

Robuste fagmiljø

Et økt antall medarbeidere innen et fagområde gir mindre sårbarhet ved sykefravær og permisjoner, og fremmer mulighet til faglig utvikling og redusert arbeidsbelastning knyttet til vakthypighet og et lavere behov for vikarer.

ROP

Forkortelse for kombinasjonen av ruslidelse og psykisk sykdom.

ROS-analyse

Risiko- og sårbarhetsanalyse. En kvalitativ risikovurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. En ROS-analyse bidrar til oversikt over hva som kan gå galt ved ulike alternativer og identifisere tiltak for å redusere risiko hvis mulig.

Skrøpelige eldre

Nasjonalt senter for aldring og helse definerer skrøpeligheit slik: En tilstand der kroppens motstandskraft mot sykdom, stress og belastninger er svekket.

Somatikk

Somatisk betyr 'kroppslig' eller 'som har med kroppen å gjøre'. Det motsatte kan sies å være psykisk eller psykogen.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal diagnostisere, behandle og følge opp pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager og er en samlebetegnelse for: sykehus, distriktpspsykiatriske sentre, distriktsmedisinske sentre, opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

Sykehus

Et sykehus defineres som en institusjon som er godkjent for å yte spesialisthelsetjenester på døgnbasis. Det gjelder både somatikk, PHV og TSB.

Nasjonal helse- og sykehusplan har gruppert sykehus slik:

- **Regionsykehus**
Det sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. I vår helseregion er UNN Tromsø eneste regionsykehus.
- **Stort akuttisykehus**
Sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Nordlandssykehuset Bodø er regionens ene store akuttisykehus.
- **Akuttisykehus**
Sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. I vår helseregion har vi per i dag disse akuttisykehusene: Finnmarkssykehuset Hammerfest og Kirkenes, UNN Harstad og Narvik, Nordlandssykehuset Lofoten og Vesterålen, Helgelandssykehuset Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen.

TSB

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

TSR

Tverrfaglig spesialisert rehabilitering.

Ventetid

Ventetid er tiden det tar fra behandlingsstedet får henvisningen til pasienten og til pasienten kan komme til utredning eller behandling. Forskjellige typer behandling kan ha ulik ventetid.

VOP

Voksenpsykiatrisk poliklinikk.

ØLP

Høringsnotat 21.2.2024

Økonomisk langtidsplan. Dette er en plan som beskriver Helse Nords langsiktige planlegging og styring. Den har et fireårsperspektiv på økonomiske prioriteringer i drift og et åtteårsperspektiv på økonomiske prioriteringer av investeringer (utstyr og bygg).

ØNH

Det medisinske fagfelt for øre, nese og hals.

Sammendrag

Riktig organisering av sykehusdriften er sentralt for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge i fremtiden. Denne rapporten er Helse Nord RHF sitt svar på vedtaks punkt tre i oppdraget fra helse- og omsorgsministeren, gitt i foretaks møte 9. november 2022: «– vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på sikt».

Oppdraget innebærer å vurdere hvilke tilbud ulike sykehus, distriktsmedisinske- og distriktpsikiatriske sentre skal ha, og hvordan oppgaver kan fordeles slik at ressursene benyttes på best mulige måte. I oppdraget la ministeren vekt på at forslag til endringer også skal styrke fagligheten og kvaliteten i pasienttilbudet.

Det er en lovpålagt oppgave for Helse Nord RHF å sørge for at den nordnorske befolkning har tilbud om gode og likeverdige spesialisthelsetjenester for alle som trenger det når de trenger det. Med dagens utfordringer risikerer vi å ikke kunne oppfylle dette lovkravet, både på kort sikt og i fremtiden:

- Helseforetakene har for lange ventetider og for høyt antall fristbrudd.
- Flere fagmiljø i Helse Nord har over tid hatt store bemanningsutfordringer, og tilgangen til arbeidskraft forventes å bli ytterligere redusert i fremtiden.
- Aldersforskyvning i befolkningen gir økt andel eldre, og øker behov for helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten er ikke rustet til å møte utviklingen uten betydelig omstilling.
- Bemanningsmangelen fører til innleie og til overtid for egne ansatte. Det gir høye kostnader i helseforetakene og svekker muligheten for å etablere stabile fagmiljøer. Det gir svekket beredskap, færre muligheter for gode praksisarenaer for studenter og hemmer innovasjon og tjenesteutvikling.
- Fag- og teknologiutvikling stiller stadig høyere krav til spesialisering og avansert medisinskteknisk utstyr, særlig gjelder dette enheter som yter høyspesialisert behandling. Dette øker behovet for bemanning og investeringer for å yte tjenester av god kvalitet.
- Økt antall studenter krever at det settes av tid, personell og rom for å gi god opplæring. Det påvirker særlig UNN Tromsø, som har et særskilt ansvar for opplæring av studenter og videreutdanning/spesialisering av helsepersonell for regionen.
- Den svake økonomien i foretaksgruppen er til hinder for nødvendige investeringer i bygg og utstyr, noe som gjør det vanskelig å drive personell- og kostnadseffektivt. Dersom den svake økonomiske situasjonen vedvarer over tid, vil den kunne påvirke kvaliteten i helsetilbudet i regionen.

Helse Nord RHF nedsatte fem arbeidsgrupper som fikk i oppdrag å utrede alternative måter å dele funksjoner og oppgaver på i spesialisthelsetjenesten, innen følgende områder:

- Akutte og elektive funksjoner
- Psykisk helsevern
- Rehabilitering og private tjenester
- Diagnostiske funksjoner
- Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Høringsnotat 21.2.2024

Utredningene bekrefter at spesialisthelsetjenestene i Nord-Norge er i en krevende situasjon.

Forslag til tiltak bygger på anbefalingene fra arbeidsgruppene, ytterligere analyser og vurderinger, samt beregninger og tilbakemeldinger fra blant annet brukere og tillitsvalgte. Tilbakemeldinger fra styret i styremøte 9. januar, samt føringer i sykehustalen og foretaksmøtet 16. januar 2024 inngår i grunnlaget for forslag til tiltak:

Psykisk helsevern

Det foreslås å beholde og styrke de polikliniske tilbudene i hele regionen, med mål om å øke kapasitet og kvalitet. Det foreslås å utvide kapasiteten i sykehusfunksjonene i Tromsø og Bodø for å kunne tilby et mer differensiert tjenestetilbud med tilstrekkelig kapasitet til de mest alvorlig psykisk syke pasientene. Styrkingen gjennomføres ved at en reduserer antall døgnplasser i DPS og TSB. Dette er fagområder som fortsatt vil ha god kapasitet sammenlignet med nasjonalt snitt, også etter reduksjonen som anbefales. Psykisk helsevern er et svært sårbart fagområde i Helse Nord. Helseforetakene har vært i beredskap siden våren 2023 grunnet vedvarende overbelegg i døgntilbudet til de mest alvorlig syke, og det er lange ventelister og mange fristbrudd i poliklinikkene. De foreslåtte endringene vil samlet sett bedre tilbud til pasienter innen psykisk helsevern og TSB, og redusere uønsket faglig variasjon sammenlignet med dagens situasjon.

Diagnostiske funksjoner

For å få best mulig nytte av regionens samlede ressurser innen diagnostiske funksjoner foreslås det å opprette et samarbeidsorgan og sikre forpliktende samarbeid mellom helseforetakene i Helse Nord. Diagnostiske funksjoner, som røntgen- og laboratorietjenester, har en kritisk mangel på helsepersonell. Digitale løsninger innen radiologi legger godt til rette for bedre samhandling. Analyser og tolkning av undersøkelsene kan skje stedsuavhengig, mens pasientnære tjenester bør skje nært pasientenes bosted.

Akutte og elektive funksjoner

Foretaksmøtet 16. januar 2024 fikk Helse Nord RHF nye føringer og oppdrag som gjelder funksjons- og oppgavedeling. Med bakgrunn i foretaksprotokollen og sykehustalen er alle tiltak tilknyttet delområde akutte og elektive funksjoner tatt ut av rapporten. Akuttfunksjoner i UNN Narvik og Nordlandssykehuset Lofoten opprettholdes. Organiseringen av fødetilbudet i Helse Nord skal opprettholdes innenfor planperioden for kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan, gitt forsvarlig drift. Eventuelle endringer i funksjons- og oppgavedeling ved Helgelandssykehuset vil bli fulgt opp i en egen prosess.

Rehabilitering

For å sikre tilstrekkelig tilgang til spesialisert rehabilitering foreslås det å samle kompetansen og øke kapasiteten i egne helseforetak. Målet er at helseforetakene selv kan ta hånd om tidligfaserehabilitering etter akutte hendelser. Robuste og fleksible fagmiljøer gir økt kvalitet og styrker pasientsikkerheten. Videre arbeid med organisering av rehabiliteringsområdet skal planlegges mer detaljert og det arbeidet starter i 2025. Helse Nord RHF har nylig inngått avtaler med private

rehabiliteringsinstitusjoner som varer til 2027, og flere endringer kan derfor ikke iverksettes før i 2028.

Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Det foreslås å legge til rette for utprøving av ulike modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Bedre samordning vil bidra til mer helhetlige og sammenhengende pasientforløp, og til at pasientene får riktig behandling på riktig sted til riktig tid. Primær- og spesialisthelsetjenesten må tilpasse tilbudet til hverandre for å møte fremtidens utfordringer, både når det gjelder kapasitet, koordinering, kommunikasjon og planlegging. God samhandling og samarbeid er avgjørende for å opprettholde og videreutvikle en bærekraftig felles helsetjeneste i fremtiden.

I utredningsarbeidet er det tatt hensyn til en rekke avhengigheter og forutsetninger; tilpasning og dimensjonering av prehospitaltjenester, pasientreiseordningen, samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten samt vurderinger knyttet til samfunnssikkerhet og beredskap. Også arbeidet med å beholde, utdanne og rekruttere personell i regionen er av stor betydning for en bærekraftig helsetjeneste og bør sees nærmere på i samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner. Konkurransen om kvalifisert personell bli hardere fremover og Helse Nord må satse på å være selvforsynt med helsepersonell og utdanne våre egne ungdommer. Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning inngår i vurderingsgrunlaget for forslag til tiltak, og vil bli videre utredet i forlengelsen av arbeidet.

Konklusjon

Tiltakene for funksjons- og oppgavedeling som foreslås i denne rapporten vil ikke ha tilstrekkelig effekt til å løse regionens samlede utfordringer med tanke på tilgang på personell og økonomisk bærekraft. Det vil være behov for ytterligere, omfattende omstillinger. Samtidig er det god grunn til å anta at forslagene til tiltak vil gi positive effekter på flere viktige områder. De vil redusere uønsket variasjon og samlet innebære en styrking av tilbudet innen psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester og diagnostiske funksjoner. Tiltakene vil bidra til redusert sårbarhet i tjenesten, gi mer robuste og fleksible fagmiljø og gjennom dette styrke kvaliteten på deler av tjenestetilbudet. Bedre samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten vil også ha betydning for framtidig bærekraft. Tiltakene vil, sammen med pågående omstillingsarbeid i helseforetakene, bidra til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på sikt. Helse Nord skal også i fremtiden kunne tilby likeverdige spesialisthelsetjenester med god kvalitet i hele landsdelen.

1 Innledning og bakgrunn

Spesialisthelsetjenesten i Norge er offentlig eid og styres etter lover vedtatt i Stortinget. Etter helseforetaksloven har regionale helseforetak, inkludert Helse Nord RHF et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal

planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Den samme loven fastsetter i §1 at *«helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.»*

1.1 Gode og likeverdige spesialisthelsetjenester

Utviklingen de siste årene, med en vedvarende mangel på helsepersonell, har brakt helseforetakene i Nord-Norge inn i en vanskelig situasjon. Dette situasjonsbildet er beskrevet detaljert i [Regional utviklingsplan 2023-2028](#) (1). Hvis det ikke iverksettes tiltak som gir bedre bruk av personalressursene og gjør tilbudet mindre avhengig av vikarer, innleid arbeidskraft og overtid i stort omfang, vil helseforetakene få problemer med å yte gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det. Skulle det skje, vil helseforetakene ikke lenger være i stand til å oppfylle formålet loven har fastsatt.

Helse Nord RHF, som eier landsdelens helseforetak og er ansvarlig for å sikre pasientene gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, kan ikke la den negative utviklingen fortsette. Dette er utgangspunktet for dette arbeidet. I Helseforetaksloven går det klart fram at helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen. Når helseforetakene drøfter det ansvaret som er lagt til dem, brukes andre ord: 'Sørge for at befolkningen får forsvarlige helsetjenester¹'. Ved tilsyn av tjenestene er det forsvarligheten som vurderes. Vurdering av hva som er en forsvarlig helsetjeneste er godt innarbeidet i helsetjenestene. Drøftingen av tiltak i dette dokumentet vil derfor bli gjort ut fra vurdering av hva som er forsvarlige helsetjenester, i tillegg til det entydige prinsippet om likeverdighet.

Helse Nord RHF og de andre regionale helseforetakene er offentlig eid og politisk styrt av helse- og omsorgsministeren. Helse- og omsorgsdepartementet så før pandemien et behov for omstilling i helseforetakene i nord for å tilpasse driften til de økonomiske rammene, men pandemien gjorde det vanskelig å videreføre arbeidet. Den 9. november i 2022 ba helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol gjennom foretaksmøte Helse Nord om å *«- vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på sikt.»*

Styret påbegynte arbeidet ved å beslutte [mål og rammer](#) for prosessen 23. februar 2023. I mars [vedtok](#) styret fremdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder å utrede. Fem arbeidsgrupper ble nedsatt. Arbeidsgruppene leverte sine anbefalinger 14. november 2023. Basert på disse, på utvidede analyser og egne vurderinger, la administrerende direktør i Helse Nord frem sin anbefaling til en helhetlig plan for styret i styremøte 9. januar 2024, jf. *styresak 2-2024 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord- høringsutkast helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling*. Etter diskusjon i møtet, trakk administrerende direktør saken og varslet at et justert planutkast ville bli fremmet på et senere tidspunkt. I foretaksmøtet 16. januar 2024 ble det fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt føringer som medførte behov for mer omfattende

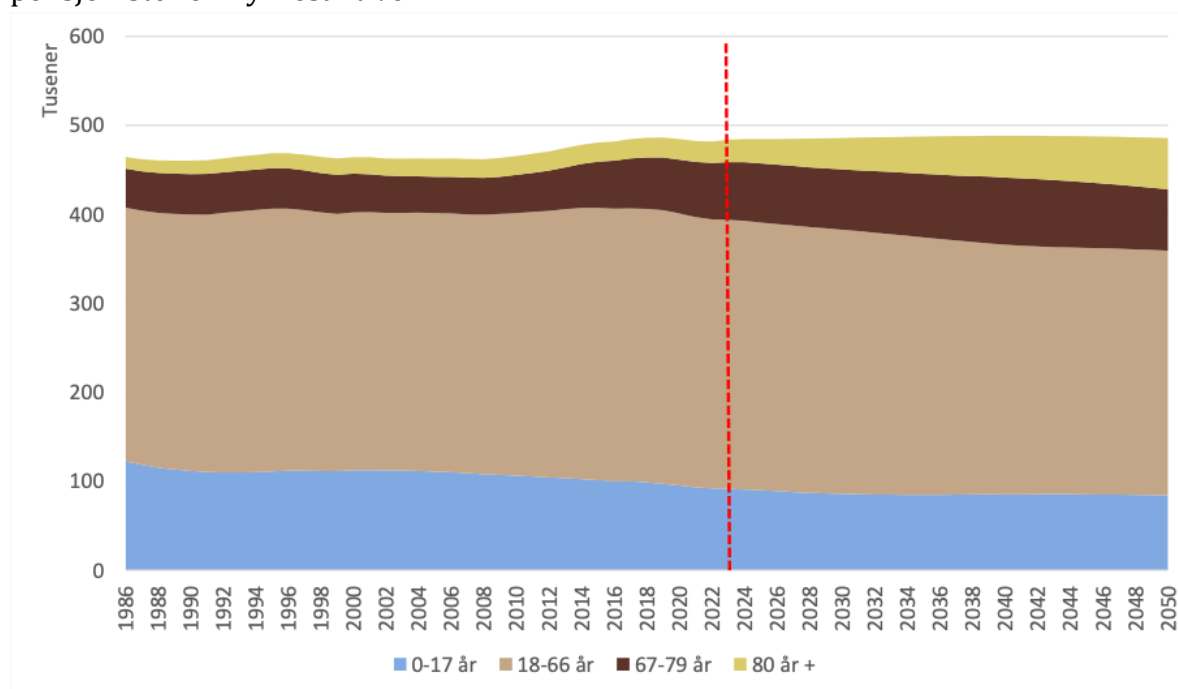
¹ Helsepersonelloven kapittel 2, §4

endringer. Disse er innarbeidet i rapporten *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*.

1.2 Bemanningsutfordringene i helseforetakene

I februar 2023 la Helsepersonellkommisjonen frem sin utredning [Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#) (2). At Norge fremover vil mangle helsepersonell var allerede godt kjent. Helsepersonellkommisjonen bekreftet og utdypet beskrivelsen av utfordringene og pekte blant annet på at personellmangelen vil gjøre seg sterkest gjeldende i distriktene. Uten omstilling og tiltak som sikrer bedre bærekraft, advarer kommisjonen om et mulig sammenbrudd i tjenestene.

Bemanningsutfordringene har flere forklaringer, men størst utslag gir en aldrende befolkning. Med økende alder øker antallet sykdommer pr pasient, som det nå er mulig å behandle. Behovet for spesialisthelsetjenester vil altså øke eksponentielt. Samtidig er antallet i de unge årskullene avtakende, og en lavere andel av årskullene ser ut til å ønske en karriere innen helsetjenestene. I 2023 passerte regionen punktet der vi var flere innbyggere over 65 år enn under 20 år i Nord-Norge (figur 1). Mange av landsdelens kommuner er på vei mot en befolkningssammensetning der det ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) vil være flere pensjonister enn yrkesaktive.



Figur 1. Befolkningsutvikling i Nord-Norge fra 1986 til i dag (rød stiplet linje) og framskrevet til 2050 for ulike alderskategorier (blå 0-17 år, lysebrun 18-66 år, mørkebrun 67-79 år og beige 80+ år).

Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Det er et gode at mange lever lenger enn før, og at gode helsetjenester gjør at flere overlever sykdommer man tidligere døde av. Men det betyr at behovet for helsetjenester øker. Parallelt synker andelen av befolkningen som er yrkesaktiv, sammenlignet med andelen som står utenfor arbeidslivet.

Høringsnotat 21.2.2024

Utfordringsbildet som Helsepersonellkommisjonen tegner opp for landet som helhet, er allerede en realitet i deler av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. I størrelsesorden 1 000 stillinger står ubesatt i landsdelen (tabell 1). Kapasiteten i deler av tjenesten er på bristepunktet, både innen somatikk og innen psykisk helsevern og TSB.

Organisasjon	Budsjetterte faste stillinger	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidig	Mangel (%)
Finmarkssykehuset HF	1 602,1	1 303,3	98,4	200,4 (12,5%)
Alta	206,5	168,4	12,9	25,2 (12,2%)
Hammerfest	657,5	540,5	50,4	66,6 (10,1%)
Kirkenes	570,5	469,7	27,7	73,0 (12,8%)
Sámi klinikk	167,6	124,6	7,3	35,7 (21,3%)
UNN HF	6 008,2	5 089,5	479,4	439,3 (7,3%)
Harstad	731,3	630,4	59,0	41,9 (5,7%)
Narvik	546,6	475,4	25,1	46,1 (8,4%)
Svalbard	23,5	16,5	4,1	2,9 (12,3%)
Tromsø	4 686,9	3 954,3	390,1	342,5 (7,3%)
Utenfor UNNs opptaksområde	19,8	12,9	1,0	5,9 (29,8%)
Nordlandssykehuset HF	3 230,9	2 730,6	252,8	247,5 (7,7%)
Bodø	2 492,1	2 113,9	200,8	177,4 (7,1%)
Lofoten	333,9	272,8	24,2	36,8 (11,0%)
Vesterålen	404,9	343,9	27,7	33,3 (8,2%)
Helgelandssykehuset HF	1 534,6	1 242,3	159,6	132,7 (8,6%)
Brønnøysund	84,7	66,8	6,6	11,3 (13,4%)
Mo i Rana	631,8	509,7	79,6	42,4 (6,7%)
Mosjøen	374,2	317,1	26,3	30,7 (8,2%)
Sandnessjøen	443,9	348,7	47,0	48,2 (10,9%)
Total	12 375,8	10 365,7	990,2	1 019,9 (8,2%)

Kilde: Helse Nord LIS. For definisjoner og detaljer rundt beregningen av tallene vises det til analysenotatet [Hvordan dekkes behov for arbeidskraft i Helse Nord?](#) Analysenotatet er tilgjengelig på Helse Nord RHF nettsider.

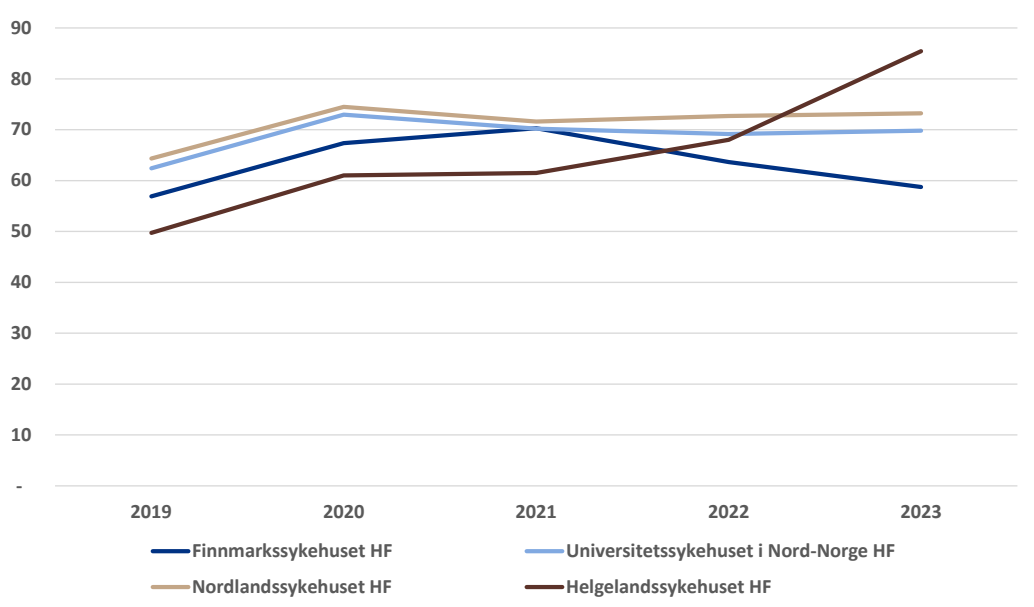
Tabell 1. Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på HF og sykehus/klinikk.

1.2.1 Følger av bemanningsmangelen

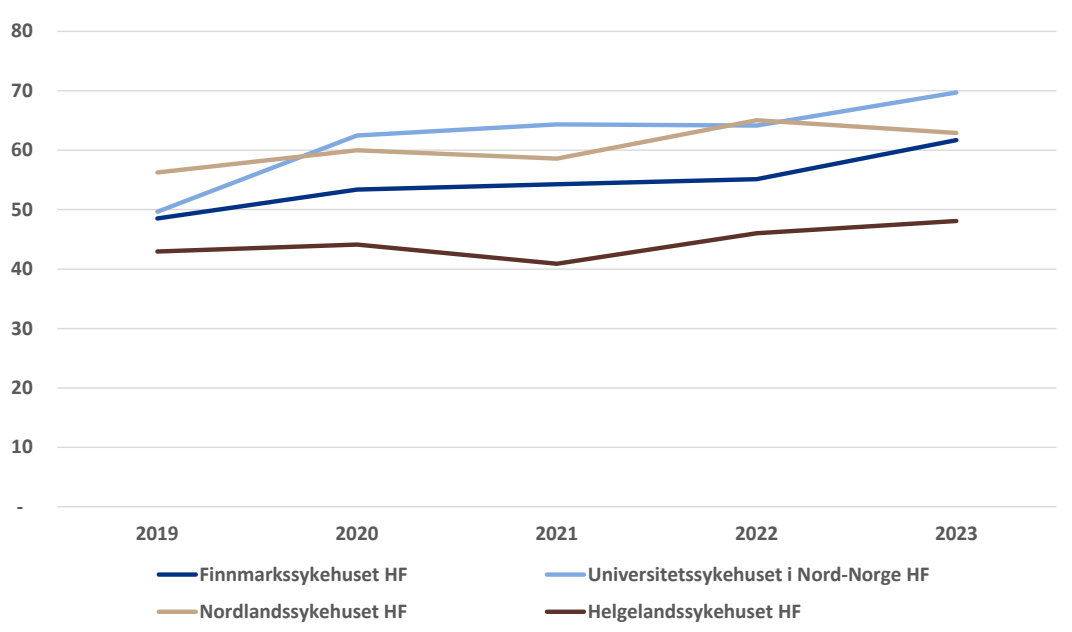
Først og fremst går mangelen på personell ut over pasientene, som ikke får behandling i tide. Går det for lang tid fra man er henvist til helsehjelpen starter, kan det føre til at helsetilstand og prognose forverres. Pasienter som har økonomi til det, kan betale og få raskere behandling i private sykehus. Dersom dette øker i omfang, vil det bidra til økt sosial ulikhet i helse og en mer todelt helsetjeneste. Det er en uønsket utvikling, og det er også av den grunn viktig å redusere ventetidene i den offentlige helsetjenesten.

Helsedirektoratet fører statistikk over ventetidene i de ulike helseregionene. Helse Nord toppet listen i 2022 med en gjennomsnittlig ventetid avviklede på 69 dager. I 2023 var gjennomsnittlig ventetid for avviklede 71 dager. Målet på sikt for hele landet er at ventetiden

skal være under 50 dager. Figur 2 og 3 viser utviklingen i ventetid innenfor somatikk og psykisk helsevern og TSB fordelt på helseforetak. Utviklingen har vært negativ for helseforetakene i nord i perioden 2019-23.

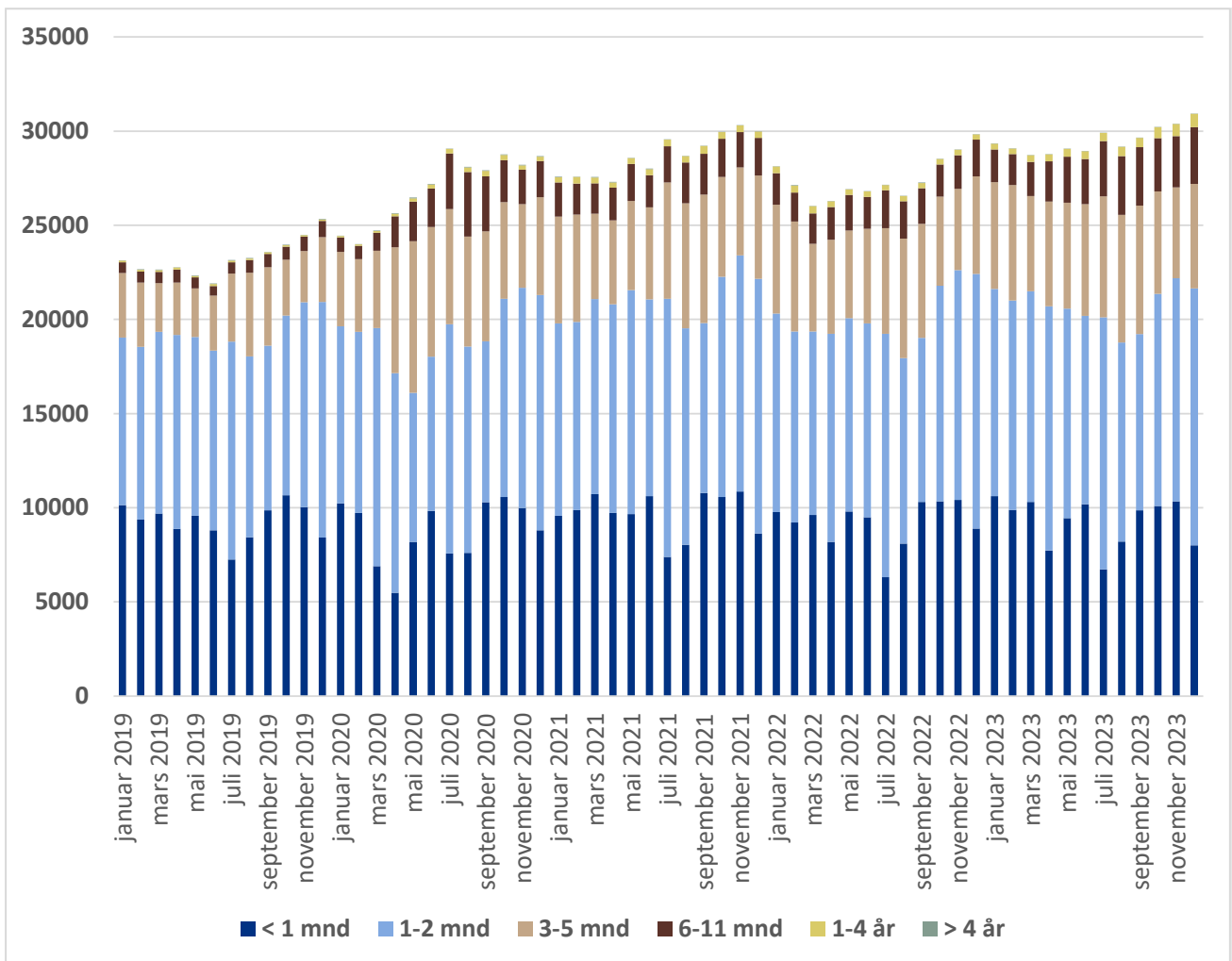


Figur 2. Utvikling i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til desember 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.



Figur 3. Utvikling i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til desember 2023 innenfor psykisk helsevern og TSB. Private tjenestetilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.

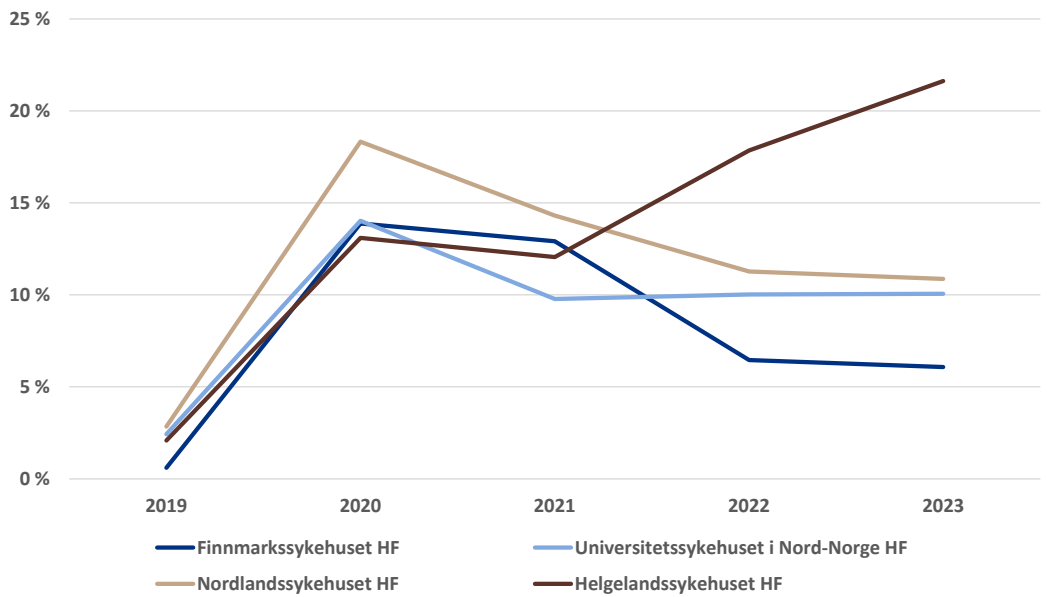
Gjennomsnittlig antall ventende per måned per desember 2023 har økt med 27 % sammenlignet med samme periode i 2019 (figur 4). Dette er en økning i antall ventende på 6246 pasienter. Denne økningen bidrar til at vi per februar 2024 har 29 000 mennesker som venter på utredning og/eller behandling i Helse Nord.



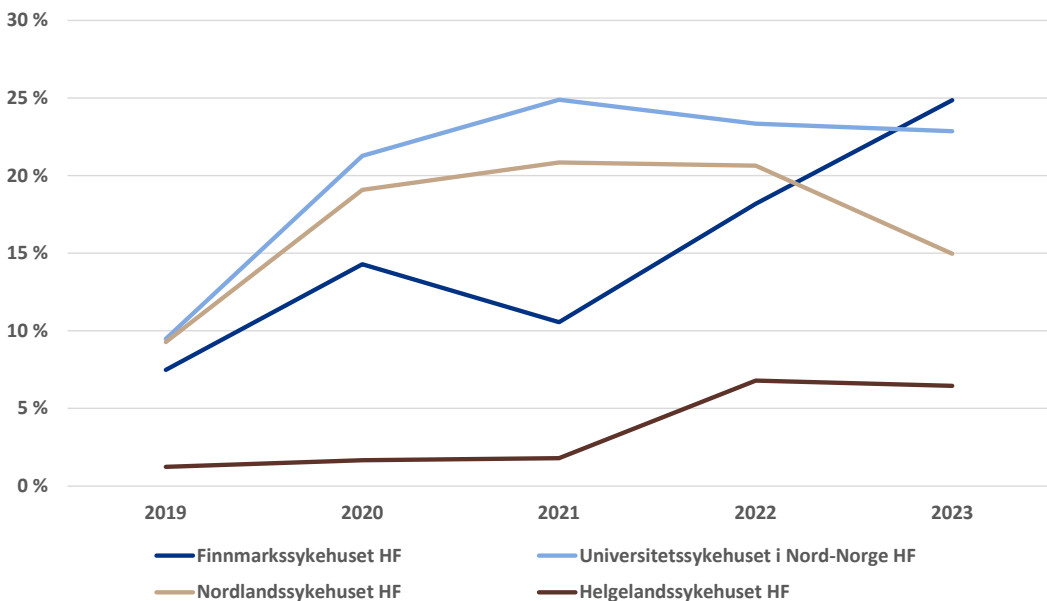
Figur 4. Antall ventende pasienter i Helse Nords helseforetak fra januar 2019 til desember 2023.
 Kilde: Helsedirektoratet.

Tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse er avgjørende for å kunne gi nordnorske pasienter forsvarlig behandling, både akutt og planlagt, som er likeverdig med tilbudet ellers i landet. Stabil bemanning er også viktig for å gi trygge tjenester og forebygge uønskede hendelser og pasientskader. Figur 5 og 6 viser utviklingen i fristbrudd for somatikk og psykisk helsevern og TSB fordelt på helseforetak for perioden 2019-2023.

Høringsnotat 21.2.2024



Figur 5. Andel fristbrudd ordinært avviklede per helseforetak for perioden januar 2019 til desember 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.



Figur 6. Andel fristbrudd ordinært avviklede per helseforetak for perioden januar 2019 til desember 2023 innenfor psykisk helse og TSB. Private tilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.

I tillegg til å sørge for et forsvarlig og tilstrekkelig tilbud om spesialisthelsetjenester, har Helse Nord andre lovpålagte oppgaver som lider under mangelen på stabil bemanning. Det gjelder blant annet utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Manglende kapasitet til å drive utdanning øker risikoen for at rekrutterings- og bemanningsproblemene i nord forsterkes ytterligere i framtiden. Vi vet at helsepersonell som er utdannet ved våre egne helseforetak har større sannsynlighet for å bli værende i landsdelen etter endt utdanning.

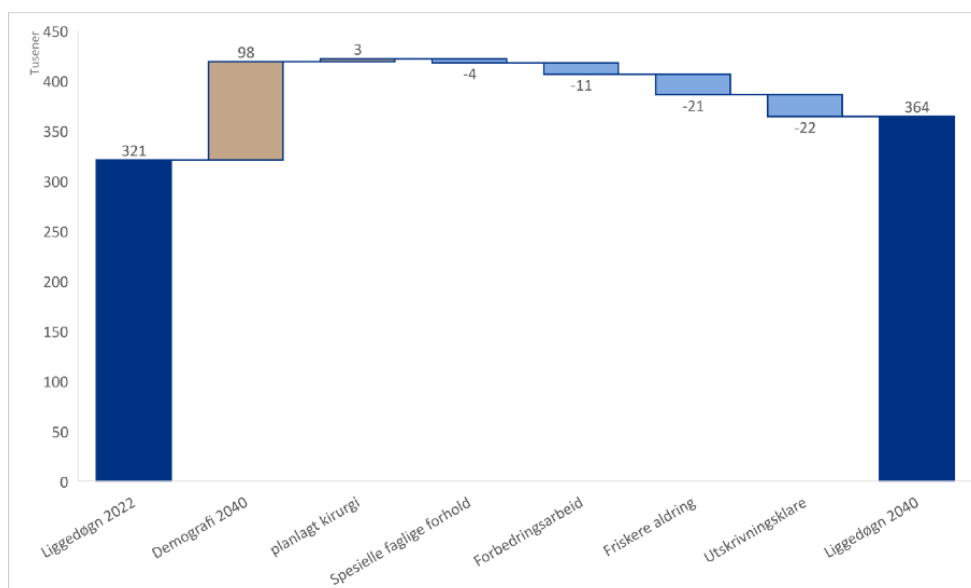
Manglende stabilitet i bemanningen gir ikke den kontinuiteten som skal til for å bygge sterke, stimulerende fagmiljøer og et fundament for forskning, innovasjon og fag- og tjenesteutvikling. Helsetjenesten trenger kontinuerlig utvikling for å bli bedre, og de ansatte er den viktigste ressursen også i dette. Kontinuitet i behandlingsrelasjonen er også viktig for pasientopplevd kvalitet. Brukerrepresentantene i arbeidsgruppene har pekt på at det er en belastning å stadig måtte gjenta historien sin til nye behandlere. De peker på at manglende kontinuitet i behandlingsrelasjonen i ytterste konsekvens kan føre til at vesentlig informasjon går tapt.

Overtid, vikarbruk og innleie som ad-hoc-løsninger brukt i stort omfang for å løse prekære situasjoner, gir også store utslag for helseforetakenes økonomi. De svært høye personellkostnadene bidrar til å sementere problemene. Kostnadene for å dekke vakter med slike løsninger gjør det praktisk talt umulig for helseforetakene å sette av midler til investeringer i bygg og utstyr som kan gi mer effektiv drift. Helseforetakene har klare oppfatninger og gjennomtenkte planer om tiltak og investeringer som kunne modernisert driften, men må i stedet bruke midlene på ekstraordinære personalkostnader. De har havnet i en ond sirkel.

1.2.2 Tjenestene må rustes for økende behov

Dagens bemanningsutfordringer er krevende nok, men situasjonen vil bli enda mer krevende i fremtiden. I overkant av syv prosent av den eldre befolkningen i Nord-Norge er vurdert som skrøpelige, en medisinsk betegnelse for eldre mennesker med redusert motstandskraft mot sykdom og nedsatt funksjonsnivå². Ingen andre landsdeler har en like høy andel skrøpelige eldre som oss, og andelen ventes å øke. Selv om befolkningen, også de eldre, vil ha bedre helse i årene som kommer, og selv om effektivisering og bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten forbedres, beregner Nasjonal framskrivningsmodell somatikk en økning på 13,6 prosent i antallet liggedøgn for Helse Nord fra 2022 til 2040 (figur 7). Dette tilsvarer en økning på 43 000 liggedøgn, hvor flertallet vil være eldre, skrøpelige pasienter.

² <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-kommunene-og-somatiske-sykehus-blant-skrøpelige-eldre/definisjon-av-skrøpelige-eldre>



Figur 7. Framskrivning av antall liggedøgn (i tusener) innenfor somatikk i Helse Nord fra 2022 til 2040.
Kilde: Nasjonal framskrivningsmodell somatikk 2023.

[Regjeringens opptrappingsplan for psykisk helse](#) (3) viser også et klart behov for å styrke spesialisthelsetjenesten. Behovet for behandlingstjenester innen psykisk helsevern for både voksne og barn vil øke, særlig innenfor poliklinisk behandling hvor 70 prosent av pasientene ivaretas, men også innenfor sykehusfunksjoner (vedlegg 2). Opptrappingsplanen peker på at det i organiseringen av tjenestene må tas større hensyn til begrensninger i personellressurser.

1.2.3 Øvrige omstillingstiltak

De store, komplekse utfordringene i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge løses ikke bare med ett grep eller omstillingstiltak på ett felt. Det er nødvendig med en kombinasjon av tiltak på flere områder. Omstillingsarbeidet må gjøres bredt og omfatte hvordan tilbudet blir best mulig innrettet for akutt og planlagt behandling, rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, diagnostiske tjenester, effektiv bruk av digitale løsninger og ikke minst bedre samhandling med primærhelsetjenesten. I tillegg vil det være behov for å vurdere stabs- og administrative funksjoner, samt tiltak for styrke sykehusenes evne til å beholde og rekruttere medarbeidere, oppgavedeling og innovasjon.

1.3 Helseforetakene i Helse Nord

Helse Nord RHF er det regionale helseforetaket for spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og har som hovedoppgave å planlegge, organisere, styre og samordne virksomheten i helseforetakene. Helse Nord RHF har ansvar for seks helseforetak hvorav fire er sykehusforetak: Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. I tillegg består foretaksgruppen av Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT. Til sammen yter Helse Nord spesialisthelsetjenester til en befolkning på ca. 483 000 innbyggere (tabell 2) som utgjør 8,8 prosent av Norges befolkning per tredje kvartal 2023 (3).

Helseforetak/Sykehus	Distriktpsikiatrisk senter	Somatisk behandling
Finnmarkssykehuset HF	74 112	74 112

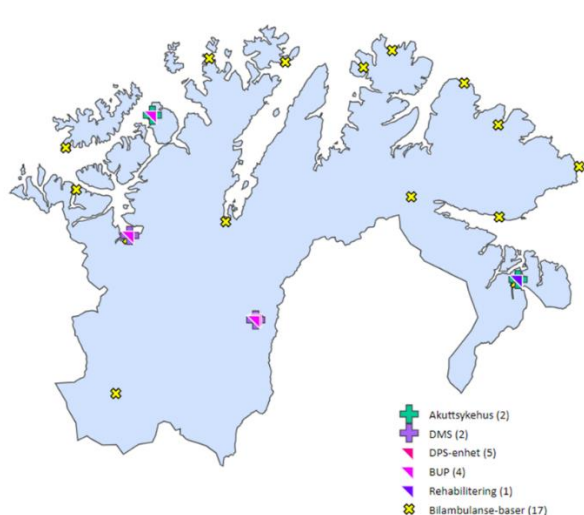
Høringsnotat 21.2.2024

Hammerfest	-	47 763
Kirkenes	-	26 349
Midt-Finnmark	11 533	-
Vest-Finnmark	38 510	-
Øst-Finnmark	24 069	-
Helgelandssykehuset HF	77 352	77 352
Mo i Rana	33 361	35 213
Mosjøen	16 074	16 074
Sandnessjøen	-	26 065
Ytre Helgeland	27 917	-
Nordlandssykehuset HF	138 922	138 922
Bodø	-	84 997
Lofoten	24 174	23 486
Salten	84 309	-
Vesterålen	30 439	30 439
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	193 150	193 150
Harstad	-	36 549
Midt-Troms	34 176	-
Narvik	-	25 625
Nord-Troms	10 680	-
Ofoten	29 016	-
Sør-Troms	29 048	-
Tromsø	-	130 976
Tromsø og omegn	90 230	-
Totalsum	483 536	483 536

Tabell 2. Befolningsgrunnlag per somatiske akuttisykehus og distriktpsikiatriske sentre i 2022. Kilde: *Befolkning per opptaksområde i spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå, tabell 13982.*

1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset består av to akuttisykehus og distriktsmedisinske og -psykiatriske sentre (figur 8) og har et opptaksområde på om lag 74 000 innbyggere (tabell 3). Finnmarkssykehuset har et nært samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge, som dekker flere spesialiserte funksjoner for helseforetaket.



Figur 8. Kart over tjenestestrukturen i Finnmarkssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern. *Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.*

Kommune	Befolkning
Alta	21 317
Vardø	1 933
Vadsø	5 593
Hammerfest	11 310
Guovdageaidnu - Kautokeino	2 847
Loppa	862
Hasvik	970
Måsøy	1 119
Nordkapp	2 932
Porsángu – Porsanki - Porsanger	3 863
Kárásjohka - Karasjok	2 543
Lebesby	1 226
Gamvik	1 054
Berlevåg	908
Deatnu - Tana	2 804
Unjárga - Nesseby	864
Båtsfjord	2 117
Sør-Varanger	9 850
Totalt	74 112

Tabell 3. Befolkningstall kommuner for sykehusområde Finnmarkssykehuset 2023.

