

Møte

Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF



Innkalling med saksdokumenter



Dato: 19. februar 2024

Kl.: 08.30 til ca. 14.00

Sted: Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Marit Lind
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.2.2024

Møte i Regionalt brukerutvalg, den 19. februar 2024 – innkalling

Vi viser til tidligere avtalt møteplan. I samråd med lederen for det Regionale brukerutvalget innkalles det herved til møte i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF

**mandag, den 19. februar 2024– fra kl. 08.30
i Helse Nord RHF's lokaler i Bodø.**

Vedlagt følger saksdokumenter til dette møtet.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, spesialrådgiver Tina Eitran på tlf. 915 79 783 eller pr. e-post til tina.eitran@helse-nord.no.

Vennlig hilsen

Tina Eitran
spesialrådgiver

Kopi: Adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord
Leder for brukerutvalgene i helseforetakene i Helse Nord
Brukerorganisasjonene i Nord-Norge
Pasientombudene i Nord-Norge

Møtedato: 19. februar 2024

Vår ref.:
2024/82-7Saksbehandler:
Tina EitranDato:
12.2.2024**RBU-sak 09–2024****Godkjenning av innkalling og saksliste**

I samråd med lederen i det Regionale brukerutvalget inviteres RBU i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet, den 19. februar 2024:

Sak 09-2024	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side
Sak 10-2024	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. januar 2024	Side
Sak 11-2024	Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – høringsutkast	Side
Sak 12-2024	endringer i funksjons- og oppgavedeling	
Sak 13-2024	KI-løsninger i radiologi i Helse Nord - anskaffelse og implementering	Side
Sak 14-2024	Handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse 2024-2025	Side
Sak 15-2024	Årsrapport 2023 - Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF	
Sak 16-2024	Orienteringssaker	Side
	1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundtlig</i>	
	2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundtlig</i>	
	3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundtlig</i>	
	4. Kvalitetsindikatorer i «styringskrav og rammer» for helseforetakene 2024	Side
	5. Sommerstenging/omorganisering av Psykisk helse og rus UNN - sommeren 2023, evaluering - <i>mundtlig</i>	
	6. Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte styresaker	Side
	7. Oppnevninger siden forrige RBU-møte	Side
	Referatsaker	Side
	1. RBU-AU-møte 24. januar 2024 – protokoll	
	2. RBU-AU-møte 8. februar 2024 - protokoll	
	3. Brukerutvalgsmøte Finnmarkssykehuset HF 25. januar 2024 - referat	

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, 12. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.2.2024

RBU-sak 10–2024

Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 19. januar 2024

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 19. januar 2024 godkjennes.

Bodø, 12. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Vedlagt oversendes protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF, den 19. februar 2024 til godkjenning.

Protokoll

Vår ref.:
2024/82-4

Referent:
Tina Eitran

Dato:
18.01.2024

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	18. januar 2024
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø
Neste møte:	8. februar 2024

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Arne Vassbotn	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	Pensjonistforbundet
Ernly Eriksen	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	Sametinget
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Marit Sørdal	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	SAFO
Morten Markussen	medlem – <i>deltok pr Teams</i>	Kreftforeningen
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Åse Senning	medlem	FFO
Elen Valborg Vuolab	møtende vara – <i>deltok pr Teams</i>	FFO
Marit Lind	administrerende direktør – <i>deltok under behandling av sak 06-2024/3</i>	Helse Nord RHF
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Jon Tomas Finnsson	avdelingsdirektør helsefag – <i>deltok under behandling av sak 03-2024 og 04-2024</i>	Helse Nord RHF
Synøve Kalstad	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 03-2024</i>	Helse Nord RHF
Erik Arne Hansen	økonomidirektør – <i>deltok under behandling av sak 06-2024/4</i>	Helse Nord RHF
Hilde Rolandsen	eierdirektør – <i>deltok under behandling av sak 06-2024/5</i>	Helse Nord RHF
Ida Martinussen	informasjonssikkerhetsleder – <i>deltok under behandling av sak 06-2024/5</i>	Helse Nord RHF
Marianne Løkkebakken	rådgiver – <i>deltok under behandling av sak 04-2024</i>	Helse Nord RHF

Tove Skjelvik	seniorrådgiver - <i>deltok under behandling av sak 04-2024</i>	Helse Nord RHF
Marianne Winther Riise	rådgiver - <i>deltok under behandling av sak 05-2024</i>	Helse Nord RHF
Skjalg Fjellheim	direktør for kommunikasjon og samfunnskontakt – <i>deltok under behandling av sak 06-2024/3</i>	Helse Nord RHF
Lisbet Tjønnå	konst. stabsdirektør – <i>deltok under behandling av sak 06-2024/3</i>	Helse Nord RHF
Espen Lahnstein	prosjektleder – <i>deltok under behandling av sak 06-2024/6</i>	Barnekreftforeningen
Eirik Lind Irgens	prosjektleder - <i>deltok under behandling av sak 06-2024/7</i>	Finnmarkssykehuset HF
Anne Lise Kjelkvik	Seniorrådgiver – <i>deltok under behandling av sak 06-2024/8</i>	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO

RBU-sak 01-2024 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 01-2024	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 02-2024	Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 22. november 2023 og ekstraordinært møte 21. desember 2023
Sak 03-2024	Revidert framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester
Sak 04-2024	Styringskrav til helseforetakene 2024 – utkast <i>Vedlegg til saken er utsatt offentlighet, jf. Offl. §5, 1. ledd</i>
Sak 05-2024	Ledelsens gjennomgang 2023 – invitasjon til å gi innspill og plan for det videre arbeidet
Sak 06-2024	Orienteringssaker <ul style="list-style-type: none"> 1. Informasjon fra RBU-leder – <i>mundlig</i> 2. Informasjon fra RBU-medlemmer – <i>mundlig</i> 3. Informasjon fra RHF-ledelsen – <i>mundlig</i> 4. Konsolidert budsjett 2024 – <i>mundlig</i> 5. Informasjonssikkerhet – status 6. Informasjon om prosjektet Familiesenter ved UNN og TV-aksjon søknaden «Barns sykdom rammer hele familien» - <i>mundlig</i> 7. Prosjekt ungdomshelse ved Finnmarkssykehuset – Vår Helse – Vår forskning – <i>mundlig</i> 8. GODT-planlagt - statusoppdatering 9. Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte styresaker
Sak 07-2024	Referatsaker <ul style="list-style-type: none"> 1. Referat fra møte i brukerutvalget UNN HF 19.09.2023

2. Referat fra møte i brukerutvalget UNN HF 26.10.2023
 3. Referat fra møte i brukerutvalget UNN HF 29.11.2023
 4. Referat fra møte i brukerutvalget Finnmarkssykehuset HF 23.11.2023
 5. Referat fra møte i brukerutvalget Helgelandssykehuset HF 20.10.2023
 6. Referat fra møte i ungdomsrådet Nordlandssykehuset HF 07.12.2023
 7. Referat fra møte i ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF 04.12.2023
 8. Referat fra møte i brukerutvalget Pasientreiser HF 26.10.2023
 9. Protokoll fra møte i RBU AU 14.12.2023
 10. Protokoll fra møte i RBU AU 10.01.2024
- Sak 08-2024 Eventuelt

Vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

RBU-sak 02-2024 Godkjenning av protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget 22. november 2023 og ekstraordinært møte 21. desember 2023

Vedtak

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget, den 22. november 2023 og ekstraordinært møte 21. desember 2023 godkjennes.

RBU-sak 03-2024 Revidert framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjonen om revidert framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester til orientering.
2. RBU er bekymret for at fortsatt redusering i liggetid kan føre til redusert kvalitet i pasientbehandlingen.

RBU-sak 04-2024 Styringskrav til helseforetakene 2024 – utkast

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF (RBU) tar saken til orientering.

2. RBU ber arbeidsutvalget gjennomgå siste utkast til styringskrav og rammer 2024 og vurdere behov for flere innspill.

RBU-sak 05-2024 Ledelsens gjennomgang 2023 – invitasjon til å gi innspill og plan for det videre arbeidet

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF tar informasjonen om Ledelsens gjennomgang 2023 til orientering, og ber arbeidsutvalget utarbeide utkast til innspill som behandles i et senere møte.

RBU-sak 06-2024 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
 - *Interregionalt RBU, møte med HOD 27. november 2023*
 - *ROS-analyse helhetlig plan 4. og 8. desember 2023*
 - *Styremøte 20. desember 2023*
 - *Tematime for styret i Helse Nord RHF 8. januar 2024*
 - *Ekstraordinært styremøte Helse Nord RHF 9. januar 2024*
 - *AU-møte RBU Helse Nord RHF 10. januar 2024*
 - *Foretaksmøte i Helse Nord RHF 16. januar 2024*
 - *TNF BIO seminar Sykehusinnkjøp 17. januar 2024*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
 - *RBU's nestleder Gunnhild Berglen*
 - *Brukermedvirkere arbeidsgruppene 22. november 2023*
 - *Interregionalt RBU, møte med HOD 27. november 2023*
 - *Kompetansegruppe intensiv overvåkning Sykehusbygg 1. desember 2023*
 - *ROS-analyse helhetlig plan 4. og 8. desember 2023*
 - *Brukerutvalg Pasientreiser HF 13. desember*
 - *Styremøte Pasientreiser 14. desember*
 - *Brukerpanel digitale tjenester i nord 15. desember*
 - *Tematime for styret i Helse Nord RHF 8. januar 2024*
 - *Ekstraordinært styremøte Helse Nord RHF 9. januar 2024*
 - *AU-møte RBU Helse Nord RHF 10. januar 2024*
 - *Fagforum innbyggertjenester Pasientreiser HF 10.-11. januar 2024*
 - *Kontaktmøte KS – digitale tjenester i nord 17. januar 2024*
 - *RBU-medlem Åse Senning*
 - *Styringsgruppe Trygg akuttmedisin i Nord 13. desember 2023*
 - *Regional peronatakomite 13. desember 2023*
 - *RBU-medlem Kitt Anne Jorid Hansen*
 - *Brukerutvalget Sykehusapotek Nord HF 8. desember 2023*
 - *SSA trippelprosjekt HF-ene 12. desember 2023*
 - *RBU-medlem Arne Vassbotn*
 - *Reg. samarbeidsmøte for utdanning 23. november 2023*
 - *Beslutningsforum for nye metoder 28. og 29. november, 9. og 10. desember 2023, 10., 11., 15. og 16. januar 2024*

- *RBU-medlem Marit Sørdal*
 - *01.12 og 12.01 Utredning av kognitiv svikt og demens 1. desember 2023 og 7. januar 2024*
 - *RBU-medlem Ole Marius Minde Johnsen*
 - *Tildelingsutvalget for forskningsmidler i Helse Nord 11. desember 2023*
 - *RBU-medlem Ester Fjellheim*
 - *Spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen 7. desember 2023*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundtlig*
 - *Sykehustalen 2024 - refleksjon*
 - *Tiltak for å sikre bærekraft – utredning funksjons- og oppgavedeling – videre arbeid*
 - *Styret i Helse Nord RHF – antall observatører fra RBU*
 4. Konsolidert budsjett 2024 – *mundtlig*
 5. Informasjonssikkerhet – status
 6. Informasjon om prosjektet Familiesenter ved UNN og TV-aksjon søknaden «Barns sykdom rammer hele familien» - *mundtlig*
 7. Prosjekt ungdomshelse ved Finnmarkssykehuset – Vår Helse – Vår forskning – *mundtlig*
 8. GODT-planlagt - statusoppdatering
 9. Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte styresaker

Vedtak:

1. Framlagte saker tas til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF viser til presentasjon i *RBU-sak 06-2024/6 Informasjon om prosjektet Familiesenter ved UNN og TV-aksjon søknaden «Barns sykdom rammer hele familien*, og ser positivt på opprettelse av et slikt tilbud i Helse Nord.
3. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF viser til presentasjon i *RBU-sak 06-2024/7 Prosjekt ungdomshelse ved Finnmarkssykehuset – Vår Helse – Vår forskning*. RBU setter pris på det viktige arbeidet, som også har hatt god bruker-, befolknings- og ungdomsmedvirkning. Arbeidet vil bidra til et viktig kunnskapsgrunnlag som vi har lite eller mangelfull kunnskap om fra før, som kan ha betydning for planlegging av fremtidens helsetjeneste.

RBU-sak 07-2024 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Referat fra møte i brukerutvalget UNN HF 19.09.2023
2. Referat fra møte i brukerutvalget UNN HF 26.10.2023
3. Referat fra møte i brukerutvalget UNN HF 29.11.2023
4. Referat fra møte i brukerutvalget Finnmarkssykehuset HF 23.11.2023
5. Referat fra møte i brukerutvalget Helgelandssykehuset HF 20.10.2023
6. Referat fra møte i ungdomsrådet Nordlandssykehuset HF 07.12.2023
7. Referat fra møte i ungdomsrådet Finnmarkssykehuset HF 04.12.2023
8. Referat fra møte i brukerutvalget Pasientreiser HF 26.10.2023
9. Protokoll fra møte i RBU AU 14.12.2023

10. Protokoll fra møte i RBU AU 10.01.2024

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 08-2024

Eventuelt

Ingen saker ble fremmet.

Bodø, den 18. januar 2024

*godkjent av Knut Hartviksen,
i etterkant av RBU-møtet,
den 18. januar 2024 – kl. 13.42*

Knut Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 19. februar 2024
Arkivnr:
2024/82-7

Saksbehandler:
F. Sund, JT. Finnsson

Dato:
12.2.2024

RBU-sak 11-2024

Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – høringsutkast endringer i funksjons- og oppgavedeling

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF stiller seg bak at *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – høringsutkast endringer i funksjons- og oppgavedeling* sendes ut på høring.

Bodø, 12. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Formål

I foretaksmøtet 9. november 2022 ble det vist til at Helse Nord over flere år har hatt negative økonomiske resultater, og at resultatene har sammenheng med bemanningssituasjonen. Foretaksmøtet vurderte situasjonen som svært bekymringsfull og konkluderte med nødvendigheten av et større omstillingsarbeid. Helse Nord RHF ble derfor bedt om å:

- 1. Sørge for robuste styrings- og rapporteringssystemer i alle ledd i foretaksgruppen, med en egnet fullmaktsstruktur.*
- 2. Rapportere månedlig på konkrete tiltak som skal bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling.*
- 3. Vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på sikt.*

Denne saken beskriver oppfølgingen av vedtakspunkt 3 ovenfor. Basert på et arbeid som blant annet har inkludert en utredning av fem ulike fagområder, er det laget et forslag til en plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord for å sikre framtidig bærekraft i tjenestene og likeverdig tjenestetilbud til pasientene i hele regionen. Forslag til høringsutkast til helhetlig plan skal legges fram for styret 28. februar 2024.

Konklusjon

Det er utarbeidet et utkast til en plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Den beskriver forslag til endringer for å sikre nødvendig framtidig bærekraft i spesialisthelsetjenesten. Administrerende direktør vil ferdigstille endelig konklusjon etter innspill i møtet.