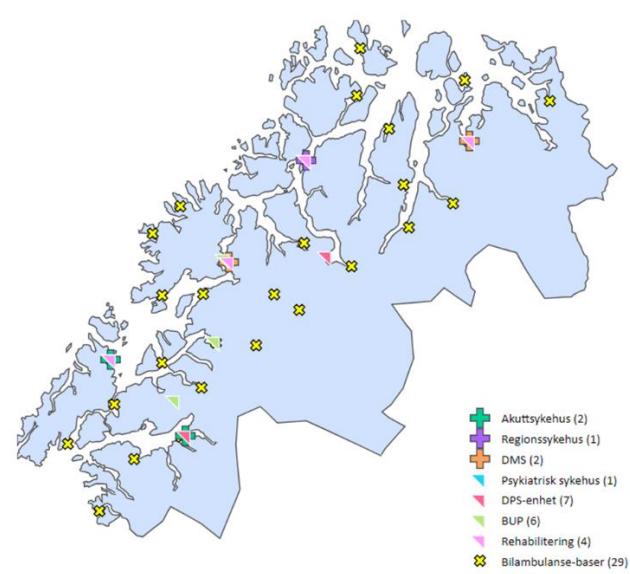
Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 01222.

1.3.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Universitetssykehuset Nord-Norge er Helse Nord's regions- og universitetssykehus og har et opptaksområde på 193 000 personer (tabell 4) for å dekke lokalsykehusfunksjonene, mens de for universitetssykehusfunksjonene og regionsykehusfunksjoner, dekker hele befolkningen i Helse Nord. UNN har mange ulike funksjoner (figur 9). Universitetssykehusoppgaver er blant annet grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste fagområder, med krav til høy internasjonal kvalitet. Andre universitetssykehusoppgaver er å tilby forskningsbasert medisinsk utdanning. Regionsykehusoppgavene omfatter ansvar for å tilby

Høringsnotat 21.2.2024

og utvikle høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Dette er høyspesialiserte funksjoner som krever pasientgrunnlag og fagmiljø av tilstrekkelig størrelse og kvalitet.



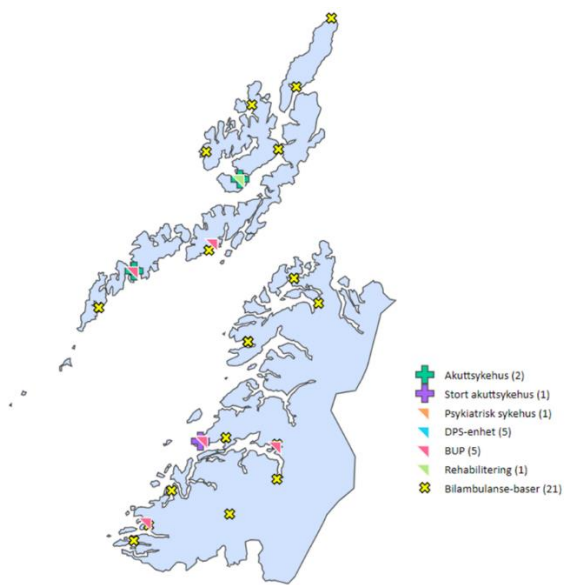
Figur 9. Kart over tjenestestrukturen i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, somatikk og psykisk helsevern.
Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

Kommune	Befolkning
Narvik	21 515
Lødingen	1 985
Evenes	1 310
Tromsø	77 992
Harstad	24 903
Kvæfjord	2 866
Dielddanuorri - Tjelsund	4 206
Ibestad	1 279
Gratangen	1 079
Loabák - Lavangen	983
Bardu	3 949
Salangen	2 048
Målselv	6 782
Sørreisa	3 428
Dyrøy	1 056
Senja	14 851
Balsfjord	5 517
Karlsøy	2 171
Lyngen	2 714
Storfjord -	1 836
Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono	2 000
Skjervøy	2 790
Nordreisa	4 772
Kvænangen	1 118
Totalt	193 150

Tabell 4. Befolkningsstall kommuner for sykehusområdet Universitetssykehuset i Nord-Norge 2023. *Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 01222.*

1.3.3 Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset er landsdelens nest største helseforetak og har videreutviklet og videreført funksjoner fra tiden som sentralsykehus (figur 10). Helseforetaket dekker flere funksjoner for Helgelandssykehuset og har et opptaksområde med om lag 138 000 innbyggere (tabell 5).



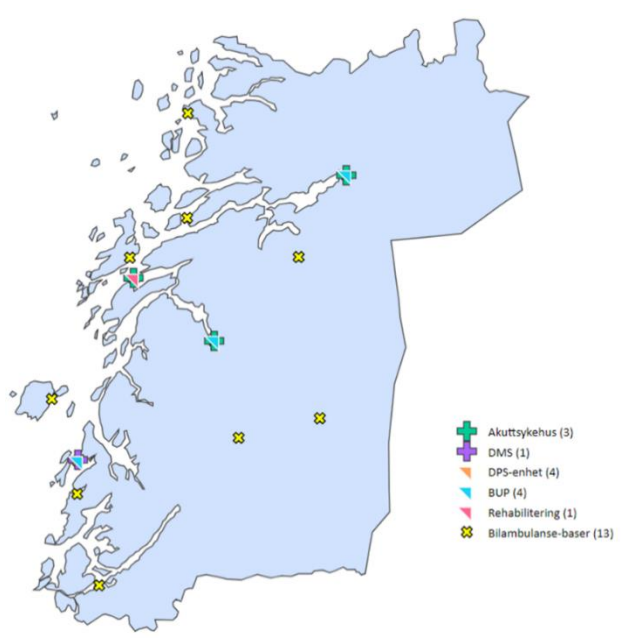
Figur 10. Kart over tjenestestrukturen i Nordlandssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern. *Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.*

Kommune	Befolkning
Bodø	53 259
Meløy	6 212
Gildeskål	1 928
Beiarn	1 027
Saltdal	4 650
Fauske	9 572
Sørfold	1 845
Steigen	2 665
Røst	469
Værøy	688
Flakstad	1 220
Vestvågøy	11 551
Vågan	9 736
Hadsel	8 184
Bø (Nordland)	2 584
Øksnes	4 533
Sortland	10 561
Andøy	4 577
Moskenes	979
Hábmer - Hamarøy	2 682
Totalt	138 922

Tabell 5. Befolkingstall kommuner for sykehusområde Nordlandssykehuset 2023. *Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 01222.*

1.3.4 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset består av tre akuttisyekehus med et opptaksområde på ca. 77 000 innbyggere (tabell 6), i tillegg til distriktpsikiatriske sentre (figur 11).



Figur 11. Kart over tjenestestrukturen i Helgelandssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern. *Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.*

Kommune	Befolkning
Bindal	1 391
Sømna	1 970
Brønnøy	7 787
Vega	1 219
Vevelstad	454
Herøy (Nordland)	1 839
Alstahaug	7 300
Leirfjord	2 270
Vefsn	13 342
Grane	1 454
Aarborte - Hattfjelldal	1 278
Dønna	1 391
Nesna	1 783
Hemnes	4 459
Rana	25 980
Lurøy	1 852
Træna	444
Rødøy	1 139
Totalt	77 352

Tabell 6. Befolkingstall kommuner for sykehusområde Helgelandssykehuset 2023.

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 01222.

1.3.5 Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF

Sykehusapotek Nord arbeider målrettet for å være en sikker leverandør av apotekvarer til helseforetakene i Helse Nord. Helse Nord IKT har ansvaret for drift, forvaltning og utvikling av felles IKT-systemer for alle sykehusene og helseforetakene i Helse Nord.

1.3.6 Andre data fra foretaksgruppen

Helseforetakene i Helse Nord har ulike funksjoner og oppgaver. Alle sykehusene er akuttsykehus og har lokale funksjoner for befolkningen i sitt opptaksområde. Universitetssykehuset Nord-Norge har i tillegg regionsykehusfunksjon for hele Nord-Norge. I tillegg er det ulike funksjonsdelinger både innad og mellom helseforetakene. En direkte sammenligning mellom helseforetakene kan derfor bli upresis, da sykehusenes pasientgrupper kan ha ulike karakteristika. Likevel er det en del opplysninger som er naturlig å sammenligne. I tabell 7 er det gjengitt data for antall ansatte, antall senger og en rekke aktivitetsdata per helseforetak for å vise omfanget av driften i helseforetakene.

Overordnet	FIN	UNN	NLSH	HSYK	SANO	HN IKT	HN RHF
Budsjett 2023 (millioner)	2 705	9 347	5 484	2 498	759	938	2 312
Månedsværk fastlønn mai 2023*	1 402	5 568	2 986	1 403	150	386	115
Antall senger somatikk**	153	564	315	148			
Antall senger psykisk helsevern og rus	48	241	140	38			
Antall pol. kontakter 2022 somatikk	80 467	246 593	171 052	86 931			
Antall pol. kontakter 2022 PHV/TSB	37 922	100 807	61 352	37 665			
Antall dagbehandling inkludert dagkirurgi	5 528	32 109	24 589	11 971			
Antall fødsler	567	1 746	1 264	531			
Antall studenter, lærlinger og LIS1***	373	2 953	871	325			
Forskning - antall publikasjoner	20	419	89	22	1	11	
Forskning og utvikling - kost (millioner)	9	296	54	6	4	69	
Andel tele- og videokonsult. 2022 Somatikk	9,3 %	12,3 %	13,9 %	9,3 %			
Andel tele- og videokonsult. 2022 PHV/TSB**	28,6 %	21,6 %	19,6 %	16,2 %			
Antall innleggelser somatikk	10 783	35 984	23 429	10 858			
Antall innleggelser psykisk helsevern /TSB	691	3 783	1 887	478			
Snitt liggetid per opphold i somatikk	3,5	4,6	3,9	3,6			
Snitt liggetid per opphold psykisk helsevern	19,3	18,3	19,8	16,9			

* Månedsværk fastlønn for faste og midlertidige ansatte ekskludert for refusjonsberettiget fravær.

**Antall senger i bruk registrert 16. november 2023 ekskludert dialyse, dagkirurgi og pasienthotell.

*** Tall fra Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset inkluderer ikke lærlinger.

Tabell 7: Utvalgte data vedrørende økonomi og aktivitet i foretaksgruppen. Kilder: HN LIS - uttrekk fra NIMES, Agresso, Dips, medisinsk fødselsregister Helseforetakene per november 2003.

1.4 Sykehusforetakenes egne beskrivelser av nå-situasjonen

Helse Nord RHF har bedt sykehusforetakene om å beskrive bemanningssituasjonen, inkludert det å beholde og rekruttere fagfolk, spesielt sårbare fagområder eller profesjoner, og hvilken betydning bemanningsutfordringene har for driften. Vi gjengir her beskrivelsene vi har mottatt fra administrerende direktører i hhv. Finnmarkssykehuset, UNN, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset.

1.4.1 Finnmarkssykehuset

Vurdering av dagens bemanningssituasjon

Situasjonen preges av den nasjonale mangelen på helsepersonell. Bemanningssituasjonen er varierende fra enhet til enhet og kan endre seg raskt. Generelt sett har Finnmarkssykehuset relativt små fagmiljøer med få spesialister og annet kvalifisert personell ved hvert fagområde. Manglende bemanning innebærer ledige vakter, høyere press på faste ansatte, et relativt høyt forbruk av overtid og innleid arbeidskraft, noe som medfører økte kostnader.

Utfordringer

Det er økende utfordringer med å få besatt alle budsjetterte stillinger innenfor flere fagområder og lokasjoner. Bemanningssituasjonen er varierende fra enhet til enhet og kan endre seg raskt. Små endringer i personalsituasjonen eller utforutsette hendelser kan gi relativt store utslag i behandlingsskapasitet, kvalitet i pasientoppfølging og fristbrudd. De største bemanningsutfordringene for Finnmarkssykehuset er:

- **Psykiatri.** En generell mangel på psykologspesialister, psykiatere, barnepsykiatere og psykologer. Det er i all hovedsak få søkere ved utlysningene i psykiatri.
- **Somatikk.** Flere ledige intensivsykepleierstillinger både i Hammerfest og Kirkenes. Det er mangel på jordmødre i Hammerfest (for tiden er stillingene besatt i Kirkenes og Alta), indremedisinske LIS 2/3 i Hammerfest og Kirkenes og sykepleiere ved sengeenheter.
- **Prehospital.** AMK har i dag flere stillingsvakanser som er svært utfordrende å få besatt, og problemet har økt i styrke over flere år.

For **Kirkenes** er det utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere til intensiv og operasjon. Det kan også være utfordrende å rekruttere enespesialister innenfor enkelte fagområder, både innen somatikk og psykisk helsevern. Innenfor psykisk helsevern er det mangel på psykologspesialist ved VPP og BUP. Som for øvrige distrikter er det spesielt utfordrende å rekruttere psykologspesialist, psykolog og LIS.

For Finnmarkssykehuset **Hammerfest** er det utfordrende å rekruttere innenfor flere av områdene av spesialsykepleiere. For medisinske leger er det utfordrende med mange ledige stillinger for LIS 2/3. Innenfor psykisk helsevern er det mangel på psykiater, psykologspesialist og LIS ved VOP.

For klinikk **Alta** er det størst utfordring med å få ansatt operasjonssykepleiere og legespesialister. Innenfor psykisk helsevern er de fleste stillingene besatt, men det er vakante stillinger for psykolog ved VPP/Rus poliklinikk samt for barnepsykiater, LIS og psykologspesialist ved BUP.

Ved **Sámi Klinikk** er det utfordrende å få tak i spesialister og ansatte med «dobbelkompetanse» i form av fagkompetanse og kjennskap til samisk språk og kultur. Det er ledige stillinger for LIS, psykiater, psykologspesialist og psykolog ved TSB døgn og poliklinikk. I all hovedsak er det få søkere ved utlysningene i psykisk helsevern og rus.

Bemanningsutfordringenes konsekvenser

Manglende bemanning innebærer ledige vakter, høyere press på faste ansatte, et relativt høyt forbruk av overtid og innleid arbeidskraft noe som medfører økte kostnader.

Høringsnotat 21.2.2024

- Finnmarkssykehuset er i dag det helseforetaket med lavest ventetid i Helse Nord. Finnmarkssykehuset har etablert rutiner på oppfølging av ventetid innenfor de ulike fagområder. Ved fravær av spesialister over tid ser en at ventetid og antall fristbrudd øker. Dette søkes løst ved tett samarbeid mellom sykehus/klinikkene.
- Per september 2023 hadde Finnmarkssykehuset et overforbruk på 16,8 mill. kroner på innleid personell fra byrå, samt et overforbruk på lønnskostnader på 48,5 mill. kroner. En reduksjon av dette overforbruket vil åpne for bedre muligheter til opparbeidelse av overskudd til blant annet investeringer i bygg og utstyr.

1.4.2 Universitetssykehuset Nord-Norge

Vurdering av dagens bemanningssituasjon

Ved UNN **Tromsø** har de fleste somatiske fag unntatt radiologi en rimelig god rekruttering av overleger, og stort sett alle overlegestillingene er besatt. Innen psykisk helse og rus er det derimot store bemanningsutfordringer knyttet til både psykiatere og psykologer. Mange somatiske enheter har god rekruttering av sykepleiere, men også dette er mer utfordrende innen psykisk helse og rus. Generelt må UNN utdanne alle spesialister selv, vi rekrutterer svært sjelden ferdige spesialister utenfra.

For UNN **Harstad** har medisinsk klinikk hatt flere ledige overlegestillinger over tid og stor mangel på sykepleiere (brukt byrå siste året). Kirurgisk klinikk har en god rekrutteringssituasjon og stabil bemanning. Det er krevende å rekruttere til stillinger innenfor fagområdene ØNH og øye. Andre enheter har utfordringer med å rekruttere sykepleiere, og også audiografer er det mangel på. Tidligere har det vært utfordrende å rekruttere fastboende spesialister innen gynekologi og fødselshjelp, men nå er alle stillinger unntatt en innen dette faget besatt med fastboende leger. Det er ingen ledige jordmorstillinger, men avdelingen er sårbar for sykefravær og vaktberedskap.

For UNN **Narvik** har medisinsk avdeling hatt flere ledige overlegestillinger over tid og derfor behov for å leie inn fra vikarbyrå. Periodevis er det vanskelig å rekruttere LIS 2-3 leger. God rekruttering av sykepleiere. Kirurgisk avdeling har alle stillinger besatt. Siden fagmiljøene innenfor kirurgi er små (to urologer, fire generellkirurger, en plastikk-kirurg), så er avdelingens drift svært sårbar ved fravær. God rekruttering av jordmødre.

Utfordringer

UNN **Tromsø** opplever økende utfordringer med å rekruttere LIS2-3 i enkelte fag, særlig fag med høy vaktbelastning. Spesialsykepleiere innenfor intensiv, operasjon og anestesi er det betydelige utfordringer med å rekruttere, og UNN har vesentlig mangel på disse yrkesgruppene særlig i Tromsø. Vikarbyråene klarer ikke levere de vikarene vi etterspør/har behov for. Det er til enhver tid noen sengeposter i UNN Tromsø som har betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere.

- Radiologi er et område med en kjent og meget stor utfordring. Det er krevende både å rekruttere og stabilisere LIS, og det er ikke mulig å rekruttere ferdige spesialister utenfra. UNN mangler minimum 10 overleger i forhold til det reelle behovet.
- Tidvis problemer med rekruttering av LIS i pediatri. Vi får heller ikke rekruttert spesialister i pediatri, men utdanner våre egne.

Høringsnotat 21.2.2024

- Kreftavdelingen i Tromsø har vesentlige rekrutteringsutfordringer. Det mangler 1/3 av kreftsykepleiere. Ledige stillinger fylles opp med offentlig godkjente sykepleiere, medisinstudenter, sykepleiestudenter og helsefagarbeidere. Avdelingen har også store utfordringer med å rekruttere LIS3, og har stort behov for å styrke overlegebemanningen og sikre subspecialisert kompetanse.
- Kvinneklinikken har utfordringer med mangel på jordmødre i Tromsø, og også mangel på spesialisert kompetanse som ultralydjordmødre.
- Det er økende utfordringer med å rekruttere nok bioingeniører, også til UNN Tromsø.
- Audiografer er også en viktig yrkesgruppe det er svært krevende å rekruttere, både ved UNN Tromsø og UNN Narvik. Både øye- og ØNH-leger er det krevende å rekruttere, og behovet for økt bemanning er stort som følge av økende antall eldre.
- For både UNN Narvik og UNN Harstad gjelder at økende spesialisering av leger (ny spesialistutdanning fra 2019) fører til mindre generalister enn tidligere og dette fører til en økende utfordring ved lokalsykehusene når det gjelder å ha leger som er trygge i generelle indremedisinske og kirurgiske vakter. Fordøyelsesfaget er spesielt utfordrende da det er få spesialister innen dette faget og et økende behov.
- For psykisk helsevern og rus er det store bemanningsutfordringer innenfor sykehusfunksjonene. Dette gjelder særlig for psykiatere og spesialsykepleier/sykepleiere, men også psykologer/psykologspesialister. Størst er bemanningsutfordring ved Akuttpsykiatrisk seksjon hvor kun 3 av 10 overlegestillinger er besatt av fast ansatte psykiatere, samt en vedvarende stor mangel på sykepleiere. Sikkerhetspsykiatrien har særskilte utfordringer knyttet til stor økning i antall pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern.
- De distriktskykiatriske sentrene og poliklinikkene (både for voksne og barn- og unge) er sårbare når det gjelder spesialistdekning, hvor mangel på legespesialister er mest kritisk. Det er derfor behov for ambulering fra Tromsø ved flere av sentrene og bruk av spesialister i mindre brøkstillinger. Sykepleier- og vernepleierbemanningen er for det meste stabil, mens det mangler LIS 3 ved noen av sentrene.

Konsekvenser av bemanningsutfordringene

Mangel på leger innen radiologi medfører krevende arbeidsforhold og arbeidsmiljø, og at det er meget utfordrende å opprettholde tilstrekkelig kapasitet. Dette medfører at det er vanskelig å overholde normert forløpstid for kreftpakkeforløp, i tillegg til en rekke andre utfordringer. Mange undersøkelser må sendes til privat leverandør, der kvaliteten i flere tilfeller ikke oppleves som tilstrekkelig høy. Innleie av personell er nødvendig i kreftavdelingen for å opprettholde kompetanse til å administrere og følge opp cellegiftbehandling, og innleie av jordmødre er nødvendig for å sikre forsvarlig bemanning på fødeenheten i Tromsø. Mangel på audiografer er medvirkende til svært lange ventelister og mange fristbrudd innen øre-nese-hals-faget. Mangelen på spesialsykepleiere innen intensiv, operasjon og anestesi medfører stor innleie, men også vesentlig nedtrekk i planlagt operasjonskapasitet. Det medvirker til at pakkeforløpstidene for kreftpasienter ikke er i henhold til måltall, og det medfører lange ventetider for svært mange pasienter som venter på operative inngrep.

Generelt har UNN **Tromsø** mange små, høyspesialiserte fagmiljø, der flere av dem har svært stor arbeidsbelastning. Mange fagmiljø er sårbare for sykefravær, permisjoner etc. Det gjør at nødvendig fagutvikling og forskning i alt for stor grad må prioriteres ned. Det er stort behov for å styrke flere fagmiljø, ikke minst innenfor diagnostikk og kreftbehandling.

Bemanningsutfordringene innenfor akuttpsykiatri gir stort driftspres i alle deler av avdelingen, med betydelige kapasitetsutfordringer og oppgaver som ikke kan overføres til andre enheter. Sikkerhetspsykiatrien har særskilte utfordringer knyttet til stor økning i antall pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern. Bemanningsutfordringene får dessverre konsekvenser på en rekke områder. De medvirker vesentlig til et høyt antall fristbrudd innen psykiatri, og innen ØNH, øye og håndkirurgi, samt fristbrudd og høy andel «passert planlagt tid» for pasienter med fordøyelsessykdommer. Det store innleiebehovet gir store økonomiske underskudd, og også fristbruddpasienter som får nødvendig helsehjelp via HELFO når UNN ikke har kapasitet, er en svært viktig årsak til vårt underskudd.

UNN står overfor meget store investeringsbehov. Nytt bygg for psykisk helse og rus i Tromsø samt utbygging av C-fløya med ny og hardt tiltrengt nyfødtintensiv avdeling er satt på vent. Dette medfører vedvarende vanskelige forhold for pasienter og pårørende, og svært krevende arbeidsforhold for våre medarbeidere. Manglende overskudd fører til at UNNs investeringsmidler for å vedlikeholde bygningsmassen og fornye medisinsk teknisk utstyr er langt under behovet. Det er meget alvorlig at vi i flere år knapt har hatt midler til å erstatte medisinsk teknisk utstyr som er kassert, og overhodet ikke har midler til nytt utstyr som muliggjør moderne og bedre pasientbehandling. Det har vesentlige konsekvenser for UNNs evne og mulighet til å tilby likeverdig, avansert utredning og behandling på linje med resten av landet. For UNNs rolle som universitets- og regionsykehus er det nå kritisk viktig å komme over i en situasjon med mer stabil bemanning, og tilstrekkelige midler for å utvikle både bygningsmasse og utstyr.

1.4.3 Nordlandssykehuset

Vurdering av dagens bemanningssituasjon

Bemanningssituasjonen varierer noe, men generelt ses et økende rekrutteringsproblem innenfor flere fagfelt og fagområder.

- **Radiologi.** Det har over noen år vært utfordrende å rekruttere LIS. Det har gitt store utfordringer med å få vaktplanen til å gå opp, og med det å dekke vaktberedskap for seks sykehus ettermiddager, natt og helg. I tillegg er det et problem at LIS i spesialiseringsperiode må være en standard tid borte (18 mnd.), selv om de får innfridd læringsmålene i spesialistutdanningen på mye kortere tid. Jo, lengre tid LIS er borte, jo større risiko er det for at de ikke returnerer. Vi har for få spesialister i radiologi og dette er nok et av de mest utfordrende områdene bemanningsmessig.
- **LIS.** For LIS1 rekrutterer vi stort sett godt. For LIS2/3 ser vi en nedgang i antall søkere ved de fleste lokasjoner og mange fagområder. En tendens til en vridning bort fra fag med tyngre vaktbelastning.
- **Psykiatere.** Det har over tid vært vanskelig å skaffe nok psykiatere til å bemanne alle funksjonene i Nordlandssykehuset. Vi satser derfor på økt utdanning av LIS3.
- **Sykepleiere/spesialsykepleiere.** Her ser vi en betydelig nedgang i søkere til ledige stillinger ved de fleste avdelinger/enheter/lokasjoner.
- **Bioingeniører.** Her har situasjonen stabilisert seg.
- **Helsefagarbeidere.** Her rekrutterer vi, men det er for få som utdannes til å dekke behovet.
- **Andre, inkludert de som ikke har helsefaglig bakgrunn.** Vi konkurrerer med svært mange andre når vi skal ansette for eksempel ingeniører, økonomer og til og med ufaglært arbeidskraft.

Utfordringer

Nordlandssykehuset leverer tjenester til befolkningen i eget opptaksområdet og til befolkningen på Helgeland, både i form av det som tidligere ble omtalt som «sentralsykehusfunksjoner» (eksempelvis onkologi, intensivbehandling, «gren-spesialiteter» innenfor kirurgi og indremedisin, nyfødtintensiv og andre fagområder), men også økende grad lokalsykehusfunksjoner. Årsaken er at Helgelandssykehuset selv ikke har kapasitet eller kompetanse. Utviklingen med flere pasienter fra Helgeland til Bodø bekymrer oss, da den utfordrer den samlede kapasiteten vår.

- I flere av våre klinikker er mangel på fagfolk en utfordring i dag.
- Vi har ikke klart å rekruttere tilstrekkelig innenfor onkologi (overleger og LIS) for å ivareta en økende pasientpopulasjon fra vårt eget og Helgelandssykehusets opptaksområde.
- De siste årene har vi hatt utfordring med å rekruttere LIS innenfor nevrologi.
- Nordlandssykehuset **Lofoten** har bemanningsutfordringer knyttet til sykepleiere på overvåkning/akuttmottak. Alle faste stillinger er besatt og mangelen skyldes ulike permisjoner. Budsjetterte stillinger har vært marginal, slik at forutsetning for stabil bemanning har vært utfordrende ved fravær av ulike årsaker. I årets budsjettprosess er antall budsjetterte stillinger økt med totalt to personer for å dekke bemanningen i akuttmottaket døgnet rundt, 365 dager i året.
- Nordlandssykehuset **Lofoten** har noen jordmødre som er langtidsvikarere i påvente av at egne ansatte skal fullføre jordmorutdanning. Ingen ubesatte stillinger.
- Ved Nordlandssykehuset **Vesterålen** (sengepost kirurgi) har det vært utfordringer med å opprettholde akuttberedskap over tid, og driften løses ved hjelp av innleie fra firma. Årsakene er høyt sykefravær og ledige stillinger.
- Ved både Nordlandssykehuset **Vesterålen og Lofoten** er det en utfordring å rekruttere tilstrekkelig antall bofaste spesialister innenfor gynekologi og fødselshjelp, anestesi, kirurgi og indremedisin.

Bemanningsutfordringenes konsekvenser

Mangel på fagfolk gjør at det er behov for å benytte innleie, overtid, samt at sykefraværet øker. Alle er områder som Nordlandssykehuset har stor oppmerksomhet på, og som også påvirker våre medarbeidere negativt, og har en negativ effekt på vår økonomiske bærekraft. I tillegg fører mangelen på fagfolk til økte ventetider, manglende overholdelse av pakkeforløpstider, fristbrudd og kjøp av helsetjenester hos private og/eller HELFO. Det betyr at bemanningsutfordringene har direkte konsekvenser for pasientene. Innenfor noen fagområder, som for eksempel ortopedi, ØNH og øye, rekrutterer vi godt, men de økonomiske utfordringer gjør det vanskelig å øke bemanningen i tråd med pasienttilstrømmingen.

- Innenfor psykisk helsevern og TSB gir mangel på fagfolk økt antall fristbrudd. Det jobbes godt med å redusere disse.
- Innenfor radiologi må mange undersøkelser sendes til private tilbydere. Noen av disse undersøkelsene må gjennomføres på nytt hos oss.
- Mangel på bioingeniører kan få store konsekvenser, jf. Vesterålen høsten 2022.

- Mangel på sykepleiere på sengepost medfører redusert operasjonsprogram, med påfølgende økt ventetid.
- Innenfor barnehabilitering medfører manglende bemanning økte ventetider.

Dersom vi skal redusere innleie/bruk av overtid/ redusere antall ansatte, så er dette mulig, men det vil ha direkte negative konsekvenser for driften og pasientaktiviteten. Ventetidene vil øke, vi vil få flere fristbrudd, og aktiviteten vil gå ned. Ut over belastning på helsepersonell medfører dette redusert planlagt aktivitet og tapt inntekt.

For at Nordlandssykehuset skal levere et økonomisk overskudd, må flere faktorer på plass, inkludert må det ses på hvordan vi skal finansieres for de tjenester vi leverer som «sentralsykehus» for Helgelandssykehuset. I tillegg må vi se på logistikk, effektivisering, rett sammensetting av bemanning samt oppgavedeling. Dersom aktiviteten tas ned for å redusere underskudd må det aksepteres lengre ventetider og økning av fristbrudd.

1.4.4 Helgelandssykehuset

Vurdering av dagens bemanningssituasjon

Helgelandssykehuset kjennetegnes generelt av små fagmiljøer på legesiden. Når én eller to stillinger er vakante innenfor ett fagområde, gir dette store prosentvise utslag. Generelt er det krevende å rekruttere ferdige spesialister – herunder legespesialister, spesialsykepleiere og psykologspesialister. Sykehuset er fortsatt avhengig av vikarer, innleie fra firma og å utdanne egne. Vikarinnleie som følger av vakante stillinger gir økt aktivitet, med betydelige økonomiske merkostnader. Mangel på eget personell medfører også økte pasientreisekostnader og gjestepasientkostnader for pasienter som får sitt tilbud utenfor regionen.

Strategien har vært å redusere kostnadene ved å erstatte variable lønnskostnader med faste ansatte. Rekruttering og tilgangen på vikarer er imidlertid utfordrende. Tiltak på kort sikt har vært å være tett på utfordringen fra dag til dag. Innsatsteam har fulgt de berørte enhetene nært. For å møte disse utfordringene benyttes økonomiske incentiver for å styrke rekrutteringen, og for å belønne innsatsen eksisterende personell utøver i en krevende tid. Det er også innført ordninger for å stimulere til å bistå hverandre på tvers av geografiske lokalisasjoner. Det er også krevende med høyt antall vakante sykepleierstillinger. Her har påbegynte tiltak i form av oppgaveglidning og sertifisering av helsefagarbeidere gitt positive erfaringer.

Samtidig jobbes det i Helgelandssykehuset kontinuerlig med å bedre stillingsmarkedsføring og markedsføring av Helgelandssykehuset som arbeidsgiver. Sistnevnte har et styrket fokus, og her jobber sykehuset kollektivt godt med å løfte de gode historiene som ofte kommer i skyggen av medias fokus på konfliktsaker og uønskede hendelser. Sykehuset har også et styrket fokus på eksternt samarbeid innenfor rekruttering og onboarding³, og deltar inn i flere nettverk med mål om å styrke inkludering, bo- og blilyst, jobb til partner, felles kompetanseplanlegging m.m.

Rekrutteringen til utdanningsstillinger er også i positiv utvikling og det var våren 2023 en dobling av antall søkere sammenliknet med forrige utlysning. Antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleier (anestesi, intensiv, operasjon, kreft, barn og jordmorfaget) er mer enn doblet

³ Onboarding handler om hvordan man tar imot og innlemmer nye ansatte i virksomheten, ofte også i tiden før de begynner. En form for introduksjon i ny jobb.

Høringsnotat 21.2.2024

siden 2019. I 2023 har vi 22 utdanningsstillinger. I jordmorfaget er det nå sju ansatte i utdanningsstillinger som er ferdigutdannet i 2024 og 2025.

Utfordringer

Helgelandssykehuset har hatt vedvarende utfordringer knyttet til bemanning og rekruttering innenfor flere fagområder, særlig etter pandemien. Økt vaktbelastning i vaktgående fag er foretakets største utfordring i 2023. I år har helseforetaket erfart en særlig utfordrende situasjon med å rekruttere og beholde LIS2/3 i vaktbærende fag, noe som spesielt har medført at vaktlinjer har vært utfordrende å bemanne innenfor både ortopedi, indremedisin og generell kirurgi. I tillegg er det utfordringer med rekruttering og stabilisering av bioingeniører og gynekologer.

Bemanningsutfordringenes konsekvenser

Manglende rekruttering fører til høyere vakt- og arbeidsbelastning og utfordrer stabiliteten. Samtidig gjør økt vakt- og arbeidsbelastning og høyere turnover det vanskeligere å rekruttere – en negativ spiral det er krevende å komme ut av.

Å bedre situasjonen har hatt høyeste prioritet internt og det har blitt jobbet godt med bred involvering fra klinikkene, fagavdelingen, HR-avdelingen og administrasjonsavdelingen med flere. Arbeidet viser allerede noen signaler som gir grunn til forsiktig optimisme, da særlig innen fagene anestesi og kirurgi, men også innen generell indremedisin, som alle er vaktbærende fag.

Rekrutteringsutfordringer innen enkelte fagområder, både på leger og sykepleiere kan forklare deler av foretakets kostnadsvekst, der tilgang på kvalifisert personell er blitt en utfordring på samme måte som regionalt og nasjonalt.

Gjennomsnittlig ventetid og antall fristbrudd i foretaket har økt betydelig gjennom året, og sammenliknet med tidligere år. Foretaket har forsterket fokus på ventetidssituasjonen, og har satt i gang tiltak gjennom en handlingsplan for å redusere ventetider og fristbrudd. Blant flere tiltak kan vi nevne oppgavedeling og vikarinneleie, I tillegg til kontinuerlig rekrutteringsfokus som til sammen ser ut til å ha positiv effekt.

Prosjektet «Nye Helgelandssykehuset» har i konseptfasens steg 1 lagt planer for bruk av eksisterende bygningsmasse på Helgeland. Prosjektet ble satt i bero oktober 2022, men alle pågående renoveringer gjøres i tråd med disse planene. Helgelandssykehuset er det siste helseforetaket i Helse Nord til å gå i gang med større bygningsmessige tiltak. Helseforetaket har god oversikt over både tilstandsgrader og funksjonell egnethet på hele eiendomsporteføljen og foretaket besitter gode planer for tiltak og fremtidig bruk.

Helseforetaket har et sterkt behov for å sette i gang investeringer som demper følgekostnader som følge av vedlikeholdsetterslep og tiltak for bedre tilpassende og funksjonelle arbeidsprosesser som bidrar til å dempe arbeidskraftbehovet i årene som kommer. Imidlertid er de ordinære rammene til investeringer alt for små til å dekke dette behovet. Helseforetaket sliter også med tiltakseffekt for å nå resultatkrav, og har gjennom manglende overskudd ingen mulighet selv til å øke investeringsrammen. Investeringer i bygg og utstyr på Helgeland vil bidra positivt til å iverksette strukturelle tiltak for mer effektiv og lønnsom drift i helseforetaket.

2 Utredningens mandat og arbeid

Med bakgrunn i negative økonomiske resultat over flere år, den demografiske utviklingen og rekrutteringsutfordringer, fikk styret i Helse Nord gjennom [foretaksmøtet 9.november 2022](#) i oppdrag å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på lang sikt. Utfordringene i regionen gjør et omstillingsarbeid av mer langsiktig karakter for å understøtte en bærekraftig utvikling av tjenesten nødvendig. Riktig organisering og en hensiktsmessig innretning av sykehusdriften vil være nødvendig for å kunne gi likeverdige helsetjenester av god kvalitet til befolkningen. Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF om å se på tiltak som innebærer endringer i funksjons- og oppgavedeling på en måte som også styrker faglighet og kvalitet i pasienttilbudet.

2.1 Mandat

Mandatet for utredningen av funksjons- og oppgavedeling ble vedtatt av styret i Helse Nord gjennom [styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning](#), som også beskriver bakgrunnen for og hensikten med utredningen. Mandatet beskriver områder som skal utredes, organiseringen av arbeidet, kartlegging av interessenter, behovet for risiko- og sårbarhetsanalyser, medvirkning og involvering av både foretaksgruppen og kommuner, estimert ressursbruk og tidsramme. Sammenhengen med andre relevante prosesser i det regionale omstillingsarbeidet og nasjonale utredninger er også omtalt.

2.2 Organisering av utredningen

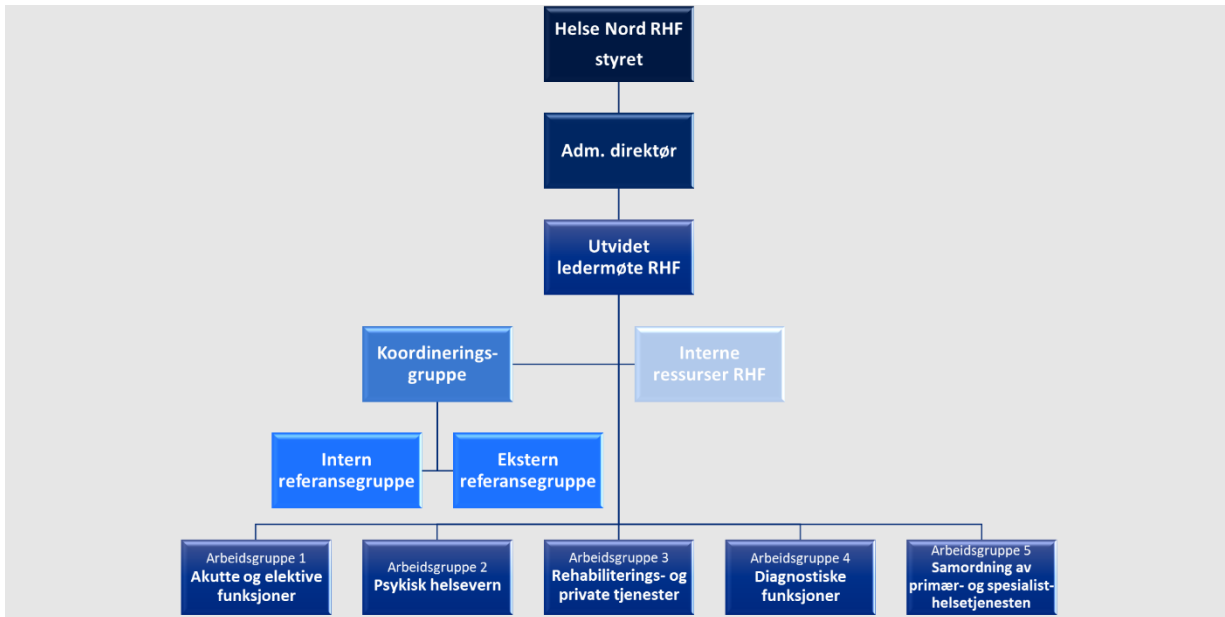
Styret i Helse Nord ba administrerende direktør i Helse Nord RHF om å lede utredningen av funksjons- og oppgavedeling og arbeidet ble organisert i linjen (figur 12).

2.2.1 Utvidet ledermøte

Ledermøtet i Helse Nord RHF ble utvidet med konserntillitsvalgte (KTV), konsernverneombud (KVO) samt leder og nestleder i Regionalt Brukerutvalg (RBU). Utvidet ledermøte har vært administrerende direktørs viktigste rådgivende arena for overordnede diskusjoner, prinsipielle veivalg og for å forankre utredningsarbeidet. Utvidet ledermøte har hatt regelmessige møter.

2.2.2 Koordineringsgruppen

Koordineringsgruppen har gjennom ukentlige møter koordinert og fulgt opp utredningen. Ansvar for framdrift, for å ivareta avhengigheter og forutsetninger, intern og ekstern informasjon og involvering, risiko- og sårbarhetsanalyser og saksutredning til den øvrige organisasjonen har ligget her. Koordineringsgruppen har hatt tett kontakt og samarbeid med alle øvrige aktører i utredningsarbeidet, inkludert interne ressurser i Helse Nord RHF som økonomi, analyse, HR, pasientreiser, samiske spesialisthelsetjenester og helsefag- og eieravdelingen.



Figur 12. Organisering av utredningsarbeidet i Helse Nord. Kilde: Helse Nord RHF.

2.2.3 Intern og ekstern referansegruppe

For å sikre at helseforetakene og kommunene skulle være bredt involvert, ble referansegrupper etablert. Intern referansegruppe har bestått av de seks administrerende direktørene i helseforetakene i Helse Nord, og har hatt månedlige møter. Ekstern referansegruppe har bestått av kommunalt koordineringsorgan, organisert av kommunene, og har hatt til sammen fire møter.

2.2.4 Arbeidsgruppene

Med bakgrunn i vedtatte områder for utredningen i [styresak 29-2023 Tiltak for å sikre bærekraft - framdrifts og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning](#), ble det etablert fem arbeidsgrupper med ansvar for ulike utredningsområder: akutte og planlagte funksjoner, psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester, diagnostiske funksjoner og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppene ble satt sammen av brukerrepresentanter, KTV, deltakere fra helseforetakene, deltakere fra kommunene og medarbeidere i Helse Nord RHF, for å sikre et bredt kunnskapsgrunnlag og ulike perspektiv (tabell 8). Regionalt brukerutvalg (RBU), helseforetakene og kommunalt koordineringsorgan har oppnevnt sine respektive deltakere. Arbeidsgruppe 1 og 4 hadde kun tre kommunale deltakere, fordi deltaker fra Helgeland ikke ble meldt inn. Arbeidsgruppene har hatt ulike møteplaner, men har møttes ukentlig, enten digitalt eller fysisk.

Høringsnotat 21.2.2024

	Arbeidsgruppe 1 Akutte og elektive funksjoner	Arbeidsgruppe 2 Psykisk helsevern	Arbeidsgruppe 3 Rehabiliterings- og private tjenester	Arbeidsgruppe 4 Diagnostiske funksjoner	Arbeidsgruppe 5 Samordning av primær- og spesialist-helsetjenesten
Ansvarlig	Helsefagavdelingen	Helsefagavdelingen	Eieravdelingen	Helsefagavdelingen	Helsefagavdelingen
Leder	Fredrik Sund	Jon T Finnsson	Espen Hauge	Tove Klæboe Nilsen	Kari Bøckmann
Sekretariat	Siri Solheim	Linn Gros	Vidar K Nygaard	Siv Skår	Cecilie Henriksen
RBU	1	1	1	1	1
KTV	1	1	1	1	1
Finnmarkssykehuset HF	1	2	1	1	1
UNN HF	2	1	1	1	1
Nordlandssykehuset HF	1	1	1	1	1
Helgelandssykehuset HF	1	1	1	1	1
Kommunal deltakelse	3	4	4	3	4
Helse Nord IKT	-	-	-	1	1
Helse Nord RHF	3	3	4	2	1

Tabell 8. Ansvarlig avdeling og leder, samt deltakere for hver av arbeidsgruppene i utredningen. Kilde: Helse Nord RHF.

2.3 Medvirkning og involvering

Som en del av arbeidet ble det gjort en interessentanalyse som dannet grunnlaget for en egen [kommunikasjonsplan](#) for utredningen. Helse Nord er en stor samfunnsaktør med virksomhet og arbeidsplasser i hele Nord-Norge og utredningen har naturlig nok interessert og berørt mange. Prioriterte interessenter i utredningen har vært pasienter, brukere og pårørende, medarbeidere i helseforetakene samt kommuner og fylkeskommuner.

Kommunikasjonsarbeidet har foregått på ulike arenaer: Digitale møter, allmøter, dialogkonferanser og særmøter. Andre interessenter (f.eks. media) har fått informasjon gjennom egne møter og vært invitert til å gi innspill gjennom åpen forslagskanal og Helse Nord RHF's postmottak. Informasjon om utredningen er fortløpende gjort tilgjengelig på [Helse Nord RHF's nettsider for endring og omstilling](#). En samlet oversikt over møter og treffpunkter er beskrevet i vedlegg 6.

Helse Nord RHF har gjennom prosessen tilstrebet å være åpen og tilgjengelig, og hovedinteressentene har fått medvirke og vært involvert som planlagt. Noen målgrupper og interessenter har gitt uttrykk for et ønske om å være sterkere involvert. Innenfor rammene av arbeidet har dette ikke vært mulig å imøtekomme.

Kommende høring vil være den viktigste kanalen for å gi tilbakemelding på *Tiltak for å sikre bærekraft*. Informasjon om høringen, som er åpen for alle, legges ut nettsidene til Helse Nord RHF.

2.3.1 Medvirkning

Foretaksgruppens konserntillitsvalgte og –verneombud samt representanter for Regionalt brukerutvalg (RBU) har vært direkte involvert i utredningen, gjennom deltakelse i arbeidsgruppene og utvidet ledermøte. Utredningsarbeidet har også vært drøftet i ordinære

dialog- og drøftingsmøter og i møter med RBU. Brukerrepresentantene i arbeidsgruppene hadde felles ukentlige møter gjennom hele utredningsperioden. Vurderinger og anbefalinger fra brukerrepresentantene om brukerperspektivet framgår i egne tekster i alle delrapportene (vedlegg 1-5).

Helseforetakene etablerte egne, interne arenaer for forankring av utredningsarbeidet, de fleste i form av referanse- og/eller faggrupper med medarbeidere fra ulike fagmiljøer, ledere, tillitsvalgte og brukerrepresentanter. De interne arenaene har fortløpende gitt innspill til utredningsarbeidet både mht. ulike problemstillinger og løsningsforslag. Helseforetakene har i tillegg bidratt med data og kvalitetssikret virksomhetsdata fra Helse Nord RHF.

2.3.2 Involvering

Kommunene har gjennom kommunale koordineringsorgan diskutert ulike problemstillinger og gitt innspill, både muntlig og skriftlig. De kommunale deltakerne hadde ved innledningen av utredningen ingen felles fora for forankring, men slike ble etter hvert etablert gjennom kommunale koordineringsorgan. Kommunene er også involvert gjennom digitale møter og fysiske dialogkonferanser. Administrerende direktør og styreleder i Helse Nord RHF har hatt møter med; Statsforvaltere, fylkesrådsledere, fylkestingene, politisk og administrativ ledelse på Sametinget.

Helse Nord har et tett og godt samarbeid med Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet og Nord universitet. Universitetene har vært involvert i omstillingsarbeidet gjennom [Regionalt samarbeidsorgan for utdanning \(SAMUT\)](#), [Samarbeidsorganet for forskning og innovasjon \(USAM\)](#), og i dialogmøter på toppledernivå (vedlegg 6). Universitetene har også bidratt med faktaopplysninger om søkertall og opptak, og vurdert mulige konsekvenser av omstillingen for helsefaglige utdanninger.

2.4 Nye føringer

I [foretaksmøtet 16. januar 2024](#) fikk Helse Nord RHF nye føringer for utredningen av funksjons- og oppgavedeling. Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF om å:

- Dagens fødetilbud skal opprettholdes innenfor planperioden til kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan, gitt forsvarlig drift
- Innen 1. april oversende beregninger av kostnaden ved å opprettholde dagens akutttilbud ved Nordlandssykehuset HF Lofoten og Universitetssykehuset Nord-Norge HF Narvik, sammenlignet med forslaget som ligger i styresak 2-2024
- Levere vurderinger av behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling innen utgangen av juni 2024

Foretaksmøtet viste til Helseberedskapsmeldingen, hvor det vil bli nedsatt en arbeidsgruppe for å fastsette overordnede rammer for sivilt-militært helseberedskapsarbeid. Her vil det blant annet bli sett på akuttberedskapen i Nord-Norge og Forsvarets behov knyttet til kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Dette vil få betydning for sykehuset i Narvik og fremtidig finansiering av dette.

Samlet gir disse føringene behov for å endre innretningen i *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* sammenlignet med utkastet som ble lagt fram i [styresak 2-2024 Tiltak for å sikre](#)

bærekraft i Helse Nord – høringsutkast helhetlig plan for funksjons og oppgavedeling. Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord, er også revidert i henhold til innspill fra styret i styremøte 9. januar 2024.

3 Arbeidsgruppenes anbefalinger

Arbeidsgruppenes mandat ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i [styresak 57-2023](#) Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning. Mandatet beskriver målene for utredningen og hvordan målene skal nås gjennom syv hovedretninger. Hovedutfordringen er mangel på tilstrekkelig og nødvendig personell og kompetanse i regionen, og behovet er å utrede funksjon- og oppgavedeling innenfor:

- Akuttfunksjoner
- Kapasitet og drift av elektive funksjoner
- Diagnostiske funksjoner
- Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Oppgaven er omfattende og styret Helse Nord RHF vedtok i [styresak 11-2023](#) Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord, delområder for utredningen. Utredningen av de ulike delområdene har vært organisert i fem arbeidsgrupper (tabell 8). I saken [Tiltak for å sikre bærekraft - utredningens mål, hovedretninger og utredningskriterier som grunnlag for anbefaling fra arbeidsgruppene](#), fikk arbeidsgruppene i oppgave å bruke mål, hovedretninger og øvrige beskrevne kriterier, som grunnlag for sine anbefalinger. Arbeidsgruppene skulle levere hver sin delrapport med innledning, beskrivelse av utviklingstrekk, utfordringer, muligheter og dagens situasjon (0-alternativet). I tillegg ble arbeidsgruppene bedt om å beskrive to alternativer (1 og 2) for ny funksjons- og oppgavedeling, av avhengigheter og forutsetninger og ROS-analyse for alle tre alternativene (0,1 og 2). Til sist skulle arbeidsgruppene konkludere med en begrunnet anbefaling. Uenigheter om valgt alternativ, skulle beskrives og grunngis.

Arbeidsgruppenes delrapporter oppsummeres under. Lenker til fullstendige delrapporter finnes i vedlegg 1-5 og på [Helse Nord RHF's nettsider for endring og omstilling](#).

3.1 Akutte og planlagte somatiske funksjoner

3.1.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for akutte og planlagte funksjoner, har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene:

- Akuttfunksjoner på sykehus
 - Organisering av akuttfunksjoner
- Fødselsomsorgen
 - Organisering av fødselsomsorgen
- Planlagt kirurgi
 - Etablering av elektive enheter eller sykehus i Helse Nord
 - Ytterligere deling av elektive funksjoner

3.1.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

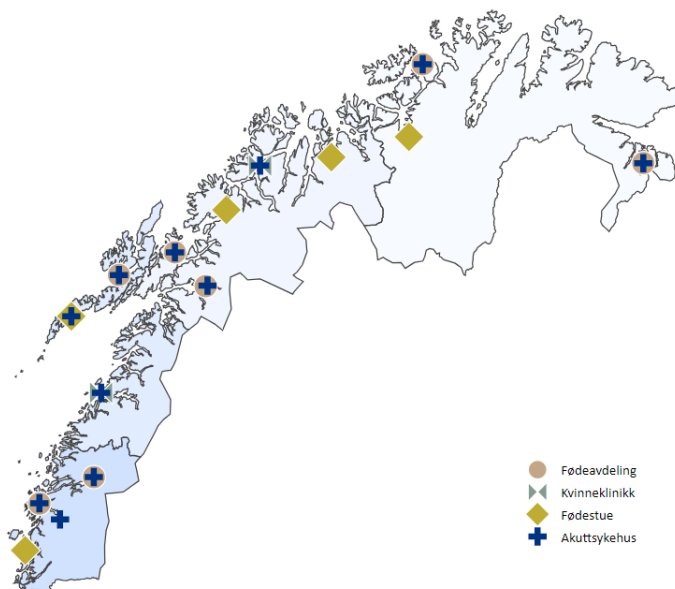
Endringer i befolkningen (demografisk utvikling) fremover viser nedgang i antall innbyggere i de fleste kommunene i Nord-Norge. Kommunene med befolkningsøkning av betydning er de største bykommunene. Flere eldre vil øke behovet for helsetjenester både i kommunene og sykehusene. De 11 akuttsykehusene i Helse Nord har mange vaktlinjer med lav aktivitet, og

mange sykehus har like funksjoner. Den medisinske utvikling er over tid blitt mer spesialisert og endrer hvordan arbeidet gjøres. Dette krever flere helsepersonell til å løse de samme oppgavene, kompetanseheving og god økonomi.

Innenfor planlagt utredning og behandling opplever flere pasienter fristbrudd og økt ventetid. I september 2023 var gjennomsnittlig ventetid for behandling 85 dager, og utviklingen er negativ (figur 2). Pasientsikkerheten blir dermed satt under press og å gi likeverdig behandling av god kvalitet blir vanskeligere.

3.1.3 Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse

Dagens struktur (figur 13) fordeler i stor grad spesialisthelsetjenestetilbudet på mange små akutt sykehus og krever et høyt antall helsearbeidere.



Figur 13. Kart over tjenestestruktur innenfor akuttfunksjoner og fødselsomsorg, alle enheter.
Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

Til tross for arbeid med rekruttering over lang tid vurderes mulighetene for å rekruttere et tilstrekkelig antall helsearbeidere for å fylle dagens funksjoner ved alle sykehusene fremover, som liten. Dagens struktur fremstår ikke bærekraftig. Risiko- og sårbarhetsanalysen viser at dagens organisering (0-alternativet) er preget av mange utfordringer med høy risiko på nesten samtlige områder.

3.1.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Foretaks møte 16. januar 2024 gav styret i Helse Nord nye føringer og oppdrag vedrørende funksjons- og oppgavedeling. Med bakgrunn i foretaksprotokollen og sykehustalen er alle tiltak tilknyttet delområde akutte og elektive funksjoner tatt ut av rapporten. Arbeidsgruppens anbefalinger er beskrevet i vedlegg 1.

3.2 Psykisk helsevern

3.2.1 Utredningsområder

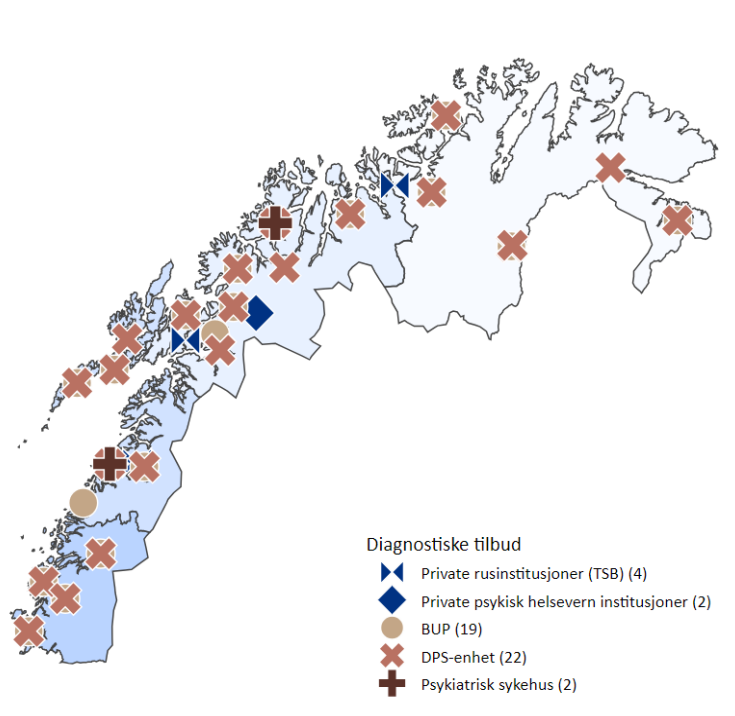
Arbeidsgruppen for psykisk helsevern, har utredet følgende som grunnlag for vurdering av framtidig funksjon- og oppgavedeling:

- Utrede behovet for styrkning av sykehusfunksjoner
- Utrede organisering av distriktpspsykiatriske senter (DPS).
- Utrede funksjoner og tjenestetilbud i DPS, inkludert variasjon i forbruk.
- Utrede styrkning av polikliniske tjenestetilbud.

3.2.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

Dagens situasjon er at pasienter i psykisk helsevern har lang ventetid til polikliniske tilbud. En høy andel av pasientene blir utsatt for fristbrudd. Samtidig har både Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset fra våren 2023 vært i gul beredskap på grunn av vedvarende overbelegg i akutt- og sikkerhetsposter. Tilbudet i psykisk helsevern må derfor styrkes både hva gjelder kapasitet og kvalitet for å sikre et likeverdig tjenestetilbud, både i poliklinikkene og i sykehusene.

Helse Nord har betydelig lavere poliklinisk kapasitet enn i landet for øvrig, mens døgntilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har overkapasitet.



Figur 14. Kart over tjenestestruktur for psykisk helsevern og rus, både offentlige og private institusjoner.
Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge

3.2.3 Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse

Behandlingstilbudene i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er svært desentralt organisert (figur 14). Det er polikliniske pasienttilbud på rundt 20 steder i regionen og døgntilbud på 13 steder i psykisk helsevern for voksne.

Sykehusavdelingene som behandler pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene, er lokalisert i Tromsø og Bodø.

Overordnede risiko- og sårbarhetsanalyse av dagens organisering (0-alternativet) viser at det er høy risiko på områdene bemanning, behandlingstilbud, kapasitet og økonomi. Risiko- og sårbarhetsanalysen viser at de foreslåtte alternativene 1 og 2, begge reduserer risikoen betydelig sammenliknet med 0-alternativet.

3.2.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Alle arbeidsgruppens medlemmer, med unntak av den konserntillitsvalgte, anbefaler alternativ 2. Konserntillitsvalgte valgte å ikke stilling til noen av alternativene.

Arbeidsgruppen legger til grunn at fagmiljøene må ha en tilstrekkelig størrelse for å kunne yte forsvarlige tjenester. Enhetene må være robuste og fleksible nok til å håndtere daglige utfordringer som fravær og ledige stillinger. Samtidig må utrednings- og behandlingstilbudet samsvare med forventninger og krav til spesialisthelsetjenesten, som påpekt i flere tilsynsrapporter.

Arbeidsgruppen anbefaler derfor å styrke det polikliniske tilbudet for å sikre et fagmiljø med tilstrekkelig tilgang til spesialisert kompetanse og mulighet for faglig utvikling. Særlig viktig er det å styrke de minste fagmiljøene for å bygge gode kompetansemiljø. Fagmiljøer med et tilstrekkelig pasientgrunnlag legger til rette for å opparbeide spesialisert kompetanse gjennom klinisk erfaring med ulike, og også mer sjeldnere komplekse tilstander, som dermed kan oppdages og behandles tidligere. Arbeidsgruppen foreslår å øke den polikliniske kapasiteten for å redusere dagens ventetid og mange fristbrudd. Det foreslås også å etablere flere nye behandlingstilbud, som ROP-post, akutttilbud i TSB, forsterket tilbud i DPS og overgangsboliger for sikkerhetspasienter.

Sammenlignet med landet for øvrig, er det god døgnkapasitet ved de distriktpsikiatriske sentrene og innenfor døgnbehandling for rus- og avhengighet. Den polikliniske styrkingen foreslås derfor gjennomført ved at noen DPS-døgntilbud flyttes eller avvikles, og at kjøp av døgntilbud i TSB fra private leverandører reduseres. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at nærhet er viktigst for tilbud som benyttes ofte, og at lengre reiseavstand er mer akseptabelt for døgninnleggelse. Av denne grunn foreslås det å opprettholde en desentral poliklinisk struktur.

Arbeidsgruppen foreslår å styrke døgntilbudet i de største byene, Alta, Tromsø, Bodø og Mo i Rana. Det gjør at døgnkapasiteten samlet sett øker, og det sikrer nærhet til somatiske tjenestetilbud. Tjenestetilbudet til de mest alvorlig psykisk syke pasientene forbedres ved å styrke sykehusfunksjoner i Tromsø og Bodø. På denne måten kan både pasienter og ansatte ivaretas godt. Overbelegg skaper dårligere arbeidsmiljø for de ansatte, og de er mer utsatt for skader.

Arbeidsgruppen mener at robuste og fleksible fagmiljøer gir bedre muligheter for faglig utvikling, spesialisering og forskning. Anbefalingen har fokus på å bygge opp et kvalitativt godt og differensiert behandlingstilbud med god tilgjengelighet for befolkningen. Samlet innebærer arbeidsgruppens anbefalinger en betydelig styrking av det faglige tilbudet til pasientene i regionen, samtidig som helsepersonellet brukes i tråd med pasientenes behov.

	I dag	Forslag
Psykisk helsevern, barn og unge	42	47
Psykisk helsevern voksne, regionale funksjoner	173	194
Psykisk helsevern voksne, lokale funksjoner	146	122
Samlet kapasitet i psykisk helsevern	361	363
TSB*	182	166
Totalt	543	529

*TSB = Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tabell 9. Døgnplasser i psykisk helsevern og TSB i dag og forslag fra arbeidsgruppe 2. Kilde: Helseforetakene.

Som tabell 9 viser, er den samlede døgnkapasiteten for fagområdene innenfor psykisk helsevern foreslått styrket, tilsvarende en økning på to senger fra dagens situasjon. Innenfor TSB er det foreslått nedtak av kjøp fra private institusjoner, der kapasiteten i dag er over landsgjennomsnittet. Det gir en samlet reduksjon i antall døgnplasser innenfor TSB, men samtidig styrkes både det akutte og polikliniske tilbudet innenfor fagområdet.

Arbeidsgruppens forslag forventes å redusere ventetid og fristbrudd, samt bedre økonomisk bærekraft.

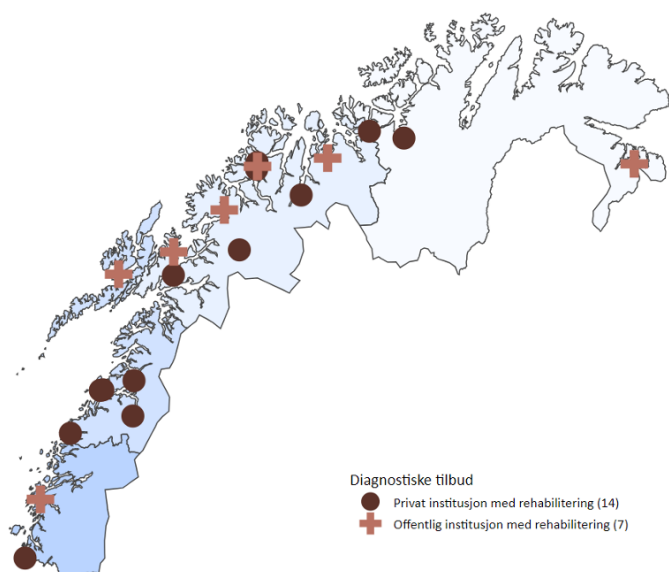
3.3 Rehabilitering og private tjenester

3.3.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for rehabiliterings- og private tjenester har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene:

- Rehabiliteringstjenester
 - Utrede endring av tjenestetilbud til egne sykehus med mer spesialisert rehabilitering
- Private tjenester og avtalespesialister
 - Utrede oppbygging av egen kapasitet for å kunne redusere kjøp av helsetjenester fra private

Arbeidsgruppen redegjør i sin delrapport for Helse Nord RHF's kjøp av helsetjenester på avtaler med private virksomheter og avtalespesialister i 2022 (vedlegg 3). Arbeidsgruppen har også sett nærmere på spesialisert rehabilitering (figur 15). Helseforetakenes kapasitet til å øke omfanget av spesialisert rehabilitering i sykehus er undersøkt og vurdert.



Figur 15. Kart over tjenestestruktur for offentlige og private institusjoner med rehabilitering i 2023.

Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

3.3.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

Helse Nord må rekruttere, utvikle og beholde kvalifisert helsepersonell, bruke personellet riktig og benytte kapasitet og kompetanse i avtalene med private leverandører for å unngå fristbrudd og for lang ventetid.

Nå-situasjonen viser flere utfordringer i Helse Nord:

- Manglende rehabilitering i akuttfasen kan redusere muligheten for å gjenvinne funksjoner
- Uklar oppgavedeling mellom helseforetakene mht. hvilke pasientgrupper som bør få et tilbud i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten
- Det mangler en tydelig definisjon på hva som skal være regionale oppgaver
- Krevende å rekruttere og stabilisere kvalifisert personell til små, sårbare enheter

Kommune- og spesialisthelsetjenesten har selvstendige sørge-for-ansvar for pasienter med rehabiliteringsbehov. Pasientgrupper som hovedsakelig skal ha sitt tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten mottar fortsatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil fremover være særlig rettet mot tidlig rehabilitering etter skade og sykdom. Utviklingen vil fortsatt dreie fra døgnbehandling til større grad av poliklinikk.

3.3.3 Dagens organisering

Rehabiliteringsfeltet organiseres på flere måter ulikt i helseforetakene; i fysikalsk-medisinske avdelinger og fagspesifikke avdelinger. Kjøp fra private leverandører er høyt, for å best mulig ivareta Helse Nord RHF's sørge-for-ansvar.

Helsedirektoratets rapport [Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innenfor rehabiliteringsområdet](#) (4) ligger til grunn for utredningsarbeidet. ROS-analysen viser at 0-alternativet har fire av seks risikoområder i rød sone, og høy risiko. Det er derfor ikke et reelt alternativ å videreføre dagens organisering,

særlig av hensyn til risikoen for å ikke kunne tilby likeverdige helsetjenester. Pasientenes behov for tidligfaserehabilitering etter akutt sykdom og skade har høy risiko. Flere pasienter ligger i dag i sykehus i påvente av rehabilitering i feriestengte- og lavdriftsperioder, med fare for prognosetap og lavere livskvalitet

3.3.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Flertallet i arbeidsgruppen anbefaler å øke kapasiteten i egne helseforetak for å ta hånd om tidligfaserehabilitering etter akutte hendelser, alternativ 2. Arbeidsgruppen anbefaler også å kjøpe mindre spesialisert rehabilitering hos private leverandører for pasientgruppene muskel- og skjelett, sykkelig overvekt og lettere ortopediske tilstander.

Anbefalingen vil bidra til bedre tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgncapasitet i helseforetakene i tidlig fase etter akutt sykdom og skade. Som følge av anbefalingen må både sengekapasiteten og antall helsepersonell økes i egne sykehus. Det er vurdert at dette vil bedre kvalitet og pasientsikkerhet.

Alternativ 2 er vurdert å være bærekraftig både med hensyn til personell og økonomi. Anbefalingen forutsetter et mer forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommuner i etablerte helsefelleskap. Samarbeidet bør også inkludere private avtaleparter som tilbyr spesialisert rehabilitering.

Arbeidsgruppens ene mindretall (ett gruppemedlem) tar ikke stilling til anbefalingen. Et mindretall på fire mener anbefalingen ikke svarer ut hovedutfordringene i mandatet, at den bygger på mangelfullt kunnskapsgrunnlag og ikke ivaretar kommuneperspektivet.

3.4 Diagnostiske funksjoner

3.4.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for diagnostiske funksjoner, har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene:

- Radiologi
 - Ytterligere vaksamarbeid i radiologi
 - Samorganisering av bildediagnostiske tjenestetilbud
 - Standardisering av medisinsk teknisk utstyr og undersøkelsesprotokoller
- Laboratoriemedisin
 - Vaksamarbeid i laboratoriemedisin
 - Standardisering av medisinsk teknisk utstyr
 - Økning i egen analysekapasitet

3.4.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

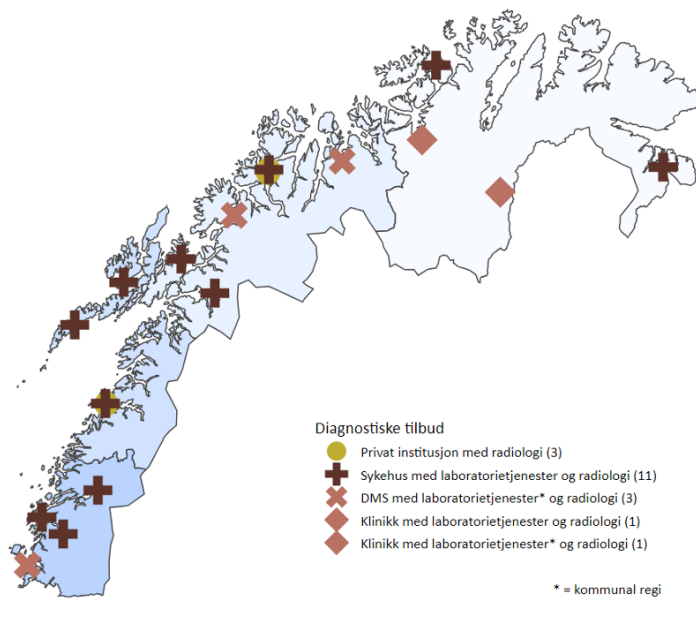
Radiologifaget har de seneste årene hatt en rivende medisinsk og teknologisk utvikling. Utviklingen har blant annet ført til mer tidkrevende granskninger av komplekse undersøkelser og økt behov for subspesialisering. Maskinparken som kreves for å dekke behovet for undersøkelser er omfattende og kostbart, både i innkjøp og drift. Den største utfordringen er stor mangel på radiologer, som særlig utfordrer evnen til tilfredsstillende beredskap døgnet rundt. Mangel på personell gir betydelig bruk av innleid arbeidskraft og hyppig bruk av private tjenestetilbydere som har avtale med Helse Nord RHF.

Laboratoriemedisin er et teknologitungt fagområde, og utviklingen av teknologi, automasjon og digitalisering går raskt. Automasjon, større kapasitet og tilgjengelighet har ført til at mengden analyser og utredninger har økt kraftig uten at antallet helsepersonell har økt i samme takt. Samtidig er bioingeniørmangelen i Norge stor. Laboratoriene i Helse Nord har i lengre tid hatt store utfordringer både med å beholde og rekruttere nye medarbeidere.

Bemanningsutfordringene er den største utfordringen innenfor det diagnostiske fagområdet og gir kapasitetsutfordringer og sårbarhet innenfor flere områder. Det gir også merkbare konsekvenser for deltakelse i forskning. Det gjelder både forskning innen radiologifaget og å bidra som samarbeidspart i kliniske studier sammen med andre avdelinger, enten i eget sykehus eller andre sykehus/helseforetak. Satsingen på kliniske studier i spesialisthelsetjenesten er også avhengig av støttefunksjoner. Mangel på radiologer og lavere kapasitet på røntgentilbudet utgjør en brems for kliniske studier spesielt på UNN. Dette medfører at nordnorske pasienter ikke har like god tilgang til deltakelse i kliniske studier som resten av landet.

3.4.3 Dagens organisering- og risiko- og sårbarhetsanalysen

Dagens struktur for prøvetaking (blodprøver) og billedtaking (røntgen) er desentral, med til sammen 16 steder for radiologi og 12 steder for laboratorietjenester (figur 16). Tjenestetilbudene har ulik grad av spesialisering, fra distriktsmedisinske sentre til region- og universitetssykehuset. De største sykehusene har for eksempel intervensjonsradiologi. Blodprøver og bilder blir sendt, enten fysisk eller elektronisk, til analyse i de større sykehusene.



Figur 16. Kart over tjenestestruktur innenfor diagnostiske tjenester for laboratorier og røntgen.
Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

ROS-analysen viser at fire av seks risikoområder havner i rød risiko i 0-alternativet (figur 28). Det innebærer en høy risiko med tjenestetilbudet slik det er organisert i dag. Det er derfor ikke et reelt alternativ å videreføre dagens organisering. Det ble derfor vurdert to ulike organisatoriske modeller for å realisere alle tiltak gruppa anbefalte. Risikoen tas ned både i

alternativ 1 (samhandlingsmodellen) og 2 (eget helseforetak). I alternativ 1 er det fortsatt høy risiko innenfor risikoområdet «brukeren av tjenesten», men alle øvrige risikoområder har redusert risiko (gult område). I alternativ 2 er det fortsatt høy risiko innenfor områdene «brukeren av tjenesten» og «økonomi», mens de øvrige områdene har redusert risiko (de fleste til gult område og området «organisatoriske forhold» redusert til grønt) (vedlegg 4).

3.4.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppen vurderer at de pasientnære tjenestene kan og bør beholdes der de er i dag mens analyser og tolkning av undersøkelsene kan skje stedsuavhengig. Arbeidsgruppen anbefaler flere tiltak innen åtte hovedområder: Beholde og rekruttere medarbeidere, oppgavedeling, endrede vaktordninger, frigjøring av tid hos helsepersonell, annen bruk av teknologi og kunstig intelligens for å redusere uønsket variasjon og overforbruk. Gruppen foreslår også andre ordninger for innkjøp og prioritering av medisinsk-teknisk utstyr, og mer hensiktsmessig bruk av private tjenestetilbydere. En del av tiltakene er prøvd, helt eller delvis, men ikke så systematisk eller i så stor grad på tvers av foretaksgrensene som gruppen anbefaler, både i alternativ 1 og 2.

Arbeidsgruppens flertall anbefaler å innføre alternativ 1 som innebærer et samarbeid med forpliktende avtaler mellom minimum de fire sykehusforetakene i Nord-Norge, og et samarbeidsorgan med beslutningsmyndighet. Modellen vurderes å være økonomisk bærekraftig, kreve lite tilrettelegging og kan innføres umiddelbart. Modellen legger til rette for raskt å gi faglige og økonomiske gevinster for alle sykehusene, gjennom blant annet deling av klinisk kompetanse, samarbeid om verifisering⁴, akkreditering⁵ og en felles rekrutteringsstrategi.

Mindretallet i arbeidsgruppen (fire deltakere) vektlegger at mange av tiltakene i alternativ 1 allerede er prøvd uten å lykkes, og at det i alternativ 1 fortsatt vil være egne beslutningsenheter som svarer til egen ledelse. De mener derfor at organisatoriske endringer må til i form av en klar lederlinje innen diagnostiske tjenester i regionen for å lykkes. De foreslår at det etableres et felles helseforetak for diagnostiske funksjoner (alternativ 2). Det vises til at modellen vil være økonomisk bærekraftig på sikt fordi gevinstrealiseringen vil være stor når tiltakene er innført.

3.5 Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

3.5.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten, har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdet:

- Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen har sett på utviklingsområder for en bedre samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Hovedfokuset har vært på det samlede tjenestetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene i [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#) (5).

⁴ Verifisering betyr at å bekrefte gjennom undersøkelser at noe er riktig. Dette er en del av kvalitetssystemet og gjøres blant annet for å undersøke at analysemaskinene gir ut riktig svar på blodprøver

⁵ Akkreditering er en offisiell anerkjennelse av at et laboratorium eller en organisasjon arbeider i henhold til et dokumentert kvalitetssystem og har tilfredsstillende kompetanse til å utføre nærmere beskrevne oppgaver.

3.5.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

Primær- og spesialisthelsetjenesten har et felles utfordringsbilde med hensyn til mangel på personell, demografisk utvikling, lange avstander og spredt bebyggelse. Framskrivninger viser at behovet til skrøpelig eldre og pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil øke fremover, både for oppfølging som må koordineres og for innleggelse innenfor begge tjenestenivåer. For å møte framtidens utfordringer må tjenestene tilpasses hverandre bedre, både når det gjelder kapasitet, koordinering, planlegging og kommunikasjon. En ekstra utfordring er at små og desentrale kommuner utgjør 85 prosent av kommunene i Nord-Norge. I disse kommunene bor 39 prosent av befolkningen.

Arbeidsgruppen har foreslått fire utviklingsområder for samordning av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

- A. Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
- B. Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester
- C. Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
- D. Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Arbeidsgruppen har i tillegg foreslått tre felles satsningsområder; (1) teknologi og digital samhandling, (2) utdanne, rekruttere og beholde personell samt (3) økt helsekompetanse i befolkningen, inkludert samordning av læring- og mestringstiltak.

3.5.3 Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalysen

De fleste samarbeids- og samhandlingsprosjekter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten handler i dag om å forbedre pasientforløpenes kvalitet gjennom samarbeidsavtaler. ROS-analysen ble benyttet til å utforske utviklingsområde A-D. Bedre integrerte tjenester på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten kan bidra til økt bærekraft, men er vurdert å være svært krevende å iverksette. Dette skyldes blant annet ulike kulturer, forskjellige samfunnsoppdrag og styring, ulik finansiering samt gjeldende lov- og avtaleverk

3.5.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Bedre samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten kan gi mer tilgjengelige tjenester for pasientene. Det kan også sikre effektiv og riktig bruk av kompetanse, inkludert bedre oppgavedeling og sambruk av helsepersonell på tvers av tjenester. Ved bedre samordning av tjenestene må det blant annet vurderes bærekraft, kost/nytte, beste effektive behandlingsnivå (BEON) og alternativkostnader. Videreutvikling av digitalt samarbeid og felles planlegging er sentralt for å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i framtiden.

Vi må tenke nytt, men samtidig beholde og videreutvikle det som fungerer godt i dag. Samordning mellom tjenestene må bygge på erkjennelsen av variasjon – både variasjon i hva tjenestene kan tilby, men også variasjon i organiseringen av tjenestene. Prinsippet om likeverdige helsetjenester - at tjenestene er av god kvalitet tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde - ligger til grunn for alle arbeidsgruppens forslag.

4 Forutsetninger og avhengigheter

Mandatet gitt i [styresak 57-2023](#) beskriver en rekke forutsetninger og avhengigheter for utredningsarbeidet. Status for og betydningen av disse vurdert mot arbeidsgruppens anbefalinger beskrives i dette kapittelet.

Parallelt med utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord har det pågått, og pågår fortsatt, et omfattende omstillingsarbeid. Omstillingsarbeidet som i hovedsak foregår i helseforetakene, er helt nødvendig for å få økonomisk bærekraft på kort sikt, og omtales ikke ytterligere i denne rapporten.

I tillegg pågår flere nasjonale utredninger og arbeid (f. eks Nasjonal helse- og samhandlingsplan) som kan få betydning for anbefalingene som legges fram for vedtak i Helse Nord RHF's styre i juni 2024.

4.1 Pasient og pårørendes involvering og helsekompetanse

Et sentralt tema i framskriving av somatiske helsetjenester er «friskere aldring» (6). Friskere aldring innebærer en forventning om at befolkningen i framtiden vil leve lenger med bedre helse enn i dag. Også framskriving av psykisk helsevern og TSB (7) peker på at forebygging av psykisk uhelse bør være et satsningsområde fremover, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Framskrivningene har i seg en forventning om at vi i framtiden vil ha bedre behandling, virksam forebygging samt at befolkningen vil ta bedre valg med hensyn til egen helse, blant annet gjennom økt helsekompetanse⁶ (8).

Kunnskap om sykdom, behandling og forebygging styrker pasienten og pårørendes muligheter for involvering og medvirkning. God helsekompetanse bidrar til at behandlingen kan tilpasses pasientens behov og aktuelle situasjon og at pasienten kan ta informerte valg og være en aktiv deltaker i egen behandling. Det skaper grunnlag for egenmestring og egenbehandling, forebygger tilbakefall og gjør det lettere å følge anbefalt behandling. Økt helsekompetanse og bedre involvering av pårørende kan bidra til lavere forbruk av helsetjenester. Lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse og svakere oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og hyppigere innleggelse i sykehus.

Økt helsekompetanse og mestring kan understøttes gjennom en rekke tiltak. For noen pasientgrupper er det etablert læring- og mestringskurs. Om pårørende får delta varierer. RBU og brukerrepresentantene i arbeidsgruppene har holdt fram at alle pasienter med langvarige og tilbakevendende tilstander bør få tilbud om læring og mestringskurs uavhengig av funksjonsnivå, bosted, kulturell bakgrunn, språk og personlig økonomi.

HF	Årsverk	Steder	LMS-kurs	Helsepedagogisk grunnkurs	Antall Deltakere
Finnmarkssykehuset	1	Hammerfest, Kirkenes, Karasjok	18	-	260
UNN	4,6	Tromsø, Harstad, Narvik	127	2	1 443

⁶ Helsekompetanse er definert som personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (9).

Høringsnotat 21.2.2024

Nordlandssykehuset	4	Lofoten, Vesterålen, Bodø	156	1	1 546
Helgelandssykehuset	2	Brønnøysund, Sandnessjøen, Mosjøen, Mo i Rana	29	2	245
Sum	11,6		330	5	3 494

Tabell 10. Læring og mestringskurs i 2022 per helseforetak. *Kilde: Helseforetakene.*

Læring og mestringssettene i Nord-Norge har de siste årene hatt et økt fokus på digital opplæring og ulike måter å gjennomføre kurs på. De har også tilbudt kompetansehevende kurs i helsepedagogikk og empatisk kommunikasjon, med deltakere fra både spesialisthelsetjenesten og kommunen. I tillegg har flere senter arbeidet systematisk med opplæring av pårørende og videreutviklet samarbeidet med frivillige organisasjoner. Ved Sámi klinihkka arbeides det med å videreutvikle LMS-kurs tilpasset samisk språk og kultur.

Helseforetakenes lærings- og mestringssettene og kommunenes frisklivssentraler vil være viktige samarbeidspartnere ved utvikling av tilbud som bidrar til økt helsekompetanse i befolkningen i framtiden. En utfordring er imidlertid at mange kommuner i Nord-Norge i dag ikke har frisklivssentraler.

Nye teknologiske muligheter for medvirkning og opplæring har et stort potensial for mestring og økt helsekompetanse. På lengre sikt vil også sensorteknologi, internettbehandling, muligheter for kommunikasjon og egenrapportering bidra til at flere oppgaver kan løses av pasientene selv. Bruk av ny teknologi krever imidlertid digital kompetanse hos pasienter, pårørende og helsepersonell. Det innebærer at pasienter og deres pårørende får et større ansvar for helse og behandling og må ha ferdigheter, kunnskap og motivasjon til å håndtere digitale verktøy. Tjenestene må være oppmerksomme på at mange pasienter ikke har god nok digital kompetanse til å kunne håndtere dette (9).

Også involvering og opplæring av pårørende vil ha betydning for bærekraft i framtidens helsetjeneste, jfr. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (10). Det er beregnet at ca. 800 000 personer er pårørende i Norge i dag og at disse samlet utfører omsorgstjenester tilsvarende 136 000 årsverk. Pårørendes innsats er en sentral del av samfunnets totale omsorgsressurser og dette bør understøttes ytterligere i framtidens helsetjeneste.

4.1.1 Aktuelle tiltak

Økt helsekompetanse i befolkningen og bedre involvering av pårørende kan påvirke kvalitet på og forbruk av tjenester. Dette kan understøttes gjennom:

- Bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om pasient- og pårørendeopplæring i helhetlige pasientforløp
- Utvikling av gode digitale tjenester og verktøy som understøtter god kommunikasjon, egenovervåking, tidlig oppdagelse av forverring samt opplæring og mestring.
- Videreutvikling av læring og mestringskurs, inkludert utvikling og evaluering av heldigitale, hybride og fysiske kurs
- Økt fokus på prerrehabilitering; bedre og mer effektiv forberedelse, både mentalt og fysisk, gir bedre behandlingsresultater og raskere rehabilitering etter behandling
- Økt fokus på samvalg

- Bedre systematikk i og kompetanse om involveringen av pårørende
- Styrke helsepersonells kompetanse om samisk språk og kultur

Innhenting av erfaringer og synspunkter fra pasienter, brukere og pårørende gjennom brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå er sentralt i arbeidet med økt helsekompetanse i befolkningen og bedre involvering av pasienter og pårørende.

4.2 Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen

4.2.1 Innledning

Helse Nord har et særskilt ansvar for å ivareta utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen⁷.

Nasjonale myndigheter er forpliktet av internasjonale konvensjoner og nasjonalt lovverk til å tilby den samiske befolkningen likeverdige helsetjenester. Det samiske perspektivet må ivaretas i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier. Helse Nord RHF og Sametinget har en formell samarbeidsavtale med formål å fremme en utvikling av spesialisthelsetjenesten som ivaretar den samiske befolkningens rett til likeverdige helsetjenester. Denne rapporten beskriver derfor spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen særskilt.

I dette delkapitlet beskrives spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i Nord-Norge i dag, Helse Nord oppfølging av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), rettslige rammer for tjenestene samt betydningen av at en samlet spesialisthelsetjeneste har tilstrekkelig kunnskap om samisk språk, historie og levesett. Arbeid med framtidig organiseringen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen omtales. Særskilte hensyn som berører den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester i arbeidsgruppe 1-5 beskrives i delrapportene.

4.2.2 Involvering og prosess

Sametinget er en viktig samarbeidspart i utredningen av funksjon- og oppgavedeling i Helse Nord. Helse Nord RHF og Sametinget på politisk og administrativt nivå har hatt dialog- og drøftingsmøter gjennom hele utredningsperioden. Første møte ble holdt 21. juni 2023 og avsluttende møte ble gjennomført 19. desember 2023.

Samisk nasjonalt kompetansesenter- psykisk helsevern og rus (SANKS) er en avdeling i Sámi klinihkka. SANKS har hatt en deltaker i arbeidsgruppe 2, psykisk helsevern. Spesialrådgiver for samiske helsetjenester i Helse Nord RHF har vært i nær dialog med leder for koordineringsgruppen og bistått arbeidsgruppene gjennom hele utredningsarbeidet.

4.2.3 Statlige føringer og rettslige rammer

Rettslige rammer, internasjonale konvensjoner og statlige føringer er hensyntatt i Helse Nord arbeid med funksjon og oppgavedeling.

⁷ Helse Nord RHF skal ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen innenfor de rammer og prinsipper som framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan ([Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019](#)).

Grunnlagsdokumenter

- Strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» (2020)
- Samarbeidsavtale Sametinget og Helse Nord RHF (2022)
- Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – Regional rapport med tiltaksplaner (2022-2026)
- Sametingets plenumssak 028/20 Fremtidig utvikling av samiske spesialisthelsetjenester
- Sametingets plenumssak 007/22 Organisering av Sámi klinihkka
- NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus
- Fellesskapets sykehus – hørings svar fra Helse Nord RHF
- Fellesskapet – hørings svar fra Sametinget

Rettslige rammer

Nasjonale lover og internasjonale konvensjoner som Norge har gitt sin tilslutning til (ikke uttømmende):

- ILO-konvensjonen nr. 169 art. 25 pålegger myndighetene å gjøre tilfredsstillende helsetjenester tilgjengelige.
- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a pålegger de regionale helseforetakene å sørge for at alle med fast bopel eller oppholdssted å tilby spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.
- Pasientrettighetsloven § 3-5 gir pasienter rett til informasjon tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Bestemmelsen gir samiske pasienter rett til informasjon som er tilpasset samisk språk- og kultur. Forarbeidene til loven nevner særlig samiske pasienter som målgruppe for bestemmelsen.
- Sameloven § 3-5 gir samiske pasienter utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren. Bestemmelsen slår fast at den som ønsker å bruke samisk for å ivareta egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet har rett til å bli betjent på samisk.
- Helseforetaksloven § 35-3. ledd pålegger regionalt helseforetak å ivareta den enkelte pasients utvidede rett til at bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven §§ 3-1 nr. 4 og 3-5.

4.2.4 Dagens situasjon

Norge har hatt som mål å gi et tilrettelagt tjenestetilbud til den samiske befolkningen innenfor de etablerte helsetjenestene fremfor å utvikle egne tjenester spesifikt for den samiske befolkningen. Dette forutsetter at samiske pasienter blir møtt av et helsevesen som har samisk språk- og kulturkompetanse.

Helse Nord har ett spesialisthelsetjenestetilbud rettet direkte mot den samiske befolkningen, Sámi klinihkka. Sámi klinihkka er organisert som selvstendig klinikk i Finnmarkssykehuset, med integrerte tjenester innen somatikk, rus og psykisk helse. I tillegg har klinikken Samisk nasjonal kompetansetjeneste- psykisk helsevern og rus SANKS, lærings- og mestringstjenester og samisk tolketjeneste. SANKS har et nasjonalt ansvar for oppgaver innen forskning, utvikling og kompetanseheving innen psykisk helsevern og TSB for den samiske befolkningen i Norge. SANKS har også et nasjonalt team i Oslo, Røros, Snåsa, Hamarøy, Tromsø og Karasjok. Sámi klinihkka tilbyr, som eneste virksomhet i Norden, også behandling for samiske pasienter fra Sverige og Finland.

Helse Nord RHF har i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Sametinget, utarbeidet strategidokumentet [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#) (11). Strategidokumentet konkluderer med at spesialisthelsetjenesten har behov for betydelig kompetanseheving for å sikre at samiske pasienter får et tilfredsstillende tilbud tilpasset samisk språk og kultur. Alle helseforetak i Helse Nord har utarbeidet tiltaksplaner for å bedre kunnskap, kompetanse og kvalitet i tjenestene til den samiske befolkningen. Styrene i sykehusforetakene har samisk representasjon.

4.2.5 Særskilte hensyn

Et grunnleggende prinsipp er at helsetjenestene skal levere likeverdige spesialisthelsetjenester, og Helse Nord har et særskilt ansvar overfor den samiske befolkningen.

Helseforetakenes formål er etter helseforetakslovens § 1 å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Begrepet likeverdighet er ikke entydig definert i lovverket. I Helse Nord sitt utredningsarbeid forstås likeverdige tjenester som tjenester av god kvalitet, tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde.