Vedlegg: Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – høringsutkast endringer i funksjons- og oppgavedeling

Møtedato: 28. februar 2024
Vår ref.:
2023/323

Saksbehandler:
F. Sund, J.T. Finnsson

Dato:
xx.2.2024

Styresak xx-2024

Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – høringsutkast endringer i funksjons- og oppgavedeling

Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til en bred høring av utkast til *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* og arbeidsgrupperapportene innen psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten, i perioden 1. mars til 25. april 2024.
2. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør sende tiltakene for diagnostiske funksjoner på intern høringsprosess i helseforetakene, for deretter å starte arbeidet med tiltak på dette området tidlig i 2024.
3. Styret i Helse Nord RHF oppfordrer helseforetakene til å levere styrebehandlete høringsvar etter interne prosesser hvor det er sikret god involvering av brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten. Helseforetakene anmodes å vurdere om lokale ROS-analyser gjennomføres der det foreslås endringer i funksjons- og oppgavedeling.
4. Styret ber adm. direktør legge til rette for at man i høringen særskilt vurderer følgende:
 - a. De foreslåtte tiltakene innenfor psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.
 - b. Forslag til tiltak i funksjons- og oppgavedeling ut over dem som er foreslått i saken.
 - c. Helse Nord RHF har et særskilt ansvar for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen og ber om tilbakemelding på om foreslåtte endringer vil ha betydning for dette.
 - d. Om kommuner og helseforetak i et partnerskap ønsker å gå sammen om å prøve ut noen av utviklingsområdene innenfor samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten som beskrevet i kapittel 7.5 i planen.
 - e. Om kommuner og/eller helseforetak ser mulige prosjekter for partnerskap med mål om bedre samarbeid som kan bidra til økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.
5. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør iverksette ytterligere tiltak for å sikre bærekraft som beskrevet i saksfremlegget.

6. Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å legge frem rapport om *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* til beslutning den 19. juni 2024.

Bodø, xx. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Formål

I denne saken inviteres styret til å sende utkast til *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* og arbeidsgrupperapportene innen psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten, på høring. Styret blir 19. juni 2024 forelagt ny sak med forslag til tiltak for å sikre bærekraft etter at høringsinnspillene er vurdert.

Bakgrunn

I foretaksmøtet 9. november 2022, vedtakspunkt 3, fikk Helse Nord RHF 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*. Helse Nord har over år hatt negative økonomiske resultater ved flere helseforetak. Helse- og omsorgsdepartementet viste i foretaksmøtet til endringene i den demografiske utviklingen med regionens svake befolkningsvekst og økende andel eldre. Endringen i befolkningens sammensetning øker behovet for helse- og omsorgstjenester, og lar seg ikke løse gjennom vekst i bemanningen. Det er betydelige rekrutteringsutfordringer i foretaksgruppen per i dag, og behov for å omstille til en riktig organisering og mer hensiktsmessig innretning av driften. Omstillingen skal sikre bærekraft for også fremover å kunne yte gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i Nord-Norge.

Styret i Helse Nord RHF har tidligere vedtatt mål, hovedretninger, områder og mandat for utredningen av funksjons- og oppgavedeling, framdrifts- og kommunikasjonsplan, og involvering av ulike interessenter gjennom styresakene *11-2023¹*, *29-2023²*, *57-2023³*, *75-2023⁴* og *129-2023⁵*.

Hovedutfordringene i Helse Nord er:

- Helseforetakene har for lange ventetider og for høyt antall fristbrudd.
- Flere fagmiljø i Helse Nord har over tid hatt store bemanningsutfordringer, og fremover ventes tilgangen på arbeidskraft å bli ytterligere redusert.
- Aldersforskyvning i befolkningen gir økt andel eldre, og øker behov for helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten er ikke rustet til å møte utviklingen uten betydelig omstilling.
- Bemanningsmangelen medfører bruk av innleid arbeidskraft og mye overtid for egne ansatte. Det gir høye kostnader i helseforetakene og svekker muligheten for å etablere stabile fagmiljøer. Det gir videre svekket beredskap, færre muligheter for gode praksisarenaer for studenter og hemmer innovasjon og tjenesteutvikling.

¹ Styresak 11-2023 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord (styremøte 23. februar 2023)

² Styresak 29-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning (styremøte 29. mars 2023)

³ Styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning (styremøte 31. mai 2023)

⁴ Styresak 75-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – endring av framdriftsplan (styremøte 22. juni 2023)

⁵ Styresak 129-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – justering av framdriftsplanen (styremøte 29. november 2023)

- Fag- og teknologiutvikling stiller stadig høyere krav til spesialisering og avansert medisinskteknisk utstyr, særlig gjelder dette enheter som yter høyspesialisert behandling. Dette øker behov 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. Hvis den svake økonomiske situasjonen vedvarer over tid, vil den kunne påvirke kvaliteten i helsetilbudet i regionen.

I tråd med styrets vedtak i *styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning* (styremøte 31. mai 2023), ble det nedsatt fem arbeidsgrupper for å utrede henholdsvis: Akutte og elektive somatiske funksjoner, psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester, diagnostiske funksjoner og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppene leverte rapporter med anbefalinger på sine respektive områder i november 2023.

Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord (vedlegg 1) er utarbeidet på bakgrunn av anbefalingene fra arbeidsgruppene, analyser av virksomhetsdata og innsendte innspill, inkludert innspill fra brukere, tillitsvalgte og vernetjenesten.

Prosess

I styremøtet 9. januar 2024 ble *styresak 2-2024 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord-høringsutkast helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling*, trukket. De forslag til tiltak som presenteres i denne saken, er justert i tråd med endringer gitt i foretaksmøte 16. januar 2024 og styrets tilbakemeldinger. Oppdraget til Helse Nord om å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling ble videreført, samtidig som det ble gitt nye føringer for oppdraget. De nye føringene har medført at alle tiltak som omhandler delområde akutte og elektive funksjoner er tatt ut av saken. Eventuelle endringer i funksjons- og oppgavedeling ved Helgelandssykehuset vil bli fulgt opp i en egen prosess.

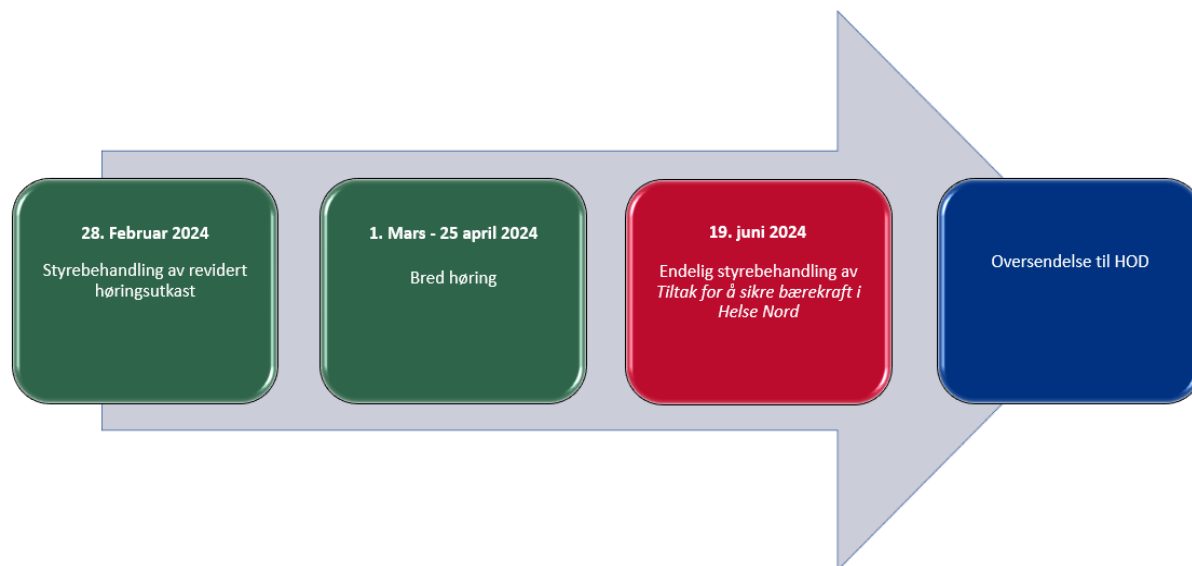
Utkast til *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* og de tre arbeidsgrupperrapportene for psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten, foreslås sendt ut på høring. Arbeidsgruppene anbefaler flere tiltak som kan bidra til bedre bærekraft og mer robuste og fleksible fagmiljø. Helseforetakene bes vurdere lokale ROS-analyser der det foreslås endringer i funksjons- og oppgavedeling.

Dagens situasjon innenfor diagnostiske funksjoner, særlig radiologi, er kritisk og kan raskt forverres hvis det ikke iverksettes tiltak. Av den grunn foreslås det å starte

arbeidet med å gjennomføre arbeidsgruppens forslag til tiltak på dette området allerede tidlig i 2024 etter en intern høringsprosess i foretaksgruppen.

Den overordnede ROS-analysen som var en del av styresak 02-2024 er i denne saken tatt ut som følge av de justeringer som er gjort fra Helse- og omsorgsdepartementet i oppdraget. Det vurderes at ROS-analysene fra arbeidsgruppene, supplert med lokale ROS-analyser der sykehuset har identifisert behov for det, gir et tilstrekkelig grunnlag for å fremme risikovurderte forslag for styret i juni 2024.

Forslagene i *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* svarer på punkt tre av oppdraget som ble gitt av helse- og omsorgsministeren i foretaksmøtet 9. november 2022, justert i tråd med nye føringer fra foretaksmøtet 16. januar 2024. Øvrige deler av oppdraget følges opp gjennom ordinær eierstyring. Justert tidslinje for prosessen er fremstilt i figur 1 nedenfor.



Figur 1. Tidslinje for videre arbeid med *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*

Tiltak

Administrerende direktørs forslag sammenfaller med anbefalingene som ble gitt av arbeidsgruppene som utredet områdene psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Psykisk helsevern

Psykisk helsevern er i en krevende situasjon. De to største sykehusene har vært i beredskap siden våren 2023 grunnet vedvarende overbelegg i akutt- og sikkerhetspostene. Ventetiden for både voksne, barn og unge er for lang og flere poliklinikker har mange fristbrudd. Ett tiltak er å styrke det polikliniske tilbudet i hele regionen, og å øke kapasitet og kvalitet i psykisk helsevern. Det foreslås å utvide kapasitet innen døgnbehandling ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø for å kunne yte forsvarlig spesialisthelsetjeneste til de mest alvorlig syke pasientene. De foreslåtte endringene (tabell 2) vurderes å bidra til å redusere uønsket variasjon og gi et

bedre tilbud til pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Forslaget øker samlet antall døgnplasser i psykisk helsevern med to plasser som vist i tabell 1. Antall døgnplasser i TSB foreslås redusert med 16 plasser fra 2027 da det er overkapasitet på området.⁶

	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 1. Døgnplasser i psykisk helsevern og TSB i dag og forslag 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 som gir lange ventetider og mange fristbrudd. Små polikliniske enheter må styrkes for å sikre tilstrekkelig kvalitet og bredde i behandlingstilbudet. Detaljert styrking må vurderes lokalt, men typiske eksempler er flere ansatte i lokal poliklinikk, etablere eller styrke FACT-team, faglig styrking, etablere rusteam, etc. Forslaget viderefører dagens polikliniske enheter ved DPS.
Finmarkssykehuset			
	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 2 nye døgnplasser i Karasjok.
Universitetssykehuset Nord-Norge			
	Regionale døgnplasser voksne	Tromsø	Det etableres 2 nye døgnenheter i Tromsø med 19 døgnplasser for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Enheten skal kunne behandle pasienter på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.
	Regionale døgnplasser - barn & unge	Tromsø	Eksisterende døgnenhet (UPS) deles i 2 enheter, en akutt og en elektiv. Samlet døgnkapasitet økes med 5 døgnplasser.
	DPS	Storslett, Storsteinnes, Silsand og Tromsø	De 3 døgnenhetene 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 døgnenhet med 5 plasser for pasienter med alvorlig psykisk lidelse. Enheten skal kunne behandle pasienter på tvungent psykisk helsevern med døgnopphold.
	DPS	Stokmarknes og Bodø	8 døgnplasser foreslås flyttet fra Stokmarknes til Bodø. Bodø omgjør eksisterende 5-døgnpost til 7-døgnpost.

⁶ Reduseres primært ved nedtak av kjøp fra private institusjoner.

Helgelandssykehuset			
	DPS	Mosjøen og Mo i Rana	Døgnetenheten i Mosjøen foreslås flyttet til Mo i Rana. Ny samlet DPS-døgnkapasitet i HSYK blir 18 plasser. Det er i dag 23 DPS-døgnplasser i HSYK.

Tabell 2. Oppsummering av de vesentligste tiltakene fra arbeidsgrupperapporten

Samlet øker dagens antall døgnplasser i psykisk helsevern med to plasser. Det er i *styresak 12-2019* vedtatt å etablere fire akutt plasser i TSB i Bodø. En mer detaljert beskrivelse av alle tiltak fra arbeidsgruppen finnes i vedlegg 7.

Rehabilitering og kjøp av private tjenester

For å sikre tilstrekkelig tilgang til spesialisert rehabilitering i framtiden, er det behov for å samle kompetanse og øke kapasitet i egne sykehus for å ta hånd om tidligfaserehabilitering etter akutte hendelser som hjerneslag, brudd og slitasjeskader, samt pasienter med komplekse tilstander. Det bidrar til å sikre tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene etter akutt sykdom og skade. Robuste og fleksible fagmiljø gir økt kvalitet på behandlingen og styrker pasientsikkerheten. Videre arbeid med organisering av rehabiliteringsområdet skal planlegges mer detaljert og oppstart av arbeidet kan starte opp i 2025. Helse Nord har nylig inngått avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner som varer til og med 2027. Endringer kan derfor ikke iverksettes før i 2028. En mer detaljert beskrivelse av alle tiltak fra arbeidsgruppen finnes i vedlegg 8.