For å kunne gi likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen må tilbudet og tjenesten bygge på kunnskap om samisk kultur, språk, historikk, geografi og levesett. Manglende kunnskap om samisk språk- og kultur vil påvirke kvalitet og pasientsikkerhet til den samiske pasienten. Det er Helsepersonellet som er ansvarlig for å legge til rette for tillit, trygghet og tilgjengelighet i møte med samiske pasienter. Helse Nord har sammen med helseforetakene et ansvar for at ansatte har den nødvendige kunnskapen.

Likeverdige helsetjenester innebærer at samiske pasienter må ha mulighet til å bruke sitt eget morsmål i kontakt med spesialisthelsetjenesten. I dag er samiske tolketjenester ikke tilstrekkelig utbygd. Rekruttering av samisktalende helsepersonell er utfordrende. Hvordan fagfolk med samisk språk- og kulturkompetanse kan brukes på best mulig måte på tvers for de samiske pasientene i Helse Nord fremover, må ses nærmere på.

4.2.6 Organisering av spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen

Organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen har vært drøftet gjennom flere år. I strategidokumentet [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#) (9) ble tre hovedstrategier skissert:

1. Organisering av samiske spesialisthelsetjenester
2. Utarbeide nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester
3. Økt kvalitet og kompetanse på samisk språk- og kulturforståelse i spesialisthelsetjenesten

Arbeids- og styringsgruppen i strategiarbeidet var i stor grad enige i at spesialisthelsetjenesten hadde behov for å øke kvalitet og kompetanse om samisk språk- og kulturforståelse. Organisering av samiske spesialisthelsetjenester ble viet stor oppmerksomhet, og videre utredninger av ulike modeller ble foreslått.

Strategidokumentet ble behandlet i styret i Helse Nord RHF (styresak 102-2020) som vedtok følgende:

1. Styret slutter seg til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» og dokumentet oversendes oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet med følgende prioriteringer:

- Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten prioriteres i første fase, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.
- Det utarbeides en nasjonal handlingsplan som omfatter helsetjenester til den samiske befolkningen.
- I henhold til de regionale helseforetakenes sørge for ansvar bør det jobbes videre med overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester. Modell 1, videreutvikling av dagens organisering, anbefales.

2. Styret konkluderer med at det kreves en betydelig kompetanseheving i spesialisthelsetjenesten for å sikre at samiske pasienter får et tilfredsstillende tilbud. Helse Nord RHF vil i samarbeid med Finnmarkssykehuset HF – Sámi klinihkka sette i gang et snarlig arbeid for å øke kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten.

Strategidokumentet ble også behandlet i Sametingets plenum (sak 028/20, Fremtidig utvikling av samiske spesialisthelsetjenester) med følgende tekst om organisering:

«Sametinget er fornøyd med at samers behov og tilnærminger til egen helse tilpasset deres språk, kultur og samfunnsliv, anerkjennes gjennom en strategi for videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Sametinget deler strategirapportens syn om at organisering av helsetjenester til urfolk som er basert på urfolksverdier og selvstyre best vil ivareta Norges forpliktelser iht. ILO-konvensjonen nr. 169 art. 25 «utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll. Sametinget slår fast at dagens organisering av samiske spesialisthelsetjenester ikke oppfyller samers rett som urfolk, deriblant retten til selvbestemmelse i planlegging, utforming og organisering av helsetjenester.»

I Sykehusutvalgets rapport, [Felleskapets sykehus](#) (12), ble også framtidig organisering av samiske spesialisthelsetjenester omtalt. Flertallet av utvalget foreslår en utredning av hvordan urfolkets rettigheter kan sikres, inkludert organisering av Sámi klinihkka. I sine høringsuttalelser til NOU 2023 har både Sametinget og styret i Helse Nord RHF stilt seg bak en videre utredning, slik utvalget foreslår.

Helse Nord RHF har hatt innledende møter med Finnmarkssykehuset /Sámi klinihkka der SANKS fremtidige funksjon har vært diskutert. Finnmarkssykehuset HF foreslår å utvikle Sámi klinihkka til et urfolkssenter, som ett tiltak i samsvar med rapporten [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – Rapport med tiltaksplaner \(2022-2026\)](#) (13). Et slikt urfolkssenter er tenkt som et nasjonalt kunnskapssenter for samisk psykisk helse, TSB og somatiske tjenester. Arbeidet med tiltaket er satt i bero i påvente av utredningsarbeidet av funksjon og oppgavedeling i Helse Nord.

4.3 Beholde og rekruttere fagfolk

Hovedgrunnen til omstillingen i Helse Nord er mangel på fagfolk og riktig kompetanse. Helseforetakene i landsdelen har over flere år økt bemanningen mer enn i de andre helseregionene, men har like fullt de største bemanningsutfordringene (se kapittel 1.2, 1.3 og

1.4). Helseforetakene har jobbet med å rekruttere og beholde helsepersonell i mange år. Det har blant annet vært jobbet med oppgavedeling og sertifisering, utdanningsstillinger, tilrettelegging av arbeidstid, sykefraværsoppfølging, omdømmebygging, markedsføring i sosiale media, profilering på utdanningsinstitusjoner og samarbeid om rekruttering på tvers av helseforetak. Ulike økonomiske insentiver som rekrutteringstillegg, stabiliseringstillegg, doktorgradstillegg, tillegg for samisk språk, signeringsbonuser mot bindingstid, belønning av ekstra innsats, stipend m.fl. er også prøvd ut flere steder.

Til tross for omfattende satsning på å rekruttere og beholde fagfolk har vi ikke lyktes med å komme i mål. Det er behov for ytterligere tiltak.

4.2.1 Utfordingsbildet

En av fem arbeidstakere i Norge jobber nå innen helse- og omsorgstjenestene. Norge er på Europa-toppen i antall leger og sykepleiere per innbygger. Helse Nord hadde 24 prosent flere leger og sykepleiere per innbygger i 2021 enn landet for øvrig. Til sammenligning hadde regionen kun 10 prosent flere i 2008, når vi sammenligner faste årsverk⁸.

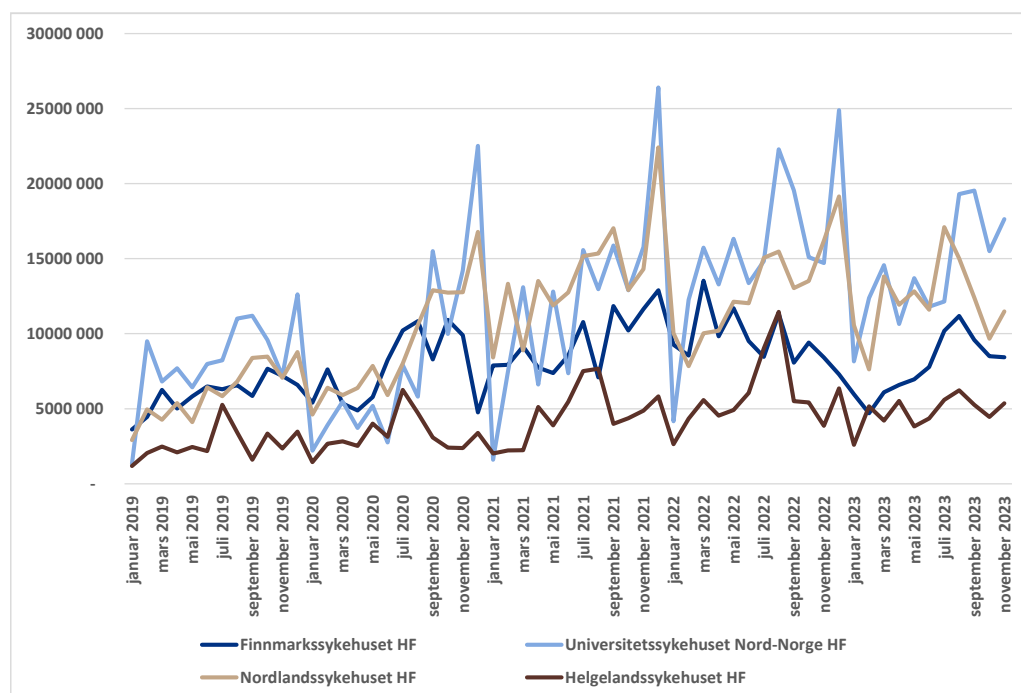
Helse Nord har gjennom mange år bemannet opp for å holde tritt med økte kompetansebehov. Fra 2008 til 2021 økte for eksempel faste legeårsverk med 55 prosent og faste sykepleierårsverk med 35 prosent. I samme periode økte befolkningen i Nord-Norge med 4 prosent. Til tross for økt bemanning mangler sykehusene fortsatt personell til å ivareta en rekke viktige funksjoner. I alt 20 prosent av dagens bemanningsbehov dekkes gjennom innleide vikarer og ved bruk av overtid/mertid hos egen ansatte. Dette er ikke en bærekraftig løsning over tid.

Lønnskostnader og kostnader til ekstern innleie (figur 17) har økt med henholdsvis 24 prosent og 75 prosent totalt hittil i år (per november 2023) sammenlignet med samme periode i 2019.

Helse Nord kan ikke basere tjenestene på økt rekruttering av helsepersonell utenfra, tvert imot må man påregne fortsatt lekkasje. Flytting er en hyppig årsak til at helsepersonell slutter. Det er særlig de unge som velger å jobbe i andre regioner. Langt flere mennesker flytter sørover enn omvendt, og i 2022 var differansen på minus 2950 personer. De siste fem årene har det vært en negativ befolkningsutvikling i 71 av 80 kommuner i nord. Omfattende rekruttering av helsepersonell fra utlandet er en mulighet som verken kan forsvares av etiske eller beredskapsmessige hensyn.

⁸ Årsverk definert som summen av antall heltidsjobber og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber. Årsverk til legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon er trukket fra.

Høringsnotat 21.2.2024



Figur 17. Utvikling av kostnader til all ekstern innleie i perioden 2019 til nov 2023 per helseforetak i Helse Nord. Kilde: Helse Nord LIS.

Helseforetakene i Nord-Norge har noe variasjon i hvilken kompetanse de mangler. Tabell 11 viser antall budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe i Helse Nord.

Stillingsgruppe	Budsjetterte faste	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidige	Mangel (Andel)
01. Adm. og ledere	2 360,3	2 053,0	131,0	176,4 (7,5%)
02. Pasientrettede stillinger	1 396,3	1 230,3	152,1	13,9 (1,0%)
03. Lege	1 619,3	1 210,3	224,4	184,6 (11,4%)
04. Psykologer	397,7	322,5	36,6	38,6 (9,7%)
05. Sykepleiere	3 881,6	3 193,5	259,9	428,2 (11,0%)
06. Helsefagarbeider/hjelpepleier	490,9	354,9	38,1	97,9 (19,9%)
07. Diagnostisk personell	661,2	565,6	34,5	61,0 (9,2%)
08. Apotekstillinger	3,0	3,7	0,0	-0,7 (22,8%)
09. Drifts/teknisk personell	815,8	753,2	37,3	25,3 (3,1%)
10. Ambulansepersonell	683,7	621,5	64,1	-1,8 (0,3%)
11. Forskning/utdanning (manglende)	1,0	57,2	12,2	-4,5 (6,9%)
Total	12 375,8	10 365,7	990,2	1 019,9 (8,2%)

*For definisjoner og detaljer rundt beregningen av tallene vises det til analysenotatet [Hvordan dekkes behov for arbeidskraft i Helse Nord?](#) Analysenotat er tilgjengelig på Helse Nord RHF nettsider.

Tabell 11. Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste ansatte og midlertidige ansatte, samt udekket behov (mangel) fordelt på stillingsgrupper totalt for Helse Nord.* Kilde: Helse Nord LIS.

Flere av helseforetakene har utfordringer med å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse. Til tross for økt grunnbemanning, økt innleie og økt bruk av mertid og overtid mangler personellressurser i en rekke viktige funksjoner (tabell 12 og 13).

Høringsnotat 21.2.2024

Stillingsgruppe/Helseforetak	Budsjetterte faste stillinger	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidig	Mangel (Andel)
03.Leger	258,3	174,5	18,9	64,9 (25,1%)
Finnmarkssykehuset HF	44,8	33,1	3,6	8,0 (17,8%)
Helgelandssykehuset HF	29,1	23,8	3,6	1,7 (5,9%)
Nordlandssykehuset HF	84,6	55,8	7,0	21,8 (25,8%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	99,8	61,9	4,6	33,4 (33,4%)
04.Psykologer	354,7	287,8	34,3	32,6 (9,2%)
Finnmarkssykehuset HF	55,6	37,1	2,2	16,3 (29,2%)
Helgelandssykehuset HF	48,0	37,1	3,3	7,6 (15,8%)
Nordlandssykehuset HF	101,1	80,3	8,0	12,8 (12,7%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	150,0	133,3	20,8	-4,1 (-2,7%)
05.Sykepleiere	670,0	496,2	19,9	154,0 (23,0%)
Finnmarkssykehuset HF	90,6	61,3	1,1	28,2 (31,1%)
Helgelandssykehuset HF	55,5	48,8	1,2	5,6 (10,0%)
Nordlandssykehuset HF	209,7	158,3	5,3	46,1 (22,0%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	314,2	227,8	12,3	74,1 (23,6%)
Totalsum	1 283,0	958,6	73,0	251,4 (19,6%)

Tabell 12: Budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe innenfor psykisk helsevern (PHV) sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på HF og sykehus/klinikk. *Kilde Uttrekk fra helseforetakene, Personalportalen og Agresso til HN LIS*

Stillingsgruppe/Helseforetak	Budsjetterte faste stillinger	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidig	Mangel (Andel)
03.Leger	1346,4	1028,5	203,2	114,6 (8,51%)
Finnmarkssykehuset HF	143,5	118,0	14,2	11,2 (7,80%)
Helgelandssykehuset HF	141,3	89,8	21,6	29,9 (21,16%)
Nordlandssykehuset HF	349,3	272,3	44,2	32,8 (9,39%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	712,3	548,4	123,1	40,8 (5,73%)
05.Sykepleiere	3188,7	2658,3	238,1	292,2 (9,16%)
Finnmarkssykehuset HF	664,9	550,3	36,3	78,4 (11,79%)
Helgelandssykehuset HF	434,9	341,4	36,4	57,1 (13,13%)
Nordlandssykehuset HF	832,6	678,5	72,8	81,3 (9,76%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1256,3	1088,2	92,7	75,4 (6,00%)
Totalsum	4535,1	3686,8	441,3	406,9 (8,97%)

For definisjoner og detaljer rundt beregningen av tallene i tabell 12 og 13 vises det til analysenotatet [Hvordan dekkes behov for arbeidskraft i Helse Nord?](#) Analysenotat er tilgjengelig på Helse Nord RHF's nettsider.

Tabell 13. Budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe innenfor somatikk sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på stillingsgruppe og helseforetak. *Kilde Uttrekk fra helseforetakene, Personalportalen og Agresso til HN LIS*

For å løse bemanningsutfordringene er det helt avgjørende å anvende den samlede kompetansen riktig. Noen av de viktigste satsningene på dette området er:

- GODT-planlagt prosjektet (2022-2027). Målet er bedre sammenheng og kontroll med ressursstyring, oppgaveplanlegging, kapasitetsutnyttelse og pasientflyt. Grunnlaget er utvikling og implementering av 2-veis integrasjon mellom arbeidsplanleggingsystemet GAT og pasientsystemet DIPS. Prosjektet går nå over i gjennomføringsfase med etablering av mottaksprosjekt i alle fire sykehus i regionen
- Systematisk satsning på hensiktsmessig oppgavedeling og nye arbeidstidsordninger gjennom [Tørn-programmet](#)

- Gode pasientforløp gjennom bedre samarbeid «på tvers» i sykehusene, og mellom nivåene – [stormottakersatsningen](#) ved UNN

Personellutfordringene i spesialisthelsetjenesten er betydelige. Samtidig vet vi at kommunene står overfor enda større bemanningsutfordringer enn sykehusene med tanke på befolkningens demografiutvikling (2). Et økende behov i primærhelsetjenesten forutsetter derfor at Helse Nord flater ut bemanningsveksten i sykehusene.

4.2.3 Aktuelle tiltak

For å kunne yte forsvarlige helsetjenester i årene fremover må et stabilt antall ansatte håndtere et større antall pasienter (flere pasienter pr ansatt). Dette er bare mulig dersom det iverksettes tiltak som frigjør tid for helsepersonell som har direkte pasientrettet arbeid. Aktuelle tiltak er oppgavedeling, digitale verktøy, økt egenomsorg og økt oppmerksomhet på hjelpemidler i hjemmet.

Vi må innrette oss slik at befolkningens forventninger og behov kan oppfylles uten vesentlig flere ansatte. Dess lenger vi venter, dess vanskeligere blir det å gjennomføre nødvendig omstilling til mindre personellkrevende produksjon av helsetjenester. Vi kan ikke fortsette bemanningsveksten.

Det å beholde fagfolk er derfor det viktigste innsatsområdet for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste med god kvalitet i framtiden. Det må i tillegg arbeides strategisk og systematisk med rekruttering og det å benytte tilgjengelig personell og kompetanse riktig. Spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge må skaffe folkene vi trenger selv og utredninger viser at tilgangen på helsepersonell vil bli knappere fremover. Spesialisthelsetjenestene har de rammebetingelsene de har med hensyn til lønn, arbeidstid og dermed også bruk av insentiver i arbeidet med å beholde og rekruttere personell. God ledelse er helt sentralt i det videre arbeidet med strategisk planlegging og kontinuerlig fokus på bemanning.

[Strategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord](#) (14) er retningsgivende for foretaksgruppen og ble vedtatt av styret i Helse Nord (Styresak [40-2023](#)). Overordnet målsetting for strategien er at helseforetakene skal være stabile, helsefremmende og attraktive arbeidsplasser som tiltrekker, utvikler og beholder kompetansen som trengs for å yte sikker og god pasientbehandling. Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til sårbare fagmiljø skal prioriteres, for eksempel prioritering av rekrutteringssvake personellgrupper. De åtte styringsmålene i strategien med tilhørende innsatsområder er godt forankret både internt i foretaksgruppen og eksternt i regionen. De sammenfaller også med helsepersonellkommisjonens anbefalinger (2).

PUK-strategien følges opp med en 2-årig handlingsplan som tydeliggjør ansvar, prioriterte satsninger og delmål på kort sikt. Handlingsplanen består av prioriterte tiltak på fire områder som vil bidra til å stabilisere personellsituasjonen. Innsatsområdene og tiltakene i PUK-handlingsplan vil forsterkes med midlene Helse Nord har fått for å styrke rekrutteringen og ta ned behovet for innleie, 200 mill. kroner årlig. Innretningen på bruk av midlene er ikke besluttet, men de må benyttes på en klok måte som kan gi varige effekter for rekruttering. PUK-handlingsplan vil bli fremmet til styret i Helse Nord den 22. mars 2024.

4.4 Utdanning

Å drive utdanning både selv og i samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner, er en del av samfunnsoppdraget i spesialisthelsetjenesten, og en sentral faktor i arbeidet med å beholde og rekruttere nok fagfolk med riktig kompetanse. I Nord-Norge er et generelt prinsipp å utdanne helsepersonellet selv. Ferdig utdannede medarbeidere fra andre regioner rekrutteres sjelden, og det gjelder spesielt legespesialister og spesialsykepleiere. Dette krever helhetlige utdanningsforløp av god kvalitet og god tilrettelegging for hensiktsmessige praksisplasser i samarbeid med universitetene og fylkeskommunene.

Et sentralt spørsmål i utredningsarbeidet av funksjons- og oppgavedeling, er om endringene som foreslås vil påvirke utdanningskapasiteten. Desentral utdanning er viktig ikke bare for å sikre tilstrekkelig praksiskapasitet, men også for å sikre rekruttering til de ulike geografiske stedene. Samtidig ser vi at studier i større byer tiltrekker flere studenter. I tillegg utfordrer lavt pasientgrunnlag flere steder mulighetene for utdanning og praksis. Helse Nord må derfor være tilpassningsdyktig for å kunne opprettholde dagens høye utdanningskapasitet samt øke kvaliteten i utdanningene ytterligere.

4.4.1 Søkertall til utdanningsinstitusjonene

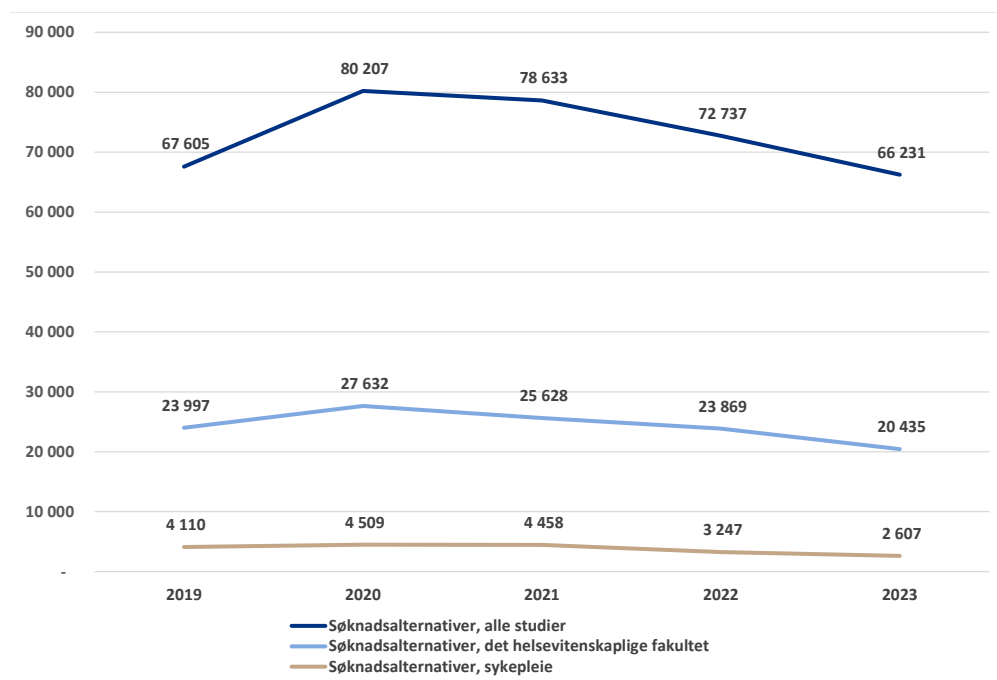
Søkertallene til alle studier innenfor høyere utdanning har siden 2017 holdt seg stabilt med ca. 1,1 million antall søknader nasjonalt, uavhengig av prioritet. Samtlige utdanningsinstitusjoner opplevde en markant økning i søkertall til høyere utdanning under pandemiårene 2020-21. Søkertallene er i dag tilbake på nivået før pandemien.

For helse- og sosialfaglige utdanninger ser bildet noe annerledes ut. De siste årene har søkertallene hatt nedgang, nasjonalt og regionalt. Nedgangen gjelder både helsefag på videregående skole og høyere utdanning på universitetene. Den totale nedgangen i søknadstallene har klar sammenheng med sykepleieutdanningene som har hatt en betydelig negativ utvikling i antall søkere de to siste årene.

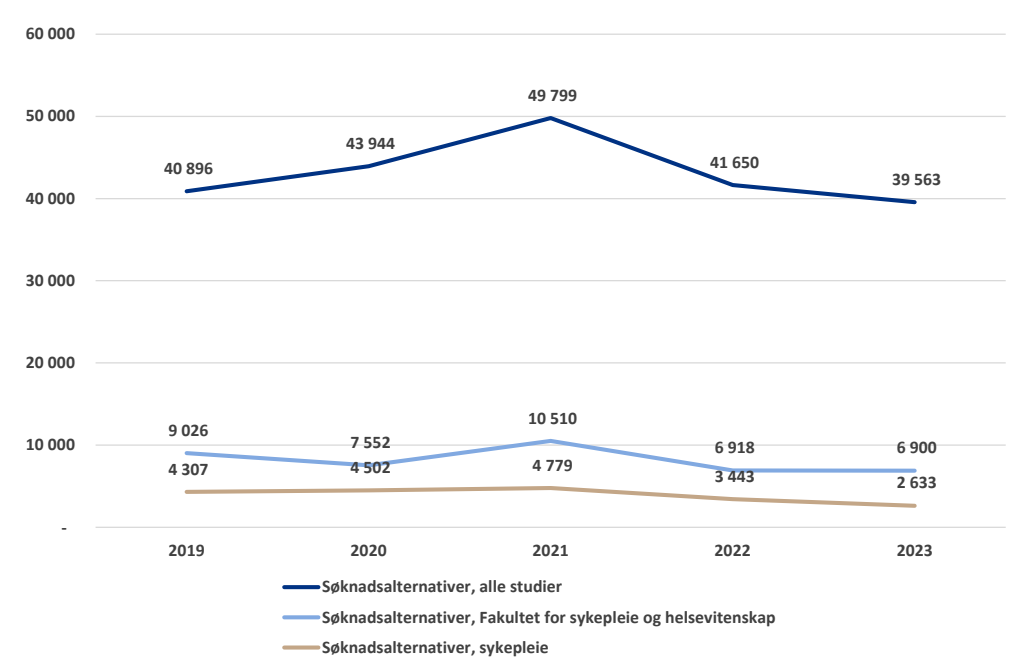
Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet (UiT), har hatt en nedgang på 2 prosent totalt for alle studier sammenlignet med 2019, mens nedgangen i helsefag-studiene har vært betydelig høyere, 15 prosent. Store deler av nedgangen tilskrives redusert søkermasse til sykepleiestudiet, med 37 prosent nedgang sammenlignet med 2019 (figur 18).

Nord universitet har hatt en nedgang på 3 prosent i søkertallene for alle studier, sammenlignet med 2019, mens nedgangen innenfor helsefag har vært en betydelig høyere; 24 prosent. Også ved Nord universitet kan store deler av reduksjonen tilskrives nedgangen til sykepleieutdanningen med 39 prosent fra 2019 (figur 19).

Høringsnotat 21.2.2024



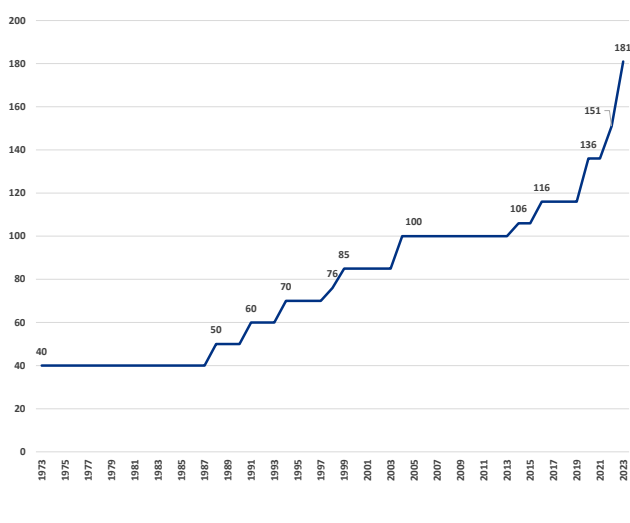
Figur 18. Utvikling i søknadstall Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet, uavhengig av prioritet. Kilde: DBH november 2023



Figur 19. Utvikling i søknadstall ved Nord Universitet, uavhengig av prioritet. Kilde: DBH november 2023.

Søkertallene til medisinutdanningen viser en nedgang på 6 prosent sammenlignet med 2019. Likevel søker mer enn 2500 til embetsstudiet i medisin ved UiT. De siste årene har antall studieplasser for medisinstudenter i Nord Norge økt betydelig. Regjeringen har etablert 65 nye studieplasser i medisin ved UiT Norges arktiske universitet i perioden 2020-2023 (figur 20). Målsettingen er å utdanne flere leger i Norge og styrke rekrutteringen av leger til distriktene. Medisinerutdanningen ved UiT har i tillegg til utdanningsløpet i Tromsø, desentralisert 5. og 6. studieår til Nordlandssykehuset Bodø (25 studieplasser) og Finnmarkssykehuset Hammerfest

(12 plasser). Desentraliseringen av medisinstudiet har hatt en positiv effekt på rekrutteringen til regionen, som beskrevet i artikkelen [Leger utdannet i Bodø - hvem er de og hvor blir de av?](#) (15).



Figur 20. Utviklingen i antall studieplasser embetsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet i perioden 1973-2023. Kilde: Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet.

Fordi antallet studieplasser i medisin har økt betydelig, begynner grensen for hva som er mulig, gitt det pasientvolumet og antall spesialister som er i regionen, å nærme seg. UiT vurderer derfor behovet for ytterligere desentralisering av studenter, enten i form av antall, flere studiesteder eller i studieomfang.

For videregående opplæring har skolene i Nordland hatt en nedgang i søknadsmassen til alle helsefag på 14 prosent mellom 2021-23, mens skolene i Troms og Finnmark har en mindre nedgang på 4 prosent.

4.4.2 Utdanningskapasitet

Helse Nord har tatt ut mesteparten av potensialet for økt utdanningskapasitet i regionen. Mulighetene for økninger utover de allerede planlagte, er begrensede, og grensen er nådd for de fleste helsefagene. Som eksempler er kapasiteten på medisineddanningen økt med 56 prosent, antallet LIS1-stillinger med 32 prosent, og antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleier (ABIOK og jordmor) med hele 64 prosent sammenlignet med 2019. I alt 224 av totalt 1185 stillinger være i Helse Nord. Gjennom opptrappingsplan ALIS 2022-2026 dekker vi også behovet for utdanningsstillinger i sykehus for allmennleger i spesialisering

Relativt lavt pasientgrunnlag og tilsvarende få spesialister begrenser foretakenes kapasitet til å utdanne enda flere. Ett mål i omstillingsarbeidet i Helse Nord må derfor være å opprettholde dagens utdanningskapasitet samtidig som kvaliteten i utdanningene økes.

Utdanningsoppgavene vil normalt følge endringer i de øvrige oppgavene som blir flyttet. Dersom fagmiljøer blir samlet på færre steder, vil også utdanningsoppgavene bli mer samlet enn i dag. Personellbehovet som samlet kreves til utdanning bli redusert fordi utdanning færre steder er mindre ressurskrevende. Større fagmiljøer vil også være mindre sårbare når

utdanningsoppgavene skal løses. På den annen side er desentral utdanning viktig for å tilføre helsefaglig kompetanse til distriktene. Desentral utdanning har høyt politisk fokus, men også økonomiske og logistiske utfordringer.

4.4.3 Spesialisering av sykepleiere, psykologer og leger

Utdanning av spesialsykepleiere inkludert jordmor

Antall utdanningsstillinger knyttet til anesthesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) og jordmor har økt i antall siden 2019 (tabell 14).

Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor	2019	2020	2021	2022	2023
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	57	70	80	80	90
Nordlandssykehuset HF	26	30	40	40	48
Finnmarkssykehuset HF	9	11	15	15	18
Helgelandssykehuset HF	14	10	15	15	18
Helse Nord totalt	106	121	150	150*	174

*Foretakene rapporterte totalt 157 stillinger i 2022.

Tabell 14. Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor Helse Nord 2019-2023. Kilde: Helseforetakene (svar på oppdragsdokumentet).

I 2021 ble 40 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie opprettet i tett samarbeid med universitetene, mer enn tre ganger så mange som kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Begge universitetene gjennomførte ekstra opptak av studenter til ABIOK-utdanningene i 2021 (Nord universitets opptak var i januar 2022). Mellom 25-30 prosent av stillingene er til intensivutdanningen.

Utdanningsstillinger ABIOK - helårseffekt 2023							
	Anestesi	Barn	Intensiv	Operasjon	Kreft	Jordmor	Sum
UNN HF	16	10	21	12	10	11	80
Nordlandssykehuset HF	3,5	3,2	13,5	9	2,5	7	38,7
Finnmarkssykehuset HF	3,5	0	4	5	1	4,5	18
Helgelandssykehuset HF	1,5	0	3,5	3,5	0,5	8	17
Sum Helse Nord	24,5	13,2	42	29,5	14	30,5	153,7

*Tallene er oppgitt i hele stillinger per år. Utdanningsstillinger besatt i deler av året er regnet om til hele stillinger.

Tabell 15. Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor Helse Nord per september 2023*. Tallene er oppgitt i hele stillinger per år. Utdanningsstillinger besatt i deler av året er regnet om til hele stillinger. Kilde: Helseforetakene

Status per september 2023 viser at Helse Nord hadde 42 utdanningsstillinger i intensivsykepleie (tabell 15). På dette tidspunktet hadde foretakene besatt knapt 154

utdanningsstillinger, mens styringskravet er 174 stillinger. Helse Nord RHF har ikke fått signaler om at kravene ikke vil nås, ref. tertialoppfølging.

Utdanning av spesialister i generell kirurgi og indremedisin

Tidligere var generell indremedisin og generell kirurgi egne hovedspesialiteter. I Stortingets behandling av Meld. St. 11 (2015–2016) [Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016–2019\)](#) (16) ble skillet mellom hoved- og grenspesialiteter i indremedisin og kirurgi vedtatt opphevet og at alle grenspesialitetene skulle bli hovedspesialiteter. Ny revidert spesialistforskrift trådte i kraft 1. mars 2019. Både i NOU 2023: 4 "Tid for handling" (2) og NOU 2023: 16 ["Evaluering av pandemihåndteringen"](#) (17) trekkes generalisten frem som en sentral ressurs i fremtidens helsetjeneste.

I perioden 2022-23 er Helsedirektoratet fra ulike hold gjort kjent med utfordringer med innholdet i spesialistutdanningen i indremedisin og kirurgi. Det er uklart hvorvidt den nye ordningen for spesialistutdanning ivaretar generalistkompetansen i spesialitetene, likeså om de pågående rekrutteringsproblemer til spesialitetene ivaretas tilfredsstillende.

Legeforeningen, regionale helseforetak og regionale utdanningssentre melder om ulike problemstillinger, herunder; sviktende rekruttering til generelle spesialiteter, mangel på utdanningsstillinger og bekymring for svikt i kompetanse i generelle vaktstjikt. Flere årsaker til utviklingen beskrives, deriblant:

- Få leger som ønsker å kun bli spesialist i generell indremedisin eller generell kirurgi
- Ny spesialistutdanning gjør det mer tidkrevende og tungvint å bli dobbelspesialist
- Innholdet i ny spesialistutdanning er ikke godt nok tilpasset behovet for generalistkompetanse

Manglende generalistkompetanse i indremedisin og generell kirurgi er uheldig fordi kvalitet, pasientsikkerhet, vaktordninger og funksjonsfordeling kan bli påvirket. Færre leger med generalistkompetanse vil også ha betydning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom økt press på kommunale akutte døgnenheter, legevakt, fastleger og sykehjem.

Helsedirektoratet⁹ er i samarbeid med de regionale helseforetakene i startfasen av et arbeid der formålet er å avklare om de generelle spesialitetene bør bestå som egne spesialiteter, hva generalistkompetanse i de indremedisinske og kirurgiske spesialiteter bør være fremover, hvordan generalistkompetanse skal oppnås gjennom spesialistutdanningen, og hvor generalistkompetanse læres. Arbeidet har betydning for den videre utviklingen innenfor de generelle utdanningene i indremedisin og kirurgi. Tabell 16 viser antall overlegestillinger i spesialitetene generell kirurgi og indremedisin i Helse Nord og tabell 17 viser antall LIS under utdanning i generell kirurgi og indremedisin.

⁹ Interregionalt fagdirektørmøte 23. august 2023, sak 151.

Høringsnotat 21.2.2024

Spesialitet	Antall	Andel innenfor kategori	Andel av total
Indremedisinske spesialiteter*	124	100%	15%
Spesialist i indremedisin	17	13%	2%
Spesialist i indremedisin og annen spesialitet indremedisin	94	75%	11%
Sum spesialist generell indremedisin	110	89%	13%
Annen spesialist indremedisin	14	11%	2%
Kirurgiske spesialiteter**	70	100%	8%
Spesialist generell kirurgi	21	11%	2%
Spesialist generell kirurgi og annen spesialitet kirurgi	47	7%	5%
Sum generell kirurgi	67	19%	8%
Annen spesialist. kirurgi	3	81%	0%
Psykisk helse og rus	105		12%
Ukjent spesialitet	6		1%
Andre spesialiteter	546		64%
Totalt antall månedsverk***	852		100%

*Spesialiteter innenfor indremedisin regnes her som indremedisin, blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer og akutt- og mottaksmedisin

** Spesialiteter innenfor kirurgi regnes her som generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, urologi og bryst- og endokrinkirurgi

*** Totalt antall månedsverk inkluderer faste månedsverk ekskludert refusjonsgivende fravær

Tabell 16. Antall overleger i Helse Nord fordelt per spesialitet (indremedisinske, kirurgiske, psykisk helsevern og rus og andre) per september 2023. Kilde Uttrekk fra personalportalen og HPR-register til HN LIS.

Spesialitet	Antall	Andel innenfor kategori	Andel av total
Indremedisinske spesialiteter*	148	100%	25%
Utdanningsplan i indremedisin	42	28%	7%
Dobbeltløp med indremedisin og + annen spesialitet indremedisin	17	11%	3%
Spesialist i indremedisin + utdanningsplan i annen indremedisinsk spesialitet	12	8%	2%
Sum generell indremedisin	71	48%	12%
Annen spesialitet indremedisin	77	52%	13%
Kirurgiske spesialiteter**	87	100%	14%
Utdanningsplan i generell kirurgi	37	11%	6%
Dobbeltløp generell kirurgi og annen spesialitet i kirurgi	23	7%	4%
Spesialist i generell kirurgi + utdanningsplan i annen kirurgisk spesialitet	6	2%	1%
Sum generell kirurgi	66	19%	11%
Annen spesialitet kirurgi	21	81%	3%
Psykisk helse og rus	89	-	15%
Andre spesialiteter	277	-	46%
Antall LIS med individuell utdanningsplan	601	-	100%

*Spesialiteter innenfor indremedisin regnes her som indremedisin, blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelsessykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer og akutt- og mottaksmedisin

** Spesialiteter innenfor kirurgi regnes her som generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, urologi og bryst- og endokrinkirurgi

Tabell 17. Antall LIS-leger med individuell utdanningsplan fordelt per spesialitet (indremedisinske, kirurgiske, psykisk helsevern og rus og andre) per september 2023. Kilde: Uttrekk fra kompetanseportalen fra hvert HF

Ut fra kartleggingen er andel LIS i både indremedisin (inklusive tidligere grenspesialiteter) og generell kirurgi (inklusive tidligere grenspesialiteter) sammenlignbart med nasjonale tall (18). I Helse Nord er LIS-andel i indremedisin 54 prosent og generell kirurgi 55 prosent. Nasjonalt var LIS-andelen henholdsvis 46 og 43 prosent i 2020. Ulik praksis i tildeling av utdanningsplaner for spesialitetene indremedisin og generell kirurgi gir noe usikkerhet i tallgrunnlaget.

4.4.4 Utdanning av andre legespesialiteter

Flere spesialiteter er sårbare i Helse Nord. Sårbarheten er størst innenfor psykisk helsevern og radiologi, men også for gynekologer, anestesileger, kreftleger med mer ved flere av sykehusene (tabell 12 og 13). Dette gir allerede utfordringer med for lav kapasitet til utredning, behandling og oppfølging. Hvis utviklingen fortsetter, vil det ramme tilbudet til pasientene ytterligere og risikoen for sammenbrudd i funksjoner og tjenester økes. Det må derfor være et forsterket fokus på sikre riktig utdanningskapasitet av legespesialister som det er behov for innenfor de mer spesialiserte fagområdene og funksjonene. Manglende kompetanse innenfor disse områdene er i likhet med manglende kompetanse innenfor generell indremedisin og kirurgi er uheldig fordi kvalitet, pasientsikkerhet, vaktordninger og funksjonsfordeling kan bli påvirket. Helse Nord skal ha nok bredde i spesialitetene til å kunne gi alle tjenestetilbud som ikke er funksjonsfordelt nasjonalt, selv.

Et tiltak for å sikre nok spesialistkompetanse og bredde i tjenestetilbudet er Helse Nord RHF's LISKART prosjektet. Hovedmålet er å sørge for tilstrekkelig utdanningskapasitet i de ulike legespesialitetene fremover. Utdanningsløpene skal også samordnes og harmoniseres for økt gjennomstrømming og færre forsinkelser. Prosjektet vil kartlegge dagens spesialistbemanning, vurdere fremtidige bemanningsbehov og foreslå riktig utdanningskapasitet for LIS 2 og 3. Langsiktig framskriving, planlegging og styring av spesialistutdanningen i foretaksgruppen skal videreutvikles og harmoniseres gjennom prosjektet. For å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester, blir det avgjørende å finne gode løsninger for å sikre tilstrekkelig utdanning av de spesialistene vi trenger fremover.

4.4.5 Aktuelle tiltak

Helse Nord må for alle praktiske formål være selvforsynt med helsepersonell, dette inkluderer også utdanning. Helseutdanningene har siden 2019 hatt en nedgang i antall søkere, spesielt for sykepleierstudiet. Å utvide utdanningskapasiteten ytterligere vil derfor ikke være et effektivt tiltak for å øke tilgangen på de fagfolkene vi trenger. Likevel er utdanning fortsatt en av de viktigste faktorene å investere i for å beholde og rekruttere de fagfolkene vi har behov for fremover. Vi må derfor se på ulike løsninger som kombinerer sentrale og desentrale studier,

heltids- og fulltidsstudier, digitale verktøy og innovasjon. I tillegg kreves det at vi i samarbeid med utdanningsinstitusjonene kartlegger behovet og har en strategisk tilnærming til utdanning, slik at vi til enhver tid har tilgang på den kompetansen det er behov for.

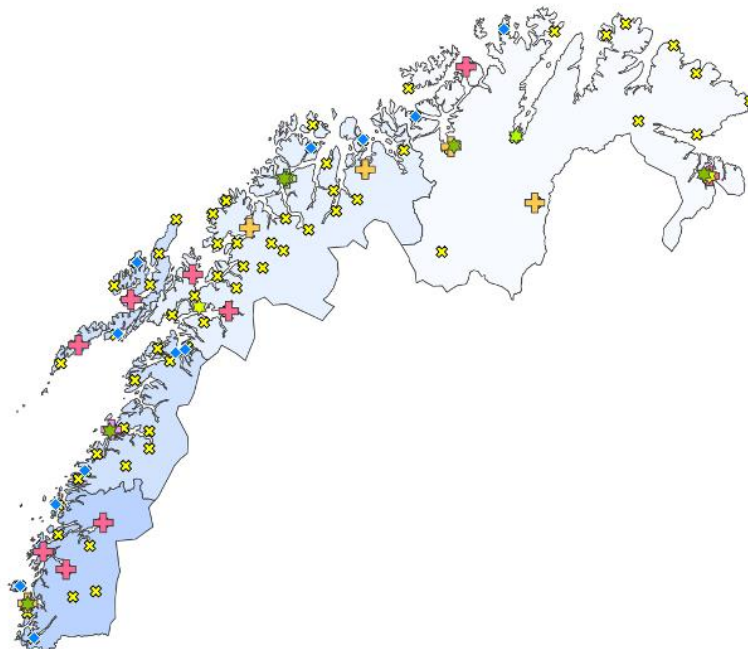
4.5 Prehospitale tjenester

Helse Nord har store landarealer og spredt befolkning som forutsetter en desentral ambulansetjeneste. Regionen har mange små ambulansestasjoner med få oppdrag.

Bil- og båtambulanser er sammen med legevaktene bærebjelkene i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. I deler av Nord-Norge er luftambulansen avgjørende for å nå spesialisert behandling raskt nok. Ambulansefly- og helikoptre får akuttmedisinsk kompetanse ut til pasienten og sparer transporttid til sykehus. I den komplette akuttmedisinske kjeden inngår også kommunale helsetjenester med fastleger, legevakter, pleie- og omsorgstjenester, sykestuer, øyeblikkelig hjelp tilbud, «first responders» og akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK). AMK-sentralene er «navet» i samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden. De koordinerer de prehospitale ressursene og varsler akuttmottaket i sykehuset. Helse Nord har fire akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK), en i hvert helseforetak.

[Strategi for prehospitale tjenester, Helse Nord 2024-2027](#) (19) gir en oversikt over ressursene i dagens tjeneste (figur 21). I tillegg er et jettfly plassert i Tromsø som EU finansierer fram til 2026.

- ✚ Akuttsykehus (9)
- ✚ Regionssykehus (1)
- ✚ Stort akuttsykehus (1)
- ✚ DMS (5)
- ✚ Ambulansehelikopter (4)
- ✚ Redningshelikopter (3)
- ✚ Ambulansefly (6)
- ✚ Bilambulanse-baser (80)
- ✚ Båtambulanser og RS med avtale (15)



Figur 21. Kart over tjenestestruktur - akutte og prehospitale tjenester i Helse Nord.

Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

Høringsnotat 21.2.2024

Ressurs	Finnmarkssykehuset	UNN	Nordlandssykehuset	Helgelandssykehuset
Bilambulansebaser	17	29	21	13
Ambulansebiler	29	46	28	16
Ambulanse/ redningsbåter	2	3	6	4
Ambulansehelikopter	1	2*	0	1
Redningshelikopter	2	2**	1	1
Ambulansefly	3	2***	1	1
Ambulansepersonell	137,5	264,4	162,9	121,5
Ambulanselæringer	16	20	18	10
	(inntak 10/år)	(inntak 20/år)	(inntak 10/år)	(inntak 4-5/år)

* samarbeid om anestesilegedekning mellom UNN og Nordlandssykehuset.

**UNN dekker en døgnbemannet anestesilege vaktlinje for Sysselmesterens helikopter på Svalbard.

*** EU-jetfly som benyttes i ordinær luftambulansetjeneste i Norge når det ikke er i oppdrag for EU.

Tabell 18. Antall operative prehospitale ressurser per helseforetak i 2023. Kilde: Statistisk sentralbyrå og helseforetakene.

For å opprettholde en desentral struktur, benyttes om lag 10 prosent av den totale økonomiske rammen til formålet. Helse Nord RHF finansierer luftambulansetjenesten, mens helseforetakene bærer kostnadene for bil- og båtambulanser i sine nedslagsfelt (tabell 19).

Tabell 19. Totale driftskostnader for prehospitale tjenester i 2022.

Ambulansetjeneste	Totale Driftskostnader (mill. kr)
Helse Nord RHF	603
Helgelandssykehuset HF	272
Finnmarkssykehuset HF	260
Nordlandssykehuset HF	323
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	549

Kilde: SSB tabell 14022

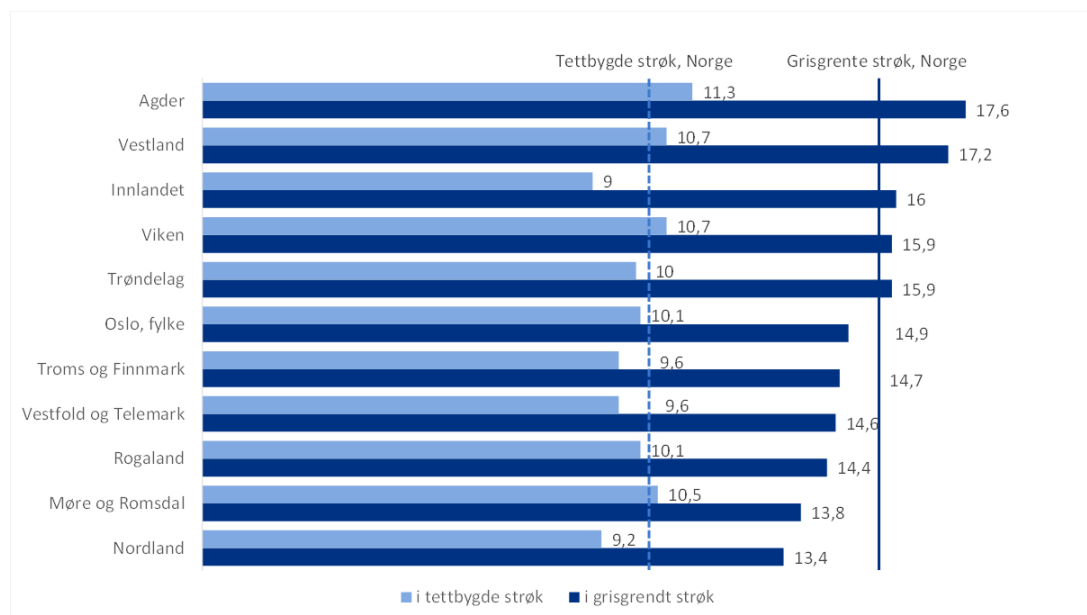
Sykehusleger blir i økende grad involvert i medisinske vurderinger prehospitalt. Et eksempel er at ambulanspersonell tar EKG av pasienter med brystmerter og overfører data digitalt til indremedisinsk vakt for beslutning om videre behandling. I Helse Nord har alle akuttmottakene tilgang på nødnettradio med direkte kommunikasjon med AMK-sentral og ambulanse, og mulighet for å være i «medlytt» for å kunne forberede mottak av pasienter. Legevaktsleger får også bistand fra spesialist-helsetjenesten i akutte situasjoner.

4.5.1 Ambulansebiltjenesten

Ambulansebilene er den viktigste ressursen i den prehospitale tjenesten for å gi befolkningen rask tilgang på god helsehjelp ved akutt sykdom og skade. Helse Nord har totalt 50 ambulansebilbaser med til sammen 119 ambulanserbiler (tabell 18).

I 2023 gav FHI ut en rapport om [Responstider for ambulanser og pasientutfall](#) (20). I Norge regnes responstid som antall minutter fra en alarmsentral varsles om en akutt hendelse til ambulanse ankommer hendelsesstedet. I dag er målet at 90 prosent av utrykningene skal være

framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i tettbygde strøk og innen 25 minutter i grisgrendte strøk. Responstidene i Helse Nord er gode sammenlignet med landet ellers (figur 22).



Figur 22. Median tid (minutter) fra 113-oppringning til ambulanse er på hendelsesstedet for akutte hendelser i grisgrendte strøk (mørk blå) og tettbygdestrøk (lys blå). Data fra 2022. Kilde: Helsedirektoratet

Teoretisk dekningsgrad¹⁰ er beregnet for bilambulansene. Denne viser at 85 prosent av innbyggerne i Helse Nord kan nås av bilambulanse innen 25 minutter.

I tillegg til bilambulansene har alle helseforetakene i Helse Nord syke transportbiler.

4.5.2 Ambulansebåttjenesten

I Helse Nord har ca. 23 000 innbyggere ambulansebåt som eneste eller raskeste ressurs ved behov for øyeblikkelig hjelp. Helse Nord har totalt 15 ambulansebåter, 10 av disse er tilknyttet Nordlandssykehuset eller Helgelandssykehuset.

4.5.3 Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er avgjørende for å transportere pasienter mellom sykehus og til høyere behandlingsnivå, og ut av sykehus for å frigjøre kapasitet for nye pasienter. Dette er særskilt viktig for UNN Tromsø pga. sykehusets regionsfunksjoner. Hoveddelen av lufttransportene ivaretas av ambulansfly, mens ambulanshelikopter benyttes ved tidskritiske tilstander hvor høy kompetanse med anestesilege kan flys ut raskt for å behandle pasienten. Redningshelikoptrene brukes også på forespørsel til ambulansoppdrag, i tillegg til sin primær oppgave som er søk- og redning.

Ambulansefly

¹⁰ Teoretisk dekningsgrad er en beregning av hvor mange innbyggere som kan nås av bilambulanse innen definerte tidsfrister. Det er ikke et uttrykk for faktiske responstider. Det er lagt til grunn andel av befolkningen som kan nås innen 25 minutter med reaksjonstid på 5 minutter og kjøretid på 20 min i angitt fartsgrense.

Høringsnotat 21.2.2024

Ambulanseflytjenesten gjennomførte i perioden 2019-2022 i overkant av 13 000 oppdrag årlig. Aktiviteten var noe lavere i 2020 pga. pandemien.

I alt syv av ti ambulansfly i Norge er stasjonert i Nord-Norge:

- Brønnøysund: 1 fly i døgnberedskap
- Bodø: 1 fly i døgnberedskap
- Tromsø: 2 fly i døgnberedskap hvorav 1 er en EU-jeten,
- Kirkenes: 1 fly i døgnberedskap
- Alta: fly i døgnberedskap og 1 dagfly på 12-timers beredskap

Flyene i Bodø, Tromsø og Kirkenes har døgnkontinuerlig legeberedskap.

EU-jeten har spesialtrent besetning fra Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst som inngår i en 7-delt vaktordning som dekker 24/7, 365 dager i året. Hovedoppgaven til jetflyet er å transportere høyrisikosmittepasienter i eller mellom EU-land ved behov. Når flyet ikke er på oppdrag for EU kan det benyttes til andre oppdrag i ordinær luftambulansetjeneste i Norge.

Værforhold har betydning for om ambulansflyene kan brukes til pasienttransport. Tabell 20 viser hvor mange oppdrag per år i Helse Nord som ikke lot seg gjennomføre som følge av værforhold innenfor hastegradene akutt, haste og vanlige oppdrag. Av samtlige bestilte oppdrag i fireårs perioden, ble 1,6 prosent avvist eller avbrutt. I kategoriene akutt- og hasteoppdrag lot til sammen 0,8 prosent av turene seg ikke gjennomføre grunnet værforhold.

Henvendelser	2019 Avvist/avbrutt grunnet vær				2020 Avvist/avbrutt grunnet vær				
	Akutt	Haste	Vanlig	Bestilt	Henvendelser	Akutt	Haste	Vanlig	Bestilt
13 459	40	55	19	88	12 568	51	45	40	109

Henvendelser	2021 Avvist/avbrutt grunnet vær				2022 Avvist/avbrutt grunnet vær				
	Akutt	Haste	Vanlig	Bestilt	Henvendelser	Akutt	Haste	Vanlig	Bestilt
13 644	57	53	26	79	13 277	19	82	34	53

Tabell 20. Totalt antall henvendelser fordelt på akutt, haste, vanlig og bestilte oppdrag for perioden 2019-2022 i Helse Nord, samt antall avviste/avbrutte oppdrag pga. værforhold. *Kilde: Luftambulansetjenesten HF*

Kategorien «vanlige oppdrag» gjelder ofte tilbakeføringer fra sykehus. Når været er dårlig, blir slike oppdrag utsatt. Som eksempel flys ca. 300 tilbakeføringsoppdrag årlig fra UNN Tromsø til Harstad/Narvik lufthavn.

Ambulansehelikopter

Helse Nord har fire ambulanshelikopter:

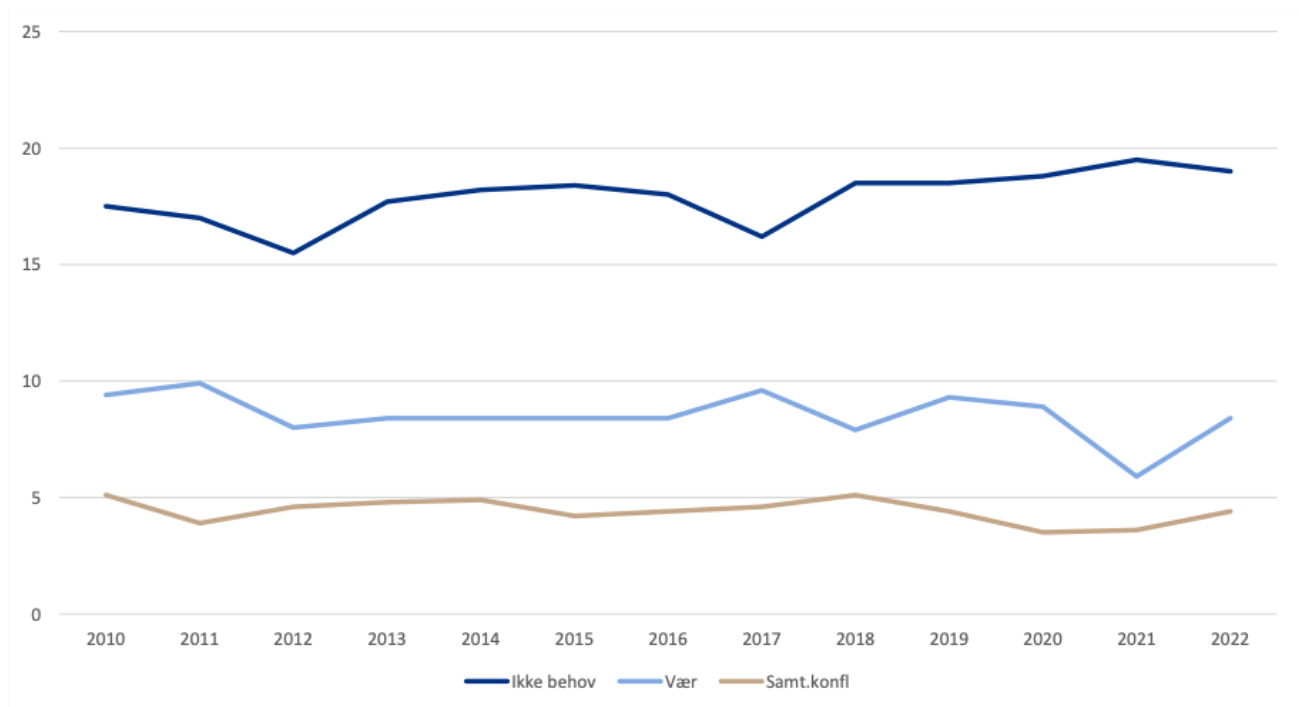
- Brønnøysund: 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap
- Harstad (midlertidig base): 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap
- Tromsø: 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap
- Kirkenes: 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap

Alle ambulanshelikoptrene har anestesilege i tilstedevakt hele døgnet. Totalt 1783 turer med ambulanshelikopter ble gjennomført i 2022 i Helse Nord.

Høringsnotat 21.2.2024

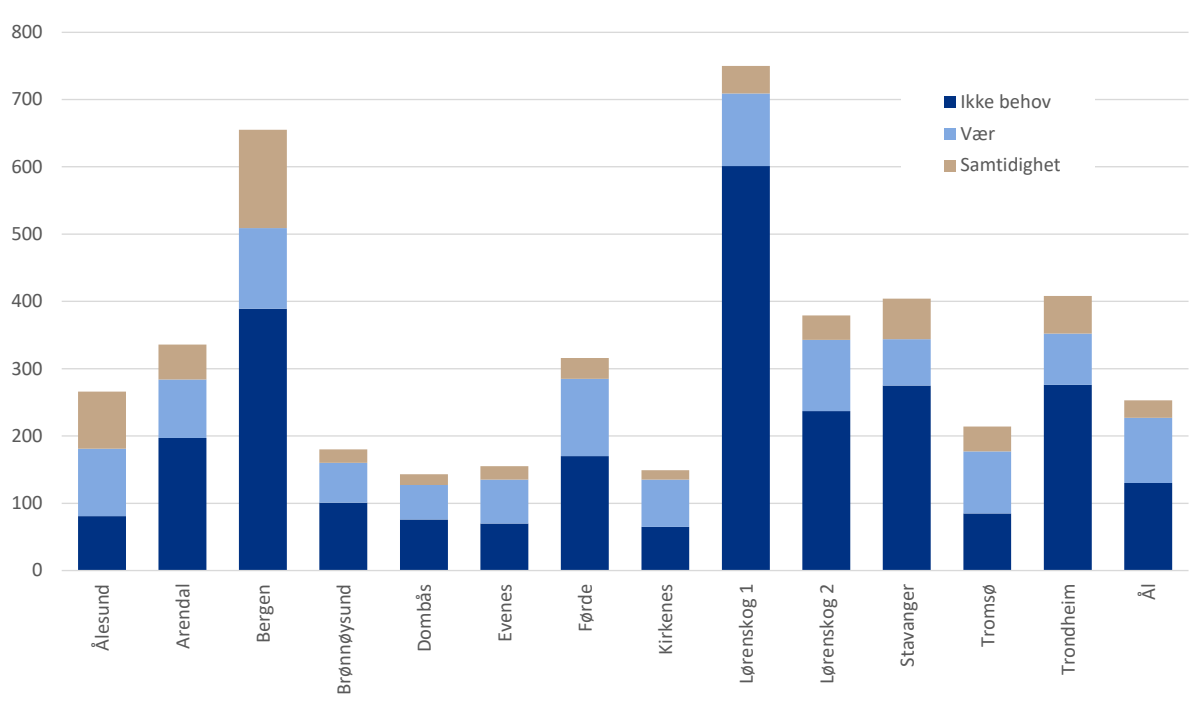
Utviklingstrendene er noe ulik i de fire helseregionene og ved de ulike basene. De siste ti årene har utviklingen av gjennomførte ambulanshelikopteroppdrag vært stabil i Helse Midt, svakt synkende i Helse Vest og Helse Sør-Øst, men sterkt stigende i Helse Nord. Utviklingen i Helse Nord kan skyldes etableringen av base i Midtre Hålogaland (Evenes) i 2015 og Kirkenes i 2020. Ambulanshelikopteret i Midtre Hålogaland ble i 2021 flyttet fra Evenes til Harstad i påvente av vedtak fra Helse Nord RHF om endelig plassering.

Et oppdrag er iverksatt idet helikopteret letter fra bakken. Noen oppdrag iverksettes ikke («avvist»), fordi de medisinske opplysningene gir indikasjon på at utrykning ikke er nødvendig, eller fordi flygning av en eller annen grunn ikke kan gjennomføres. Andre oppdrag avbrytes før pasienten er nådd («avbrutt»). Vakthavende luftambulanseseleger har beslutningsmyndighet som gjelder medisinsk indikasjon, mens fartøysjefen (piloten) har beslutningsmyndighet for operative forhold som f. eks vær og klima. Figur 23 viser andelen luftambulansoppdrag med helikopter nasjonalt som ikke er gjennomført av ulike årsaker i perioden 2010 – 2022.



Figur 23. Utvikling i årsaker (ikke behov, vær, samtidighetskonflikt) til at luftambulansoppdrag med helikopter ikke er gjennomført (avvist og avbrutt). Data for alle baser i Norge i prosent av antall henvendelser for perioden 2010-2022. Kilde Luftambulansetjenesten HF

Andelen luftambulansoppdrag med helikopter som ikke ble gjennomført 2022, viser at værforhold som årsak ikke er større i Helse Nord enn i landet ellers (figur 24).



Figur 24. Antall avviste og avbrutte oppdrag fordelt på årsaker til at turen ikke ble gjennomført for luftambulanseoppdrag med helikopter for alle baser i Norge i 2022. Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Antall avviste og avbrutte oppdrag grunnet værforhold for basene i Helse Nord i perioden 2019-22 viser stabile tall, bortsett fra ved Kirkenes-basen (tabell 21).

I Kirkenes har oppdragene mer enn fordoblet seg i perioden og økningen i antall avviste/avbrutte oppdrag følger av dette.

Lokasjon	2019	2020	2021	2022
Tromsø				
Totalt antall oppdrag	803	708	737	725
Avvist/ avbrutt/ forsinket pga. værforhold	110	98	98	92
Harstad				
Totalt antall oppdrag	515	457	497	482
Avvist/ avbrutt/ forsinket pga. værforhold	99	79	52	65
Brønnøysund				
Totalt antall oppdrag	391	365	385	323
Avvist/ avbrutt/ forsinket pga. værforhold	63	55	54	59
Kirkenes				
Totalt antall oppdrag		107	253	253
Avvist/ avbrutt/ forsinket pga. værforhold		10	49	70

Tabell 21. Avviste og avbrutte ambulanshelikopteroppdrag grunnet værforhold ved de fire basene i Helse Nord Kilde: Luftambulansen HF.

Redningshelikopter

Redningshelikoptrenes hovedoppgave er å drive søk og redning og gi bistand til personer som er i nød eller overhengende fare. Helikoptrene styres av Hovedredningssentralene i Bodø og Sola. Helikopterbasene i helseregion Nord inngår likevel som sekundærressurs i luftambulansetjenesten, i henhold til avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Hovedredningssentralene kan avgi redningshelikopter til

ambulanseoppdrag etter anmodning fra AMK hvis søk og redningsoppdrag ikke må prioriteres samtidig. Redningshelikopterbasene er:

- Bodø: 1 redningshelikopter i døgnberedskap
- Tromsø: 1 redningshelikopter i døgnberedskap i
- Lakselv (Banak): 1 redningshelikopter i døgnberedskap

I tillegg er Sysselmesterens redningshelikoptre SAR 91 og SAR 92 lokalisert i Longyearbyen. Samtlige baser har tilstedevakt. Alle redningshelikoptrene har anestesilegebemanning og samme medisinske utstyr som sivile ambulanshelikoptre. Sysselmesterens redningshelikopter SAR 91 er bemannet med anestesilege fra UNN. Basen har samme medisinske oppsett som fastlandsbasene inkludert håndholdt ultralyd og blodprodukter i beredskap. Sysselmesteren har i tillegg redningshelikopter SAR 92 på beredskap som er medisinsk bemannet med redningsmann alene.

4.5.4 Utdanning, rekruttering og stabilisering

Norges arktiske universitet (UIT) i Tromsø og Nord universitetet i Bodø tilbyr bachelorprogrammer innen paramedisin eller prehospitalt arbeid. I 2023 hadde programmene totalt 296 søkere for 46 tilgjengelige studieplasser i regionen. Dette indikerer en betydelig interesse for fagfeltet, og muligheten for å øke antallet studieplasser bør vurderes for å sikre stabil rekruttering til faget. Hittil har tilgangen på ambulansfaglæringer vært god. En forutsetning er godt samarbeid med Fylkeskommunene om læreplasser som lærlingene er avhengige av for å fullføre utdanningen.

De siste tiårene er kompetansen i de prehospitale tjenestene hevet, samtidig som antall ressurser, spesielt luft, er økt. Bilambulansene i Helse Nord er nå bemannet av ansatte med autorisasjon som ambulansarbeider, sykepleiere og etter hvert også en andel med bachelor i paramedisin. De fleste ambulansstasjoner har lærlinger i ambulansarbeiderfag. Dette bidrar til å gjøre tjenesten beredt til å møte både den demografiske og medisinske utviklingen som innebærer stadig økte krav til medarbeiderne i de prehospitale tjenestene.

Undersøkelse, diagnostisering og behandling vil i økende grad skje utenfor sykehus. Likevel har bilambulansetjenesten ulike arbeidstidsordninger og fortsatt har flere ambulansbaser hjemmевaktordning. Mange ambulansområder har lav aktivitet som utfordrer både rekruttering til og kvaliteten i tjenesten. Få pasientmøter gjør flere stasjoner uegnet som praksissted.

Personell som arbeider ved AMK-sentralene har spisskompetanse som er krevende å erstatte. Flere av helseforetakene rapporterer om svak rekruttering, og bruk av overtid har vært løsningen for å opprettholde forsvarlig drift.

Akuttavdelingene har generell mangel på anestesileger, som ved flere sykehus dekker prehospitale vaktlinjer på fly og helikopter, i tillegg til vaktfunksjoner og annen aktivitet i sykehusene. Ambulanseflybasene i Kirkenes, Tromsø og Bodø har anestesilege i bakvakt. UNN alene betjener to ambulanshelikopter i Tromsø og Harstad (dekkes opp i samarbeid med

Høringsnotat 21.2.2024

Nordlandssykehuset), ett redningshelikopter i Tromsø og Sysselmesterens helikopter på Svalbard. Antall årsverk som benyttes til de ulike fly og helikopter i går frem av tabell 22.

HF	Tjeneste	Antall leger	Årsverk	UTA	Tjeneste
Nordlandssykehuset	Helikopter	8	3.62	De som deltar har ca. 45 t UTA pr mnd., men ikke spesifisert hva som er knyttet til helikopter	Døgnvakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt
	Fly	8	1.12	0	Vaktberedskap samtidig som annen jobb eller på fritid
	Samlet	16	3.74	-	Samme lege jobber ikke i begge tjenestene/sjikt
Helgelandssykehuset	Helikopter (1 Base)	8**	3.28	Ingen UTA, ingen jobber full stilling.	Døgnvakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt
Finnmarkssykehuset	Helikopter (Banak)	8	2.75	77,09 t UTA per mnd.	Døgnvakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt
	Helikopter (Kirkenes)	11***	1,05***	70,75 t UTA per mnd.	
	Fly (1 base)	5	2.06	0	-
	Samlet	24	5.86	-	-
UNN	Helikopter (4 baser)	27	12.2	3,11 årsverk (samlet 6144,5 t per år)	Døgnvakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt
	Fly (1 sjikt, Tromsø)	14	1.105	0	Vaktberedskap samtidig som annen jobb eller på fritid
	Samlet	34****	13.305	-	-
SUM	Samlet alle	82	26.185	-	-

*I tillegg fire kombinasjonsstillinger mellom ambulanshelikopter UNN Evenes og NLSH, tre er besatt (en utlyst) 3 stillinger 65%(NLSH)/35% (UNN) og 1 stilling 50%/50%.

**7 faste stillinger, nå 8 til deling av stilling en midlertidig permisjon.

***3 fastansatte + 8 i 0 %stilling

**** 17 UNN Tromsø, 3 UNN Harstad, 1 UNN Narvik, 2 NLSH, 2 st. Olav, 1 OUS og 1 Viken.

*****7 leger deltar i begge ordninger

Tabell 22. Antall legeårsverk som er engasjert for å dekke vaktlinjer i luftambulansetjenesten.

Kilde: Helseforetakene

4.5.5 Avhengigheter og forutsetninger i prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester påvirkes ved endringer i akuttfunksjoner, men det foreslås ingen slike endringer i dette arbeidet. En godt fungerende akuttmedisinsk kjede inkludert riktig prehospital behandling er avgjørende for gode behandlingsresultater. Behov for å styrke prehospitale tjenester, må derfor alltid vurderes ved endringer i organisering av tjenestetilbud.

4.5.6 Prehospitale tjenester i psykisk helsevern

Akutte psykiske lidelser inngår i akuttmedisin på lik linje med akutte somatiske lidelser og skader. Kommunene og helseforetakene har ansvar for i fellesskap å yte slike pasienter helsetjenester, herunder ambulansetjenester, i henhold til deres behov. Helse Nord RHF har gjennomført en utredning som skal sikre gode prehospitale tjenester for disse pasientene. I de tilfeller pasientene har behov for luftambulansetjenester for transport inn til UNN Åsgård eller til Nordlandssykehuset Bodø, må vår organisering være god, sikre riktig fastsetting av hastegrad og iverksette transport for haste- og akutt oppdrag innen tre timer. En viktig målsetting er å redusere behovet for deltakelse fra politi til de tilfeller hvor dette er strengt nødvendig, og bruke ledsagere som har sitt tilsetningsforhold i helsetjenesten. For mer detaljer rundt dette vises til rapporten [Transport av psykisk syke med ambulansefly i Helse Nord](#) (21).

4.5.7 Aktuelle tiltak

Forsvarlige akuttmedisinske tjenester er en forutsetning for likeverdige helsetjenester for befolkningen, uansett hvor de bor. Ved omorganisering må prehospitale tjenester tilpasses og dimensjoneres riktig for å fortsatt sikre en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. I denne rapporten foreslås det ikke endringer som påvirker dagens organisering av prehospitale tjenester. Det vil derfor ikke være behov for å iverksette konkrete tiltak for å styrke den akuttmedisinske kjeden.

4.6 Pasientreiser

På steder med lang reisevei til helsetjenester er pasientreiseordningen en forutsetning for likeverdige helsetjenester i Nord-Norge. Helseforetakene i Helse Nord har finansieringsansvaret for alle reiser til spesialisthelsetjenester (sykehus og avtalespesialister), reiser til primærhelsetjeneste (fastlege, legevakt og fysioterapeut) og reiser til fylkeskommunale helsetjenester (kjevkekirurg/tannhelsespesialist). Alle helseforetakene har egne pasientreisereisekontorer som har ansvaret for bestilling og gjennomføring av rekvirerte pasientreiser.

Å reise med rekvisisjon betyr at pasientreisekontoret organiserer reisen for pasienten, og velger det transportmiddelet som er mest hensiktsmessig. Av utstedte rekvisisjoner utgjør pasientreiser til spesialisthelsetjenesten omtrent halvparten av reisene.

4.6.0 Utfordringsbildet

Avstander og begrenset tilgang til offentlig transport gjør pasientreiser utfordrende i Nord-Norge, og kan for eksempel gi vansker med å tilpasse reisen til pasientens tid for behandling og retur innen rimelig tid. Lange reiser kan medføre ekstra overnattinger, lang ventetid og utgifter for pasienter som bor langt fra tjenesten fordi kostnader til overnatting på hotell ikke dekkes fullt ut (sats i 2023 er kr. 655,- per døgn). Pasienter som må reise ofte beskriver fravær fra familie, skole og arbeid som en tilleggsbelastning.

Høringsnotat 21.2.2024

Som en følge av de geografiske og demografiske forutsetningene bruker Helse Nord 1/3 av de totale pasientreisekostnadene i Norge. Regionens langstrakte geografi gir også sterk avhengighet av fly som framkomstmiddel. Helse Nord har 70% av landets pasientreiser med fly.

Hovedregelen i pasientreiseforskriften er at pasientene ordner reisen selv og sender reiseregning (reiser uten rekvisisjon). I 2022 fikk i alt 71 000 unike brukere refusjon for 590 000 reiser uten rekvisisjon. Reiser med rekvisisjon utgjorde 532 000 reiser fordelt på 63000 unike brukere i 2022. Reiser med rekvisisjon utgjør tre fjerdedeler av Helse Nord's totale kostnader til pasientreiseordningen.

Sykehus	Reiser med rekvisisjon		Reiser uten rekvisisjon	
	Unike brukere	Antall reiser	Unike brukere	Antall reiser
Finnmarkssykehuset	14 000	72 000	16 000	107 000
Universitetssykehuset Nord-Norge	23 000	181 000	26 000	233 000
Nordlandssykehuset	23 000	181 000	15 000	145 000
Helgelandssykehuset	10 000	98 000	13 000	105 000

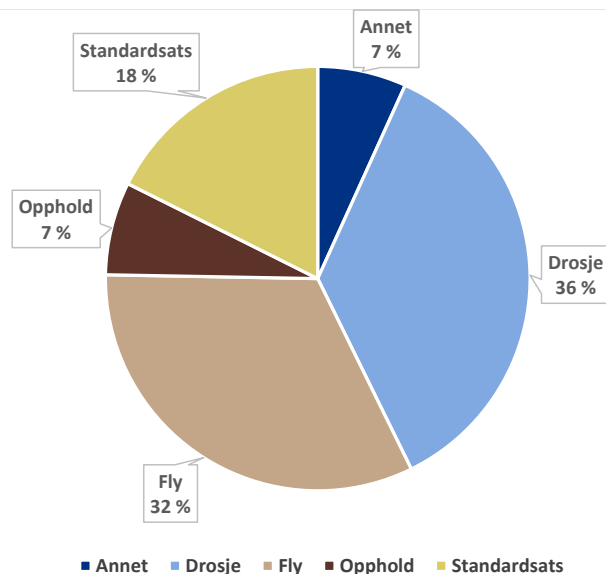
Tabell 23. Volum av reiser med og uten rekvisisjon per helseforetak. Kilder: Radar, Pasientreisere's nasjonale portal for styringsinformasjon, rapportene «RMR 01 – Indikatorer og nøkkeltall» og «RUR 04 – Indikatorer og nøkkeltall», for region Helse Nord.

De fire helseforetakene har ulik profil i reisemønstre og transportløsninger som følge av ulik geografi og befolkningsgrunnlag. Finansiering av pasientreiser er en betydelig kostnad særlig for Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset.

Helseforetak	Netto transportkostnad 2022	Andel av budsjetterte brutto driftskostnader
Finnmarkssykehuset	169 877 000	7%
Universitetssykehuset Nord-Norge	161 552 000	2%
Nordlandssykehuset	184 627 000	4%
Helgelandssykehuset	112 066 000	5%
SUM	628 122 000	-

Tabell 24. Netto transportkostnad pasientreiser per foretak (fratrasket egenandel og frikort). Kilde: Helse Nord's regnskapssystem.

Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset har mange pasientreiser med fly til sykehus i eget helseforetak, og Helgelandssykehuset til sykehuset i Bodø. Finnmarkssykehuset betaler mer enn 100 millioner kroner årlig for pasientreiser med fly. I UNNs lokalsykehusområde reiser pasientene hovedsakelig landeveis eller med båt. UNN betaler mer enn 100 millioner kroner årlig for pasientreiser med drosje.



Figur 25. Kostnadsfordeling reisekostnad pasientreiser i Helse Nord i per november 2023. Kilde Helse Nord RHF

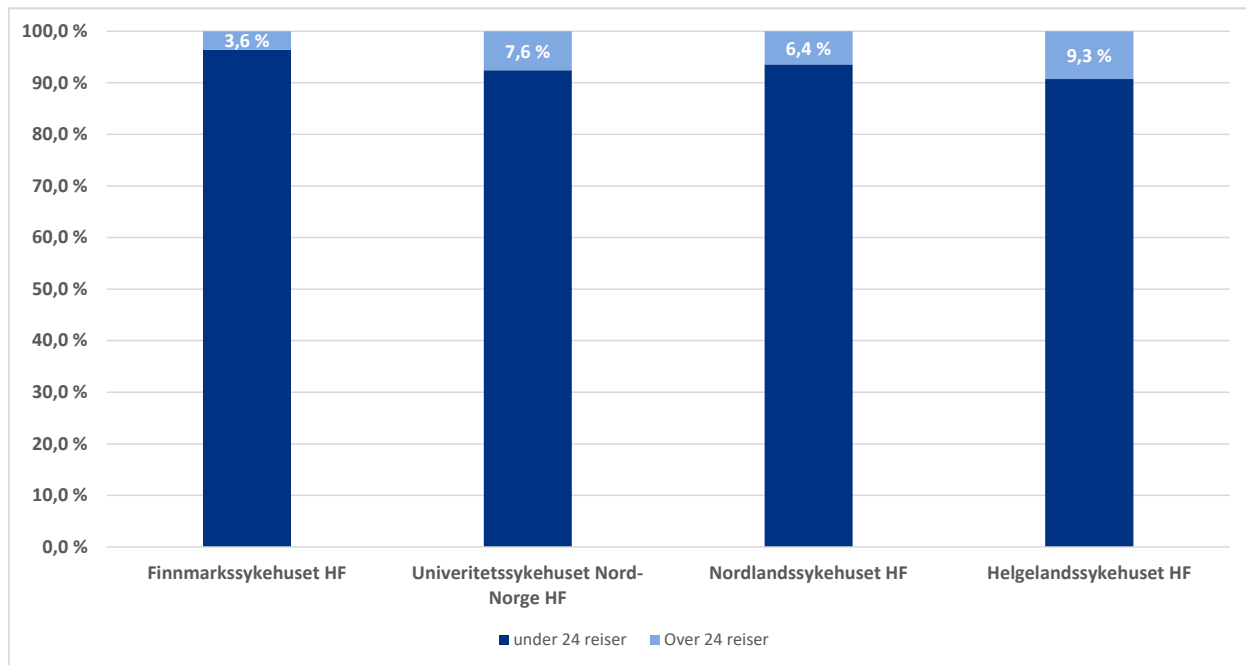
UNN og Helgelandssykehuset har helseekspresser på strekningene Narvik – Tromsø og Brønnøysund – Mo i Rana. Nordlandssykehuset og UNN har flere strekninger med pasientekspresser, som er minibusser spesialtilpasset for pasienttransport. I tillegg har alle helseforetakene syketransportbiler som ivaretar transport av liggende pasienter uten behov for medisinsk tilsyn. Dette frigjør ressurser til beredskap i ambulansetjenesten. Øvrig tilrettelagt transport utføres i hovedsak med drosjer og turvogner med rammeavtaler med helseforetakene.

Helse Nord er en betydelig kunde på FOT-ruter i Nord-Norge, med et samlet årlig kjøp av flyreiser på 350 millioner kroner, der størstedelen er pasientreiser internt i Nord-Norge. Det er et mål at pasientene skal kunne reise frem og tilbake til sykehus i landsdelen samme dag. Flyprisene i Nord-Norge er høye, men fra 1. april 2024 halveres maksprisen på FOT-rutene og vil gi vesentlig kostnadsreduksjon for helseforetakene med mange flyreiser.

Fra-Til, Til-Fra	Antall billetter én vei 2022
Stokmarknes-Bodø	14 101
Alta-Tromsø	12 518
Leknes-Bodø	9 840
Bodø-Tromsø	7 197
Hammerfest-Tromsø	5 948
Kirkenes-Tromsø	5 117
Svolvær-Bodø	5 114
Lakselv-Tromsø	4 484
Vadsø-Tromsø	4 301
Bodø-Oslo	3 780
Tromsø-Oslo	3 567
Andre strekninger	60 933
Total	136 900

Tabell 25. Topp 10 flystrekninger for Helse Nord basert på antall billetter. Kilde: Radar, Pasientreisere nasjonale portal for styringsinformasjon.

Over 55 prosent av reisende med rekvisisjon er over 70 år. Videre vet vi at 7,3 prosent av pasientene reiser over 24 ganger per år. Denne pasientgruppen utgjør 55 prosent av alle rekvisisjoner.



Figur 26. Pasienter med mer enn 24 reiser per år per foretak i 2022.

Kilde: Pasientreiser HF, basert på data fra Radar, Pasientreisere nasjonale portal for styringsinformasjon.

4.6.1 Aktuelle tiltak

Endringer i steder for utredning og behandling vil sannsynligvis ha betydning for forbruk av pasientreiser i årene fremover. Andre forhold som vil påvirke omfang av pasientreiser er desentraliserte spesialisthelsetjenester, innføring av ny teknologi, digital samhandling og hjemmeoppfølging. Demografisk utvikling med flere eldre, retten til å velge behandlingssted, lengre transportavstander som følge av mer spesialisering og sentralisering av enkelte tjenester, trekker samtidig i retning av høyere forbruk av pasientreiser.

I Helse Nords videre arbeid med funksjons- og oppgavedeling vil følgende ha et særlig fokus:

- Pasientenes utgifter til overnatting
- Samordning av behandlingstidspunkt med tilgjengelig transporttilbud
- Tilrettelagte transportløsninger på strekninger med økt volum
- Tilpasset regelverk som i større grad prioriterer pasientene med størst behov for støtte og bistand ved reiser, inkludert lang reisevei, behov for tilrettelagt transport med videre.

4.7 Samhandling med kommunene

Et hovedmål i Helse Nords arbeid med funksjons- og oppgavedeling er å «Tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunene» (styresak 11-2023).

4.7.1 Utfordringsbildet

Gjennom dialogmøter med kommunene og i utredningsarbeidet går det frem at kommunene har mange av de samme utfordringene som spesialisthelsetjenesten. I alt 68 av regionens 80 kommuner gav innspill som beskriver at også kommunene har store rekrutteringsutfordringer (vedlegg 5), den demografiske utviklingen er krevende og avstandsulempene betydelige (styresak 57-2023).

En del av utfordringsbildet med hensyn til samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er tilbudet til mennesker med kroniske og sammensatte sykdommer. Denne pasientgruppen er stormottakere og har behov for mange tjenester over tid (22).

[Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023](#) (5) peker på at svikt i samhandlingen mellom helsepersonell fra ulike tjenester svekker tilbudet til pasientgruppen. En særlig utfordring i Nord-Norge er at vi har det største omfanget av pasienter vurdert som skrøpelige eldre i 2022 (n=13 291) sammenlignet med resten av landet (tabell 26). Et tredje felles utfordringsbilde omhandler den demografiske utviklingen i landsdelen.

Opptaksområde/RHF	Andel 75 år og eldre som er skrøpelig	Andel eldre med svært dårlig funksjonsnivå
Helse Nord RHF	30%	7.2 %
Finnmark	32%	7.8 %
Helgeland	28%	7.3 %
Nordland	29%	6.9 %
UNN	30%	7.2 %
Helse Midt-Norge RHF	29%	6.5 %
Helse Vest RHF	28%	6.6 %
Helse Sør-Øst RHF	26%	6.1 %
Hele Norge	27%	6.4 %

Tabell 26. Andel skrøpelige eldre per opptaksområde i 2022. Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og Statistisk sentralbyrå.

Sykehusutvalget (12) peker på to hovedutfordringer med hensyn til samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten: 1) kapasiteten mellom de to sektorene er ikke avstemt eller sees helhetlig og 2) riktig kompetanse settes ikke alltid inn til riktig tid, på riktig sted og med rett kompetanse. Medisinsk utvikling har også påvirket kommunale helsetjenester. Pasienter og brukere av kommunale helsetjenester har et mer komplekst sykdomsbilde nå enn tidligere og innbyggerens forventninger til oppfølging i egen kommune har økt. Ved desentrale spesialisthelsetjenester er mange kommuner for presset til å klare å legge til rette for dette ved behov.

Manglende avstemming av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kommer tydelig fram når en ser på antall utskrivningsklare pasienter i regionen. Samlet antall utskrivningsklare liggedøgn i Helse Nord var 11376 døgn i 2022. Det er grunn til å anta at denne utviklingen vil forverres med økende antall eldre om det ikke tas grep.

Opptaksområde eller RHF	Skrøpelige som har vært innlagt på	Liggedøgn skrøpelige eldre	Snitt liggedøgn skrøpelige som har	Antall inneliggende opphold for skrøpelige	Snitt liggetid per opphold	Snitt antall opphold per
-------------------------	------------------------------------	----------------------------	------------------------------------	--	----------------------------	--------------------------

Høringsnotat 21.2.2024

	sykehus		vært innlagt	eldre		pasient
Helse Nord	6400	79 016	12	12 586	6.3	2.0
Finnmark	863	9697	11	1760	5.5	2.0
Helgeland	1147	14 967	13	2456	6.1	2.1
Nordland	1971	23 100	12	3961	5.8	2.0
UNN	2419	31 252	13	4409	7.1	1.8
Helse Midt-Norge	9312	104 992	11	18 341	5.7	2.0
Helse Vest	12 554	131 754	10	25 734	5.1	2.0
Helse Sør-Øst	32 988	318 267	10	64 358	4.9	2.0
Hele Norge	61 254	634 029	10	121 019	5.2	2.0

Tabell 27. Liggedøgn og antall opphold per pasient, skrøpelige eldre (2022). Kilde: Helse Nord RHF.

Kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (KAD) kan bidra til å forhindre innleggelse i sykehus når dette ikke er nødvendig eller ønskelig. Helsepersonell bør alltid vurdere om behandlingen kunne vært gjort bedre hjemme hos pasienten eller et annet sted utenfor sykehus. Gjennom KAD får pasientene et tilbud nærmere hjemmet, kommunene involveres tidligere i pasientforløpet og behandling gis på best mulig effektive omsorgsnivå (BEON). En stor andel av innleggelsene i KAD-senger i Nord-Norge i 2022 ble benyttet av pasienter over 80 år. Arbeidsgruppen som har utredet samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten vurderer bruk av KAD/ØHD og sykestuesenger som en viktig del av løsningen for å sikre bærekraftige helse og omsorgstjenester i framtiden. Tilbudet må imidlertid tilpasses lokale forhold. I dag har 73 av 80 kommuner tilbud om øyeblikkelig hjelp døgn, men variasjonen mellom kommunene i bruk av plassene er betydelig (vedlegg 5).

Innen psykisk helsevern og TSB brukes kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser i beskjedent omfang i Nord-Norge i dag. Det kommunale tilbudet «Rask psykisk helsehjelp» er ikke opprettet i 67 av landsdelens 80 kommuner (vedlegg 2).

Innen rehabiliteringsområdet viser utredningsarbeidet at få kommuner i Nord-Norge har øremerkede senger til døgnrehabilitering (vedlegg 3). Kommunene har, i tråd med samhandlingsreformen, fått større ansvar for brukere med mer komplekse og sammensatte tilstander, men i mange kommuner i Nord-Norge er ikke tilbudet bygget opp i tilstrekkelig grad. Korttidsavdelingene på sykehjemmene klarer ikke å imøtekomme nasjonale krav til rehabilitering i institusjon og lovpålagt kompetanse er vanskelig å rekruttere og beholde, for eksempel ergoterapeut, logoped og psykolog. De samme fagmiljøene må også ivareta forebyggende helsearbeid, habilitering og rehabilitering i kommunene. Oppgavene i kommunene har økt og mangelen på fagfolk er betydelig.

Fastlegen har en nøkkelrolle i oppfølging av pasienter med behov for samordnede og helhetlige tjenester. Fastlegen kjenner pasientene over tid og er den viktigste helseaktøren for de fleste med kronisk sykdom. Fastlegene har også en portvokterfunksjon og er sentrale for å sikre at de rette pasientene blir henvist til spesialisthelsetjenesten. Distriktslegekontorene i Helse Nord ivaretar en betydelig bredde i allmenntilleggsmedisin, og søker å ivareta flest mulig av pasientene selv, for eksempel med telefonisk rådgivning fra spesialisthelsetjenesten.

Fastlegetjenester er en knapphetsressurs på lik linje med andre helsetjenester. At fastlegene overtar «generalistoppgaver» fra spesialisthelsetjenesten gir kun økt bærekraft dersom

sykehuset samtidig blir bedre i stand til å ivareta «spesialistoppgaver», eller at fastlegen kan gjøre oppgaven raskere eller bedre. Lav kapasitet i fastlegeordningen og høy turnover av (vikar)leger påvirker mulighetene for samhandling og koordinering negativt.