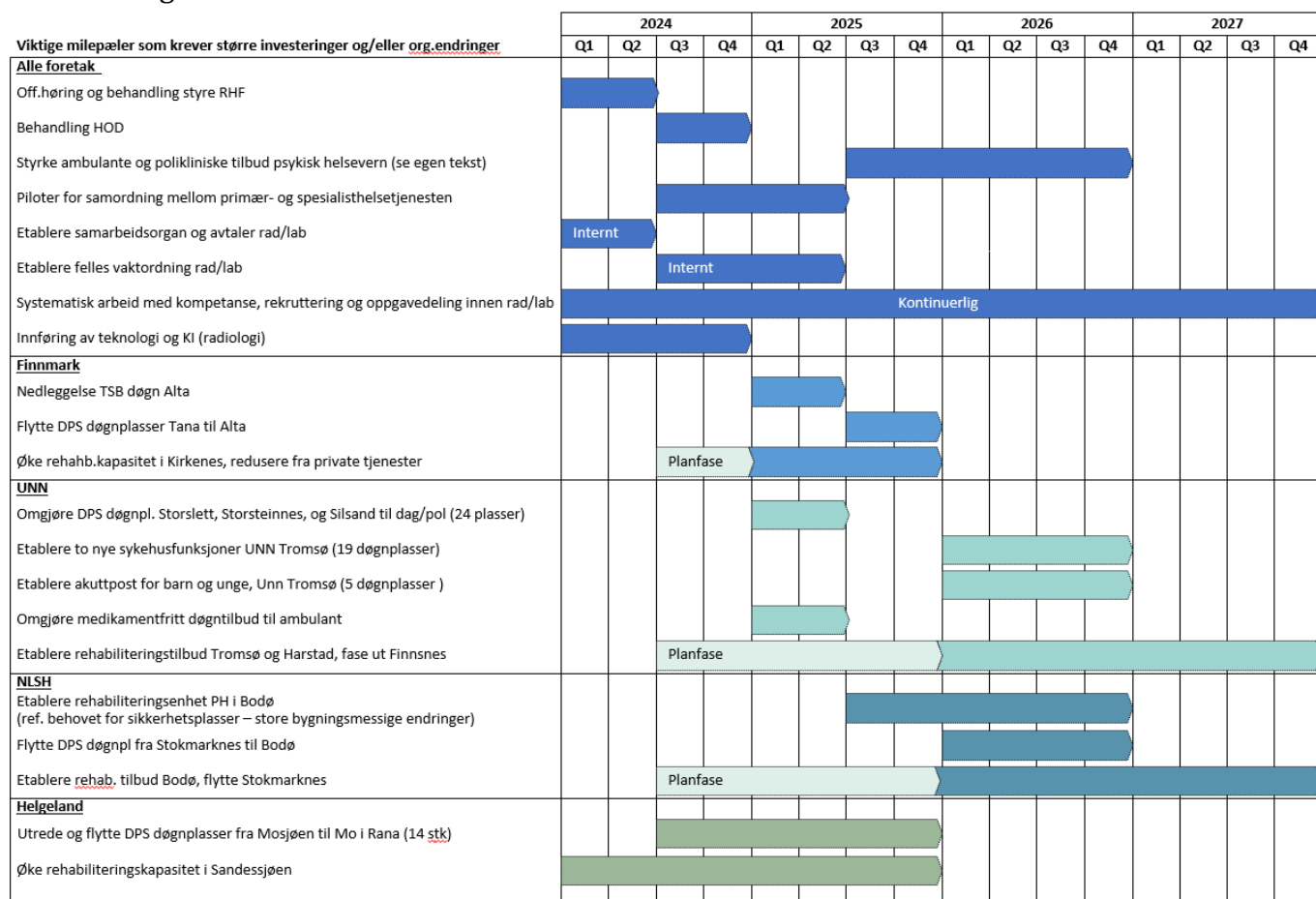
Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Primær- og spesialisthelsetjenesten må tilpasse tilbudene til hverandre for å møte framtidens utfordringer, både når det gjelder kapasitet, koordinering, kommunikasjon og planlegging. Det foreslås å legge til rette for utprøving av ulike modeller for samordning av tjenestene, i samarbeid med aktuelle kommuner. Bedre samordning og kompetansedeling med primærhelsetjenesten gjør at pasienter i større grad får tilbud om behandling på beste effektive omsorgsnivå. Bedre samhandling om tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene vil kunne forebygge innleggelse, bidra til bedre utskrivelser og sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp. En mer detaljert beskrivelse av alle tiltak fra arbeidsgruppen finnes i vedlegg 10.

For mer utfyllende beskrivelse av de ulike vurderinger som ligger til grunn for forslagene til tiltak vises det til kapittel 7 i høringsutkastet (vedlegg 1).

Tiltakene for disse delområdene vil kunne føre til redusert ventetid, redusert antall fristbrudd og til økt livskvalitet og redusere prognosetap for flere pasienter. Dette er viktig for å kunne gi flere av pasientene våre likeverdig behandling og for å løse flere av de utfordringene vi har i dag. Det vil i tillegg være positivt for å kunne møte befolkningsutviklingen fremover på en best mulig måte. Tiltakene er viktige bidrag for å sikre bedre kvalitet i pasienttilbudet innenfor de respektive fagområdene og medfører at det kan etableres mer robuste fagmiljø, men de gir ikke tilstrekkelig økonomisk effekt for å sikre langsiktig bærekraft i regionen.

En overordnet tidslinje for implementering av forslag til tiltak fra arbeidsgruppene er illustrert i figur 2.



Figur 2. Oversikt over milepæler som krever større investeringer og/eller organisasjonsendringer i helseforetakene

Økonomiske beregninger

Budsjettene i sykehusforetakene for 2024 viser at det må gjennomføres betydelige omstillingstiltak. Det er avgjørende at sykehusene lykkes i å gjennomføre planlagte tiltak slik at de økonomiske resultatene kommer i tråd med kravene fra Helse Nord. Et samlet regnskapsmessig overskudd er nødvendig for å gi rom for nye investeringer. Samlet omstillingsbehov i sykehusene er 927 mill. kroner i 2024⁷.

	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	40
Netto effekt foreslåtte tiltak rehabiliterings- og private tjenester	53

⁷ Styresak 8-2024 Budsjett 2024 – konsolidert (styremøte 7. februar 2024)

Uløst omstillingsbehov (gitt økonomisk balanse i HFene)

233

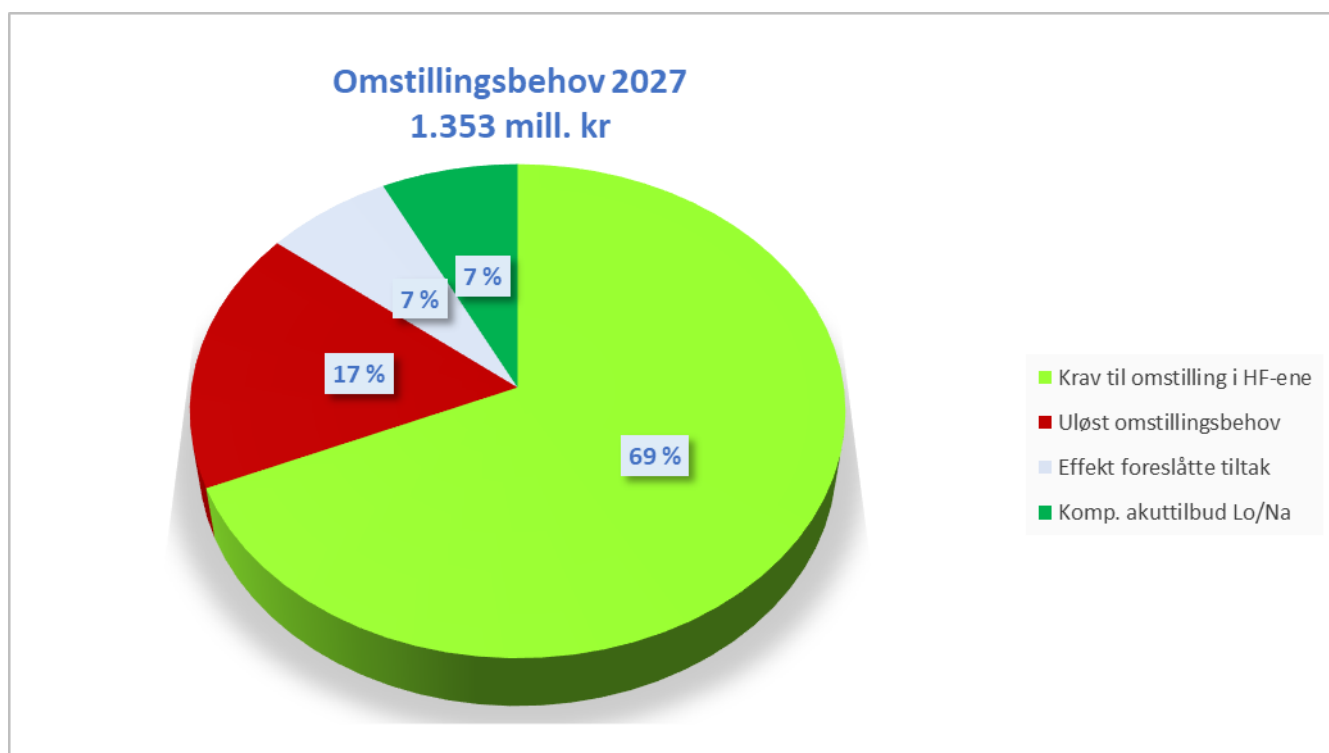
Kilde: Helse Nord RHF

*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 3. Samlet økonomisk utfordring og effekt av foreslåtte tiltak.

Tabell 3 viser at omstillingsbehovet reduseres fra 326 mill. kroner til 233 mill. kroner i 2027 forutsatt at foreslåtte tiltak gjennomføres. Sammenheng mellom effekten av tiltakene som er foreslått og samlet omstillingsbehov er fremstilt i figur 3. Tiltakene foreslått av arbeidsgruppene gir en netto effekt på 93 mill. kroner. Dette løser 7% av det totale omstillingsbehovet. Helseforetakenes egne omstillingsplaner skal løse 69%.

Flere av de foreslåtte tiltakene gir behov for moderate investeringer for å kunne gjennomføres. Behovene må sees i sammenheng med andre planlagte investeringer både i omfang og tidsplan for gjennomføring. For ytterligere detaljer rundt økonomiske beregninger henvises det til kapittel 5 i vedlegg 1.



Figur 3. Sammenhengen mellom økonomisk effekt av tiltakene og samlet omstillingsbehov i 2027.

Uløst omstillingsbehov er beregnet til å være 17% (233 mill. kroner) i 2027.

Andre tiltak for å sikre bærekraft

Det uløste omstillingsbehovet gir behov for ytterligere og omfattende tiltak frem mot 2027.

Det er foreløpig identifisert følgende områder for tiltak:

- Gjennomgang av høyspesialiserte funksjoner i somatikk.
- Sammenligning av bemanning mellom Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF innenfor administrative og kliniske enheter for å identifisere områder som kan driftes mer effektivt.
- Forsterket oppfølging og kontroll av omstillingsplanene i foretaksgruppen
- Iverksette ekstra stabiliserings- og rekrutteringstiltak for å ta ned behovet for innleie som følge av ekstrabevilgningene på 200 + 40 mill. kroner som er gitt til formålet. Sistnevnte sum i samarbeid med kommunene.
- Prioritere arbeidet med oppfølging av tiltak for å styrke avtaledekning- og lojalitet innen innkjøpsområdet slik at økonomiske gevinster kan hentes ut

Tiltakene følges opp av administrasjonen og styret vil bli holdt orientert om status.

Høyspesialiserte funksjoner skal gjennomgås for å sikre kvalitet og bærekraft fremover. Befolkningen i Nord-Norge skal ha et robust regionsykehus, hvilket er helt avgjørende for å sikre tilgang til likeverdige, høyspesialiserte medisinske funksjoner i landsdelen.

I samarbeid med analysemiljøet i Helse Sør-Øst RHF er det avdekket områder med høyere bemanning i vår region enn i sammenlignbare driftsenheter i Helse Sør-Øst. Med bakgrunn i disse preliminare funn er det naturlig å gjøre en nærmere sammenligning av bemanningen innen administrative og kliniske enheter i hele foretaksgruppen for å identifisere områder hvor det kan hentes ut økonomiske effekter. Det er i tillegg planlagt å gjøre en kritisk vurdering av behovet for parallelle funksjoner spesielt innenfor stabs- og støttefunksjoner.

For å sikre bærekraft i tjenesten fremover, når det gjelder rekruttering av kritisk personell, er det viktig å finne gode tiltak for disponeringen av de 200 + 40 mill. kroner som er bevilget for å styrke rekrutteringen og redusere behovet for innleie av arbeidskraft, de siste 40 mill. kroner i samarbeid med kommunene.

Medbestemmelse

Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – Høringsutkast ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 19. februar 2024. Protokoll fra møtet er lagt ved saken (vedlegg 4).

For å sikre god involvering av foretakstillitsvalgte i høringsarbeidet vil Helse Nord RHF, i samråd med adm. direktører i helseforetakene, dekke økt frikjøp av tillitsvalgte lokalt i helseforetakene i høringsperioden.

Brukermedvirkning

Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – Høringsutkast ble behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 19. februar 2024. Protokoll fra møtet er lagt ved saken (vedlegg 5).

Administrerende direktørs vurdering

Forslagene i *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* har ikke tilstrekkelig økonomisk effekt til å løse regionenes samlede utfordringer. Dersom tiltakene iverksettes er det god grunn til å anta at det vil gi positive effekter på andre viktige områder. De vil føre til redusert sårbarhet i tjenesten, de vil gi mer robuste og fleksible fagmiljø og de vil kunne styrke kvaliteten på deler av tjenestetilbudene. Tiltakene vil også bidra til å etablere en struktur som innenfor noen områder, i større grad enn i dag, kan la seg bemanne. Helseforetakene vil øke volumet av pasientbehandling og dermed bli mindre avhengig av kjøp av tjenester fra private og fristbruddhåndtering av HELFO. Styrkingen innenfor psykisk helsevern er spesielt viktig for å sikre likeverdig tilgang på gode tjenester til pasientgruppen.

Flere av tiltakene gir behov for moderate investeringer for å kunne gjennomføres. Behovene 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 de tiltak som omhandler delområde akutte og elektive funksjoner er tatt ut av saken. Eventuelle endringer i funksjons- og oppgavedeling ved Helgelandssykehuset vil bli fulgt opp i en egen prosess. Situasjonen innenfor diagnostiske funksjoner, spesielt innenfor radiologi, er kritisk og kan raskt forverres hvis Helse Nord ikke igangsetter nødvendige tiltak. Rekruttering av radiologer og bioingeniører, samt å sikre vaktordninger og vaktsamarbeid innenfor radiologi må prioriteres. Adm. direktør ser seg derfor nødt til å starte arbeidet med å gjennomføre tiltak allerede tidlig i 2024, etter en intern høringsrunde i helseforetakene.

Helse Nord er i en utfordrende situasjon. Tidligere tiltaksplaner for omstilling i sykehusforetakene har i for liten grad blitt gjennomført. 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 som sitter i Regionalt brukerutvalg er særlig bekymret over at mange pasienter står lenge på ventelister og over mange fristbrudd, en bekymring administrerende direktør deler. Per februar 2024 står det ca. 31000 pasienter på ventelister for å få den helsehjelpen de har krav på i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Det haster med å få på plass tiltak som bidrar til å øke behandlingsskapiteten, samtidig som foretakene sikrer at kostnadene holdes innenfor de økonomiske rammene.

Arbeidet med utredningen har vært krevende, men nødvendig. Resultatene viser at dagens organisering av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge gir høy risiko for at

pasientene ikke mottar likeverdige helsetjenester. Utviklingen av tjenestetilbudet og oppgaver knyttet til utdanning ved regions- og universitetssykehuset har stagnert. Regions- og universitetssykehuset må styrkes hvis regionen skal ha et tilbud om spesialisthelsetjenester som er likeverdig med resten av landet.

Utkast til *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* og arbeidsgrupperapportene innen psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten er nå klar for å bli sendt på høring. Adm. direktør foreslår at helseforetakene vurderer behovet for og eventuelt gjennomfører ROS-analyser der endringer foreslås innenfor deres ansvarsområde.

Tiltakene for funksjons- og oppgavedeling løser ikke fullt ut utfordringene med mangel på fagkompetanse eller økonomi. Den uløste omstillingen gir behov for ytterligere tiltak fremover. Adm. direktør anser det som viktig å raskt starte arbeidet med nye områder for tiltak som beskrevet i saken.

Med engasjementet i saken er det forventet at høringen vil gi mange innspill. Helse Nord RHF vil vurdere alle innspill grundig opp mot utfordringsbildet og sørge-for-ansvaret, før endelige tiltak utformes og legges fram for styret i Helse Nord RHF 19. juni 2024.

Adm. direktør mener at *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* legger til rette for en utvikling av helsetjenesten i Helse Nord som sikrer befolkningen likeverdige og gode helsetjenester.