Variasjon i demografisk bærekraft

Nord-Norge har mange små kommuner, og befolkningen bor spredt. I alt 60 av 80 kommunene har færre enn 5 000 innbyggere. Små og usentrale kommuner utgjør 85 prosent av kommunene i Nord-Norge, og i dem bor 39 prosent av innbyggerne (23). Kun ni av kommunene i Nord-Norge hadde en befolkningsvekst fra 2019 til 2022.

Generalistkommuneutvalgets utredning

[Generalistkommunesystemet – likt ansvar – ulike forutsetninger](#) (23) viser at jo færre innbyggere og mer usentral kommunen er, jo lavere grad av lovoppfyllelse. Hovedårsaken ble beskrevet som mangel på kapasitet og kompetanse. Utvalget pekte på særskilte utfordringer i kommuner med store avstandsulemper, særlig i Nord-Norge og den betydelige variasjonen i kommunenes demografiske bærekraft, det vil si kommunenes mulighet til å håndtere den demografiske utviklingen fremover.

Demografiske bærekraft ble vurdert ut fra fire indikatorer: fødselsoverskudd, nettoinnflytting, forsørgerindeks¹¹ og befolkningens utdanningsnivå. Kommunene i Nordland, Troms og Finnmark skårer i gjennomsnitt dårligst på demografisk bærekraft. I alt 15 av kommunene i Nordland ble vurdert å ha en skåre på 0.

Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge varierer. Geografisk nærhet til spesialisthelsetjenesten har betydning for omfang av og innhold i samarbeidet. I alt 14 av 80 kommuner er vertskommuner for lokalsykehus mens fire kommuner har distriktsmedisinske sentre (DMS) i sin kommune. Distriktspsykiatriske sentre (DPS) finnes i 11 av kommunene i Nord-Norge. I tillegg har 15 av 18 kommuner i Finnmark sykestuesenger og det inngås avtaler om kjøp av tjenester på tvers av primær og spesialisthelsetjenesten for å møte befolkningens behov. Det er også etablert team på tvers av tjenestene for å sikre oppfølging av de fire prioriterte pasientgruppene. Et eksempel på dette er FACT¹². Andelen pasienter som mottok dette tilbudet i løpet av ett år etter utskriving (2020) i Norge, var lavest i Helse Nord. Det er i etterkant av dette bygget opp digitale FACT-team i Finnmark (vedlegg 5).

Kommunenes demografiske bærekraft virker inn på deres mulighet til å bistå med desentraliserte spesialisthelsetjenesteoppgaver. Desentraliserte spesialisthelsetjenester er

Tabell 28. Gjennomsnittlig demografisk bærekraft etter antall innbyggere.

Antall innbyggere	Demografisk bærekraft
50 000 innb. og over	3.8
Mellom 20 000 og 49 999 innb.	3.5
Mellom 10 000 og 19 999 innb.	2.8
Mellom 5 000 og 9 999 innb.	2.1
Mellom 2 000 og 4 999 innb.	1.3
Under 2 000 innb.	1.0
I alt	2.0

Kilde: Generalistkommuneutvalget (s. 135).

¹¹Fødselsoverskudd er forholdet mellom antall fødte og antall døde. Nettoinnflytting er forholdet mellom antall personer som flytter inn til en kommune minus antall personer som flytter ut. Forsørgerindeks er forholdet mellom antall yrkesaktive i en kommune og andelen mennesker over 65 år.

¹² FACT står for Flexible Assertive Community Treatment og kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling. Tilbudet gis til mennesker med alvorlige psykiske lidelser, ofte også med rusmiddelproblemer.

prosedyreavgrensede tilbud som krever at kommunalt personell bistår, men at spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for tilbudet. Eksempler på dette er dialyse, tettere jordmorsamarbeid og følgetjenester, lindrende behandling, langvarige medikamentbehandlinger etc.

Distriktsmedisinske sentre (DMS) er fellesarena for primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. På disse sentrene er spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste samlokaliserte og gir innbyggerne helse- og omsorgstjenester med mål om å gi et tilbud nært der pasientene bor. Spesialisthelsetjenesten har det faglige og økonomiske ansvar for de rene spesialisttjenestene som ambulerende spesialister/poliklinikk, røntgen, eventuelt dagkirurgi og dagbehandling. Kommunehelsetjenesten er på sin side ansvarlig for legevakt, legevaktsentral, sykehjem, legekantor og kontor for hjemmetjenesten.

Mye av den omfattende polikliniske virksomheten en finner ved poliklinikkene og dagavdelingene ved sykehusene kan utføres på DMS. Tjenestene kan utføres ved fysiske konsultasjoner eller på digitale plattformer.

DRG tjenestetype	Alta	Brønnøysund	Finnsnes	Storslett	Totalt
Polikliniske konsultasjoner	11 270	1 848	1 279	711	15 108
Andre innleggelser uten overnatting og spesielle poliklin. tilbud	5 065	2 360	2 877	1 443	11 745
Ordinære innleggelser med overnatting	471	48	262	60	841
Dagkirurgi	355	5	-	1	361
Feilgruppering	24	5	-	-	29
Totalsum	17 185	4 266	4 418	2 215	28 084

Tabell 29. Aktivitet ved de distriktsmedisinske sentrene (DMS) i Nord-Norge. Kilde: NIMES uttrekk til HN LIS.

Et DMS kan også være en base for akutt behandling av mer tidskrisiske tilstander som hjerteinfarkt, blodforgiftning og hjerneslag. Digital teknologi gjør det mulig å fjernstyre lokale CT-maskiner fra sykehus og gjennomføre akutt behandling av hjerneslag i samarbeid med lokalt helsepersonell før videre transport til en spesialavdeling. Det er betydelig variasjon i aktivitet mellom DMSene i regionen både med hensyn til bemanning, ambulering, faglig bredde, tilgjengelig areal mv. Gjennom kartleggingen har det ikke latt seg gjøre å kvantifisere antallet medarbeidere ved DMS Nord- og Midt-Troms, da medarbeiderne har sine ansettelse i kommunene.

4.7.2 Aktuelle tiltak

Sykehusutvalget (12) peker på god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse og omsorgstjenesten som avgjørende for muligheten til å opprettholde og videreutvikle en sterk offentlig finansiert helsetjeneste. Velfungerende kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegeordningen er sentrale forutsetninger for at spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere. På sammen måte vil en godt fungerende spesialisthelsetjeneste bistå og understøtter kommunehelsetjenesten ved behov, og bidra til at pasienten kan motta behandling på best effektive omsorgsnivå (BEON).

Helse Nords utredningsarbeid har sett på flere områder som kan bidra til at tjenestene tilpasses hverandre bedre:

- Økt desentralt poliklinisk tilbud innen psykisk helsevern, inkludert oppbygging av ambulante team
- Økt bruk av teknologi og digitale løsninger i samarbeidet mellom primær og spesialisthelsetjenesten, både ved deling av kompetanse og pasientbehandling
- Mer bruk av desentrale spesialisthelsetjenester i nært samarbeid med kommunene
- Felles pasientsentrerte tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte lidelser
- Ulike modeller/utviklingsområder for samordning av døgntilbud, inkludert økt utrednings- og kompetansestøtte ved bruk av akutte kommunale døgntilbud
- Oppgavedeling og delte stillinger
- Felles satsninger på teknologi, utdanning/rekruttering/beholde personell samt befolkningsrettede tiltak for å øke helsekompetansen
- Bedre samhandling og felles planlegging gjennom Helsefellesskapene

Noen av disse utviklingsområdene bør utredes ytterligere. Andre er klare for innføring. Myndighetene ser etter løsninger og insentiver som kan gi grunnlag for økt samordning mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus, både juridisk og økonomisk. Et eksempel på dette er frikommuneprosjektene¹³ som er i en første utprøvningsfase og gjennom tett dialog kan legge til rette for bedre samordning. I det videre arbeidet med bedre samarbeid med kommunene bør den betydelige forskjellen i kommunenes demografiske bærekraft, avstand til tjenester, tilgang på helsepersonell og økonomi inngå i planleggingen.

4.8 Tilgang til IKT og teknologi

Helsepersonellkommisjonen (2) har pekt på behovet for digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenesten. Helse Nords digitale strategi for 2038 ([styresak 39-2023](#)) peker på at vi må (...) *tenke nye måter å levere tjenestene til befolkningen på, hvordan vi skal planlegge fremover med organisasjonsutvikling og ledelse, hvordan vi skal dele informasjon og samhandle med andre offentlige aktører og hvordan vi skal prioritere bruken av ressurser fremover* (side 2). Fragmenterte digitale løsninger bidrar til at de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten blir dårlig utnyttet og kan ha konsekvenser for pasientsikkerheten. Eksempel på utfordringer er:

- Pasienter og pårørende blir formidlere av sin egen helseinformasjon mellom ulike helseinstitusjoner, og mangler digitale verktøy for medvirkning
- Helsepersonell må bruke tid på å innhente pasientinformasjon, og veksle mellom flere systemer for å få komplett oversikt
- Dobbeltregistrering og overføring av informasjon manuelt
- Digitale systemer har ulike grensesnitt

Helse Nord RHF har de siste 12 årene investert betydelig for å samle og modernisere IKT infrastruktur og -systemporteføljen. De største og viktigste kliniske og administrative systemene er felles for alle foretak, og åpner for at fagmiljøene i langt større grad kan

¹³ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringa-inviterer-kommunar-til-a-delta-i-frikommuneforsok/id2976017/>

samarbeide på tvers av foretaksgrensene. Innføring av data- og dokumentdeling mellom sykehus, pasient og kommunale helsetjenester åpner for nye måter å samhandle på. Digital hjemmeoppfølging (DHO) er på full fart inn i tjenesten, og legger til rette for at enkelte pasientgrupper i langt større grad enn nå vil kunne få oppfølging hjemmefra.

For medarbeiderne er det nødvendig å få til «et brukervennlighetsløft». Selv om den digitale grunnmuren er på plass, gjør regelverk og kompleksitet i de kliniske IKT-systemene at gapet øker mellom helsepersonellens forventninger og det som er dagens brukervennlighet i systemene. Helse Nord iverksetter derfor planlegging og organisering av et systematisk, målrettet og klinikknært arbeid med:

- Bedre samhandling mellom de største kliniske systemene
- Bruk av mobile enheter i klinisk arbeid
- Videreutvikling av journalsystemet for mer gjenbruk av data

Helse Nords satsning på digitalisering og IKT er forankret i nasjonale strategier, og regionenes [Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering](#) (24). Denne er i tråd med Regjeringens helhetlige digitaliseringspolitikk. I tillegg foreligger [oppdatert nasjonal e-helsestrategi](#) (25) og [målilde for digitalisering av helse- og omsorgssektoren](#) (26), begge fra 2023. Viktige nasjonale program for å bedre digital samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og for å involvere pasientene er Program Digital samhandling (PDS) og Pasientens legemiddelliste (PLL).

Helse Nords prosjekt «Digitale innbygger- og samhandlingstjenester» (DIS) bidrar til at regionen er langt framme i å utvikle og ta i bruk tjenester som involverer fastleger, kommuner og pasientene. DIS går nå inn i en fase hvor det skal innføres nye tjenester på to områder:

- Sammenhengende pasientforløp på tvers av helsetjenesten
- Effektive pasientforløp i sykehus

Nåværende utfordringer med rekruttering, og fremtidig befolkningsutvikling gjør at vi må prioritere tiltak hvor en med minst mulig ressursbruk oppnår større grad av digital samhandling, både med pasienter og mellom behandlingsnivåene. Samtidig kreves det at regionen klarer å ta i bruk kunstig intelligens i flere ledd i behandlingsskjeden - fra diagnostikk til overvåkning og oppfølging etter endt behandling.

4.8.1 Aktuelle tiltak

Utvikling av teknologi og nye digitale løsninger er et prioritert område i alle helseregioner. Effektiv bruk av helsepersonellens tid og ressurser krever teknologiske løsninger for brukervennlig, integrert pasientinformasjon og koordinerte behandlingsforløp. Modernisering av de kliniske IKT-systemene bidrar til bedre kvalitet og redusert risiko for uønskede hendelser i pasientbehandlingen. Moderniseringen har også lagt til rette for nye samhandlingsformer, både internt og eksternt. Økt bruk av teknologi kan bidra til å flytte behandling så nær pasienten som mulig. Større grad av digitalisering kan bidra til mer egenmestring gjennom velferdsteknologi, stedsuavhengige tjenester, bedre samhandling på tvers av tjenester, mer effektive arbeidsprosesser og sikker drift. Behovet for innovative tjenesteleveranser, planlegging, utvikling, og effektiv ressursbruk fremheves i Helse Nords digitale strategi.

Tjenestene som utvikles og settes i drift vil bidra til mer sammenhengende og effektive pasientforløp. Summen av Helse Nord RHF's planer for digitalisering og IKT legger godt til rette for tiltakene som er forslått i utredningen.

4.9 Samfunnssikkerhet og beredskap

Spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge er en del av Norges totalforsvar. Nord-Norge og Svalbard er strategisk viktige områder både for regjeringen og forsvaret. Samfunnssikkerhet og beredskap handler om samfunnets evne til å verne seg mot, og håndtere, hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner, og som setter liv og helse i fare. Helseberedskapen skal bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og krig. Helseberedskapen skal bygge på den daglige driften i den sivile helsetjenesten, både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

4.9.1 Utfordringsbildet

Norge har et stadig mer skjerpet og komplekst utfordringsbilde med tanke på samfunnssikkerhet og beredskap, blant annet:

- En alvorlig sikkerhetspolitisk situasjon med krig i Europa
- Økt trusselbilde mot kritisk infrastruktur, og større risiko for sammenfallende hendelser
- Økt risiko for cyberangrep og spredning av desinformasjon
- Økt intensitet og hyppighet av ekstremvær som følge av klimaendringer
- Forsyningssikkerheten til sykehusene som utfordres ved globale hendelser
- Negativ demografisk utvikling, inkludert fraflytting
- Økt risiko for atomhendelser

[Totalberedskapskommisjonen](#) (27) skriver i sin rapport «Nå er det alvor - Rustet for en usikker fremtid» at:

«Utfordringsbildet i nord skiller seg ut sammenliknet med andre deler av landet. Været er dårligere og farligere og klimaendringene merkes raskere og tydeligere i polare strøk. I tillegg er avstandene lengre og befolkningen bor mer spredt, med en krevende demografisk utvikling flere steder som preges av aldring, sentralisering og fraflytting. Dette gjør at det ofte er langt til nærmeste hjelpende nabo. Et annet særtrekk med nordområdene er naboskapet med Russland og den sikkerhetspolitiske betydningen som regionen har».

Nord-Norge har betydelige utfordringer grunnet dårlig vær, lange avstander og et sårbart veinett. Regionen er avhengig av flytransport for å frakte både pasienter, personell, medisinsk utstyr og legemidler. En særlig utfordring på Svalbard er forsyningssikkerheten med hensyn til vann, energiforsyning og elektronisk kommunikasjon.

Forsvaret i Nord-Norge har et stort avtrykk fra Hæren der allierte treninger med store og små øvelser involverer mange soldater. Spesialisthelsetjenesten har gjennom i NATO og vertsnasjonsstøtte ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester ved behov. Helse Nord og Forsvaret utvikler nå operative beredskapsplaner seg imellom. Totalberedskapskommisjonen er også tydelig på at vi har en samlet helsetjeneste og at forsvarets aktivitet sammen med den sikkerhetspolitiske utviklingen kan få konsekvenser for det sivile helsetjenestetilbudet. I en

slik sammenheng er det infrastrukturen, det vil si arealer, medisinsk-teknisk utstyr med mer., som er av betydning og ikke hvilke funksjoner sykehusene innehar i normalsituasjonen.

[Helseberedskapsmeldingen](#) «En motstandsdyktig helseberedskap - Fra pandemi til krig i Europa» (28) peker blant annet på at den strategiske betydningen av nordområdene øker. Helse Nord må ha planer for innsatsfaktorer og kritisk infrastruktur som personell, legemidler, medisinsk utstyr, IKT/EKOM-tjenester, mat, vann- og strømforsyning for å yte tjenesten til daglig og i kriser. Å dimensjonere helseberedskapen er i all hovedsak et politisk spørsmål om risikoaksept og prioritering av ressurser.

Verken sanitetens eller helsevesenets samlede ressurser er dimensjonert for å håndtere pasientvolumene ved større nasjonale kriser eller krig, og Totalberedskapskommisjonen fremhever helseberedskapen som en sårbarhet i totalforsvaret som vil kreve særlig oppmerksomhet. Ved slike situasjoner blir det derfor nødvendig med samhandling regionalt og interregionalt for å dekke behovene som oppstår. Natomedlemskap for Sverige og Finland kan gi nye muligheter.

Helseberedskapen i Helse Nord har i all hovedsak vært robust i kriser som har truffet regionen så langt. Pandemien viste likevel avhengighet av innleid helsepersonell, som ble utfordrende når grensene stengte. Regionen er ikke tilstrekkelig robust med tanke på egen personelltilgang for å kunne håndtere større, grensekryssende kriser eller krig, spesielt ved samtidighet. Forsyningssikkerheten ble også utfordret under pandemien og er sårbar i globale hendelser.

4.9.2 Vurdering av tiltak

Helseberedskapsloven krever at Helse Nord skal kunne fortsette driften, og om nødvendig, legge den om å utvide kapasiteten under krig, og ved kriser og katastrofer i fredstid. Følgende momenter inngår i vurderingen av spesialisthelsetjenestens rolle som del av helseberedskapen:

- *Organisatorisk fleksibilitet.* Spesialisthelsetjenesten må kunne håndtere ulike scenarioer, herunder omdisponering og økning av antall senger, personell og arealer, samt fleksibel bruk av personell og kompetanse.
- *Tilgang på personell med riktig kompetanse.* Det må tilrettelegges for at kunnskap og kompetanse vedlikeholdes og brukes riktig, herunder tilstrekkelig tilgang på personell med riktig kompetanse. Kompetanse er viktigere enn profesjon i kriser. Reservepersonell som kan mobiliseres i kriser er viktig.
- *Evne til større pasientflyt mellom sykehus og regioner.*
- *Evne til prioritering og omstilling.* Langvarige kriser skaper behov for å prioritere, planlegge og tilpasse rammer.
- *Samhandling på tvers av tjenestenivåer og sektorer.* Det må tilrettelegges for samarbeid mellom sykehus og kommuner, helseforetak, helseregioner, samt med Forsvaret og andre samvirkeaktører
- *Robust infrastruktur.* Motstandsdyktighet når det gjelder å tåle påkjenninger ved reduksjon eller bortfall av elektronisk kommunikasjon, strøm, vann, drivstoff, forsyning av kritiske varer.

Fra protokollen til foretaksmøtet 16. januar 2024:

“Foretaksmøtet viste til Helseberedskapsmeldingen, hvor det kommer frem at regjeringen vil sette ned en hurtigarbeidende interdepartemental arbeidsgruppe for å fastsette overordnede rammer for sivilt-militært helseberedskapsarbeid. Her vil det blant annet bli sett på akuttberedskapen i Nord-Norge og Forsvarets behov knyttet til kapasitet i spesialisthelsetjenesten. Dette vil få betydning for sykehuset i Narvik og finansiering. Det vil komme på plass en løsning for beredskapsfinansiering for å dekke forsvarets behov.”

Helse Nord avventer arbeidet til den hurtigarbeidende interdepartementale arbeidsgruppen som skal fastsette overordnede rammer for sivilt-militært helseberedskapsarbeid.

5 Økonomiske beregninger

5.1 Nå-situasjonen (0-alternativet)

Helse Nord er i en alvorlig økonomisk situasjon med store budsjettavvik, som har ført til utsettelse av nødvendige investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr. Bakgrunnen for den krevende situasjonen er i hovedsak økning i innleid arbeidskraft, økt bruk av overtid og mertid hos egne ansatte, økt ventetid og fristbrudd med henvisning av pasientene til HELFO samt pris- og lønnsvekst. Planlagt omstilling innenfor nåværende struktur har i 2023 oppnådd om lag 25 prosent av planlagt effekt. De økonomiske anslagene tilsier at situasjonen kommer til å forverres. Dette vil kreve en vesentlig omstilling av driften i helseforetakene i Helse Nord.

I vurdering av omstillingsbehovet for å sikre bærekraftig økonomi, må det tas hensyn til flere momenter som omtales under.

5.1.1 Fremtidige kostnader knyttet til pågående investeringer

I løpet av 2024 vil byggeprosjektene i Narvik og Hammerfest ferdigstilles. Samlet utgjør disse investeringene om lag 5,1 mrd. kroner og den årlige effekten på driftskostnader estimeres til:

- Økte årlige avskrivninger 194 mill. kr
- Økte rentekostnader 89 mill. kr
- Forventede effektiviseringer - 70 mill. kr (som følge av nye Narvik og Hammerfest)
- Margin hensyntatt i ØLP - 30 mill. kr (reserver knyttet til nye Hammerfest)

Samlet innebærer dette økte årlige kostnader fra 2025 på 183 mill. kr per år som øker omstillingsbehovet for Finnmarkssykehuset og UNN.

På beslutningstidspunkt for gjennomføring av investeringer, var det i tillegg forutsatt at både Finnmarkssykehuset og UNN skal ha effekt av andre interne omstillingstiltak før kostnadene til renter og avskrivninger av de nye byggene får effekt.

5.1.2 Økte kostnader knyttet til investeringsbehov

Dersom det skal være mulig å gjennomføre noen helt sentrale investeringer som Helse Nord behøver, eksempelvis realisering av nytt bygg på Åsgård og sykehus på Helgeland, bør den økonomiske rammen for årlige investeringer økes til et årlig nivå som er om lag 1 mrd. kroner høyere enn 2024-2027-nivået. Dette tilsier økning i årlige kostnader som beskrevet i tabell 30.

	2024	2025	2026	2027
Avskrivninger	-	50	100	150
Økte rentekostnader	-	17	49	80
Sum økte kostnader	-	67	149	230

Tabell 30. Økning i årlige kostnader 2024-27 knyttet til investeringsbehov. Alle beløp er i mill. kr.

Kilde: Helse Nord RHF.

Det er i sykehustalen varslet endret krav til egenkapital og grunnlag for beregning av rentekostnader. Det er ikke mulig å beregne effektene av disse varslede endringene nå.

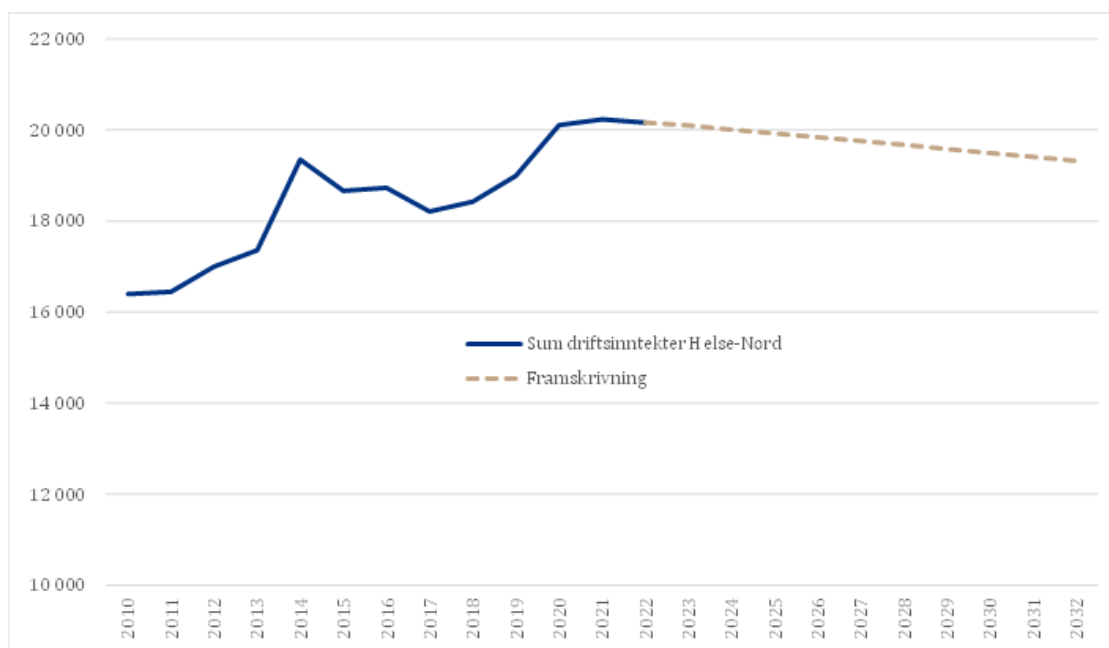
5.1.3 Utvikling nasjonal inntektsmodell

Befolkningsutviklingen har endret seg etter at NOU 2019: 24 «[Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak](#)» (29) ble utarbeidet. Fra at befolkningen i Norge-Norge har hatt en lavere vekst enn de andre regionene, har det de siste årene vært en reell nedgang i folketallet. Samtidig har befolkningen økt i resten av landet. Antall innbyggere er en viktig faktor i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen og befolkningsutviklingen har derfor gitt en svært negativ effekt på inntekten til Helse Nord.

Anslagene for befolkningsutvikling tilsier at den negative trenden vil fortsette. Det betyr at Helse Nord må ta høyde for årlige trekk i den økonomiske rammen tilsvarende ca. 150 mill. kroner per år. Reduksjonen i den økonomiske rammen til Helse Nord vil da få følgende utvikling, når beløpene summeres fortløpende:

- For 2024 141 mill. kroner
- For 2025 291 mill. kroner
- For 2026 450 mill. kroner
- For 2027 600 mill. kroner

Figur 27 viser utviklingen i Helse Nord's inntekter (i milliarder kroner) fra 2010 til 2022 og framskrivningen av videre utvikling fram mot 2032. Som figuren viser vil befolkningsutviklingen alene føre til at Helse Nord får en betydelig strammere økonomisk ramme fram mot 2032. Når en får mindre penger å fordele, må det omstilles ytterligere i helseforetakene for at de skal klare å drifte innenfor budsjett. Når vi ser på de tiltak som foreslås i utredningen av funksjons- og oppgavedeling, er disse alene ikke tilstrekkelig for å opprettholde det samlede tjenestetilbudet på samme måte som i dag.



Figur 27. Utviklingen av Helse Nords inntekter 2010-22, i milliarder kroner. Framskrivning av inntektene i 2032 er basert på simulering fra Statistisk Sentralbyrås hovedscenario for befolkningsutvikling. Kilde: Helse Nord RHF.

5.1.4 Forventet realvekst for å dekke økte behov

Ved beregning av ramme til spesialisthelsetjenesten for å dekke økte behov har det hittil blitt lagt til grunn forventet effektivisering slik at kun 80% av kostnadene ble dekket. I sykehustalen 16. januar 2024 signaliserte Helse- og omsorgsministeren at dette vil endres slik at det fremover vil gis 100% kompensasjon. Effekt av dette utgjør om lag 60 mill. kroner årlig. I beregningene er dette hensyntatt.

5.1.5 Rekruttering og stabilisering

I behandlingen av statsbudsjettet for 2024 er Helse Nord tildelt økt ramme til rekruttering og stabilisering med 200 mill. kroner. Det er også satt av en bevilgning på 40 mill. kroner som vil benyttes i samarbeid med kommunene. Disponeringen av disse midlene vil bli håndtert i budsjettjusteringssaker våren 2024. I framskrivningen (tabell 40) legges det til grunn at disse beløpene benyttes til rekruttering og stabilisering på en slik måte at lønns- og innleiekostnadene ikke øker utover disse beløpene.

5.1.6 Behov for økt vedlikehold bygg

Som følge av nedprioritering av vedlikehold over lang tid, har alle helseforetakene i regionen pådratt seg et økende vedlikeholdsetterslep. Dette til tross for at det er investert mer enn 10 milliarder kroner i nye bygg de siste 12 årene. Det betyr at mange bygg og arealer ikke holder tilfredsstillende standard for en mest mulig effektiv drift. Det anbefales å prioritere ca. 350 kr/m² til vedlikehold, mens dagens vedlikeholdsnivå tilsvarer ca. 120 kr/m². Bygningsmassen i Helse Nord utgjør ca. 620.000 m² og er fordelt slik tabell 31 viser.

Høringsnotat 21.2.2024

Helseforetak	Bygningsmasse (m ²)
Finnmarkssykehuset	80 000
Universitetssykehuset Nord-Norge	300 000
Nordlandssykehuset	184 000
Helgelandssykehuset	58 000
Total bygningsmasse i Helse Nord	622 000

Tabell 31. Bygningsmasse (kvadratmeter) i Helse Nord fordelt per helseforetak

Kilde: Helse Nord RHF.

For å unngå ytterligere forverring av bygningsmassen med forringelse av verdier, bør vedlikeholdsbudsjettene økes vesentlig de nærmeste årene. For å ivareta eksisterende bygningsmasse, og fornye medisinteknisk utstyr slik Riksrevisjonen har påpekt, er det behov for å prioritere om lag 143 mill. kr (350-120 kr/m² * 620.000 m²) ekstra til vedlikehold hvert år fremover.

5.1.7 Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon (0-alternativet)

Tabell 32 viser samlet oversikt over de beskrevne forholdene i dagens situasjon. Summeringen i tabellen beskriver behovet for omstilling og/eller behov for økning i økonomisk ramme for at dagens organisering skal være bærekraftig. Erfaringsmessig har evnen til å gjennomføre årlig omstilling for foretaksgruppen vært mindre enn 50 prosent av det styrene i helseforetakene har vedtatt. Manglende gjennomføringsgrad gjør at økonomiske utfordringer er akkumulert over tid.

	2023	2024	2025	2026	2027
Inntekt 2023	22 457	22 457	22 457	22 457	22 457
Forventet realvekst 1,0 % pr år (fra ØLP økt til 100%)	-	160	380	600	820
Forventet trekk nasjonal inntektsmodell	-	(141)	(290)	(450)	(600)
Rekrutteringstilskudd forlik statsbudsjett	-	200	200	200	200
Rekrutterings- og samhandlingstilskudd	-	40	40	40	40
Sum inntekt	22 457	22 716	22 787	22 847	22 917
Varekostnader	2 250	2 250	2 250	2 250	2 250
Kjøp av helsetjenester (private og andre regioner)	2 664	2 664	2 664	2 664	2 664
Innleid arbeidskraft fra vikarbyrå	470	470	470	470	470
Lønnskostnader	13 379	13 379	13 379	13 379	13 379
Rekruttering og stabilisering	-	200	200	200	200
Rekruttering og samhandling med kommuner	-	40	40	40	40
Andre driftskostnader	2 101	2 101	2 101	2 101	2 101
Helse Nord IKT	929	1 047	1 121	1 186	1 230
Realvekst til å dekke økte behov i HF-ene (fra ØLP)	-	50	100	150	200
Økt ramme vedlikehold bygg	-	-	70	143	143
Estimert effektivisering Hammerfest og Narvik	-	-	(100)	(100)	(100)
Sum driftskostnader	21 793	22 201	22 295	22 483	22 577
Avskrivninger, eksisterende anleggsmidler	1 025	1 105	1 095	999	946
Avskrivninger nye investeringer	-	-	212	294	344
Driftsresultat	-361	-588	-845	-927	-948
Finans	-	-	-	-	-
Netto finanskostnader	(40)	(40)	(40)	(40)	(40)

Høringsnotat 21.2.2024

Økte finanskostnader	-	-	(150)	(195)	(224)
Netto finansposter	(40)	(40)	(190)	(235)	(264)
Resultat før tiltak	-401	-628	-1 035	-1 162	-1 212

Tabell 32. Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon framskrevet til og med 2027. Alle beløp er i mill. kr.
Kilde: Helse Nord RHF.

5.2 Effekt av foreslåtte tiltak i funksjons- og oppgavedeling

Endringene i funksjons- og oppgavedeling som foreslås for psykisk helsevern og TSB innebærer i stort en omdisponering av midler som allerede i dag benyttes innenfor fagområdet. Styrkning av poliklinikk og sykehusfunksjoner, samt investeringer, skal finansieres ved avvikling av døgntilbudet ved distriktpspsykiatriske sentre, redusert kostnader til HELFO og redusert kjøp fra private leverandører.

Kostnadene med foreslåtte tiltak for delområdet rehabiliterings- og private tjenester er økte personellkostnader som følge av oppbygging av rehabiliteringsavdelingene, antatt økte ISF-inntekter som følge av at pasientbehandlingen skjer i egne sykehus og ikke hos private institusjoner, reduserte kostnader som følge av mindre kjøp fra disse helstetjenesteleverandørene, samt avvikling av rehabiliteringsavdelingene ved DMS Midt-Troms og Nordlandssykehuset Vesterålen. Samlede effekter på bemanning og økonomi av tiltakene som foreslås er vist i tabell 33.

	Psykisk helsevern	Rehabiliterings- og private tjenester	Sum
Økt behov for bemanning	43	28	71
Samlet økonomisk effekt			
Endrede kostnader bemanning	47	28	75
Reduserte kostnader fristbrudd	-45		-45
Reduserte kostnader kjøp private	-32	-60	-92
Økte kostnader pasienttransport	4		4
Disponering særskilte midler	-14		-14
Endring inntekter		-21	-21
Netto resultat endringer	-40	-53	-93

Tabell 33. Samlet effekt på bemanning og økonomi. Bemanning er angitt i personer og kostnader i millioner.
Kilde: Helse Nord RHF

Beregningene bygger på anbefalingene i arbeidsgruppene med følgende korrigeringer:

- For akutte og planlagte funksjoner (arbeidsgruppe 1) er det etter føringene i foretaksmøtet 16. januar tatt ut mulige effekter for bemanning og økonomi.
- Gevinst knyttet til diagnostiske funksjoner (arbeidsgruppe 4) som var estimert til 17,5 mill. kroner var hovedsakelig knyttet til at stedlige vaktordninger i Lofoten og Narvik skulle opphøre, og er derfor tatt ut.

Samlet utgjør de økonomiske effektene (eksklusive investeringsbehov i arealer) av foreslåtte tiltak om lag 7 prosent av omstillingsbehovet i 2027 (mot 22 prosent i styresak 2-2024).

5.3 Estimerte investeringsbehov

Flere av tiltakene gir behov for investeringer for å kunne gjennomføres. Behovene må sees i sammenheng med andre planlagte investeringer både i omfang og tidsplan for gjennomføring.

5.3.1 Psykisk helsevern og TSB

Tabell 34: Investeringsbehov for de ulike tiltak foreslått innenfor psykisk helsevern og TSB. Alle tall er i millioner kr.

Foretak		Alternativ 2
FIN	Utvidet døgnkapasitet DPS/TSB ombygging	19
UNN	Psykisk helsevern barn og unge - nybygg	15
UNN	2 sykehusenheter ombygging	54
NLSH	Oppussing og flytting i Bodø	16
NLSH	DPS - rehabilitering	13
HSYK	Bygg Mo – nybygg/rehabilitering	85*
Sum investeringer psykisk helsevern og rus		202

*Uavklart om behov for nybygg ev. rehabilitering av annen bygningsmasse. 85 mill. er estimat for nybygg. Kostnaden for rehabilitering vil være vesentlig lavere.

Kilde: Helse Nord RHF

Kalkyler over arealkostnader for eksisterende arealer er krevende, der mange faktorer spiller inn. Det er derfor et behov for å konkretisere forholdene som er påpekt av arbeidsgruppen. Dette vil gjøres i det videre arbeidet med området.

For UNN Åsgård må investeringsbeløp og gjennomføringsplan tilpasses at det i Økonomisk langtidsplan (ØLP) er satt av 275 mill. kr til vedlikehold av dagens bygningsmasse, og tidsplan for bygging av nytt sykehus for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). I styresak 14-2024 ble det godkjent å omdisponere 115 av de 275 mill. kr fra vedlikehold til etablering av modulbygg som ledd i forberedelser til nybygg.

5.3.2 Rehabilitering

Innenfor rehabilitering anbefaler arbeidsgruppen å redusere kjøp av private tjenester og etablere tilbud i egen regi. I kapittel 5.2.4.3 Areal i delrapporten (vedlegg 3) fremgår det at:

Økt sengekapasitet i Kirkenes vil f.eks. ikke medføre vesentlige kostnader fordi enheten allerede er gjort klar for en slik økning. Sandnessjøen har per i dag ikke ledig kapasitet til økt sengetall. Arbeidsgruppen antar noe areal i Bodø kan frigjøres til rehabiliteringsformål. Kalkyler over arealkostnader for eksisterende arealer er krevende, der mange faktorer spiller inn.....

Det er behov for å konkretisere forholdene som er påpekt av arbeidsgruppen. Dette vil gjøres i det videre arbeidet med rehabiliteringsområdet.

5.4 Sammenheng mellom foreslåtte endringer og omstillingsbehov

Regionen kan ikke drive med høyere kostnader enn inntekter over tid, og budsjettene for 2024 innebærer betydelige omstillingstiltak. Det er viktig at foretakene lykkes med å gjennomføre tilstrekkelige tiltak slik at resultatene er i tråd med kravene. Det er også nødvendig med et samlet regnskapsmessig overskudd for å gi rom for nye investeringer. Omstillingsbehov i

Høringsnotat 21.2.2024

vedtatte budsjetter for sykehusforetakene er beregnet til 927 mill. kroner i 2024 og det er vedtatt tiltak med risikovektet effekt med 673 mill. kroner¹⁴.

	2027
Samlet økonomisk utfordring før tiltak	1 212
Nødvendig overskudd for gjennomføring av investeringer (ØLP)	141
Sum omstillingsbehov	1 353
Krav til omstilling i HFene	927
Foreløpig estimat: Økt ramme til opprettholdelse av akutttilbudet i Lofoten og Narvik*	100
Sum gjenstående omstillingsbehov	326
Netto effekt foreslåtte tiltak psykisk helsevern og TSB	40
Netto effekt foreslåtte tiltak rehabiliterings- og private tjenester	53
Uløst omstillingsbehov (gitt økonomisk balanse i HFene)	233

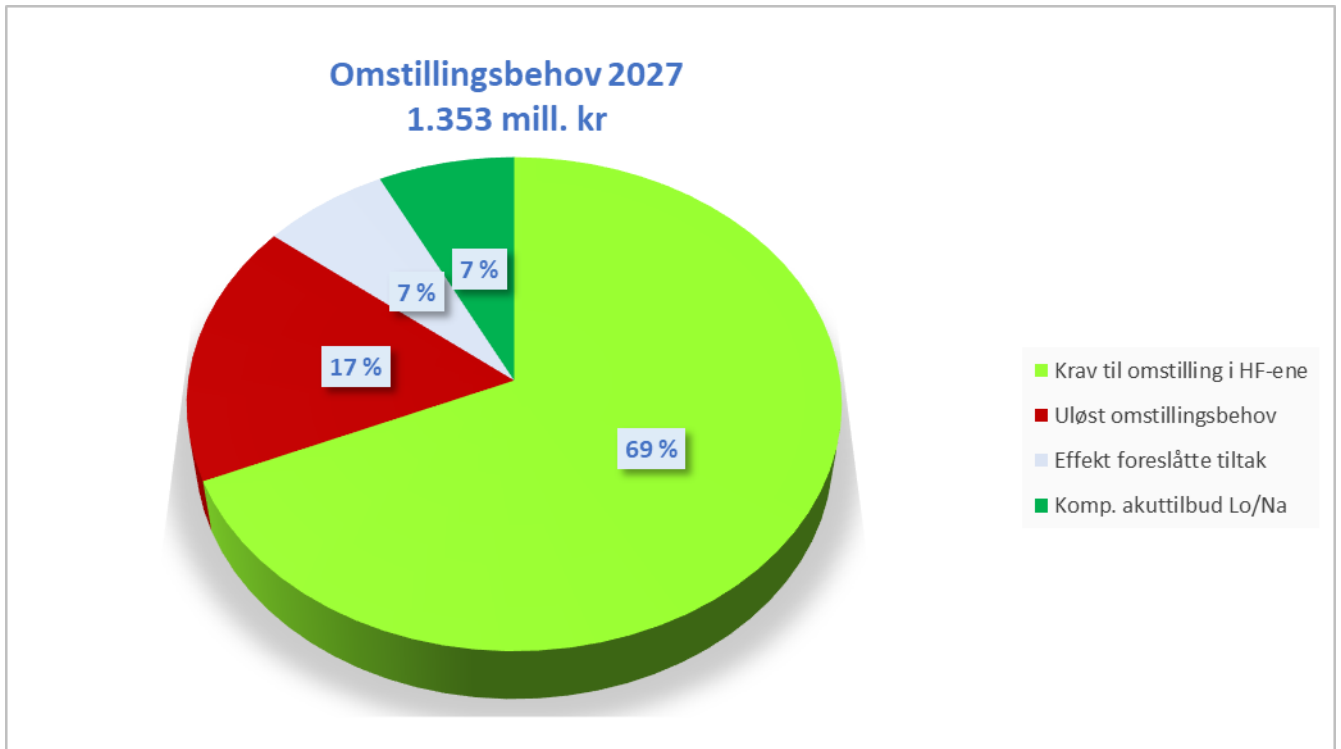
*Jf. Foretaksprotokoll 16. januar 2024; «innen 1. april oversende beregninger av kostnaden ved å opprettholde dagens akutttilbud ved Nordlandssykehuset HF Lofoten og Universitetssykehuset Nord-Norge HF Narvik, sammenlignet med forslaget som ligger i styresak 2-2024» (s.14). Beregningene må kvalitetssikres i samarbeid med aktuelle helseforetak da opprettholdelse av akutttilbudene ikke nødvendigvis samsvarer med reduksjon i kostandene ved tidligere foreslåtte endringer i akutt- og fødetilbud.

Tabell 35. Samlet økonomisk utfordring og effekt av foreslåtte tiltak. Kilde: Helse Nord RHF

Tabell 35 viser at omstillingsbehovet går fra 326 mill. kroner til 233 mill. kroner i 2027 forutsatt at foreslåtte tiltak gjennomføres.

Sammenheng mellom effekt av tiltakene som er foreslått og samlet omstillingsbehov er fremstilt i figur 28. Tiltakene foreslått av arbeidsgruppene, foruten delområde akutte og planlagte somatiske funksjoner, løser 7% av totalt omstillingsbehov. Helseforetakenes egne omstillingsplaner skal løse 69% (gitt full effekt). Uløst omstillingsbehov er beregnet til å være 17% (233 mill. kroner).

¹⁴ Styresak 8-2024 Budsjett 2024 - konsolidert



Figur 28. Omstillingsbehov 2027. Kilde: Helse Nord LIS.

6 Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)

6.1 Innledning

En risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) er en kvalitativ vurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. ROS-analyser gjennomføres for å forstå og evaluere risikoer og konsekvenser knyttet til en planlagt endring, et prosjekt, en aktivitet eller en situasjon. Hensikten med analysene er å få frem mer og bedre informasjon og økt innsikt, slik at en kan ta velinformerte beslutninger, og iverksette risikoreduserende tiltak før de inntreffer.

I utredningen av funksjons- og oppgavedeling foreslo fem arbeidsgrupper fremtidig organisering av helsetjenestene innenfor ulike områder. Fire arbeidsgrupper beskrev dagens situasjon (0-alternativet) og utarbeidet to ulike alternativ til organisering (alternativ 1 og 2). Det ble gjennomført ROS-analyser av alle tre alternativene. Den femte arbeidsgruppen skisserte fire modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Det ble gjennomført ROS-analyser av disse modellene og av dagens situasjon.

Følgende risikoområder ble vurdert:

1. Bruker av tjenesten
2. Behandlingstilbud
3. Bemanning
4. Kapasitet
5. Organisatoriske forhold
6. Økonomi

Med bakgrunn i oppdraget fra HOD ble risiko- og sårbarhetsanalysene gjort på et overordnet nivå og hele regionen vurdert under ett. Overordnede analyser for større deler av tjenestetilbud er krevende.

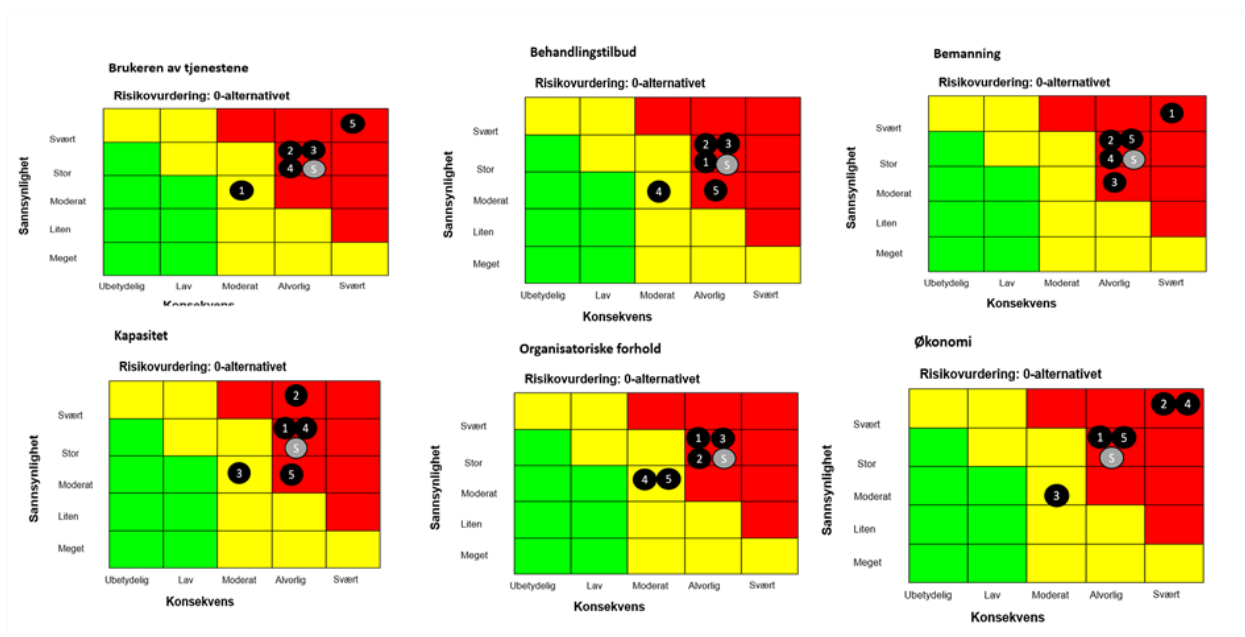
6.2 Metode

ROS-analysene er gjennomført med utgangspunkt i [mal for risikostyring i staten](#) (30) fra Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ). Rammeverket er tilpasset retningslinjer fra Helse Nord sitt nettverk for risikostyring, og ROS-analyser for helseforetak. Metode er beskrevet mer detaljert i sluttrapporter for analysene i alle de fem arbeidsgruppene (vedlegg 1-5). For en nærmere beskrivelse av metode og gjennomføring av ROS-analysen, se vedlegg 7.

6.3 Resultater

6.3.1 Dagens situasjon (0-alternativet)

Vurderte risikoområder (figur 29) i dagens situasjon viser gjennomsnittlig risikonivå for hvert risikoområde per arbeidsgruppe (svarte sirkler) og gjennomsnittlig risikonivå for området på tvers av arbeidsgruppene (grå sirkler).



Figur 29. Oppsummering av risikovurdering gjort av dagens situasjon (0-alternativet) i de fem arbeidsgruppene. Risikodiagrammet for hver av de seks risikoområdene viser risikonivået per arbeidsgruppe (1-5) og gjennomsnittlig risikonivå på tvers av arbeidsgruppene (S). Kilde: Delrapportene til arbeidsgruppe 1-5 og Deloitte.

Gjennomsnittlige risikonivå på tvers av arbeidsgruppene viser en høy risiko (rød) i dagens situasjon innenfor alle seks risikoområdene. Noen sentrale forhold som ligger til grunn for vurderingene beskrives i tabell 36. Pågående omstillingsprosesser i sykehusene samt forslagene til alternativ (1 og 2) ble vurdert som risikoreduserende tiltak i dagens situasjon (0-alternativet).

Høringsnotat 21.2.2024

Bruker av tjenesten	Høy risiko for at <i>tjenestene som tilbys ikke er likeverdige</i> ¹⁵ <ul style="list-style-type: none"> • Økende ventetid, fristbrudd og hyppig bruk av vikarer påvirker grad av likeverdighet. Lav andel pakkeforløp gjennomført innen anbefalt tid • Rehabiliteringstilbudet varierer, og kan utgjøre risiko for prognosetap • Store avstander forsterker variasjon i hvilken grad pasient kan ta imot tilbud
Behandlings-tilbud	Høy risiko for at <i>tjenestene som tilbys ikke er av god kvalitet</i> <ul style="list-style-type: none"> • Data fra kvalitetsregister viser uønsket variasjon i behandlingsresultater • Variasjon i antall behandlere pr. pasient og i henvisningspraksis • Risiko for at en ikke har funksjoner med høyt nok volum som sikrer god kvalitet i tjenesten
Bemanning	Høy risiko for at en <i>ikke klarer å beholde og rekruttere kompetanse</i> <ul style="list-style-type: none"> • Høy grad av innleie av helsepersonell • Mange lokasjoner med lavt volum, små fagmiljø med stort eget ansvar • Små fagmiljø med vaktbelastning er sårbart og gir lite tid til faglig utvikling
Kapasitet	Høy risiko for at en <i>ikke har effektiv ressursbruk</i> <ul style="list-style-type: none"> • Mange, kostbare vaktlinjer. Kostbart utstyr fordelt på flere steder gir høyere investeringsbehov. Stort vedlikeholdsetterslep og høy grad av teknologisk «gjeld»
Organisatoriske forhold	Gråsoner i grensesnitt mellom primær- og spesialisthelsetjeneste Flere pasienter kunne vært fulgt opp og behandlet i kommunene eller hjemme Stor variasjon i kapasitet og kompetanse på kommunalt nivå
Økonomi	Høy risiko for at foretakene <i>ikke klarer å ta ned variabel lønn og innleie av helsepersonell, eller fristbrudd som fører til høye kostnader fra HELFO</i> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko for at en ikke har økonomi til nødvendige behov knyttet til teknologi, investeringer, bygg og vedlikehold

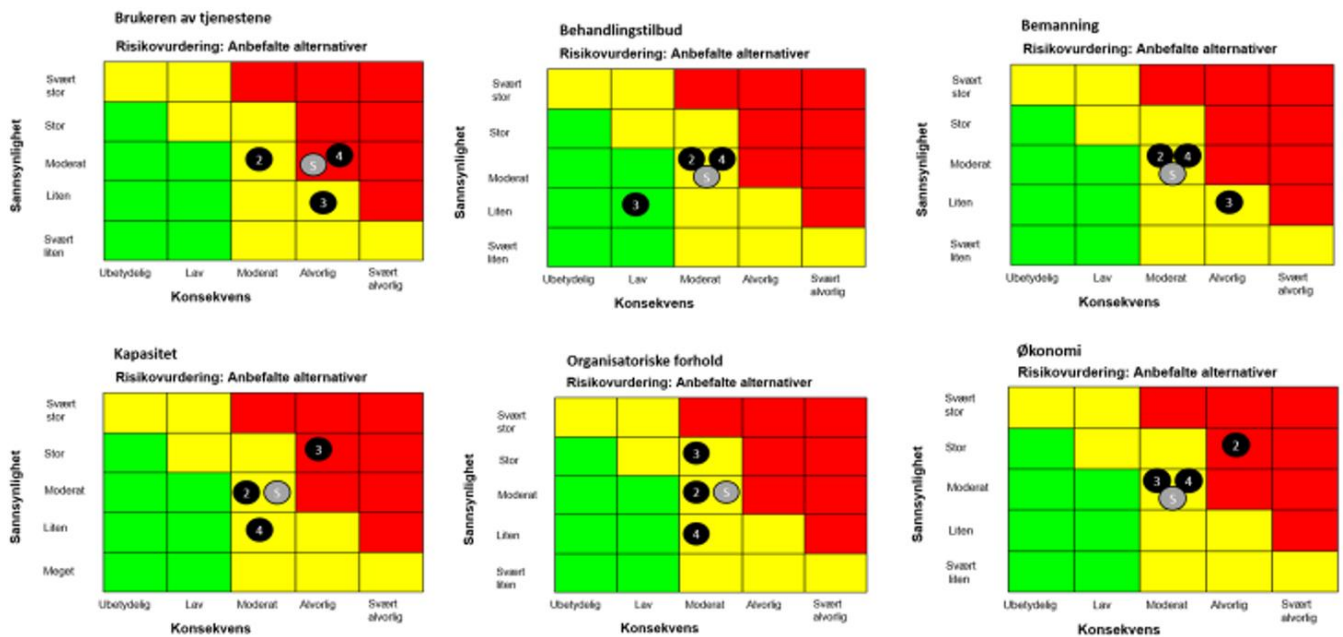
Tabell 36. Beskrivelse av noen forhold som bidrar til høy risiko i dagens situasjon innenfor de seks risikoområdene (0-alternativet). Kilde: Delrapport 2-5 (vedlegg 2-5).

For nærmere beskrivelser av risikoområdene i dagens situasjon vises det til vedleggene 2-5 (arbeidsgruppenes ROS-analyser).

6.3.2 Ny organisering av funksjoner og oppgaver

Vurderte risikoområder (figur 30) i ny funksjons- og oppgavedeling for arbeidsgruppe 2-4 viser gjennomsnittlig risikonivå for hvert risikoområde per arbeidsgruppe (svarte sirkler) og gjennomsnittlig risikonivå for området på tvers av arbeidsgruppene (grå sirkler).

¹⁵ Likeverdige tjenester innebærer at befolkningen skal få mest mulig likt resultat av samme behandling, uavhengig av bosted og behandlingssted



Figur 30. Oppsummering av risikovurdering av anbefalte alternativer i arbeidsgruppe 2 (psyisk helsevern og rus), 3 (rehabiliterings- og private tjenester) og 4 (diagnostiske funksjoner). Risikodiagrammet for hver av de seks risikoområdene viser risikonivået per arbeidsgruppe og gjennomsnittlig risikonivå på tvers av arbeidsgruppene (S). Kilde: Delrapportene til arbeidsgruppe 2-4 og Deloitte.

Oppsummeringen viser at fem av seks risikoområder uttrykt gjennom gjennomsnittlige risikonivå på tvers av arbeidsgruppene har en moderat risiko (gul) ved anbefalt funksjons- og oppgavedeling for arbeidsgruppene 2-4.

Arbeidsgruppe 5 er ikke tatt med i oversikten da denne gruppen ikke foreslo helhetlige alternativer for organisering, men utarbeidet fire modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. ROS-analysen ble benyttet til å utforske risiko- og sårbarhetsfaktorer samt risikoreduserende tiltak for de ulike modellene. Arbeidsgruppe 1 er også utelatt i figuren med bakgrunn i at anbefalte tiltak ikke er aktuelle etter endrede styringssignaler.

Arbeidsgruppe 2

Arbeidsgruppe 2 sin ROS-analyse av alternativer for ny oppgavedeling viser at gjennomsnittlig risiko på tvers av risikoområdene er moderat. For risikoområdet «økonomi» (*risiko for at en ikke bidrar til økt økonomisk bærekraft ved helseforetakene*) er risikoen vurdert som høy, også med risikoreduserende tiltak. Alternativ 1 og 2 er ikke vurdert å bringe denne risikoen ned da en reduksjon i risiko vil avhenge av at man lykkes i å redusere antall fristbrudd vesentlig, gjennom å styrke poliklinikkene. En vesentlig reduksjon i kostnader til kjøp fra private institusjoner vil også bidra til å redusere risiko med tanke på helseforetakenes økonomiske bærekraft.

Arbeidsgruppe 2 sitt forslag vurderes å bidra til mer robuste fagmiljø. Større fagmiljø kan virke rekrutterende og dermed bedre dagens bemanningssituasjon. Arbeidsgruppe to vurderer likevel at det er *høy risiko for at en ikke har tilstrekkelig antall kvalifisert personell og faste ansatte*. Konkurransedyktige lønnsbetingelser, kartlegging av hvilke faktorer som er viktige for å skape attraktive arbeidsplasser, økt bruk av digitale verktøy, og styrking samarbeidet med utdanningsinstitusjonene pekes på som risikoreduserende tiltak.

Anbefalt alternativ i arbeidsgruppe 2 innebærer økt reiseavstand for om lag 400 pasienter. *Risikoen for at man ikke klarer å opprettholde akseptabel reiseavstand* er likevel vurdert som moderat. *Risiko for at en ikke klarer å redusere uønsket variasjon i behandlingstilbudet, og risikoen for at en ikke gir et sammenhengende og helhetlig pasientforløp* er også vurdert til å være moderat. Strukturen i forslaget innebærer en styrkning av alle poliklinikker innen psykisk helsevern. Sammen med styrking av ambulante team vil dette i sum kunne bidra til bedre samhandling og mer helhetlige og sammenhengende tjenester. Arbeidsgruppen har vurdert at foreslått alternativ vil redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet innen psykisk helsevern og TSB.

Arbeidsgruppe 3

ROS-analysen til arbeidsgruppe 3 viser at deres anbefalte alternativ medfører moderat risiko på tvers av risikoområdene. Det er høyest gjennomsnittlig risiko forbundet med «kapasitet», og lavest risiko forbundet med «behandlingstilbudet» i forslaget. *Risikoen for ineffektiv ressursutnyttelse i eget helseforetak sammen med risiko for at det ikke er tilstrekkelige med lokaler og sengekapasitet* er vurdert som høy.

Innen rehabilitering er det høy grad av overtid og små enheter, ofte med lavt belegg. Arbeidsgruppe 3 vurderer ikke at anbefalt alternativ vil redusere risikoen, heller ikke ved innføring av risikoreduserende tiltak. Å sikre et høyt faglig nivå, kompetanseløft, lik praksis og god kvalitet ble holdt fram som risikoreduserende tiltak. Å hente tilbake pasienter fra private aktører ble vurdert som et risikoreduserende tiltak med tanke på effektiv ressursutnyttelse.

Høy risiko for utilstrekkelig med lokaler og sengekapasitet beror på usikkerhet om hvorvidt en har tilstrekkelig areal forslaget.

At risikoområdet «behandlingstilbud» har en lav gjennomsnittlig risikoprofil begrunnes med at man i det foreslåtte alternativet har bedre forutsetninger for å lykkes med sømløse pasientforløp ved at flere rehabiliteringspasienter behandles i primærhelsetjenesten.

Under risikoområdet «bemanning» var også *risikoen for å ikke rekruttere og beholde relevant kompetanse* vurdert som høy. Arbeidsgruppe 3 peker blant annet på at rekrutteringen kan bli krevende ved oppbygging av et nye miljø. Arbeidsgruppe 3 vurderte *at risikoen for å ikke rekruttere og beholde relevant kompetanse* vil kunne reduseres til moderat gjennom risikoreduserende tiltak som rekrutteringsprogram for sårbare spesialiteter, stimuleringstiltak for LIS, oppbygging av større fagmiljø, og god grunnbemanning. Et risikoreduserende tiltak med antatt stor effekt er å la eksisterende tilbud bestå inntil nye tilbud er i full drift.

Arbeidsgruppe 4

Arbeidsgruppe 4 har vurdert gjennomsnittlig risikonivå på tvers av risikoområdene i anbefalt alternativ som moderat. Gjennomsnittlig risiko for risikoområdet «brukeren av tjenestene» er imidlertid høy: *Risiko for at vente- og svartid på analyser av laboratorieprøver og bilder skal være lang* er vurdert som svært høy. Foreslått alternativ er vurdert å bidra til at tilgjengelig kapasitet utnyttes bedre og at ventetiden på laboratorieprøver for spesialiserte undersøkelser går ned. Bedre samarbeid, felles kliniske systemer og samlede fagmiljø vil kunne gjøre det enklere å innlemme ny teknologi, som kunstig intelligens (KI). Også bedre IKT-løsninger som forenkler administrative rutiner ved mottak av prøver og prøvetaking pekes på som

risikoreduserende tiltak. *Risikoen for at det skal være lang svartid på bilder* er også vurdert som svært høyt. Som risikoreduserende tiltak foreslår arbeidsgruppen å styrke bemanningen samt å opprette avdelinger med elektiv virksomhet for et geografisk område.

Når det gjelder «bemanning» har arbeidsgruppe 4 identifisert to områder med høy risiko, som en ikke klarer å redusere til et akseptabelt risikonivå, selv med tiltak: *Risikoen for at en ikke har god rekrutteringsevne og ikke klarer å rekruttere tilbake fra privat virksomhet og andre regioner, og risiko for at en ikke har tilstrekkelig faste tilsatte radiologer, radiografer, bioingeniører og spesialister innen medisinsk biokjemi, klinisk farmakologi, og immunologi og transfusjonsmedisin.* Foreslåtte risikoreduserende tiltak er blant annet redusert arbeidsbelastning, konkurransedyktig lønn og tiltak som bolig og barnehage og arbeid til ektefelle/samboer/partner. I dag driftes en for stor andel av virksomheten med innleide vikarer fremfor faste ansatte. Det gjelder i hovedsak radiologer.

Det vurderes også uakseptabel høy risiko for at en bruker vikarer fremfor faste ansatte, og for at en ikke har en bærekraftig anskaffelsesstrategi, og en strategisk investeringsplan. Risikoen for at en bruker vikarer fremfor faste ansatte er ikke vurdert til å komme ned på et moderat nivå med de foreslåtte tiltakene og blir derfor stående som uakseptabel høy.

Også under risikoområdet kapasitet og økonomi er det identifisert uakseptabel høy risiko i foreslått alternativ. Under kapasitet er det høy risiko for at en ikke klarer å unngå avdelinger med urimelig stort arbeidspress og høy risiko for at en ikke har forsvarlig 24/7 drift på sykehus med akutfunksjoner i det foreslåtte alternativet. Begge disse risikoene reduseres til moderat nivå med foreslåtte risikoreduserende tiltak.

For ytterligere detaljer om ROS-analysene, se vedlegg 1-5.

7 Vurdering

Helse Nord er i en vanskelig situasjon. Vi har mange dyktige medarbeidere, vi har bare ikke nok av dem eller tilgang på nødvendig kompetanse til å dekke alle funksjoner og oppgaver. Hvis vi ikke iverksetter tiltak som gir bedre bruk av personalressursene og gjør tilbudet mindre avhengig av innleid arbeidskraft og overtid, vil helseforetakene ha vedvarende problemer med å gi likeverdige tjenester av god kvalitet til den nordnorske befolkningen.

Prognoser for befolkningsutviklingen og framskrivninger av behovet for helsetjenester viser at befolkningen blir eldre, får større behov for helsetjenester og at andelen pasienter med sammensatte lidelser øker. Dette gjelder for landet som helhet, men Nord-Norge berøres først og sterkest. Samtidig vil det bli færre yrkesaktive, også innenfor helsetjenestene. Vi må derfor finne nye måter å arbeide på, sannsynligvis bruke færre helsepersonell og penger per pasient, samtidig som vi benytter teknologi og digitale verktøy på en klokere måte. Målet er å sikre framtidig bærekraft, slik at vi kan tilby de tjenestene befolkningen har behov for, både akutt og planlagt. Vi må unngå at det oppstår sammenbrudd i tjenestetilbud med de negative konsekvensene dette vil ha.

Oppdraget om å vurdere funksjons- og oppgavedeling ble gitt av statsråden og Helse Nord RHF's styre har gitt føringer for utredningsarbeidet. Vi har kartlagt og vurdert mulige tiltak for

å kunne ivareta vårt sørge-for-ansvar på sikt og på en bedre måte enn i dag. Utredningen har vært krevende, men nødvendig. Resultatene viser at dagens organisering av spesialisthelsetjenesten gir høy risiko for at pasientene i Nord-Norge ikke mottar likeverdige helsetjenester. Dette gjelder særlig innenfor psykisk helsevern, et område, sammen med TSB, som Helse- og omsorgsdepartementet har sagt skal ha prioritet også i 2024. I Helse Nord er ventetidene for lange, fristbruddene for mange og kapasiteten i døgnbehandling for alvorlig psykisk syke for lav.

De økonomiske rammebetingelsene til Helse Nord vil forverres år for år på grunn av befolkningskomponenten i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen. Befolkningen i Nord-Norge utgjør en stadig mindre andel av den totale befolkningen i Norge. Dette medfører at Helse Nord får en reduksjon i statlige overføringer (og ytterligere omstillingsutfordringer) på minst 150 mill. kroner årlig.

Utredningen viser at mange ulike hensyn må veies opp mot hverandre i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling. Det viktigste hensynet vil alltid være pasienter og brukere, og deres rett til likeverdig behandling. Deretter er det hensynet til de 19 000 dyktige medarbeiderne som jobber i Helse Nord. Vi har ingen å miste. Til sist er det hensynet til våre samarbeidspartnere, som vi er helt avhengig av. I denne sammenhengen er det særlig viktig å holde fram betydningen av et godt samarbeid med kommunene for å sikre helhetlige tjenester samt samarbeid med utdanningsinstitusjonene om riktig dimensjonerte og gode praksisarenaer.

Omstillingsutfordringene er allerede store i helseforetakene og gjennomføringsgraden av tiltak er for lav. Helseforetakene må i sine kommende omstillingsplaner identifiserer konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor vedtatte rammer i 2024, og som sikrer økonomisk bærekraft fremover. Blant disse tiltakene vil også nedtak av tjenestetilbud måtte vurderes. Styrene sammen med foretaksledelsen, må ta nødvendige grep for å bedre den økonomiske bærekraften.

Selv om spesialisthelsetjenesten verken opptrer eller leverer tjenester i et vakuum, er det likevel spesialisthelsetjenesten Helse Nord RHF har ansvar for, og som vi har fått i oppdrag å utrede. Det er derfor naturlig at vårt hovedfokus har vært på spesialisthelsetjenesten og på grep for å gjøre organisering og tjenester bærekraftig på lengre sikt. [Foretaksmøtet 9. november 2022](#) stadfestet at *riktig organisering og en hensiktsmessig innretning av sykehusdriften vil være nødvendig for å kunne gi gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i Helse Nord.*

Videre i kapittel 7 beskrives vurderinger av anbefalingene som de fem arbeidsgruppene har jobbet frem, og som er beskrevet detaljert i vedlegg 1-5.

7.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Psykisk helsevern er for tiden det mest sårbare fagområdet i Helse Nord. Dette på tross av at regjeringen har ønsket å prioritere psykisk helsevern. Det er stor mangel på behandlere,

Høringsnotat 21.2.2024

spesielt psykiatere, men også psykologspesialister. Mange av fagmiljøene er små og sårbare. I tillegg er det en økning i antall henvisninger innenfor flere pasientgrupper, samtidig som stadig flere dømmes til tvungen behandling i sykehus.

Samlet fører dette til at kapasiteten innenfor psykisk helsevern er svært presset, og foretakene klarer ikke å gi den utredningen og behandlingen de skal til riktig tid. Konsekvensen er økte ventetider og fristbrudd som videresendes til HELFO med påfølgende kostnader. Situasjonen fører også til at tilbudet til de pasientene som må legges inn, har en uønsket variasjon både når det gjelder kapasitet og i innhold. Døgnkapasiteten innenfor distriktpsikiatriske sentre (DPS) og TSB er derimot god, og sammenlignet med øvrige regioner har vi en overkapasitet av disse tjenestene.

Arbeidsgruppen som har utredet psykisk helsevern har nesten enstemmig, men unntak av konserntillitsvalgte som avsto fra å ta stilling, gitt anbefaling om at Helse Nord RHF bør møte utfordringene med å styrke den desentrale polikliniske aktiviteten i hele regionen, i tillegg til sykehusfunksjonene i Tromsø og Bodø. Dette foreslås gjort gjennom å avvikle døgnplasser innenfor DPS for å etablere nye døgnplasser i sykehusene, slå sammen noen DPS-enheter og redusere kjøp av døgntilbud i TSB fra private leverandører. Samlet gir arbeidsgruppens forslag en økning på to døgnplasser innenfor psykisk helsevern. I anbefalingen er det lagt til grunn at nærhet er viktigst for tilbud som benyttes ofte og at lengre reiseavstand er mer akseptabelt ved døgninnleggelse.

	I dag	Forslag
Psykisk helsevern, barn og unge	42	47
Psykisk helsevern voksne, regionale funksjoner	173	194
Psykisk helsevern voksne, lokale funksjoner	146	122
Samlet kapasitet i psykisk helsevern	361	363
TSB*	182	166
Totalt	543	529

*TSB = Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Tabell 37. Døgnplasser i psykisk helsevern og TSB i dag og i forslag fra arbeidsgruppe 2.

Tabellen nedenfor viser hovedtrekkene i forslaget fra arbeidsgruppe 2.

Helseforetak	Fagområde	Sted	Endringsforslag
Alle foretak			
	DPS/BUP-poliklinikk	Alle lokasjoner	Det foreslås at alle helseforetak tilføres ressurser for å styrke sine polikliniske tilbud. Bakgrunnen er underkapasitet flere steder som fører til lange ventetider og fristbrudd. Videre må små polikliniske enheter tilføres ressurser for å sikre at de kan opprettholde tilstrekkelig kvalitet og bredde i behandlingstilbudet. Hvordan tilbudet styrkes må vurderes lokalt, men typiske eksempler vil være flere ansatte i lokal poliklinikk, etablere eller styrke FACT-team, etablere rusteam, etc.
Finnmarkssykehuset			
	DPS	Tana, Alta	10 døgnplasser i Tana foreslås flyttet til Alta.
	TSB	Alta, Karasjok	Døgnenheten i Alta med 6 døgnplasser foreslås nedlagt og det etableres to nye døgnplasser i Karasjok.
Universitetssykehuset Nord-Norge			

Høringsnotat 21.2.2024

	Regionale døgnplasser – voksne	Tromsø	Det etableres to nye døgneheter i Tromsø med 19 døgnplasser for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Enheten skal kunne behandle pasienter på tvungent psykisk helsevern.
	Regionale døgnplasser - barn & unge	Tromsø	Eksisterende døgnet (UPS) deles i to enheter, en akutt og en elektiv. Samlet døgncapacitet økes med 5 døgnplasser.
	DPS	Storslett, Storsteinnes, Silsand og Tromsø	De tre døgnetene på Storslett, Storsteinnes og Silsand, med til sammen 24 plasser, legges ned. Medikamentfri enhet i Tromsø med 6 plasser omgjøres til et ambulant konsultasjonsteam.
Nordlandssykehuset			
	Regionale døgnplasser – voksne	Bodø	Det etableres en ny døgnet med 5 plasser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Enheten skal kunne behandle pasienter på tvungent psykisk helsevern.
	DPS	Stokmarknes og Bodø	8 døgnplasser foreslås flyttet fra Stokmarknes til Bodø. Bodø omgjør eksisterende fem-døgnet til syv-døgnet.
Helgelandssykehuset			
	DPS	Mosjøen og Mo i Rana	Døgneten i Mosjøen foreslås flyttet til Mo i Rana. Ny samlet DPS-døgncapacitet i HSYK blir 18 plasser. Det er i dag 23 DPS-døgnplasser ved HSYK.

- Det er tidligere vedtatt (styresak 12-2019) å etablere 4 akutt plasser i TSB i Bodø.
- For en detaljert beskrivelse av alle tiltak, se arbeidsgruppe 2 (vedlegg 2).

Tabell 38: Oversikt over endringsforslag i helseforetakene

Som ROS-analysen viser (vedlegg 2) vil tiltakene bidra til å styrke det faglige tilbudet til pasientene, og sikre at det helsepersonellens kompetanse brukes i tråd med pasientenes behov. Tiltakene som er forslått vil øke antall døgnplasser innenfor psykisk helsevern. Dette er i tråd med [Oppdragsdokumentet 2023](#) (31) og [foretaksmøtet 16. januar 2024](#), hvor begge stadfester at styrkning psykisk helsevern og TSB er et av tre hovedmål.

Tiltakene vil ikke fjerne rekrutteringsutfordringene. Mer robuste fagmiljø vil imidlertid kunne gi større fleksibilitet og rom for faglig utvikling som igjen kan gjøre dem mer attraktive. Mer attraktive fagmiljøer er en viktig faktor i å beholde de fagfolkene vi har. Rekrutteringstiltak vil kunne iverksettes som følge av økte bevilgninger øremerket til rekruttering (200 mill. per år). Det må fortsatt jobbes strategisk med utdanning, etterutdanning og rekruttering slik at vi på sikt kan være selvforsynt med det personellet regionen har behov for.

De økonomiske effektene av foreslåtte tiltak forutsetter en omstilling av dagens tilbud (vedlegg 2). HELFO-kostnader kan reduseres gjennom en styrking av polikliniske tilbud. For å få en større reduksjon i HELFO-kostnader, vil foretakene måtte investere i økt poliklinisk kapasitet over et par år før forventet effekt oppnås. Denne omstillingen kan startes opp umiddelbart, og er avhengig av foretakenes evne til å omstille dagens tilbud. Det er viktig at poliklinikkene som i dag har store kapasitetsutfordringer prioriteres først. De øvrige midlene, som vil kunne frigjøres i 2024-25 prioriteres til å styrke døgncapaciteten i sykehusfunksjonene (sikkerhets- og akuttpsykiatri) ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø. Det totale antall døgnplasser økes fra 361 til 363 i psykisk helsevern.

En reduksjon i kjøp av døgntilbud i TSB fra private leverandører kan ikke gjennomføres før tidligst i 2027 på grunn av inngåtte avtaler. Dette passer tidsmessig godt, da noen av de foreslåtte tiltakene krever ombygging og oppussing av eksisterende arealer. De tiltakene som krever større investeringer i rehabilitering av bygg, som f. eks ROP-enhet og elektiv enhet i PHBU ved UNN Tromsø, kan planlegges og gjennomføres i perioden 2026-28. Finansieringen av denne omstillingen vil kunne realiseres gjennom reduksjon i kjøp fra private og reduksjon i HELFO-kostnader. Tiltak uten større økonomisk behov eller tiltak hvor det i dag foreligger økonomiske ressurser, som f. eks for akutt TSB, kan gjennomføres så raskt det vurderes hensiktsmessig av det foretak som har ansvar for drift av tilbudet.

7.2 Diagnostiske funksjoner

Diagnostiske funksjoner er et annet sårbart område i Helse Nord, på grunn av kritisk mangel på fagfolk. Dette gir behov for innleie med de negative økonomiske konsekvensene det gir. Den medisinske utviklingen har gjort at diagnostiske tjenester for det meste krever personell med subspesialisering innenfor de ulike fagområdene. Dermed kreves det mer personell enn tidligere for å gjøre de samme oppgavene. I tillegg er vaktbelastningen blitt større, både fordi behandlingsmulighetene er flere, men også fordi pasientvolumet øker.

Situasjonen er ikke unik for Nord-Norge. Det samme gjelder for resten av Norge og Europa og vi konkurrerer med flere om den samme kompetansen, særlig innen radiologi, men også for andre områder. I dagens situasjon er det høy risiko for å ikke levere likeverdige tjenestetilbud og for ikke å klare å opprettholde en forsvarlig drift som følge av personellmangel.

Flertallet i arbeidsgruppen som utredet diagnostiske funksjoner har anbefalt at det inngås et tettere samarbeid mellom helseforetakene i Helse Nord ved å etablere et formelt samarbeidsorgan. Forslaget innebærer at det inngås gjensidig forpliktende avtaler rundt vaksamarbeid, deling av spesialisert kompetanse, kompetanseheving, reduksjon av unødvendige undersøkelser og dobbeltarbeid, samt samarbeid om verifisering, akkreditering og rekruttering. På denne måten skal det etableres mer robuste fagmiljøer på tvers av foretaksgrensene. Et viktig prinsipp er at prøve- og billedtaking fortsatt skal gjennomføres lokalt, mens analyse av prøver og granskning av bilder i større grad enn i dag kan utføres stedsuavhengig. Det forpliktende samarbeidet skal bidra til at diagnostikk ikke blir et forsinkende ledd ved tidskritiske tilstander, det skal redusere reisebelastningen for pasientene, samtidig som det skal bli mulig å opprettholde spesialisert kompetanse for hele regionen. De digitale løsningene innen radiologi legger godt til rette for å kunne samhandle i enda større grad enn i dag, på tvers av regionens helseforetak. Samarbeidsmodellen vil kunne innføres raskt, og det vil kreve minimalt med forberedelse og tilrettelegging.

Resultatene fra ROS-analysen (vedlegg 4) viser at tiltakene reduserer risikoen i dagens situasjon fra høy til moderat for alle risikoområder med unntak av «brukeren av tjenestene». Risikoen her er knyttet til lang svartid på røntgen. Målet er at ventetiden skal reduseres. For å oppnå denne og øvrige forventede effekter vil samarbeidsmodellen kreve at alle helseforetakene tar et stort ansvar for å få det forpliktende samarbeidet til å fungere som beskrevet.

Det viktigste suksesskriteriet vil være en tydelig ledelse, som er forankret hos de administrerende direktørene i helseforetakene, og at det iverksettes rekrutteringstiltak utover det som er gjort frem til i dag. Slike rekrutteringstiltak vil kunne iverksettes som følge av økte bevilgninger øremerket til rekruttering (200 mill. per år). Øvrige tiltak forventes løst innenfor gjeldende økonomiske rammer. Helse Nord RHF vil gi føringer for innholdet i samarbeidsavtalen.

Tidligere utredninger viser behov for en økt standardisering for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet, og for å unngå unødvendige undersøkelser. Dette innebærer at prosedyrer og undersøkelsesprotokoller må gjøres felles i regionen. Investeringer i nytt utstyr må gjøres i et regionalt samarbeid for å i stadig større grad sikre likt utstyr som fagfolkene på tvers av sykehusene kan benytte uten lange opplæringsperioder. Til sist må flere av spesialistene innenfor radiologi delta i vaktarbeid, for å redusere vaktbelastningen for den enkelte. Først da vil det være aktuelt å inngå ytterligere vakt samarbeid som vil være et viktig tiltak i en situasjon med fortsatt mangel på fagfolk, særlig radiologer.

Den kritiske mangelen på radiologer gjør at selv vikarbyråene ikke klarer å skaffe nødvendige vikarer. Gjennom koronapandemien var det et stort behov for bioingeniører i hele Norge, noe som forverret en allerede krevende situasjon flere steder. Situasjonen i Nordlandssykehuset Vesterålen ble etter hvert så vanskelig at det ikke var mulig å opprettholde et fullverdig laboratorietilbud. Konsekvensen ble blant annet at fødeavdelingen ble omgjort til fødestue i fire uker i 2022. Det er en høy risiko for at lignende situasjoner vil kunne oppstå på nytt på andre steder, hvis vi ikke klarer å styrke bemanningen.

Situasjonen er kritisk, og det er behov for effektive tiltak raskt. De foreslåtte endringene i diagnostiske funksjoner vurderes å ha liten konsekvens for aktører utenfor spesialisthelsetjenesten. Delrapport 4 (vedlegg 4) anbefales derfor ikke sendt på høring sammen med øvrige delrapporter. Arbeidet med å iverksette samarbeidsmodellen vil i stedet starte opp umiddelbart etter en intern høring i helseforetakene, slik at nødvendige tiltak kan innføres før situasjonen forverres ytterligere.

7.3 Rehabilitering og private tjenester

Spesialisert rehabilitering er fagområdet Helse Nord bruker mest midler på til kjøp av tjenester fra private aktører. Den spesialiserte rehabiliteringen som foregår i helseforetakene, er for oppdelt og i liten grad tilpasset behovet til pasientene og den øvrige driften. Pasientenes behov for tidligfaserehabilitering etter akutt sykdom og skade vurderes å ha for høy risiko slik den er organisert i dag på grunn av manglende kapasitet og kompetanse. Dette gir fare tap av funksjoner og livskvalitet hos den enkelte pasient. Med et mål om likeverdig tilgang på rehabiliteringstjenester, er videreføring av dagens organisering derfor ikke et reelt alternativ.

Flertallet i arbeidsgruppen anbefalte å øke kapasiteten i egne helseforetak for å ta hånd om tidligfaserehabilitering etter akutte hendelser som hjerneslag, ortopedi og pasienter med komplekse tilstander. Flertallet anbefalte også å redusere noe kjøp av rehabilitering for muskel- og skjelett, sykkelig overvekt og lettere ortopediske tilstander hos private institusjoner. Ved å følge anbefalingene vil det være mulig å bygge mer robuste og tverrfaglige fagmiljøer

med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene for å sikre framtidig bærekraft i tjenesten. Endringene som ble anbefalt vil også bidra til å unngå regional variasjon i tjenestetilbud og på den måten forebygge tap av funksjon og livskvalitet hos pasienter der hvor det er en reell risiko for det i dag.

Helse Nord må styrke den eksisterende spesialiserte rehabiliteringen og bygge ytterligere kapasitet hos oss selv for å redusere kjøp fra private tilbydere. Som ROS-analysen viser vil endringene gi et faglig bedre tjenestetilbud, redusere regional variasjon og bidra til mer likeverdig tilgang på spesialisert rehabilitering. Dette gjør at risikoen reduseres fra høy til moderat og lav for de ulike risikoområdene, med unntak av området kapasitet. Fortsatt høy risiko innenfor kapasitet er knyttet til mangel på kompetanse, og å bygge opp nye lokaler. Det er behov for å avklare roller og ansvar, både mellom helseforetakene og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, slik at vi sikrer at vi konsentrerer de samlede ressursene mot de pasientene som trenger det mest. Helse Nord vil fremover rette sitt tilbud mot tidlig rehabilitering etter skade og sykdom, da det er dokumentert at det er denne fasen av rehabiliteringen som har størst betydning for utfallet hos pasienten (31).

Å både beholde og rekruttere til mindre, sårbare enheter er krevende. Innenfor rehabiliteringsområdet har vi yrkesgrupper som f. eks fysikalsk medisinere og logopeder, hvor tilgangen er for lav til å dekke behovet. Et avgjørende spørsmål blir derfor hvor mange spesialiserte rehabiliteringsenheter Helse Nord skal ha. I denne vurderingen vil både behovet for tidlig rehabilitering, tilgang på spesialisert og tverrfaglig kompetanse, kapasitet i helseforetakene, reisebelastning for pasienter, tilgjengelig areal og avklaring av roller og ansvar mellom primær- og spesialisthelsetjenesten være sentrale momenter å ta stilling til. For noen pasienter vil det fortsatt være mest hensiktsmessig å få rehabilitering i private institusjoner.

Med bakgrunn i behov for ytterligere avklaringer må arbeidet for å styrke spesialisert rehabilitering i egen regi, planlegges godt. Helse Nord RHF har nettopp inngått nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Avtalene løper tidligst ut i 2027. Opprusting av egne rehabiliteringsenheter er avhengig av at midler som brukes til kjøp hos private blir frigjort. Anbefalte endringer kan derfor tidligst iverksettes i 2028. Det foreslås på denne bakgrunn at planleggingen starter opp rundt årsskiftet 2024-25 og at arbeidet gjennomføres i tett samarbeid med helseforetakene og i forståelse med øvrige interessenter. Et mer forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablerte helsefelleskapene blir også nødvendig. Samarbeidet bør også inkludere ideelle og private avtaleparter som tilbyr spesialisert rehabilitering.

7.4 Samhandlingen med kommunene

Utredningsarbeidet har bekreftet at primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge har et felles utfordringsbilde med hensyn til mangel på personell, demografisk utvikling, lange avstander og spredt bebyggelse. Framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester

Høringsnotat 21.2.2024

viser at behovet til skrøpelig eldre, til pasienter med sammensatte lidelser og alvorlig psykisk syke vil øke. Dette vil skje i en kontekst der 85 prosent av landsdelens 80 kommuner er små og desentrale, og der kun 11 prosent av kommunene har hatt positiv befolkningsutvikling de siste fire årene. Utviklingen vil kreve et tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å redusere variasjon i tilbud og for å kunne tilby likeverdige helsetjenester.

Arbeidsgruppen som har utredet samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten har enstemmig foreslått fire utviklingsområder som bør prøves ut i samarbeid med kommuner som ønsker å være med. De fire utviklingsområdene er:

- A. Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
- B. Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester
- C. Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
- D. Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Alle disse er basert på ulik grad av samordning og integrering av tjenestene. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at det i større grad drives felles planlegging, at helsepersonell brukes på tvers av tjenestene, bedre oppgavedeling, riktig bruk av kompetanse og at beste effektive behandlingsnivå (BEON) tilstrebes. Det er behov for en bedre samordning av tjenestene på tvers av nivåene for at vi i felleskap skal kunne sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Vi må tenke nytt, men samtidig beholde og videreutvikle det som fungerer godt i dag. Forslagene til utviklingsområder dekker de områdene der utfordringene er størst. I tillegg vil en utprøving av geografisk samlokalisering og samordning være et svært spennende utviklingsarbeid som kan gi oss erfaringer og gode løsninger som kan breddes ut på sikt. Noen av utviklingsområdene er klare for innføring, mens andre må utredes nærmere, spesielt med hensyn til kommunenes demografiske bærekraft. Det anbefales derfor at utviklingsområdene prøves ut i liten skala, sammen med noen utvalgte kommuner som ønsker å være med, før de breddes videre ut i regionen.

Arbeidsgruppen har i tillegg foreslått en felles satsning på tre områder; (1) teknologi og digital samhandling, (2) utdanne, rekruttere og beholde personell samt (3) økt helsekompetanse i befolkningen, inkludert samordning av læring- og mestringstiltak.

Foreslåtte tiltak innenfor psykisk helsevern og rehabilitering kan vil ha betydning for samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det bør arbeides videre med en tydeligere avklaring av ansvar og roller i pasientforløpene, og forsterke samarbeidet rundt pasientgruppene som er stormottakere av helsetjenester.

Helse Nord har gjennom statsbudsjettet 2024 mottatt et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd på 40 mill. kroner. Tilskuddet skal understøtte rekrutteringstiltak i hele regionen og tiltak som bedrer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det anbefales å bruke en del av disse midlene til foreslåtte utviklingsområder.

Helse Nord RHF er kjent med at det foregår en rekke samarbeidsprosjekter med formål om å videreutvikle og finne nye måter å samhandle på, mellom helseforetak og kommuner i regionen. Vi stiller oss positive til andre initiativ fra kommuner og helseforetak om prosjekter med mål om bedre samarbeid som kan bidra til økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.

7.5 Andre funksjoner og noen avhengigheter

Alle de fire helseregionene skal ha ett robust regionspsykehus med høy faglig kvalitet og tilstrekkelig volum til å håndtere de høyspesialiserte funksjonene. I Helse Nord er et robust regions- og universitetssykehus (UNN) helt avgjørende for at befolkningen i Nord Norge skal ha tilgang på likeverdige, høyspesialiserte medisinske funksjoner på lik linje med befolkningen i de øvrige regionene. Utviklingen av region- og universitetssykehusfunksjonene har stagnert, og regionspsykehuset må styrkes hvis vi skal sikre et tilbud som er likeverdig med resten av landet. Gjennom utredningen har Helse Nord fått spørsmål knyttet til vurdering av funksjonsdelingen av de mer høyspesialiserte funksjoner i regionen.

Arbeidsgruppen for akutte og elektive funksjoner har i sin delrapport begrunnet hvorfor flere spesialiserte funksjoner ikke er behandlet i denne utredningen:

- Funksjonsdelingen av perkutan koronar intervensjon (PCI) evalueres i et eget løp. Når evalueringen er ferdig, vil Helse Nord RHF ta stilling til den videre organiseringen av dette tjenestetilbudet.
- Vurdering av kreftområdet er satt på vent til Nasjonal kreftstrategi 2024-2028 og nasjonale faglige råd for kreftkirurgi ferdigstilles. Når disse foreligger, vil Helse Nord vurdere anbefalingene opp mot funksjons- og oppgavedeling i regionen i en egen regional kreftplan
- Ytterligere funksjonsdeling innenfor nyfødtintensiv er ikke aktuelt å vurdere før arealene til nyfødtintensivavdelingen på UNN er utbedret.
- I tråd med endring i nasjonal definisjon av intensivsenger er det behov for å gjøre en regional vurdering av intensivkapasiteten og hvilke sykehus som skal ha de ulike kategoriene av intensivsenger i Helse Nord. Dette arbeidet vil startes når endelig vedtak er gjort for endringer i funksjons- og oppgavedeling.

I [NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus - Styring, finansiering, samhandling og ledelse](#) (12) foreslår flertallet i utvalget at det gjennomføres en utredning av hvordan Sámi klinihkka skal organiseres. Dette forslaget stiller Helse Nord RHF seg bak. Arbeidet med utredningen av funksjons- og oppgavedeling ferdigstilles våren 2024. Etter dette vil Helse Nord RHF starte arbeidet med å utrede framtidig organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, inkludert Sámi klinihkka.

Det skal også gjennomføres en vurdering av de samlede administrative funksjonene i Helse Nord. Det er behov for å kritisk vurdere antall personell som benyttes til oppgaver innenfor administrasjon og stab, og Helse Nord RHF vil starte et arbeid med å gjennomgå disse. Som en del av arbeidet vil det gjennomføres en sammenligning av våre ressurser til dette området med ressursene andre regioner bruker til samme formål.

Helse Nord har tatt ut mesteparten av potensialet for økt utdanningskapasitet i regionen. Mulighetene for økninger utover de som allerede er besluttet er svært begrenset, både

begrunnet i søkertall, pasientgrunnlag og antall veiledere og supervisører i foretakene. Likevel er utdanning fortsatt en av de viktigste faktorene å investere i for å beholde og rekruttere de fagfolkene vi har behov for fremover. Sammen med utdanningsinstitusjonene må vi vurdere ulike strategiske tilnærminger for å sikre oss tilgang på den kompetansen som vi har behov for. Samtidig må det settes et stort fokus på å utforme praksisarenaene i sykehusene på en slik måte at de som er under utdanning, både studenter og medarbeidere, finner motivasjon til å jobbe videre i tjenestene våre. De viktigste rekrutteringsarenaene er nettopp de ulike praksisperiodene, lærlingetid, LIS1-tjeneste med mere. Selv om mange legger ned en stor innsats for å optimalisere utdanningsløpene, er det rom for forbedringer og innsatsen bør høynes ytterligere.