Vedlegg

1. Høringsutkast plan for funksjons- og oppgavedeling
2. Møteplan for involvering, medvirkning og informasjon gjennom prosessen med utredning av funksjons- og oppgavedeling
3. Beskrivelse av metode og gjennomføring av ROS-analyse
4. Protokoll fra drøfting med konserntillitsvalgte og -verneombud 19. februar 2024
5. Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. februar 2024
6. Rapport fra arbeidsgruppe 1
7. Rapport fra arbeidsgruppe 2
8. Rapport fra arbeidsgruppe 3
9. Rapport fra arbeidsgruppe 4
10. Rapport fra arbeidsgruppe 5

Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

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 foretaksmøte 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 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 er befolkningens tilgang til forsvarlige tjenester 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 foreslåtte tiltak i denne rapporten. Skal vi oppfylle vårt ansvar må disse omstillingene drives videre med uforminset styrke. Foreslåtte tiltak kommer i tillegg og er av mer langsiktig karakter.

Vi anerkjenner at endringer på et så viktig område som spesialisthelsetjenesten er, vil gi ringvirkninger på andre samfunnsområder. Andre hensyn har vi forsøkt å ivareta 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 sendes *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
Ordlister/forkortelser	7
Sammendrag	12
1 Innledning og bakgrunn	15
1.1 Gode og likeverdige spesialisthelsetjenester	15
1.2 Bemanningsutfordringene i helseforetakene	16
1.2.1 Følger av bemanningsmangelen	17
1.2.2 Tjenestene må rustes for økende behov	22
1.2.3 Mange ulike omstillingstiltak	24
1.3 Helseforetakene i Helse Nord	24
1.3.1 Finnmarkssykehuset HF	25
1.3.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF	26
1.3.3 Nordlandssykehuset HF	28
1.3.4 Helgelandssykehuset HF	29
1.3.5 Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF	30
1.3.6 Andre data fra foretaksgruppen	30
1.4 Sykehusforetakenes egne beskrivelser av nå-situasjonen	31
1.4.1 Finnmarkssykehuset	31
1.4.2 Universitetssykehuset Nord-Norge	32
1.4.3 Nordlandssykehuset	34
1.4.4 Helgelandssykehuset	36
2 Utredningens mandat og arbeid	39
2.1 Mandat	39
2.2 Organisering av utredningen	39
2.2.1 Utvidet ledermøte	39
2.2.2 Koordineringsgruppen	39
2.2.3 Intern og ekstern referansegruppe.....	40
2.2.4 Arbeidsgruppene	40
2.3 Medvirkning og involvering	41
2.3.1 Medvirkning	41
2.3.2 Involvering	42

2.4	Nye føringer for arbeidet januar 2024	42
3	Arbeidsgruppens anbefalinger	44
3.1	Akutte og planlagte somatiske funksjoner	44
3.1.1	Utredningsområder	44
3.1.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	44
3.1.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse.....	45
3.1.4	Arbeidsgruppens anbefaling	45
3.2	Psykisk helsevern	45
3.2.1	Utredningsområder	46
3.2.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	46
3.2.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse.....	46
3.2.4	Arbeidsgruppens anbefaling	47
3.3	Rehabilitering og private tjenester	48
3.3.1	Utredningsområder	48
3.3.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	49
3.3.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse.....	50
3.3.4	Arbeidsgruppens anbefaling	50
3.4	Diagnostiske funksjoner	50
3.4.1	Utredningsområder	50
3.4.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	51
3.4.3	Dagens organisering- og risiko- og sårbarhetsanalysen	51
3.4.4	Arbeidsgruppens anbefaling.....	52
3.5	Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten	53
3.5.1	Utredningsområder	53
3.5.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	53
3.5.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalysen.....	54
3.5.4	Arbeidsgruppens anbefaling	54
4	Forutsetninger og avhengigheter.....	55
4.1	Pasient og pårørendes involvering og helsekompetanse.....	55
4.1.1	Aktuelle tiltak.....	56
4.2	Samiske spesialisthelsetjenester	57
4.2.1	Innledning	57

Høringsutkast 12.02.2024

4.2.2	Involvering og prosess	57
4.2.3	Statlige føringer og rettslige rammer	58
4.2.4	Dagens situasjon	58
4.2.5	Særskilte hensyn	59
4.2.6	Organisering av spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen	59
4.3	Beholde og rekruttere fagfolk	61
4.2.1	Utfordringsbildet	61
4.2.3	Aktuelle tiltak	64
4.4	Utdanning	65
4.4.1	Søkertall til utdanningsinstitusjonene	65
4.4.2	Utdanningskapasitet	67
4.4.3	Spesialisering av sykepleiere, psykologer og leger	68
4.4.4	Utdanning av andre legespesialiteter	71
4.4.5	Aktuelle tiltak	71
4.5	Prehospitale tjenester	72
4.5.1	Ambulansebiltjenesten	73
4.5.2	Ambulansebåttjenesten	74
4.5.3	Luftambulansetjenesten	74
4.5.4	Utdanning, rekruttering og stabilisering	78
4.5.5	Avhengigheter og forutsetninger i prehospitale tjenester	79
4.5.6	Prehospitale tjenester i psykisk helsevern	79
4.5.7	Aktuelle tiltak	80
4.6	Pasientreiser	80
4.6.0	Utfordringsbildet	80
4.6.1	Aktuelle tiltak	83
4.7	Samhandling med kommunene	83
4.7.1	Utfordringsbildet	84
4.7.2	Aktuelle tiltak	87
4.8	Tilgang til IKT og teknologi	88
4.8.1	Aktuelle tiltak	89
4.9	Samfunnssikkerhet og beredskap	90
	Utfordringsbildet	90

Høringsutkast 12.02.2024

4.9.1	Vurdering av tiltak	91
5	Økonomiske beregninger	93
5.1	Nå-situasjonen (0-alternativet)	93
5.1.1	Fremtidige kostnader knyttet til pågående investeringer	93
5.1.2	Økte kostnader knyttet til investeringsbehov	93
5.1.3	Utvikling nasjonal inntektsmodell	94
5.1.4	Forventet realvekst for å dekke økte behov	95
5.1.5	Rekruttering og stabilisering.....	95
5.1.6	Behov for økt vedlikehold bygg	95
5.1.7	Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon (0-alternativet)	95
5.2	Effekt av anbefalte tiltak i funksjons- og oppgavedeling	96
5.3	Estimerte investeringsbehov	97
5.3.1	Universitetssykehuset Nord-Norge	98
5.3.2	Rehabilitering.....	98
5.4	Sammenheng mellom foreslåtte endringer og omstillingsbehov.....	98
6	Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)	101
6.1	Innledning.....	101
6.2	Metode.....	101
6.3	Resultater.....	101
6.3.1	Dagens situasjon (0-alternativet).....	101
6.3.2	Ny organisering av funksjoner og oppgaver	103
7	Vurdering.....	106
7.1	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.....	107
7.2	Diagnostiske funksjoner.....	110
7.3	Rehabilitering og private tjenester	111
7.4	Samhandlingen med kommunene.....	112
7.5	Andre funksjoner og noen avhengigheter.....	113
8	Konklusjon	116
9	Referanser	118
10	Vedlegg.....	124

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). 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).

Høringsutkast 12.02.2024

Distriktpsikiatrisk senter (DPS)

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 spesialisthelsetjeneste 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.

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

- Helgelandssykehuset HF

Høringsutkast 12.02.2024

- 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 foretaksgruppa, 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 livsstils valg, 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 skrøpelighet 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, distriktspsykiatriske 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

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 framtiden. Denne rapporten er Helse Nord RHF sitt svar på vedtakspunkt tre i oppdraget fra helse- og omsorgsministeren, gitt i foretaksmøte 9. november 2022: *«vurdere behov 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 personell og utstyr for å ivareta, og hvordan oppgaver kan fordeles slik at ressursene brukes på best mulige måte. I oppdraget la ministeren vekt på at forslag til endringer også skulle styrke fagligheten og kvaliteten i pasienttilbudet.

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

Det er en lovpålagt oppgave for Helse Nord å sørge for at den nordnorske befolkningen 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 framtiden:

- Helseforetakene har for lange ventetider og for høyt antall fristbrudd.
- Flere fagmiljø i Helse Nord har over tid hatt store bemanningsutfordringer, og fremover ventes tilgangen på arbeidskraft å bli ytterligere redusert.
- Aldersforskyvning i befolkningen gir økt andel eldre, og øker behov for helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten er ikke rustet til å møte utviklingen uten betydelig omstilling.
- Bemanningsmangelen medfører bruk av innleid arbeidskraft og mye overtid for egne ansatte. Det gir høye kostnader i helseforetakene og svekker muligheten for å etablere stabile fagmiljøer. Det gir videre 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 behov 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. Hvis 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 i spesialisthelsetjenesten på, innen følgende områder:

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

Administrerende direktørs 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 09. januar, samt føringer i sykehustalen og foretaksmøtet 16. januar inngår i grunnlaget for forslag til tiltak.

Utredningen bekrefter at spesialisthelsetjenestene i Nord-Norge er i en krevende situasjon. Det foreslås derfor endringer i funksjons- og oppgavedeling som beskrevet nedenfor.

Psykisk helsevern

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. Det foreslås derfor å styrke det polikliniske tilbudet i hele regionen, med mål om å øke kapasitet og kvalitet. Videre foreslås det 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. De foreslåtte endringene anses å føre til mindre uønsket variasjon og et bedre tilbud til pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) sammenlignet med dagens situasjon..

Diagnostiske funksjoner

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

Akutte og elektive funksjoner

Foretaksmøte 16. januar 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. 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, er det behov for 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 oppstart av arbeidet skjer i 2025. Helse Nord 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

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

Forutsetninger og avhengigheter

I utredningsarbeidet er det sett hen til en rekke avhengigheter og forutsetninger for en bærekraftig omstilling som sikrer kvalitet; tilpasning og dimensjonering av prehospitale tjenester, pasientreiseordningen, samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten samt vurderinger knyttet til samfunnssikkerhet og beredskap. Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen inngår i vurderingsgrunnlaget, og vil bli videre utredet i forlengelsen av dette arbeidet. Det er anbefalt å se nærmere på arbeidet som gjøres i samarbeid med kommuner og utdanningsinstitusjoner med å beholde, utdanne og rekruttere personell i regionen. Konkurransen om kvalifisert personell vil høyst sannsynlig bli hardere framover. Helse Nord må satse på å være selvforsynt med helsepersonell og utdanne våre egne ungdommer.

Konklusjon

Tiltakene for funksjons- og oppgavedeling som foreslås i denne rapporten vil ikke ha tilstrekkelig effekt til å løse regionenes samlede utfordringer med hensyn til økonomi. Det vil være behov for ytterligere, omfattende omstillinger utover foreslåtte tiltak. 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 føre 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. Sammen med pågående omstillingsarbeid i helseforetakene vil tiltakene 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 bragt helseforetakene i Nord-Norge inn i en vanskelig situasjon. Dette situasjonsbildet er beskrevet detaljert i Regional utviklingsplan 2023-38 (1). Hvis det ikke gjøres 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 de 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 Foretaksloven går det klart fram at helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen. Når foretakene drøfter det ansvaret som er lagt til dem, brukes andre ord: 'Sørge for at befolkningen får forsvarlige helsetjenester'. 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 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.»

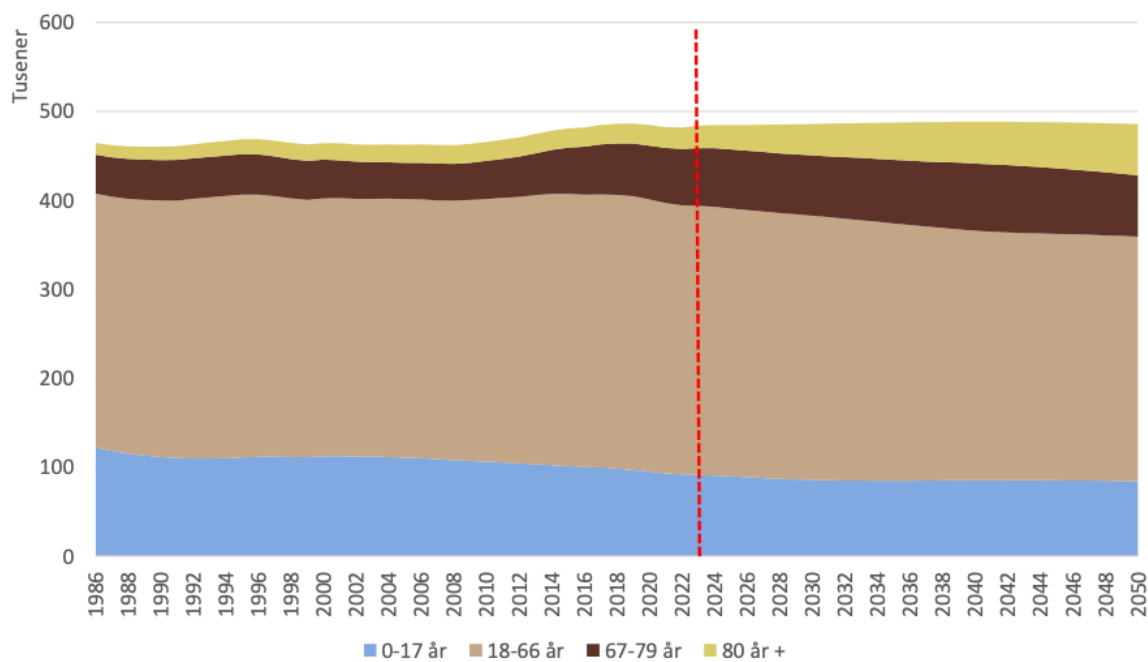
Styret påbegynte arbeidet ved å beslutte [mål og rammer](#) for prosessen 23. februar 2023. I mars [vedtok](#) styret fremdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder å utrede. Fem arbeidsgrupper ble nedsatt. Arbeidsgruppene leverte sine anbefalinger 14. november. Basert på disse, på utvidede analyser og egne vurderinger, la administrerende direktør i Helse Nord frem sin anbefaling til en helhetlig plan for styret i styresak 2-2024, 9. januar. 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 ble det fra Helse- og omsorgsdepartementet gitt føringer som ga behov for mer omfattende endringer. Disse er nå

innarbeidet.

1.2 Bemanningsutfordringene i helseforetakene

I februar 2023 la Helsepersonellkommissjonen frem sin utredning [Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste](#) (1). At Norge fremover vil få mangel på helsepersonell var allerede godt kjent. Helsepersonellkommissjonen bekreftet og utdypet beskrivelsen av utfordringene helse- og omsorgstjenestene står i. Personellmangelen gjør seg sterkest gjeldende i distriktene. Uten omstilling og tiltak som sikrer bedre bærekraft, advarer kommissjonen 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 nordlendinger over 65 år enn under 20 år (figur 1). Mange av landsdelens kommuner er på vei mot en befolknings sammensetning der det ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) vil være flere pensjonister enn yrkesaktive.



Figur 1. Befolkningsutvikling i Nord-Norge fra 1986 til i dag (rød stiple 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 i dag lever lenger enn før, og at gode helsetjenester gjør at flere overlever sykdommer man før døde av. Men det betyr at behovet for helsetjenester øker. Parallelt synker den andelen av befolkningen som er yrkesaktiv, sammenlignet med andelen som står utenfor arbeidslivet.