Helse- og omsorgsdepartementet har varslet at de vil presenterer ny Nasjonal helse- og samhandlingsplan tidlig i 2024. Her kan det komme føringer eller krav som vil kunne ha betydning for den videre utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.

8 Konklusjon

Foreslåtte tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord har ikke tilstrekkelig økonomisk effekt til å løse regionenes samlede økonomiske utfordringer som beskrevet i kapittel 5.4. Selv de mest personell- og økonomibesparende alternativene som har vært diskutert så langt i arbeidet, vil ikke sikre nødvendig bærekraft fremover. Det vil være behov for ytterligere, omfattende omstillinger utover foreslåtte tiltak. Dersom tiltakene iverksettes er det god grunn til å anta at de vil føre til redusert sårbarhet i tjenesten, gi større og fleksible fagmiljø og styrke kvaliteten på deler av tjenestetilbudene. Tiltakene vil også bidra til å etablere en struktur som innenfor flere områder blir enklere å bemanne. Behov for investeringer for å kunne gjennomføres tiltakene må sees i sammenheng med andre planlagte investeringer både i omfang og tidsplan for gjennomføring.

De nye føringene i foretaksmøtet 16. januar 2024 har medført at tiltak som omhandler delområde akutte og elektive somatiske funksjoner er tatt ut av arbeidet. Akuttfunksjoner ved UNN Narvik og Nordlandssykehuset Lofoten videreføres. Eventuelle endringer i funksjons- og oppgavedeling ved Helgelandssykehuset vil bli fulgt opp i en egen prosess. Organiseringen av fødetilbudet i Helse Nord skal videreføres gjennom planperioden for kommende Nasjonal helse- og samhandlingsplan, gitt forsvarlig drift.

Situasjonen innenfor diagnostiske funksjoner, spesielt innenfor radiologi, er kritisk og kan raskt forverres dersom Helse Nord ikke gjør nødvendige tiltak. Rekruttering av radiologer og bioingeniører, samt å sikre vaktordninger og vakt samarbeid innen radiologi må prioriteres. På denne bakgrunn anbefales det å gjennomføre foreslåtte tiltak innen radiologi allerede tidlig i 2024, etter en intern høringsrunde i helseforetakene.

Uten betydelig omstilling vil helseforetakene ha vedvarende problemer med å gi likeverdige tjenester av god kvalitet til den nordnorske befolkningen. Brukerrepresentantene som har deltatt i utredningsarbeidet, og er medlemmer i det regionale brukerutvalget, er særlig bekymret for at mange pasienter står lenge på ventelister og over mange fristbrudd, en bekymring Helse Nord RHF deler. Per februar 2024 står ca. 29 000 pasienter på ventelister for å få den helsehjelpen de har krav på i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Det haster å få på plass tiltak som bidrar til å øke behandlingsskapasiteten, samtidig som foretakene sikrer at kostnadene holdes innenfor de økonomiske rammene.

Høringsnotat 21.2.2024

Arbeidet med utredningen har vært krevende, lærerikt og nødvendig. Utredningen viser at dagens organisering av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge gir høy risiko for at pasientene ikke mottar likeverdige helsetjenester. Dette gjelder særlig innen psykisk helsevern, men også innen diagnostiske tjenester og en del andre områder. Utviklingen av regionsykehuset og utføring av oppgavene knyttet til utdanning ved det å være et universitetssykehus har stagnert. Regionsykehuset må styrkes om regionen skal ha et tilbud om spesialisthelsetjenester som er likeverdig med det i resten av landet. Tiltakene som er foreslått er viktig for å kunne gi flere av pasientene våre likeverdig behandling og for å løse utfordringer i dagens tjeneste.

Når det kommer til rekruttering av kritisk personell, blir det svært viktig å finne gode tiltak for disponering av den økte rammen på 200 + 40 mill. kroner. Midlene skal benyttes til å styrke rekrutteringen og ta ned behovet for innleie av personell, de siste 40 mill. Kroner i samarbeid med kommunene. Det må i tillegg skje en betydelig og mer omfattende omstilling både i helseforetakene og i det regionale helseforetaket for å sikre nødvendig bærekraft fremover.

I samarbeid med Helse Sør-Øst RHF sitt analysemiljø er det så langt i utredningen kartlagt områder hvor det er høyere bemanning i vår region enn i sammenlignbare driftsenheter i Helse Sør-Øst. Med bakgrunn i disse preliminare funn er det naturlig å gjennomføre en sammenligning av bemanning mellom Helse Sør-Øst og Helse Nord innen administrative og kliniske enheter i hele foretaksgruppen. Målet er å identifisere områder hvor det kan drives mer effektivt. Det må i tillegg gjøres en kritisk vurdering av behovet for parallelle funksjoner, spesielt innen stabs- og støttefunksjoner.

De høyspesialiserte funksjonene må gjennomgås med tanke på å sikre kvalitet og bærekraft fremover også på disse områdene. Vi må sikre at vi også i den nordligste helseregionen har et robust regionsykehus. Dette vil være avgjørende for at befolkningen i Nord-Norge skal ha tilgang til likeverdige, høyspesialiserte medisinske funksjoner på lik linje med befolkningen i de øvrige helseregionene.

9 Referanser

1. Helse Nord (2022). Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2028. <https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/regional-utviklingsplan-for-helse-nord-2023-2038/>
2. Regjeringen (2023). NOU 2023: 4 Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
3. Meld. St. 23 (2022-2023). Opptrappingsplan for psykisk helse (2023-2033). <https://www.regjeringen.no/contentassets/0fb8e2f8f1ff4d40a522e3775a8b22bc/no/pdfs/stm202220230023000dddpdfs.pdf>
4. HelseDirektoratet (2012). Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten innenfor rehabilitering (IS-1947). <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2495595>
5. Meld. St. 7 (2019-20). Nasjonal helse og sykehusplan 2020-23. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonale-helse-og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
6. Revidert framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester (2023).
7. Regjeringen (2021). Behovene innen psykisk helsevern og rusbehandling i årene fremover. <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/behovene-innen-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-i-arene-fremover/id2872387/>
8. Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023). <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
9. HelseDirektoratet (2021). Befolkningens helsekompetanse. <https://www.helseDirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
10. Regjeringen (2021). Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021-2025). <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
11. Helse Nord (2020). Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. [://www.helse-nord.no/499f6e/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/rapporter-og-dokumenter/spesialisthelsetjenester-til-den-samiske-befolkningen/strategidokumentet-norsk.pdf](https://www.helse-nord.no/499f6e/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/rapporter-og-dokumenter/spesialisthelsetjenester-til-den-samiske-befolkningen/strategidokumentet-norsk.pdf)
12. Regjeringen (2023). NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse. <https://www.regjeringen.no/contentassets/dc00b0a95cf349748bf94d49189b6b2f/no/pdfs/nou202320230008000dddpdfs.pdf>
13. Helse Nord (2022). Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Rapport med tiltaksplaner 2022-2026. <https://www.helse-nord.no/49a00e/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2022/20220427/styresak-44-2022->

Høringsnotat 21.2.2024

[spesialisthelsetjenester-til-den-samiske-befolkningen---rapport-med-tiltaksplaner-2022-2026.pdf](#)

14. Helse Nord (2023). Personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord. <https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/personell-utdanning-og-kompetanse-i-helse-nord---strategi/>
15. Westlie, Å. L., Gaski M., Abelsen, B., Grimstad, H. & Ofstad E. H. (2022). Leger utdannet i Bodø – hvem er de og hvor blir de av? <https://tidsskriftet.no/2022/01/originalartikkel/leger-utdannet-i-bodo-hvem-er-de-og-hvor-blir-de-av>
16. Meld. St. 11 (2015–2016). Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
17. Regjeringen (2023). Evaluering av pandemihåndteringen. Rapport fra Koronautvalget. NOU 2023:16. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b1dace9390054c85a5a87c7bbf1bc384/no/pdfs/nou202320230016000dddpdfs.pdf>
18. Helsedirektoratet (2020). Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. IS-2967. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-kommune-og-spesialisthelsetjenesten/Leger%20i%20kommunene%20og%20spesialisthelsetjenesten%20-%20rapport%202020.pdf/_attachment/inline/9bcf5459-80e6-4716-ab00-1766ee0cc0db:ac1f2b4e2a8216bf8aa6246e843249ffc49721db/Leger%20i%20kommunene%20og%20spesialisthelsetjenesten%20-%20rapport%202020.pdf
19. Helse Nord (2022). Strategi for prehospitale tjenester i Helse Nord 2024-2027. <https://www.helse-nord.no/49b6cb/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/fagplaner/strategi-for-prehospitale-tjenester-i-helse-nord-2024-2027.pdf>
20. Folkehelseinstituttet (2023). Responstider for ambulanser og pasientutfall. <https://www.fhi.no/publ/2023/responstider-for-ambulanser-og-pasientutfall/>
21. Helse Nord (2022). Transport av psykisk syke med ambulansefly i Helse Nord. Samvirke mellom helse og politi til det beste for pasienten. <https://www.helse-nord.no/49e4ff/siteassets/dokumenter-og-blokker/horinger/2023-horing-transport-av-psykisk-syke/rapport---transport-av-psykisk-syke-med-ambulansefly-i-helse-nord.pdf>
22. Helsedirektoratet (2018). Eldre stormottakere i somatisk spesialisthelsetjeneste. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/eldre-stormottakere-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste/SAMDATA_05_2018_Eldre_stormottagere.pdf/_attachment/inline/215129da-b486-4512-8c41-26542928b4ce:fe3f451ac8e0ccca230e87f4854190201f4cd967/SAMDATA_05_2018_Eldre_stormottagere.pdf
23. Regjeringen (2023). NOU 2023: 9 Generalistkommunesystemet — Likt ansvar – ulike forutsetninger. <https://www.regjeringen.no/no/dep/kdd/org/styrer-rad-og-utvalg/generalistkommuneutvalget/id2827183/>
24. Helse Sør-Øst, Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest (2022). Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering 2022. De regionale helseforetakenes årlige rapportering for journal- og samhandlingsløsninger, hjemmeoppfølging og innbyggertjenester. https://www.helse-sorost.no/499f93/siteassets/documents/digitalisering-og-e-helse/felles-plan-for-ikt-utvikling-og-digitalisering-2022-v1_0.pdf

Høringsnotat 21.2.2024

25. Direktoratet for e-helse (2023). Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren. <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonal-e-helsestrategi-for-helse-og-omsorgssektoren>
26. Direktoratet for e-helse (2023). Målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. <https://www.ehelse.no/publikasjoner/malbilde-for-digitalisering-i-helse-og-omsorgssektoren>
27. Regjeringen (2023). NOU 2023:17 Nå er det alvor. Rustet for en usikker fremtid. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4b9ba57bebae44d2bebfc845ff6cd5f5/no/pdfs/nou202320230017000dddpdfs.pdf>
28. Meld. St. 5 (2023-2024). En motstandsdyktig helseberedskap. Fra pandemi til krig i Europa. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20232024/id3015776/>
29. Regjeringen (2019). NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/>
30. DFØ (2023). Risikostyring i staten. <https://dfo.no/fagomrader/etats-og-virksomhetsstyring/risikostyring/risikostyring-i-staten>
31. Regjeringen (2023). Oppdragsdokument 2023. Helse Nord RHF. <https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2023-helse-nord-rhf.pdf>
32. Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi (2020). Nasjonal traumeplan. <https://traumeplan.no/index.php?action=showtopic&topic=PA8pVGd>

Figur- og tabelloversikt

Figurer

Figur 1. Befolkningsutvikling i Nord-Norge fra 1986 til i dag og framskrevet til 2050 for ulike alderskategorier.

Figur 2. Utvikling i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert.

Figur 3. Utvikling i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor psykisk helsevern og rus. Private tjenestetilbydere er ekskludert.

Figur 4. Antall ventende pasienter i Helse Nords helseforetak fra januar 2019 til november 2023.

Figur 5. Andel fristbrudd ordinært avviklede per helseforetak for perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert.

Figur 6. Andel fristbrudd ordinært avviklede per helseforetak for perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor psykisk helse og rus. Private tilbydere er ekskludert.

Figur 7. Framskrivning av antall liggedøgn innenfor somatikk i Helse Nord fra 2022 til 2040.

Figur 8. Kart over tjenestestrukturen i Finnmarkssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern.

Figur 9. Kart over tjenestestrukturen i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, somatikk og psykisk helsevern.

Figur 10. Kart over tjenestestrukturen i Nordlandssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern.

Figur 11. Kart over tjenestestrukturen i Helgelandssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern.

Figur 12. Organisering av utredningsarbeidet i Helse Nord.

Figur 13. Kart over tjenestestruktur innenfor akuttfunksjoner og fødselsomsorg, alle enheter.

Figur 14. Kart over tjenestestruktur for psykisk helsevern og rus, både offentlige og private institusjoner.

Figur 15. Kart over tjenestestruktur for offentlige og private institusjoner med rehabilitering i 2023.

Figur 16. Kart over tjenestestruktur innenfor diagnostiske tjenester for laboratorier og røntgen

Figur 17. Utvikling av kostnader til ekstern innleie i perioden 2019 til nov 2023 per helseforetak i Helse Nord.

Figur 18. Utvikling i søknadstall Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet, uavhengig av prioritet.

Figur 19. Utvikling i søknadstall ved Nord Universitet, uavhengig av prioritet.

Figur 20. Utviklingen i antall studieplasser embetsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet i perioden 1973-2023.

Figur 21. Kart over tjenestestruktur - akutte og prehospitaltjenester i Helse Nord.

Figur 22. Median tid (minutter) fra 113-oppringning til ambulansetilkomst på hendelsesstedet for akutte hendelser i grisgrendte strøk (mørk blå) og tettbygdestrøk (lys blå). Data fra 2022.

Figur 23. Utvikling i årsaker (ikke behov, vær, samtidighetskonflikt) til at luftambulansoppdrag med helikopter ikke er gjennomført (avvist og avbrutt). Data for alle baser i Norge i prosent av antall henvendelser for perioden 2010-2022.

Figur 24. Antall avviste og avbrutte oppdrag fordelt på årsaker til at turen ikke ble gjennomført for luftambulansoppdrag med helikopter for alle baser i Norge i 2022.

Figur 25. Kostnadsfordeling reisekostnad pasientreiser i Helse Nord hittil i 2023.

Figur 26. Pasienter med mer enn 24 reiser per år per foretak i 2022.

Høringsnotat 21.2.2024

Figur 27. Utviklingen av Helse Nords inntekter 2010-22, i milliarder kroner.

Figur 28. Omstillingsbehov 2027.

Figur 29. Oppsummering av risikovurdering gjort av dagens situasjon (0-alternativet) i de fem arbeidsgruppene.

Figur 30. Oppsummering av risikovurdering av foreslåtte tiltak i arbeidsgruppe 2,3 og 4.

Tabeller:

Tabell 1. Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på HF og sykehus/klinikk.

Tabell 2. Befolkningsgrunnlag per somatiske akuttsykehus og distriktpsikiatriske sentre i 2022.

Tabell 3. Befolkningstall kommuner for sykehusområde Finnmarkssykehuset 2023.

Tabell 4. Befolkningstall kommuner for sykehusområdet Universitetssykehuset i Nord-Norge 2023.

Tabell 5. Befolkningstall kommuner for sykehusområde Nordlandssykehuset 2023.

Tabell 6. Befolkningstall kommuner for sykehusområde Helgelandssykehuset 2023.

Tabell 7. Utvalgte faktaopplysninger om foretaksgruppen.

Tabell 8. Ansvarlig avdeling og leder, samt deltakere for hver av arbeidsgruppene i utredningen

Tabell 9. Døgnplasser i psykisk helsevern og TSB i dag og i forslag fra arbeidsgruppe 2.

Tabell 10. Læring- og mestringskurs i 2022 per helseforetak.

Tabell 11. Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste ansatte og midlertidige ansatte, samt udekket behov (mangel) fordelt på stillingsgrupper totalt for Helse Nord.

Tabell 12. Budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe innenfor psykisk helsevern (PHV) sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på HF og sykehus/klinikk

Tabell 13. Budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe innenfor Somatikk sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på stillingsgruppe og helseforetak

Tabell 14. Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor Helse Nord 2019-2023.

Tabell 15. Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor Helse Nord per september 2023

Tabell 16. Antall overleger i Helse Nord fordelt per spesialitet (indremedisinske, kirurgiske, psykisk helsevern og rus og andre) per september 2023

Tabell 17. Antall LIS leger med individuell utdanningsplan fordelt per spesialitet (indremedisinske, kirurgiske, psykisk helsevern og rus og andre) per september 2023.

Tabell 18. Antall operative prehospitale ressurser per helseforetak i 2023.

Tabell 19. Totale driftskostnader for prehospitale tjenester i 2022.

Tabell 20. Totalt antall henvendelser fordelt på akutt, haste, vanlig og bestilte oppdrag for perioden 2019-2022 i Helse Nord, samt antall avviste/avbrutte oppdrag pga. værforhold.

Tabell 21. Avviste og avbrutte ambulanshelikopteroppdrag grunnet værforhold ved de fire basene i Helse Nord

Tabell 22. Antall legeårsværk som er engasjert for å dekke vaktlinjer i luftambulansetjenesten.

Tabell 23. Volum av reiser med og uten rekvisisjon per helseforetak.

Høringsnotat 21.2.2024

Tabell 24. Netto transportkostnad pasientreiser per foretak

Tabell 25. Topp 10 flystrekninger for Helse Nord basert på antall billetter.

Tabell 26. Andel skrøpelige eldre per opptaksområde i 2022

Tabell 27. Liggedøgn og antall opphold per pasient, skrøpelige eldre (2022).

Tabell 28. Gjennomsnittlig demografisk bærekraft etter antall innbyggere.

Tabell 29. Aktivitet i DMSene i Nord-Norge.

Tabell 30. Økning i årlige kostnader 2024-27 knyttet til investeringsbehov.

Tabell 31. Bygningsmasse (kvadratmeter) i Helse Nord fordelt per helseforetak

Tabell 32. Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon framskrevet til og med 2027

Tabell 33. Samlet effekt på bemanning og økonomi for de tre ulike alternativene foreslått for akutte og planlagte funksjoner i somatikk.

Tabell 34. Investeringsbehov for de ulike alternative tiltak foreslått innenfor akutte og planlagte tjenester både i somatikk og i psykisk helsevern og TSB.

Tabell 35. Samlet økonomisk utfordring og effekt av foreslåtte tiltak.

Tabell 36. Beskrivelse av noen forhold som bidrar til høy risiko i dagens situasjon innenfor de seks risikoområdene.

Tabell 37. Døgnplasser i psykisk helsevern og TSB i dag og i forslag fra arbeidsgruppe 2.

Tabell 38. Oversikt over endringsforslag i helseforetakene.

10 Vedlegg

- 1 Delrapport 1: [Akutte og elektive funksjoner](#)
- 2 Delrapport 2: [Psykisk helsevern og TSB](#)
- 3 Delrapport 3: [Rehabiliterings- og private tjenester](#)
- 4 Delrapport 4: [Diagnostiske funksjoner](#)
- 5 Delrapport 5: [Tid for samordning](#)
- 6 Møteplan for involvering, medvirkning og informasjon gjennom prosessen med utredning av funksjons- og oppgavedeling
- 7 Beskrivelse av metode og gjennomføring av ROS-analyse

Møteplan med milepæler – utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord

Møter med interessentene er et av flere kommunikasjonstiltak hvor formålet har vært å involvere, informere, følge opp og konsultere interessentene, slik at utredningen kommuniserer godt arbeidets mål og resultat. [Dette står nærmere beskrevet i kommunikasjonsplanen, med interessentanalyse, som ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i mars 2023.](#)

Dette dokumentet viser en oversikt over møter som Helse Nord RHF har holdt i perioden mai til desember 2023. Innholdet i møtene har variert ut fra målgruppe og status i det pågående arbeidet.

Temaet funksjons- og oppgavedeling er i tillegg fast sak på ledermøter og utvidede ledermøter i Helse Nord RHF. Disse møtene vises ikke i denne oversikten.

Dato	Målgruppe	Møteform	Deltakere fra RHF*
2. mai	Kommunene: KS Nord-Norge – felles fylkesmøte. 160 deltakere	Fysisk, Bodø	Tonje
3. mai	Kommunene – politisk/administrativt/helsefaglig	Dialogkonferanse, fysisk, Bodø	Marit, Tonje
5. mai	Statsforvalterne – det faste møtet mellom RHF og Statsforvalterne i Troms/Finmark og Nordland	Digitalt	Marit
8. mai	Kommunene – politisk/administrativt/helsefaglig	Dialogkonferanse, fysisk, Tromsø	Marit, Tonje, Fredrik
10.-11. mai	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Fysisk, Bodø	Marit, Tonje

22. mai	Regionalt brukerutvalg	Fysisk, Bodø	Marit/Fredrik
23. mai	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
23.mai	Drøftingsmøte KTV/KVO	Digitalt	Marit/Tonje/Anita /Fredrik
23. mai	Ansatte HSYK	Allmøte, fysisk og digitalt	Marit
26. mai	Ansatte UNN	Allmøte, fysisk og digitalt	Marit
26. mai	Styrelederne i HF-ene	Styreledermøtet	Renate/Marit
26. mai	Universiteter: Samarbeidsorgan for utdanning	Digitalt	Anita
30. mai	Ansatte HNIKT	Allmøte, digitalt	Marit
31. mai – styremøte i Helse Nord RHF, Bodø			
Styret vedtar mandat for utredningsarbeidet og hvordan utredningsarbeidet skal organiseres. Blant annet at det skal opprettes fem arbeidsgrupper som skal utrede ulike områder.			
2. juni	Ansatte NLSH	Allmøte, fysisk og digitalt	Marit
5. juni	Ansatte RHF	Allmøte, Digitalt	Marit
6. juni	Sametingets adm. ledelse (sametingsrådets leder)	Fysisk, Karasjøk	Marit/Tone
8. juni	Nord-norsk forum for gynekologer	Digitalt	Tonje
8. juni	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Fysisk, Sandnessjøen	Marit/Tonje
9. juni	Ansatte SANO	Allmøte, digitalt	Marit
9. juni	Ansatte FIN	Allmøte, digitalt	Marit
12. juni	Komite for kultur, helse og internasjonal Troms og Finnmark fylkeskommune	Digitalt	Marit
14. juni	Regionalt brukerutvalg		Marit
14. juni	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
14. juni	Medier i Nord-Norge	Pressemøte, digitalt	Marit
15. juni	Styrelederne i HF-ene	Styreledermøtet	Renate/Marit
19.–20. juni	Nasjonale RHF- og HF-direktører	Nasjonal direktørsamling, fysisk, Oslo	Marit/Anita
21. juni	Administrativt møte med Sametinget	Digitalt	Marit, Tonje og Tone

22. juni – styremøte i Helse Nord RHF, Bodø

Styret vedtar revidert fremdriftsplan for arbeidet

23. juni	Storingsrepresentant Irene Ojala, Pasientfokus	Fysisk, Bodø	Marit/Geir/Jon Tomas
26. juni	Ordførere, kommunedirektører, kommuneoverleger, kommunale helseledere og interkommunale samhandlingsledere i Troms og Finnmark	Informasjonsmøte, digitalt	Marit
28. juni	Brukerorganisasjoner i Nord-Norge	Informasjonsmøte, digitalt	Marit
28. juni	Fylkesrådslederne Troms og Finnmark og Nordland	Digitalt	Renate/Marit
28. juni	Ordførere, kommunedirektører, kommuneoverleger, kommunale helseledere og interkommunale samhandlingsledere i Nordland	Informasjonsmøte, digitalt	Marit
29. juni	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Digitalt	Marit/Tonje
30. juni	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Marit/Tonje
21. aug.	Administrativt møte med Sametinget	Digitalt	Marit/Tone/Tonje
21. aug.	Regionalt brukerutvalg		Marit/ Tonje
22. aug.	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
25. aug.	Allmøte Helse Nord RHF	Digitalt	Marit

30. august – styremøte RHF, Tromsø

Styret får informasjon om status i utredningsarbeidet

1. sept.	Pensjonistforbundet, Troms	Fysisk	Jon Tomas
6. sept.	Eldreråd: Nordnorsk eldrerådskonferanse	Fysisk, Bodø	Jon Tomas
6. september	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Fysisk, Tromsø	Marit/Tonje
12. sept.	Regionalt brukerutvalg		Marit/Tonje
14. sept.	Samarbeidsorgan for utdanning (helseforetakene, dekaner og prodekan på universitetene, KS, studentrepr., RBU)	Digitalt	Anita
19. sept.	Helsefellesskap Lofoten, Vesterålen og Salten: Strategisk samarbeidsutvalg	Informasjons-/innspillsmøte	Tonje

20. sept.	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Tonje
20. sept.	Styret RHF	Tematime, Bodø	Marit/Tonje
21. september – styremøte i Helse Nord RHF, Bodø Styret får informasjon om status i utredningsarbeidet			
25. sept.	Helsefellesskap Finnmark: Strategisk samarbeidsutvalg	Informasjons- og innspillsmøte, digitalt	Ingrid
27. sept.	Befolkningen: Helseinnovasjonsukas folkemøte om helse	Fysisk og digitalt, Bodø Stormen bibliotek	Marit
3. okt.	Kommunene i Nordland helsefaglig personell og politisk/administrativ ledelse	Informasjonsmøte digitalt	Marit
4. okt.	Kommuner i Troms og Finnmark	Informasjonsmøte digitalt	Marit
2. okt.	Fylkesrådslederen i Nordland	Digitalt	Renate/ Marit
2. okt.	Nord-Norgebenken på Stortinget	Stortinget	Renate/Marit
4. okt.	Fylkesrådslederen i Troms og Finnmark	Digitalt	Renate/ Marit
5. okt.	Medier i Nord-Norge	Pressemøte, digitalt	Marit
10. okt.	Nasjonal samling for KTV/KVO	Fysisk, Alta	Marit
10. okt.	Politisk møte med Sametinget	Digitalt	Marit/Tonje/Tone
11. okt.	Regionalt brukerutvalg		Marit/Tonje
12. okt.	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Digitalt	Marit/Tonje
17. okt.	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
18. okt.	Brukerorganisasjoner i Nord-Norge	Digitalt	Marit
18. okt.	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Tonje
18. okt. kl. 19	Helsefellesskap Helgeland Strategisk samarbeidsutvalg	Digitalt	Tonje
23. okt.	Styret RHF	Tematime, fysisk Bodø	Marit
24. og 25. okt.	Styreseminar i Helse Nord	Fysisk, Bodø	Marit/Tonje

24. oktober – styremøte i Helse Nord RHF, Tromsø

Styret får informasjon om status i utredningsarbeidet

30. okt.	Ansatte UNN	Allmøte, fysisk Tromsø + digitalt	Marit
30. oktober	Kommunene – politisk/administrativt/helsefaglig	Dialogkonferanse, fysisk, Tromsø	Marit/Tonje
2. nov.	Ansatte SANO	Allmøte, digitalt	Marit
3. nov	Kommunene – politisk/administrativt/helsefaglig	Dialogkonferanse, fysisk, Bodø	Marit/Tonje
6. nov	Ansatte NLSH	Allmøte, fysisk Bodø og digitalt	Marit
6. nov	Møte med Kreftforeningen Generalsekretær og distriktsleder		Marit
8. nov.	Ansatte FIN	Allmøte, fysisk Hammerfest og digitalt	Marit
8. nov.	Helsefelleskapet Troms og Ofoten	Digitalt	Tonje
9. nov.	Ansatte HSYK	Allmøte, digitalt	Marit
8. nov.	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Marit/Tonje

14. november, arbeidsgruppens delrapporter ferdigstilles

anbefalinger leveres til koordineringsgruppen i Helse Nord RHF

15. nov.	Ansatte RHF	Allmøte, digitalt	Marit
15. nov.	Medier i Nord-Norge	Pressemøte, digitalt	Marit/Tonje
16. nov.	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Digitalt	Marit/Tonje
17. nov	Dialogmøte med UiT, Nord Universitet og Helse Nord	Dialogmøte, Digitalt	Marit m. fl.
21. nov.	Regionalt brukerutvalg		Marit/Tonje
21. nov.	Kommunene i Troms – KS' høstkonferanse/ konstituerende fylkesmøter	Fysisk Tromsø	Marit
22. nov	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
22. nov.	Regionalt brukerutvalg		Marit/Tonje
22. nov	Ansatte HNIKT	Allmøte, fysisk Tromsø og digitalt	Marit
22. nov.	Kommunene i Nordland – KS' høstkonferanse/ konstituerende fylkesmøter	Fysisk Bodø	Marit

23. nov.	Møte med fylkesrådet i Nordland	Digitalt	Marit/ Renate/Tonje
23. nov.	Samarbeidsorgan for utdanning (helseforetakene, dekaner og prodekan på universitetene, KS, studentrepresentanter, RBU)	Digitalt	Anita
24. nov.	Møte med NHO	Digitalt	Marit/Tonje
24. nov.	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Marit
24. nov.	Styreledermøte med ledere og nestledere	Digitalt	Marit
27. nov.	Styreseminar UNN	Digitalt	Tonje
27. nov.	Nordland næringsforum	Digitalt	Tonje
28. nov.	Styret RHF	Tematime, fysisk i Tromsø	Marit
29. november – styremøte i Helse Nord RHF, Tromsø Styret vedtar liten utsettelse av tidsplanen			
30. nov.	Møte med LHL Norge	Digitalt	Tonje
6. des.	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Digitalt	Marit/Tonje
2. des.	Møte med helseministeren	Fysisk, Gravdal	Marit
19. des.	Politisk møte med Sametinget	Digitalt	Renate/Marit/Tonje /Tone
21. des.	Drøfting KTV/KVO	Digitalt	Marit/Tonje
21. des.	Regionalt brukerutvalg	Digitalt	Marit/Tonje
8. jan. 2024	Styret RHF	Digitalt	Marit
Styremøte 9. januar 2024, Tromsø Styret vedtar høringsutkast av den helhetlige planen med forslag til funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord			

***Deltakere fra RHF**

Renate Larsen, styreleder i Helse Nord RHF

Marit Lind, administrerende direktør i Helse Nord RHF

Tonje Elisabeth Hansen, leder av koordineringsgruppa for utredningsarbeidet i Helse Nord RHF

Anita Mentzoni-Einarsen, HR-direktør i Helse Nord RHF

Tone Kristin Kjær, spesialrådgiver i Helse Nord RHF

Fredrik Sund, spesialrådgiver i Helse Nord RHF

Jon Tomas Finnsson, avdelingsdirektør Helse Nord RHF

Ingrid Bredesen Hangaas, senior kommunikasjonsrådgiver, Helse Nord RHF

Vedlegg 7 Beskrivelse av metode og gjennomføring av ROS-analysene

ROS-analyse på et overordnet nivå

ROS-analysen er gjort på et overordnet regionalt nivå, altså er risiko for hele Helse Nord vurdert under ett. Utgangspunktet for arbeidet med ROS-analysen har vært de tre overordnede målene til arbeidet med funksjons- og oppgavedeling.

Hovedmålene for arbeidet er helhetlige og på regionalt nivå. Det var derfor naturlig å gjennomføre ROS-analysene på et overordnet nivå. Underveis i arbeidet har det likevel vært mulig å kommentere og diskutere risikoer knyttet til spesifikke lokasjoner eller spesifikke funksjoner. På den måten er risikoer spesielt forbundet med steder som Lofoten, Narvik, Helgeland eller Finnmark fanget opp i analysen. Selv om ikke ROS-analysene er gjort spesifikt for de mest berørte foretakene, har diskusjonen rundt risikovurderingene i stor grad handlet om de mest berørte stedene. For mange av de identifiserte risikoene er det slik at både sannsynlighet og konsekvens naturlig varierer med geografi, foretak, sykehus, pasientgruppe eller funksjon. Det er forsøkt å vurdere sannsynlighet og konsekvens ut fra et overordnet gjennomsnitt for regionen. Det kan likevel ikke utelukkes at vurderingene kan bære preg av enkelte steders, enkelte foretak eller enkelte pasienter sin situasjon. Dette er beskrevet Helhetlig plan, kapittel 6, side 102-106, og vil bli presisert i neste versjon av planen.

Grunnlag for ROS-analysen

ROS-analysen for Helhetlig plan er basert på faglig skjønn, og deltakerne i ROS-workshop sine vurderinger. I tillegg til egen kunnskap, lå et omfattende faktagrunnlag til grunn for deltakernes vurderinger. Vurdering av sannsynligheter og konsekvenser er ingen eksakt vitenskap. Data og oppsummering fra ROS-workshop var vedlegg 3 styresak 2-2024 (se side 182-219).

ROS-analysene er gjennomført med utgangspunkt i mal for risikostyring i staten fra Direktoratet for forvaltning og økonomistyring (DFØ)¹ og retningslinjer for risikostyring i Helse Nord.

Forhåndsdefinerte risikoområder

I innledende arbeid med ROS-analysene ble det fort klart at kompleksiteten i sektoren ville by på utfordringer med ROS analysen. For å systematisere arbeidet, og for å sikre at alle relevante aspekter ville dekkes, ble det på forhånd definert noen sentrale risikoområder. Et risikoområde er et bestemt aspekt eller et definert område hvor det er potensiale for risiko eller sårbarhet. Innenfor hvert risikoområde er potensialet for uønskede hendelser, tap eller skade, vurdert.

Det er tatt utgangspunkt i følgende risikoområder; *Brukeren av tjenestene, behandlingstilbud, bemanning, kapasitet, organisatoriske forhold, økonomi, sikkerhet og beredskap*. Risikoområdene kom frem gjennom en iterativ prosess med de fem arbeidsgruppene og Helse Nord's nettverk for risikostyring. Risikoområdene er behandlet i Helse Nord RHF's ledermøte, og i utvidet ledermøte to ganger, (hvor KTV/KVO og RBU var representert), samt i intern referansegruppe hvor adm. direktører i helseforetakene var representert. Alle involverte parter gav nyttige innspill til hvilke områder, og hvilke aspekter det var viktig å avdekke potensiell risiko til.

Kritiske suksessfaktorer

¹ [Risikostyring i staten - Håndtering av risiko i mål- og resultatstyringen \(dfo.no\)](https://dfo.no/)

I DFØ sitt rammeverk for risikostyring er ett av stegene i en ROS-analyse for å identifisere kritiske suksessfaktorer², for deretter å identifisere risiko. En bredt sammensatt gruppe ble satt ned for å identifisere kritiske suksessfaktorer.

I forkant av ROS-analyse workshop ble det gjort et grundig arbeid med å definere kritiske suksessfaktorer knyttet til de ulike risikoområdene, og hovedmålene for arbeidet. Kritiske suksessfaktorer er forhold som er avgjørende for å nå hovedmålene satt for arbeidet. Gjennom dialog i møtene, identifiserte og konkretiserte arbeidsgruppene hva som må oppnås for at endringer i funksjons- og oppgavedeling kan ansees som vellykket.

34 suksessfaktorer ble identifisert, fordelt på de syv risikoområdene. De kritiske suksessfaktorene ble sendt ut til deltakerne i forkant av workshopen. Suksesskriteriene ble brukt som utgangspunkt for å definere og vurdere risikoer.

Sannsynlighet, konsekvens og risikoakseptans

Risiko er vurdert ut fra en fempunkts skala for sannsynlighet, og for konsekvens, dersom risiko skulle inntreffe. 1 representerer svært liten sannsynlighet eller ubetydelig konsekvens, og 5 representerer svært stor sannsynlighet eller svært alvorlig konsekvens. I 5x5-analysen er det benyttet en trefargeskala (etter mal fra DFØ). Risikomatriksen angir konsekvenser langs X-aksen og sannsynlighet langs y-aksen.

Risikoer som havnet i rødt felt, var definert som uakseptable. For disse risikoene ble det indentifisert risikoreduserende tiltak, og sannsynlighet og konsekvens ble vurdert på ny etter risikoreduserende tiltak.

Risikoer som ble vurdert til å være i gult felt, var ansett å være signifikant, men moderat, og ikke påkrevd risikoreduserende tiltak. Risikoer i grønt felt var heller ikke påkrevd risikoreduserende tiltak.

Ved uakseptabel høy risiko ble iboende risiko plottet i diagrammet sammen med gjenværende risiko. Slik vises risikonivået etter at det er definert risikoreduserende tiltak. Ikke alle foreslåtte risikoreduserende tiltak ble vurdert som tilstrekkelig til å trekke risikonivået ned på et akseptabelt nivå.

Det er stilt spørsmål om hvorfor det ikke er identifisert risikoreduserende tiltak for risiko for at tjenestetilbudet er utilgjengelig på grunn av vanskelig fremkommelighet (vær og vind). Begrunnelsen er at den helhetlige risikoen er definert å være moderat, og ikke uakseptabel høy.

Det er pekt på at ROS-analysen i arbeidsgruppe 1 (AG1) har definert risikoreduserende tiltak for denne risikoen. Alternativene som ble ROS-analysert i arbeidsgruppe 1 er annerledes enn alternativene foreslått i Helhetlig plan. Alternativ 2 fra AG1 er vurdert å ha uakseptabel høy risiko for at tjenesten ikke skulle være tilgjengelig på grunn av avstand eller vanskelig fremkommelighet. AG1s alternativ 2 var ikke ROS-analysert i helhetlig plan. I Helhetlig plan var AG1s alternativ 2 endret til bare å gjelde akutt kirurgi, ikke akutt indremedisin.

² Fra DFØ: «Kritiske suksessfaktorer er forhold som er avgjørende for at målene nås. Når du definerer kritiske suksessfaktorer, er det et hjelpeskritt på veien mot å identifisere risikoer. Det er viktig å sette fokus på de faktorene som er viktigst for å lykkes med å nå målene, og ikke bli for detaljert. Ved å speilvende de kritiske suksessfaktorene får du frem risikoen».

Det skal også legges til at når ROS-analyse for Helhetlig plan ble gjennomført, var det innhentet mer data og analyse på veistengninger for aktuelle steder. Faktagrunnlaget viste at det er helt begrenset hvor mange ganger det er vanskelig fremkommelighet på grunn av vær og vind.

For at risikovurderingene skal være meningsfulle, er det viktig med operasjonaliserte sannsynlighets og konsekvensskalaer. I Helse Nord RHF styresak 45-2023 (Retningslinjer for risikostyring – revidering, vedlegg 1) går det frem at det må arbeides videre med å definere risikovilje- og toleranse, og at disse skal godkjennes av styret.

Nettverket for risikostyring arbeider med oppdatering av retningslinjene. I mangel av styrebehandling av risikovilje og -toleranse har arbeidsgruppene brukt skala som er godt kjent fra lignende sammenhenger i Helse Nord (tabell 1).

Klinikere er ofte familiære med å benytte en sannsynlighetsskala som sier noe om hvor ofte en risiko vil inntreffe uttrykt i hyppighet som daglig, ukentlig, månedlig etc. For å operasjonalisere denne skalaen ytterligere ble arbeidet innrettet mot at når noe er svært sannsynlig kan en tenke seg at det er mer enn 90% sjanse for at risikoen inntreffer, og om noe er meget lite sannsynlig at skal inntreffe kan en tenke seg at det er under 1% sjanse for at risikoen vil inntreffe (se tabell 1).

Score	Sannsynlighet	Beskrivelse
1	Meget liten	Sjeldnere enn årlig - eller under 1% sjanse for at risiko inntreffer
2	Liten	Årlig/noen ganger per år – eller opptil 20% sjanse for at risiko inntreffer
3	Moderat	Månedlig – eller 21-60% sjanse for at risiko inntreffer
4	Stor	Ukentlig – eller 61 -90% sjanse for at risiko inntreffer
5	Svært stor	Daglig – eller mer enn 90% sjanse for at risiko inntreffer

Tabell 1. Operasjonalisert sannsynlighets skala benyttet i ROS-analysen

Det var mange ulike forhold som skulle vurderes i ROS-analysene, ikke bare skade knyttet til pasient. Konsekvensskalaen ble derfor operasjonalisert på ulike måter, og det ble benyttet en meny av ulike operasjonaliseringer av konsekvens. I vurderingen av konsekvens, ble skala operasjonalisert på ulike måter for at deltakerne skulle ha noe meningsfylt å veie hver risiko opp mot. For eksempel er det lite relevant og hensiktsmessig å vurdere konsekvenser knyttet til økonomisk risiko opp imot mål på pasientsikkerhet, og vise versa.

Tabell 2 gir en oversikt over hvilke operasjonaliseringer av konsekvens som ble benyttet. Om det for eksempel er vurdert en risiko med tydelig konsekvens for pasient er det skalaen med operasjonalisering på øverste rekke som er benyttet, mens om det er diskutert en risiko knyttet til rekruttering er det skalaen med operasjonaliseringen for rekruttering som er benyttet. Operasjonaliseringen av både sannsynlighets- og konsekvensskala var sendt ut i forkant av ROS-analyse workshopene, slik at deltakerne kunne gjøre seg kjent med skalaene. Det var også mulig å komme med innspill eller spørsmål til skalaene, i den hensikt å avdekke uklarheter eller peke på områder man mente ikke fungerte. Operasjonaliseringen av skalaene ble også delt ut på papir til hver enkelt deltaker i ROS-workshopen, slik at deltaker enkelt kunne ha skalaene foran seg i når fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens ble gjort.

Konsekvensskala					
Konsekvens for:	1. Ubetydelig konsekvens	2. Mindre alvorlig konsekvens	3. Moderat konsekvens	4. Alvorlig konsekvens	5. Svært Alvorlig konsekvens
Pasient	Ingen skade på pasient	Forbigående negativ helseeffekt/ skade som ikke krever ytterligere behandlings-tiltak	Krever behandlings-tiltak eller oppfølging	Krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet eller varig funksjonstap/lidelse	Død
Bruker av tjenestene	Ingen eller minimal innvirkning på bruker av tjenestene	Forbigående liten innvirkning på brukere av tjenestene	Liten kortvarig (mindre enn et år) innvirkning på bruker av tjenestene	Langvarig (mer enn et år) innvirkning på bruker av tjenestene	Betydelig langvarig (mer enn et år) innvirkning på brukerne av tjenestene
Bemanning	Ingen eller minimal innvirkning på medarbeider eller bemanning	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller under-bemanning på +/- inntil 20%	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller under-bemanning på mer enn +/- 20%	Langvarig (over et år) over- eller under-bemanning på +/- 15-30%	Langvarig (over et år) over- eller under-bemanning på mer enn +/- 30%
Rekruttering	Ingen eller minimal innvirkning på rekruttering	Kortvarig (mindre enn et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 10%	Kortvarig (mindre enn et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 10%-20%	Langvarig (over et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 15%-35%	Langvarig (over et år) rekrutterings-vansker for en andel på mer enn 30%
Kompetanse/ utdanning	Ingen eller minimal betydning for kompetanse eller utdanning	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, mindre enn 10%	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, 10-20%	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, 15-30%	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, mer enn 30%
Kapasitet	Ingen eller minimal betydning for kapasitet	Forbigående utfordringer knyttet til kapasitet	Kortvarig (mindre enn et år) utfordringer med kapasitet	Langvarig (over et år) utfordringer med kapasitet	Betydelige utfordringer med kapasitet over lang tid (over et år)
Økonomi	Ingen eller minimal påvirkning på driftskostnader eller finansiell bæreevne	Kortvarig (mindre enn et år) liten økning i driftskostnader eller kortvarig liten svekkelse av finansiell bæreevne	Kortvarig (mindre enn et år) moderat økning i driftskostnader eller kortvarig moderat svekkelse av finansiell bæreevne	Langvarig økning i driftskostnader eller langvarig svekkelse av finansiell bæreevne	Langvarig stor økning i driftskostnader eller langvarig stor reduksjon i finansiell bæreevne

Tabell 2. Operasjonaliserte skalaer for konsekvens

Det var på forhånd avklart at der hvor arbeidsgruppen ikke kom til enighet i fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens skulle det gjøres avstemming, og dissens ble beskrevet i rapporten. Flertallets mening representerer gjeldende risikonivå som er illustrert i risikomatrisene. Se eksempel i høringsutkast Helhetlig

plan side 105: Risikodiagrammet for helhetlig plan viser gjennomsnittlig score per risikoområde (figur 29). I tilfeller der enkelt-medarbeideres synspunkter avviker fra flertallets syn, kommer det ikke frem i analysen.