Høringsutkast 12.02.2024

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 spesialisthelsetjenesten er på bristepunktet, både innen somatikk og innen psykisk helse og rus.

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

Organisasjon	Budsjetterte faste stillinger	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidig	Mangel (%)
FIN 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%)
NLSH 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%)
HSYK 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.

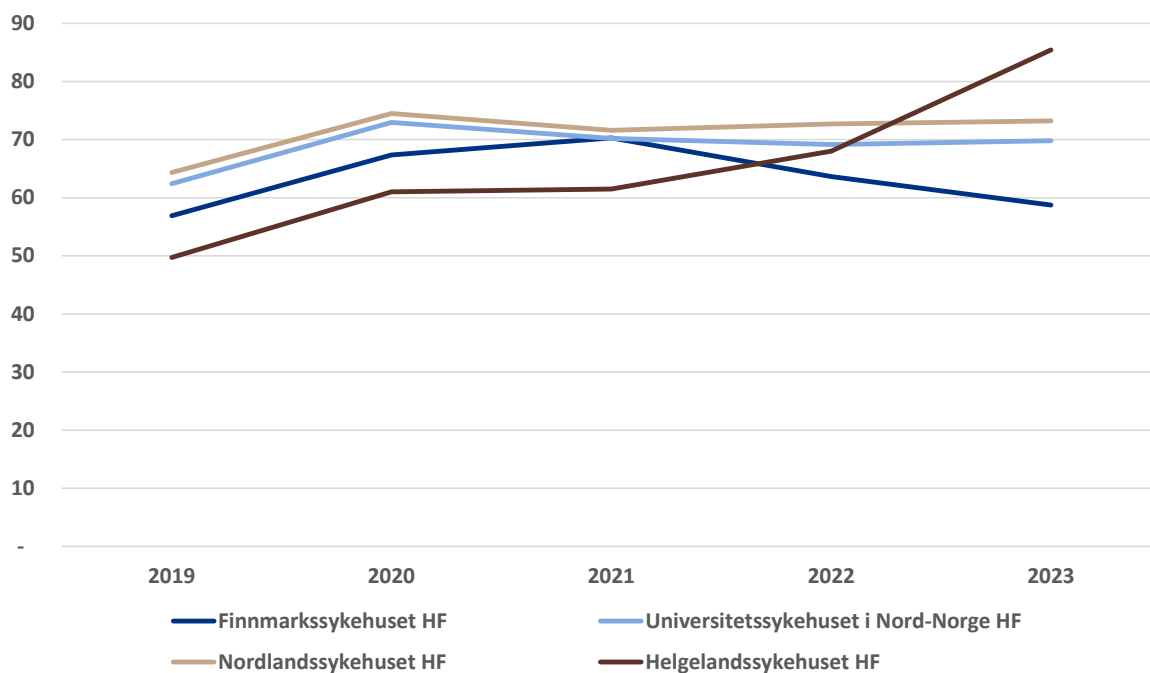
1.2.1 Følger av bemanningsmangelen

Først og fremst går mangelen på personell ut over pasientene, som ikke får behandling i tide. Det er et mål å redusere ventetid. Går det for lang tid fra man er henvist til helsehjelpen starter, kan det føre til at helsetilstanden og prognosen forverres. Pasienter som har økonomi til det, kan betale og få raskere behandling i private sykehus. Hvis dette øker i omfang, vil det bidra til økt sosial ulikhet i helse og en 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

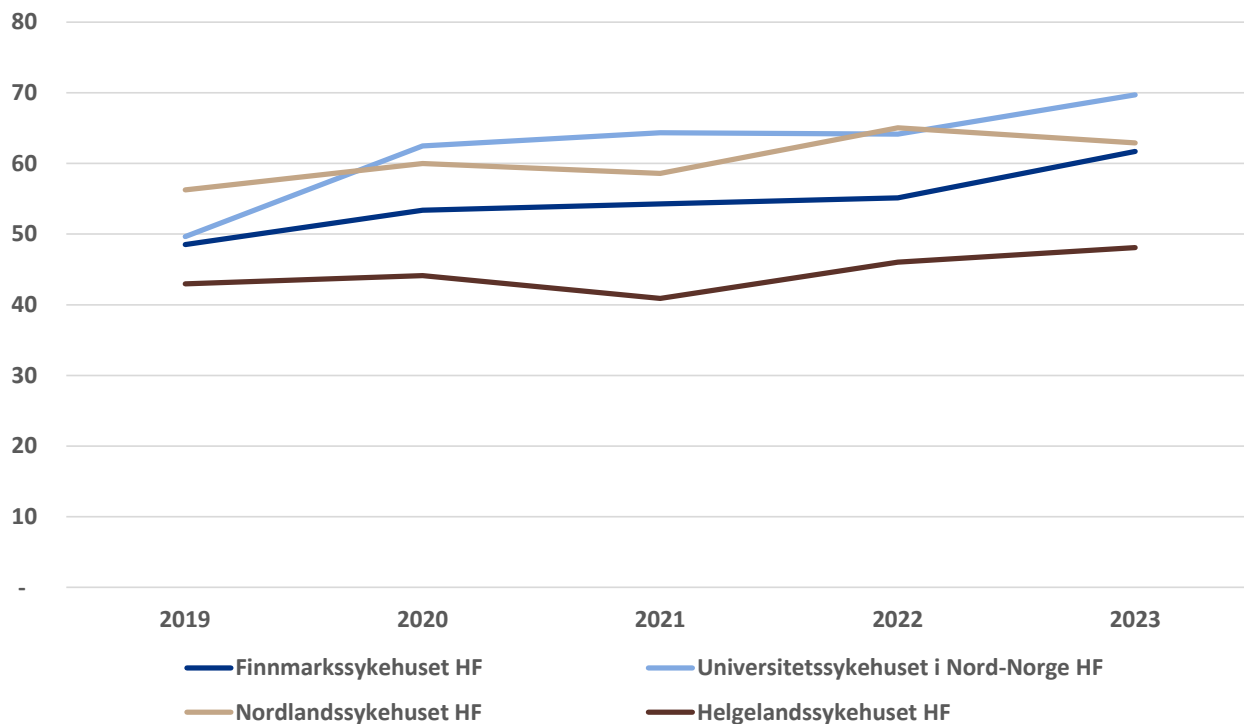
Høringsutkast 12.02.2024

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



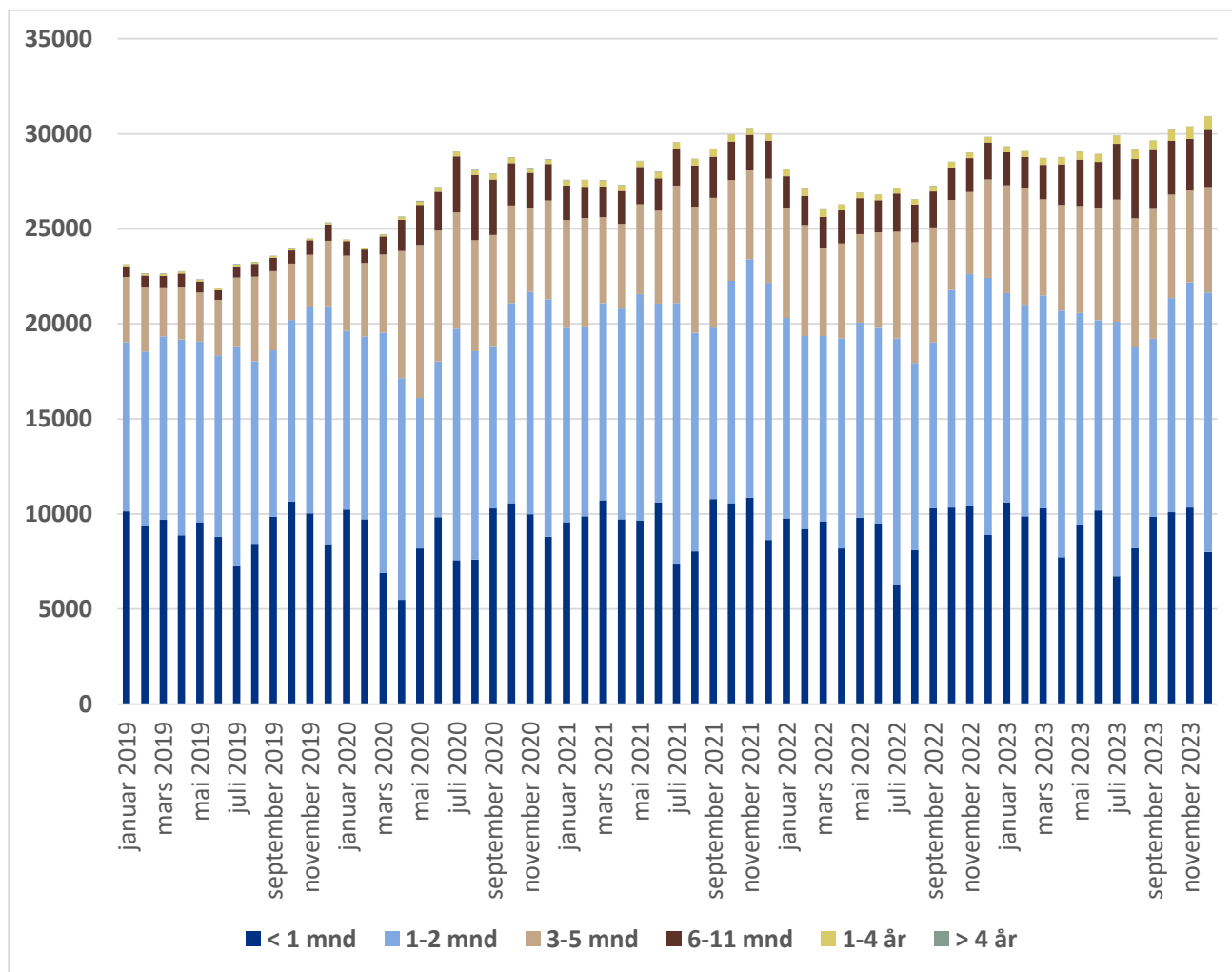
Figur 2. Utvikling i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til desember 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.

Høringsutkast 12.02.2024



Figur 3. Utvikling i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til desember 2023 innenfor psykisk helsevern og rus. 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 akkurat nå har 30 000 mennesker som venter på sin utredning og/eller behandling i Helse Nord.

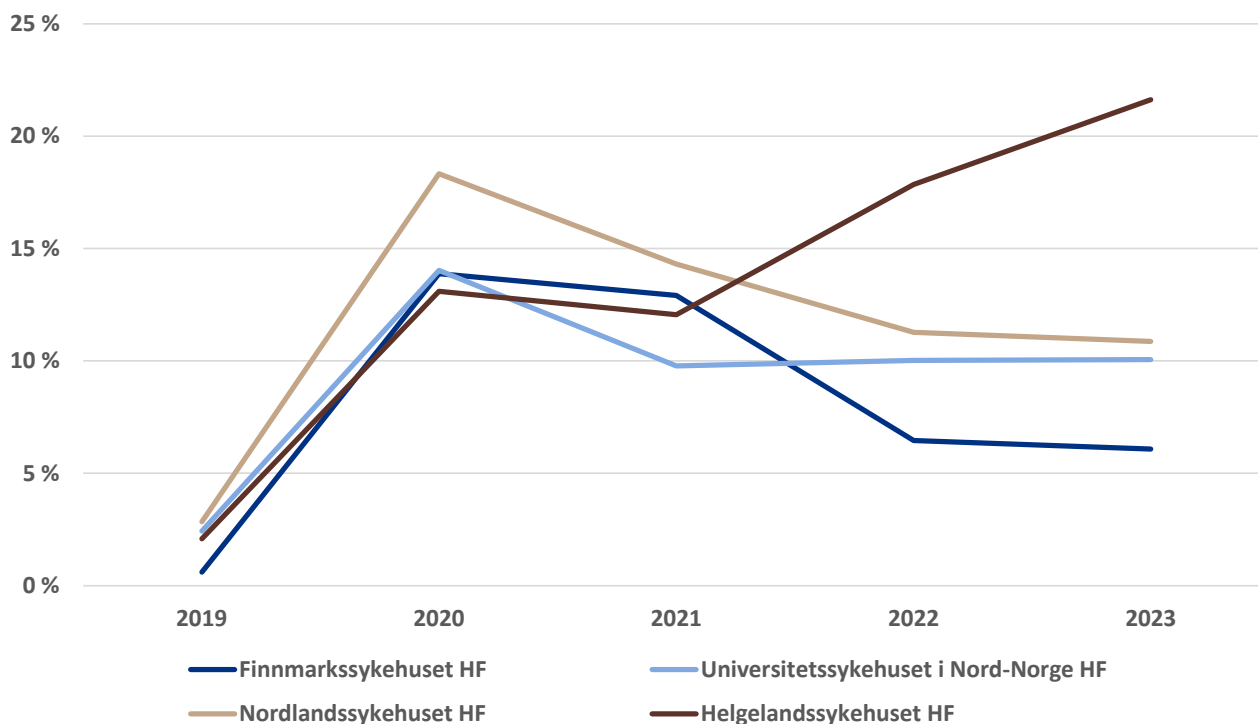


Figur 4. Antall ventende pasienter i Helse Nords helseforetak fra januar 2019 til desember 2023.

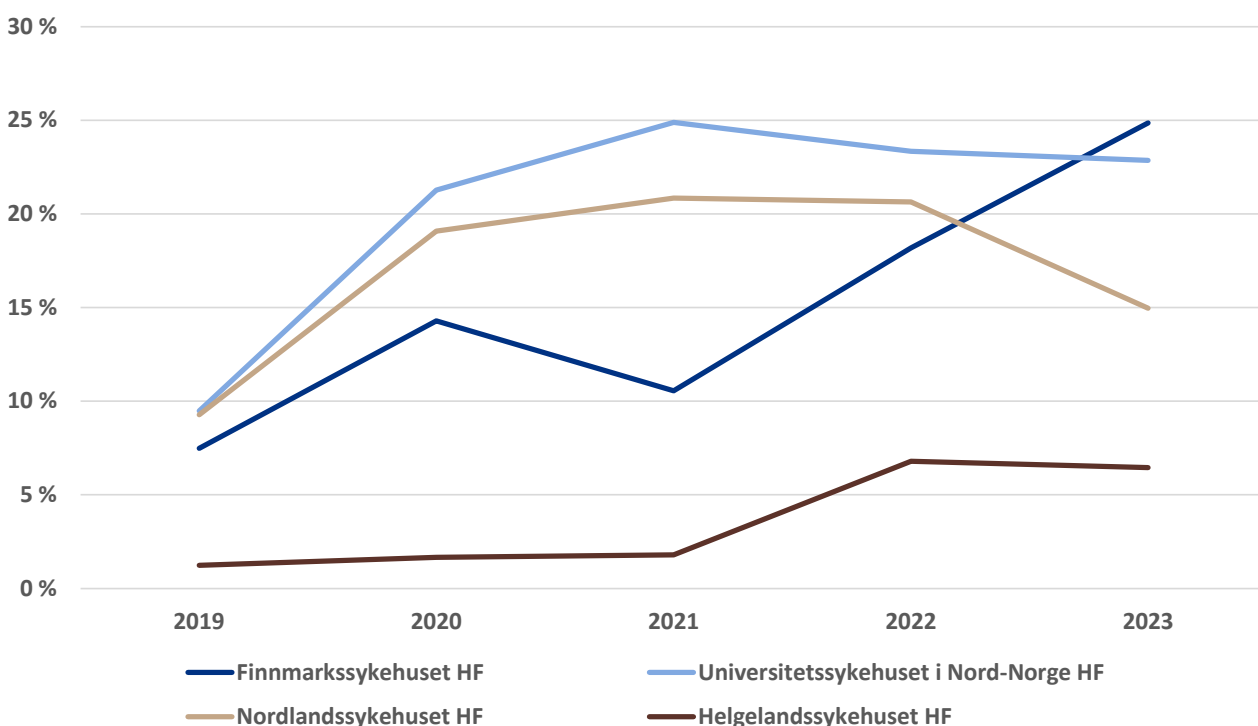
Kilde: Helsedirektoratet.

Tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse er avgjørende for 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 rus fordelt på helseforetak for perioden 2019-23.

Høringsutkast 12.02.2024



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 rus. 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 opplæring av pasienter og pårørende, og utdanning av helsepersonell. Hvis bemanningsutfordringer fører til manglende kapasitet til å drive utdanning, er risikoen at rekrutterings- og bemanningsproblemene 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 gruppen av ansatte 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.

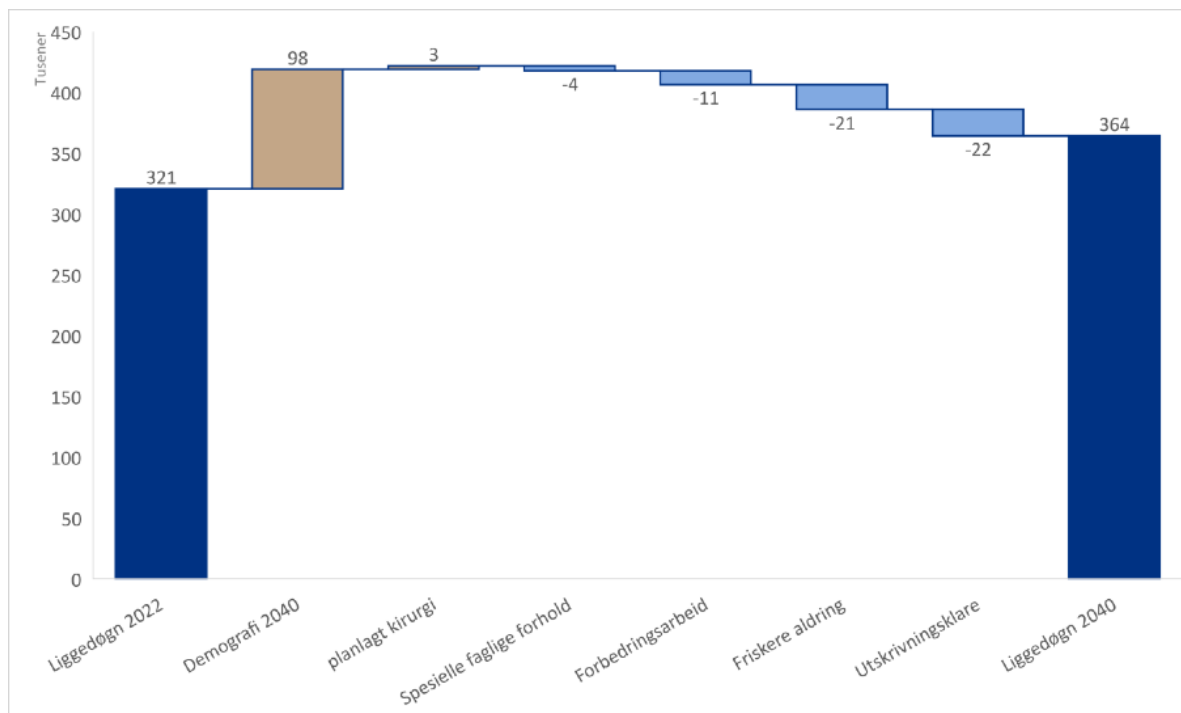
Overtid, vikarbruk og innleie som ad-hoc-løsninger brukt i stort omfang for å løse prekære situasjoner, gir også store utslag for helseforetakenes økonomi. De svært høye personellkostnadene bidrar til å sementere problemene. Kostnadene for å dekke vakter med slike løsninger gjør det praktisk talt umulig 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 ha 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

Nå-situasjonen er krevende nok, med bemanningsutfordringene helseforetakene beskriver, men situasjonen fremover vil bli enda mer krevende. 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 funksjonsnivå¹. Ingen andre landsdeler har en like høy andel skrøpelige eldre, 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.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/bruk-av-tjenester-i-kommunene-og-somatiske-sykehus-blant-skrøpelige-eldre/definisjon-av-skrøpelige-eldre>

Høringsutkast 12.02.2024



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 viser et klart behov for å styrke tilbudet i spesialisthelsetjenesten. Den er også tydelig på at det i organiseringen av tjenestene fremover må tas større hensyn til at personellressursene er begrensede. Behovet for behandlingstjenester innen psykisk helsevern for både voksne og barn vil øke fremover, særlig innenfor poliklinisk behandling hvor 70 prosent av pasientene ivaretas, men også innenfor sykehusavdelingene (vedlegg 3).

Fødselsomsorgen i Helse Nord består av mange fødeenheter, hvor flere er desentrale, og har lave fødselsvolum. Totalt fødes det om lag 4100 barn i regionen per år, fordelt på 14 fødeenheter. Fødeenhetene er differensierte. Det vil si at de er delt inn i forskjellige nivåer med ulik grad av spesialisert fødselshjelp (fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk). I Helse Nord har vi enheter innenfor alle nivåene og hvert nivå har ulike krav til kvalitet, kompetanse og beredskap i tråd med Helsedirektoratets veileder [«Et trygt fødetilbud»](#) (29). For fødepasientene er det viktigste at de blir ivaretatt på riktig nivå ut fra gjeldende [seleksjonskriterier](#).

I Helse Nord har vi i dag en god fødselsomsorg med lav dødelighet i nyfødtp perioden (neonatal dødelighet) som er et indirekte uttrykk for at kvinner føder på riktig sted og nivå. Utfordringsbildet i dagens fødeorganisering er godt beskrevet i delrapport 1 (vedlegg 2). Fødselstallene synker og ved flere av fødeenhetene mangler vi tilgang på nødvendig kompetanse, både gynekologer og jordmødre. Vi har også problemer med å skaffe nok praksisplasser til jordmødre, fordi pasientvolumet ved flere av enhetene er lavt. Framover vil det derfor være vanskelig å kunne opprettholde drift på alle fødeenhetene samtidig som vi sikrer en god følgetjeneste for de fødende med lengst reisevei.

1.2.3 Mange ulike omstillingstiltak

De store, komplekse utfordringene i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge løses ikke bare med ett grep eller omstillingstiltak på ett felt. En kombinasjon av tiltak på flere områder må til. 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 grep innenfor stabs- og administrative funksjoner, 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).

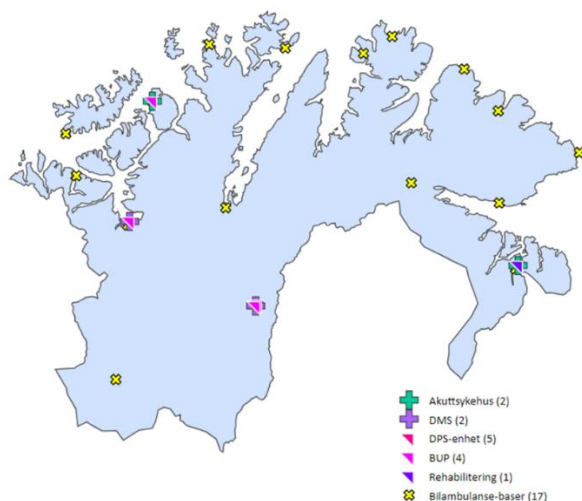
Tabell 2. Befolkningsgrunnlag per somatiske akuttpsykiatriske og distriktpspsykiatriske sentre i 2022.

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

Kilde: Befolkning per opptaksområde i spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå, tabell 13982.

1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset består av to akuttpsykiatriske 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 spissfunksjoner for foretaket.



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

Tabell 3. Befolkningstall kommuner for sykehusområde Finnmarkssykehuset 2023.

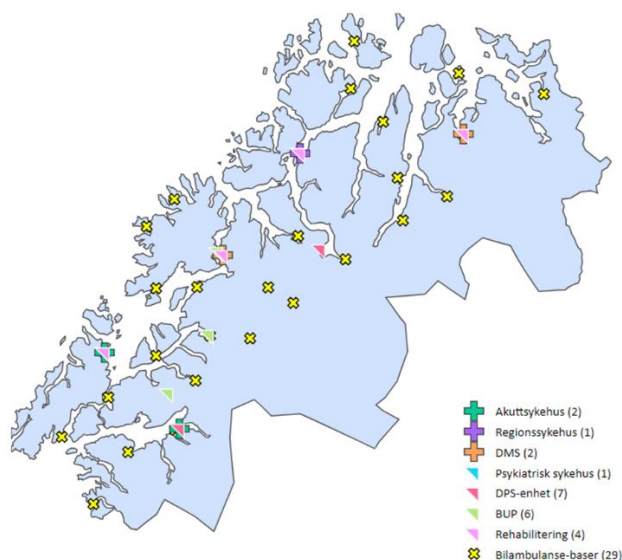
Kommune	Befolkning
Alta	21 317
Vardø	1 933
Vadsø	5 593
Hammerfest	11 310
Guovdageaidnu - Kautokeino	2 847
Loppa	862
Hasvik	970
Måsøy	1 119
Nordkapp	2 932
Porsángu – Porsanki - Porsanger	3 863
Kárásjohka - Karasjok	2 543
Lebesby	1 226
Gamvik	1 054
Berlevåg	908
Deatnu - Tana	2 804
Unjárga - Nesseby	864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

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 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.

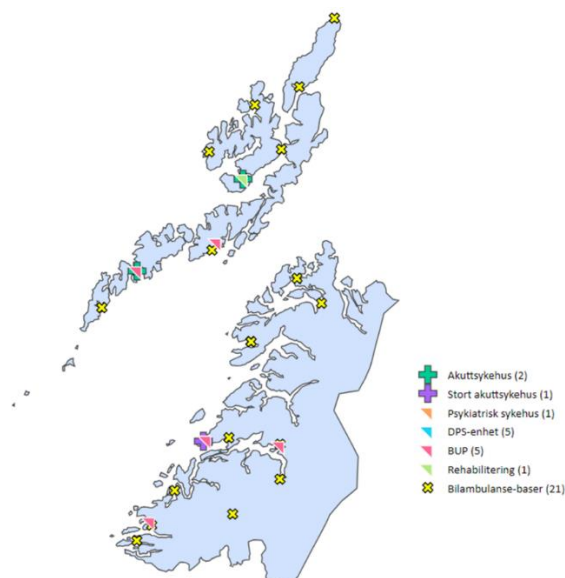
Tabell 4. Befolkningstall kommuner for sykehusområdet Universitetssykehuset i Nord-Norge 2023.

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

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.

Tabell 5. Befolkningstall kommuner for sykehusområde Nordlandssykehuset 2023.

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 01222.

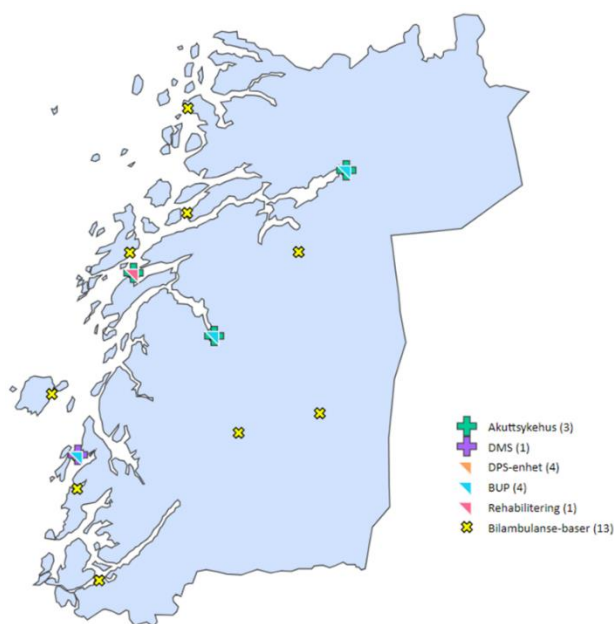
1.3.4 Helgelandssykehuset HF

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

Tabell 6. Befolkningstall kommuner for sykehusområde Helgelandssykehuset 2023.

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

Kilde: Statistisk sentralbyrå, tabell 01222.



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

Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

1.3.5 Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF

Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT er regionale samhandlingsforetak med de fire sykehusforetakene i foretaksgruppen. For å oppnå trygg legemiddelbehandling gjennom hele pasientforløpet for alle pasienter i Helse Nord, arbeider Sykehusapotek Nord målrettet for å være en sikker leverandør av apotekvarer til helseforetakene i Helse Nord. Helse Nord IKT på sin side har en virksomhet som har ansvaret for drift, forvaltning og utvikling av felles IKT-systemer for alle sykehusene og helseforetakene i Helse Nord. De har for tiden særlig fokus på informasjonssikkerhet og -løsninger.

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 nedslagsfeltet (opptaksområdet). Universitetssykehuset Nord-Norge har i tillegg regionsykehusfunksjon for hele Nord-Norge. I tillegg er det funksjonsdeling både innad og mellom helseforetakene. En direkte sammenligning mellom helseforetakene og de enkelte sykehusene kan derfor bli upresis, da sykehusenes pasientgrupper kan ha ulike karakteristika. Likevel er det en del opplysninger og parametere 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. Sykehusapotek Nord, Helse Nord IKT og Helse Nord RHF har ikke sykehus og det kan derfor ikke presenteres samme type aktivitetsdata for dem.

Tabell 7: Utvalgte data vedrørende økonomi og aktivitet i foretaksgruppen

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.

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 «dobbeltkompetanse» i form av fagkompetanse og kjennskap til samisk språk og kultur. Det er

Høringsutkast 12.02.2024

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.

- Finnmarkssykehuset er i dag det foretaket 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 millioner på innleid personell fra byrå, samt et overforbruk på lønnskostnader på 48,5 millioner. 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 LIS 2-3 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.
- 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 øyeleger 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 i forhold til 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 distriktpsikiatriske 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 ambulerende 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 krevende 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 LIS 1 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 tynge 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 LIS 3.

Høringsutkast 12.02.2024

- **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 2 personer for å dekke bemanningen i akuttmottaket døgnet rundt, 365 dager i året.
- Nordlandssykehuset **Lofoten** har noen jordmødre som er langtidsvikarer 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.

Høringsutkast 12.02.2024

- 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 at det må 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. Vikarinneleie 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 fast 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

Høringsutkast 12.02.2024

på eksternt samarbeid innenfor rekruttering og onboarding², 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 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 foretaket erfart en særlig utfordrende situasjon med å rekruttere og beholde LIS 2/3 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 foretaket i Helse Nord til å gå i gang med større bygningsmessige tiltak. Foretaket har god oversikt over både tilstandsgrader og funksjonell egnethet på hele eiendomsporteføljen og foretaket besitter gode planer for tiltak og fremtidig bruk.

² 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.

Høringsutkast 12.02.2024

Foretaket 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. Foretaket 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 foretaket.

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 vurderte det som naturlig å se på tiltak som innebærer endringer i funksjons- og oppgavedeling for å styrke faglighet og kvalitet i pasienttilbudet og foreslå disse i en helhetlig plan for Helse Nord RHF.

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 og estimert ressursbruk og tidsramme. Sammenhengen med andre relevante prosesser i det regionale omstillingsarbeidet og nasjonale utredninger er også omtalt.

2.2 Organisering av utredningen

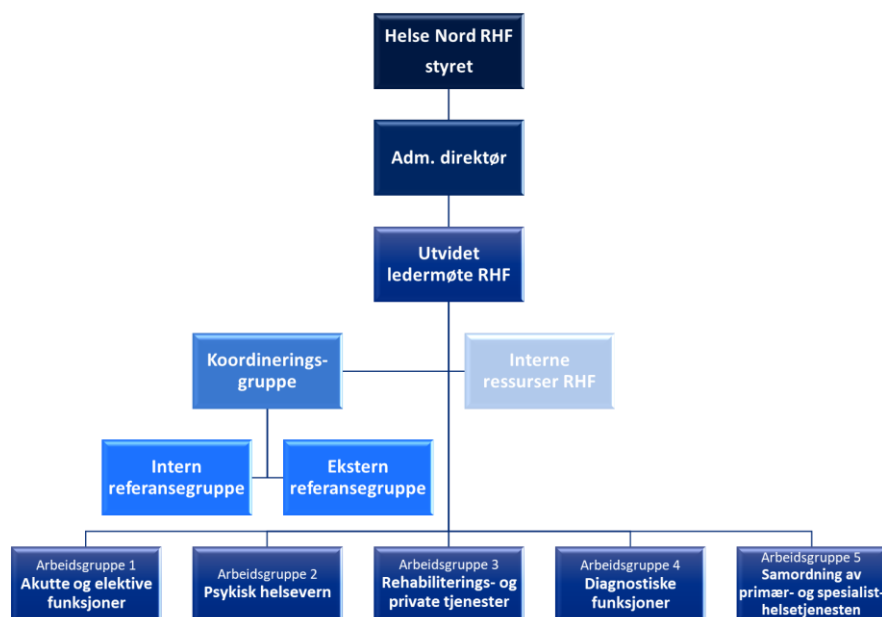
Styret i Helse Nord ba administrerende direktør i Helse Nord RHF å lede utredningen av funksjons- og oppgavedeling og arbeidet ble organisert i linjen (figur 12).

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 tilsvarende hver 14. dag.

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 er 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 brukermedvirkere, 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 pekt ut. Arbeidsgruppene har hatt ulike møteplaner, men har møttes ukentlig, enten digitalt eller fysisk.

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

	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

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 av funksjons- og oppgavedeling utarbeidet. Utredningen har naturlig nok interessert og berørt mange. Helse Nord er en stor samfunnsaktør med virksomhet og arbeidsplasser i hele Nord-Norge. Prioriterte interessenter i utredningen har vært pasienter, brukere og pårørende, medarbeidere i helseforetakene og kommuner/fylkeskommuner. Prioriteringen av disse har i høy grad påvirket organiseringen av utredningen og kommunikasjonsarbeidet 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 Nords postmottak.

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 bli sterkere involvert. Innenfor rammene av arbeidet har dette ikke vært mulig. Kontinuerlig oppdatert informasjon om utredningen har vært tilgjengelig på [Helse Nord Nords nettsider for endring og omstilling](#). Oversikten over ulike møter og treffpunkter som har vært gjennomført i prosessen er beskrevet i vedlegg 7.

Kommende høring vil være den viktigste kanalen for å gi tilbakemelding på forslag til *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 i perioden. 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 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 for arbeidet januar 2024

I [foretaksmøtet 16 januar 2024](#) fikk Helse Nord RHF nye føringer som det må tas hensyn til i utredningen av funksjons- og oppgavedeling. Foretaksmøtet viste til at Helse Nord har hatt en lav måloppnåelse knyttet til konkrete tiltak i 2023 for å bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling og at alle helseforetakene har svake økonomiske resultater. Helse Nord RHF må derfor forsikre seg om at helseforetakene identifiserer konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor gitte rammer og som sikrer økonomisk bærekraft framover, samt sikre løpende kontroll og oppfølging av forbedringsarbeidet og ved behov iverksette ytterligere tiltak.

Foretaksmøtet viste til siste punkt i oppdraget fra 9. november 2022, og ba Helse Nord RHF om å:

- komme med sine vurderinger av behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling innen utgangen av juni 2024. Det skal i dette arbeidet legges til grunn at 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.

Høringsutkast 12.02.2024

I tillegg viste foretaksmøtet 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 finansiering.

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 som [styresak 2-2024](#) *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – høringsutkast helhetlig plan for funksjons og oppgavedeling* i styremøtet 9. januar, og senere trukket tilbake av administrerende direktør i møtet. *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*, er også revidert i henhold til de innspillene som kom fra styret i Helse Nord RHF i styremøtet 9. januar.

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 2-6 og på [Helse Nord 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

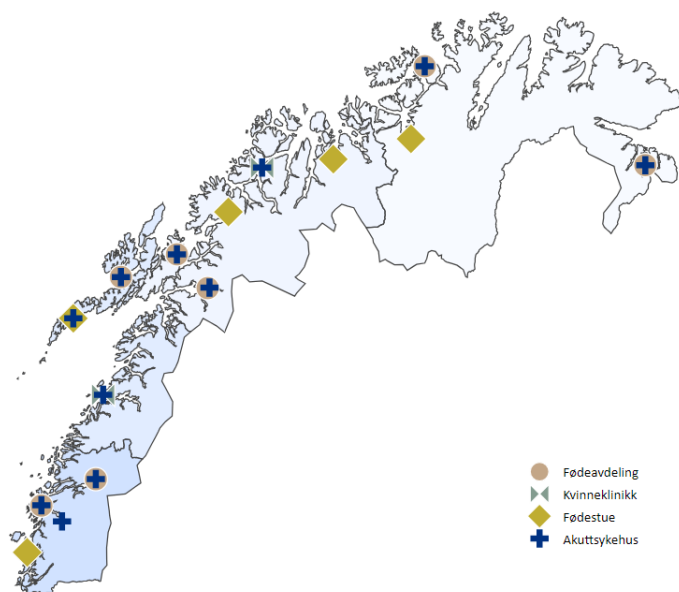
Endringer i befolkningen (demografisk utvikling) framover viser nedgang i antall innbyggere i de fleste kommunene i Nord-Norge. Kommunene med befolkningsøkning av betydning er de største bykommunene. Flere eldre vil øke behovet for helsetjenester både i kommunene og sykehusene. De 11 akuttsykehusene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

Foretaksmøte 16. januar 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

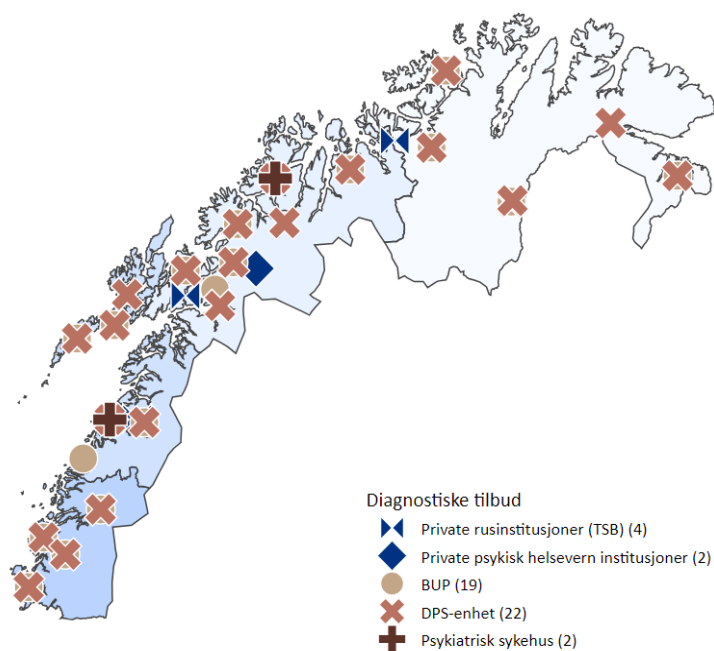
Arbeidsgruppen for psykisk helsevern, har utredet følgende som grunnlag for vurdering av framtidig funksjon- og oppgavedeling:

- Utrede behovet for styrkning av sykehusfunksjoner
- Utrede organisering av distriktpsikiatriske 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 det er døgntilbud på 13 steder i psykisk helsevern for voksne. Sykehusavdelingene som behandler pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser, er lokalisert i Tromsø og Bodø.

Den overordnede risiko- og sårbarhetsanalysen 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 som tilbys samsvare med forventninger og krav til spesialisthelsetjenesten, slik 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 distriktspsykiatriske 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. Anbefalte endringer reduserer variasjon i kapasitet og innhold i tilbudet som gis. 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 rom for faglig utvikling, muligheter for spesialisering og forskning. Anbefalingen har fokus på å bygge opp et kvalitativt godt og differensiert behandlingstilbud som fortsatt skal vært lett tilgjengelig 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.

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

	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

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 den økonomiske bærekraften.

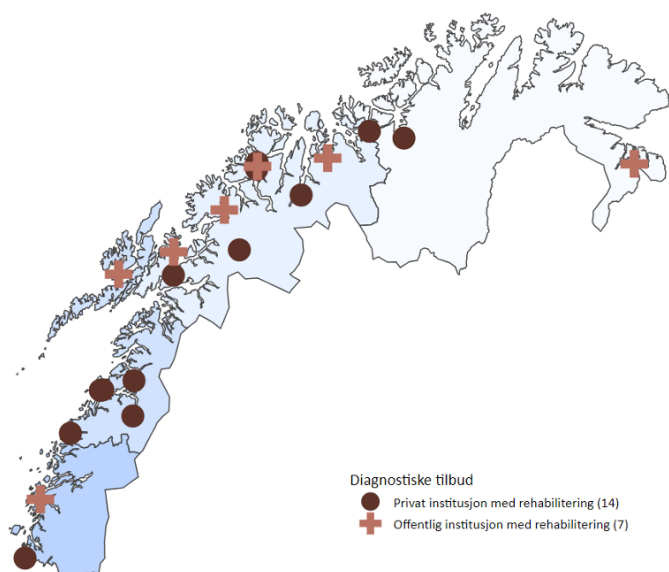
3.3 Rehabilitering og private tjenester

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 for Helse Nord RHF's kjøp av helsetjenester på avtaler med private virksomheter og avtalespesialister i 2022. Arbeidsgruppen har deretter fokusert 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

Fristbrudd fører til at pasienter ikke blir utredet og behandlet innenfor anbefalt tidsfrist. Fristbrudd fører i tillegg til økte utgifter for helseforetakene. For å unngå fristbrudd og for lang ventetid må Helse Nord rekruttere, utvikle og beholde kvalifisert helsepersonell, bruke personellet riktig og benytte kapasitet og kompetanse i avtalene med private leverandører.

Rapporten «Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen» peker på en rekke utfordringer, målsetninger og tiltak i ordningen. Rapporten er levert Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF avventer eventuelle føringer for avtalespesialistordningen.

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
- En tydelig definisjon på hva som skal være regionale oppgaver mangler
- 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 og risiko- og sårbarhetsanalyse

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 risikoscore. Flere pasienter i tidligfasen ligger i 0-alternativet 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 som hjerneslag, brudd og slitasjeskader samt pasienter med komplekse tilstander, alternativ 2. Arbeidsgruppen anbefaler også å kjøpe mindre spesialisert rehabilitering hos private institusjoner for pasientgruppene muskel- og skjelett, sykkelig overvekt og lettere ortopediske tilstander.

Anbefalingen vil bidra til tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene i tidlig fase etter akutt sykdom og skade, og bedre muligheter for robuste og fleksible fagmiljøer som har betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Som følge av anbefalingen må både sengekapasiteten og antall helsepersonell økes i egne sykehus.

Vurderingene er at alternativ 2 er 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 anbefaling og vil avvende ROS-analysen av helhetlig plan. 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

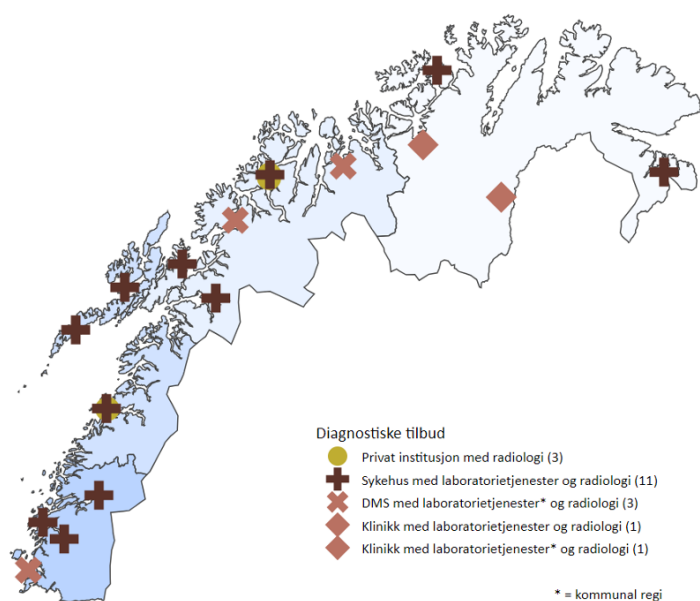
Radiologifaget har hatt en rivende medisinsk og teknologisk utvikling i de senere år. Utviklingen har blant annet ført til mer tidkrevende granskninger av komplekse undersøkelser og økt behov for subspesialisering. Maskinparken som kreves for å dekke behovet for undersøkelser er omfattende og kostbar, både i kjøp og drift. Den største utfordringen er stor mangel på radiologer, som særlig utfordrer evnen til å 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 er økt uten at antall 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 fagområder. Det gir for eksempel også merkbare konsekvenser for deltakelse i forskning. Det gjelder både forskning innen radiologifaget og å bidra som samarbeidspart inn i kliniske studier sammen med andre avdelinger enten i eget sykehus eller andre sykehus/helseforetak. Satsingen på kliniske studier i spesialisthelsetjenesten (6) er også avhengig av støttefunksjoner. Mange av studiene har røntgenundersøkelser som del av den kliniske undersøkelsen i studien, og 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 den øvrige delen av befolkningen.

3.4.3 Dagens organisering- og risiko- og sårbarhetsanalysen

Dagens struktur for prøvetaking (blodprøver) og billedtakning (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 5).

3.4.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppen vurderer at de pasientnære tjenestene kan og bør beholdes der de er i dag. 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 over foretaksgrensene som gruppen anbefaler, både i alternativ 1 og 2.

Arbeidsgruppens flertall anbefaler å innføre alternativ 1 som innebærer i et samarbeid med forpliktende avtaler mellom minimum de fire helseforetakene med sykehusdrift som Helse Nord RHF eier, 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

å dele klinisk kompetanse, samarbeide om verifisering³, akkreditering⁴ og en felles rekrutteringsstrategi.

Mindretallet i arbeidsgruppen (fire deltakere) vektlegger at mange av tiltakene i alternativ 1 allerede er prøvd uten at helseforetakene har lyktes, og at det i alternativ 1 fortsatt vil være egne beslutningsenheter som svarer til sin ledelse. De mener derfor at organisatoriske endringer må til i form av en klar lederlinje innen diagnostiske tjenester i regionen for å lykkes, og 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).

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 skrupelig eldre og pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil øke framover, både for oppfølging som må koordineres og for innleggelser 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 innbyggerne.

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 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

⁴ 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.

3.5.3 Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalysen

De fleste samarbeids- og samhandlings-prosjekter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten handler i dag om å forbedre pasientforløpenes kvalitet gjennom samarbeidsavtaler. ROS-analysen ble benyttet til å utforske utviklingsområde A-D. Høyt integrerte tjenester 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

Tettere integrerte tjenester 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. Ulike måter å samarbeide på vil innebære ulik grad av integrerte tjenestene. 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 kapitlet.

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 2023.

4.1 Pasient og pårørendes involvering og helsekompetanse

Et sentralt tema i framskriving av somatiske helsetjenester er «friskere aldring» (7). 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 (8) peker på at forebygging av psykisk uhelse bør være et satsningsområde framover, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Framskrivningene har i seg en forventning om at vi i framtiden vil ha bedre behandling, virksom forebygging samt at befolkningen vil ta bedre valg med hensyn til egen helse, blant annet gjennom økt helsekompetanse. 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).

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 (9).

Økt helsekompetanse og mestring kan understøttes gjennom en rekke tiltak. For noen pasientgrupper er det etablert læring- og mestringskurs. Det er stor variasjon mellom helseforetak med hensyn til hvilke pasientgrupper som mottar tilbudet, geografi og alder. 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 mestring uavhengig av funksjonsnivå, bosted, kulturell bakgrunn, språk og personlig økonomi.

Tabell 10. Læring og mestringskurs i 2022 per helseforetak.

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
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

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 kompetansehevede 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 ikke har frisklivssentraler i dag.

Nye teknologiske muligheter for medvirkning og opplæring har et stort potensial. På lengre sikt vil også sensorteknologi, internettbehandling, muligheter for kommunikasjon og egenrapportering bidra til at flere oppgaver kan løses av pasientene selv, mens andre oppgaver kan løses bedre og mer effektivt i helsetjenesten. 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 (10).

Også involvering og opplæring av pårørende vil ha betydning for bærekraft i framtidens helsetjeneste, jfr. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (4). 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 prerehabilitering; bedre og mer effektiv forberedelse, både mentalt og fysisk, av pasienter og pårørende, gir bedre behandlingsresultater og raskere rehabilitering etter behandling
- Økt fokus på samvalg
- Bedre systematikk i 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 Samiske spesialisthelsetjenester

4.2.1 Innledning

Helse Nord har et særskilt ansvar for å ivareta utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen⁵.

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 delkapittelet beskrives dagens situasjon for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i Nord-Norge, Helse Nord's 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.

⁵ 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](#)).

4.2.3 Statlige føringer og rettslige rammer

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

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

Høringsutkast 12.02.2024

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: *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 over år jobbet med å forsterke innsatsen for å rekruttere og beholde helsepersonellet det er behov for. 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 ikke Helse Nord 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 forøvrig. Til sammenligning hadde regionen kun 10 prosent flere i 2008, når vi sammenligner faste årsverk⁶.

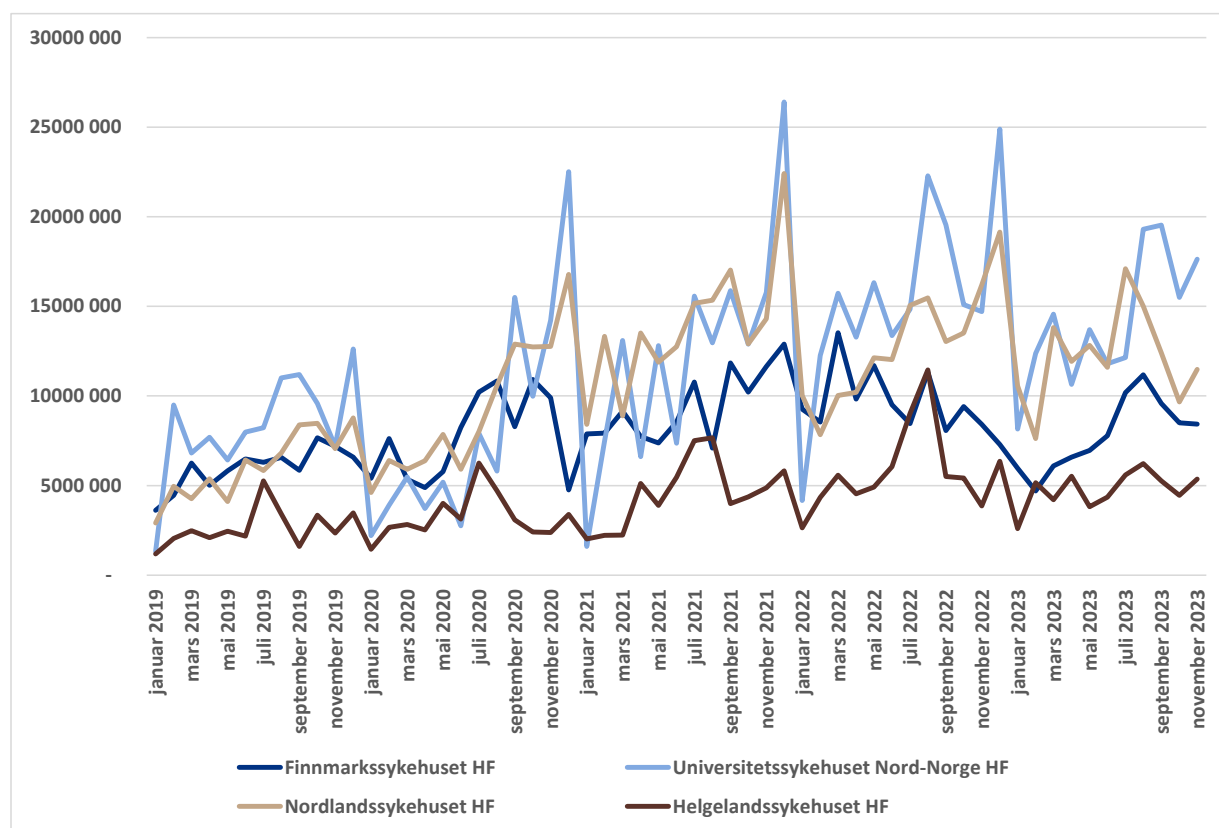
Helse Nord har gjennom mange år bemannet opp for å holde tritt med økte kompetansebehov. Fra 2008 til 2021 økte for eksempel faste legeårsverk med 55 prosent og faste sykepleierårsverk med 35 prosent. I samme periode økte befolkningen i Nord-Norge med 4 prosent. Til tross for økt bemanning mangler sykehusene 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.

⁶ Årsverk definert som summen av antall heltidsjobber og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber. Årsverk til legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon er trukket fra.

Høringsutkast 12.02.2024



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.

Tabell 11. Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste ansatte og midlertidige ansatte, samt udekket behov (mangel) fordelt på stillingsgrupper totalt for 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)	65,0	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. Kilde: Helse Nord LIS.

Høringsutkast 12.02.2024

Flere av foretakene 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).

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

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%)

Kilde Uttrekk fra helseforetakene, Personalportalen og Agresso til HN LIS

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

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.

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 arbeidsplanleggingssystemet 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 større bemanningsutfordringer enn sykehusene med tanke på befolkningens demografi i framtiden (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 framover må et stabilt antall ansatte håndtere et større antall pasienter (flere pasienter pr ansatt). Det er bare mulig dersom det iverksettes tiltak som frigjør tid for helsepersonell som har direkte pasientrettet arbeid. Aktuelle tiltak er oppgavedeling, yte helsetjenester gjennom digitale verktøy, økt egenomsorg, økt oppmerksomhet på hjelpemidler i hjemmet osv.

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 hele foretaksgruppen og ble vedtatt av styret i Helse Nord (Styresak [40-2023](#)). Overordnet målsetting i denne 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. Prioritering av rekrutteringssvake personellgrupper kan være en mulighet, i tillegg til andre tiltak. 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](#).

PUK-strategien følges opp med en 2-årig handlingsplan som tydeliggjør ansvar, prioriterte satsninger og delmål på kort sikt. Handlingsplanen skal bestå av høyt prioriterte tiltak på fire områder som vil bidra til å stabilisere personellsituasjonen. Innsatsområdene og tiltakene i

PUK-handlingsplan vil nå ytterligere forsterkes med de ekstra midlene Helse Nord har fått for å styrke rekrutteringen og ta ned behovet for innleie på 200 mill. kroner årlig. Det er ikke lagt konkrete planer for hvordan denne styrkingen skal benyttes. Det blir viktig å bruke disse pengene på en klok måte som kan gi varige effekter innenfor dette området. En utfordring med økonomiske tiltak er imidlertid at de i begrenset grad bidrar til økt tilførsel av personell til regionen, da konsekvensen ofte blir at personellmangelen forflytter seg mellom sykehusforetakene i egen region. 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

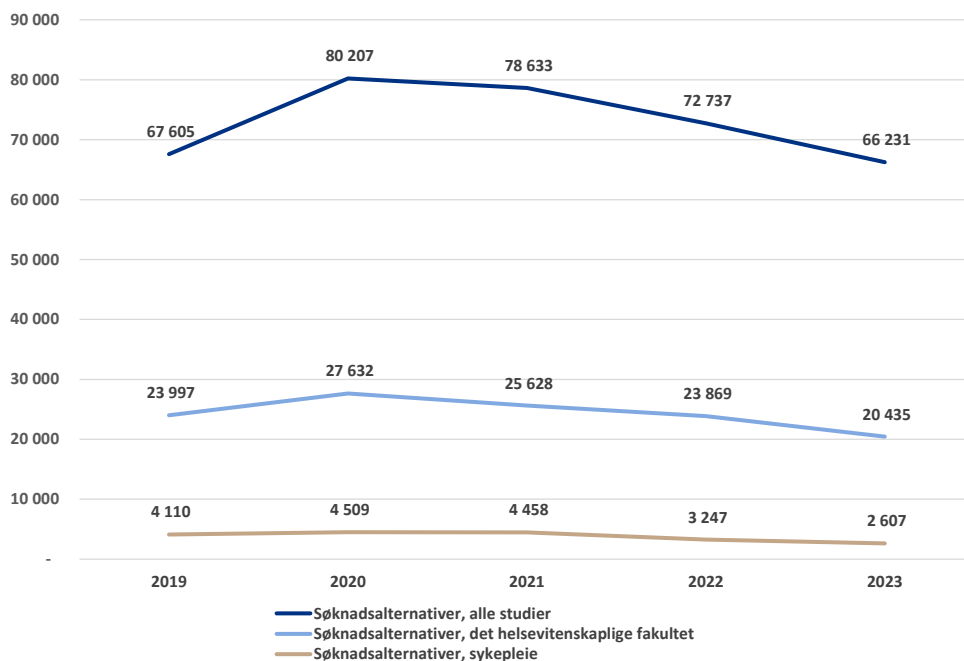
Søkertallene til alle studier innenfor høyere utdanning har siden 2017 holdt seg stabilt med ca. 1,1 million antall søknader nasjonalt, uavhengig av prioritet. Samtlige utdanningsinstitusjoner opplevde en markant økning i søkertall til høyere utdanning under pandemiårene 2020-21. Søkertallene er i dag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

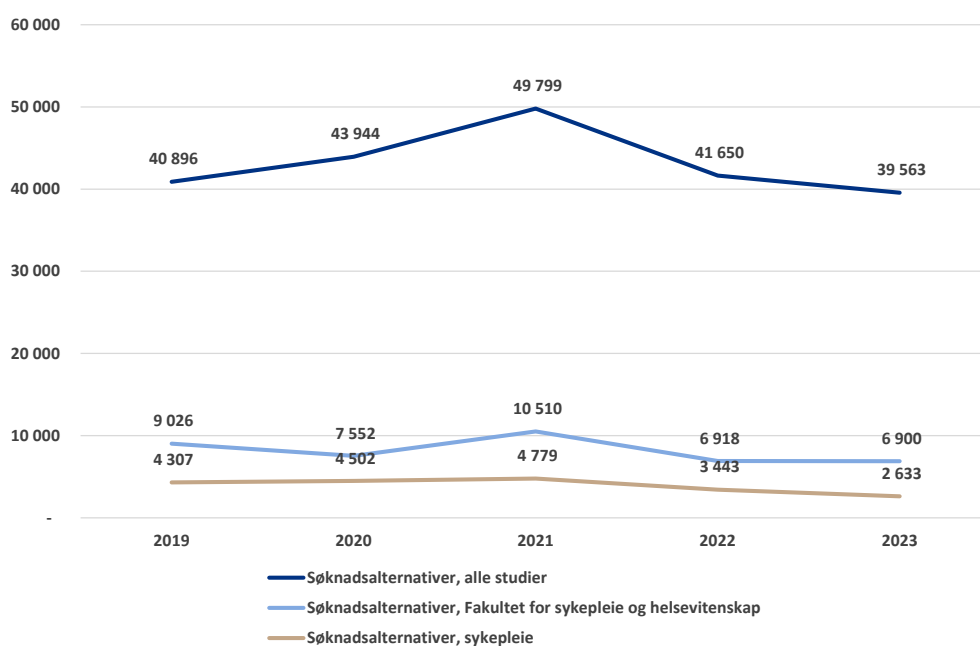
Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet (UiT), har hatt en nedgang på 2 prosent totalt for alle studier sammenlignet med 2019, mens nedgangen i helsefag-studiene har vært betydelig høyere, 15 prosent. Store deler av nedgangen tilskrives redusert søkermasse til sykepleiestudiet, med 37 prosent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

Høringsutkast 12.02.2024



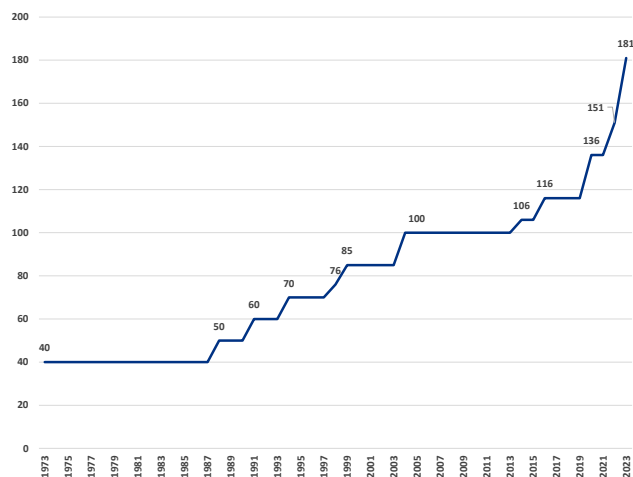
Figur 18. Utvikling i søknadstall Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet, uavhengig av prioritet. Kilde: DBH november 2023



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 medisineducasjonen 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).

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

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.

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.

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.

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.

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 utdanningsentre melder om ulike problemstillinger, herunder; sviktende rekruttering til generelle spesialiteter, mangel på utdanningsstillinger og bekymring for svikt i kompetanse i generelle vaktsjikt. 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.

Helsedirektoratet⁷ 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.

⁷ Interregionalt fagdirektørmøte 23. august 2023, sak 151.

Høringsutkast 12.02.2024

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

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

Kilde: Uttrekk fra personalportalen og HPR-register til HN LIS.

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

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 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 tall⁸. 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 framover. 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 framover.

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 framover. 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.

⁸ [Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten – rapport 2020](#)

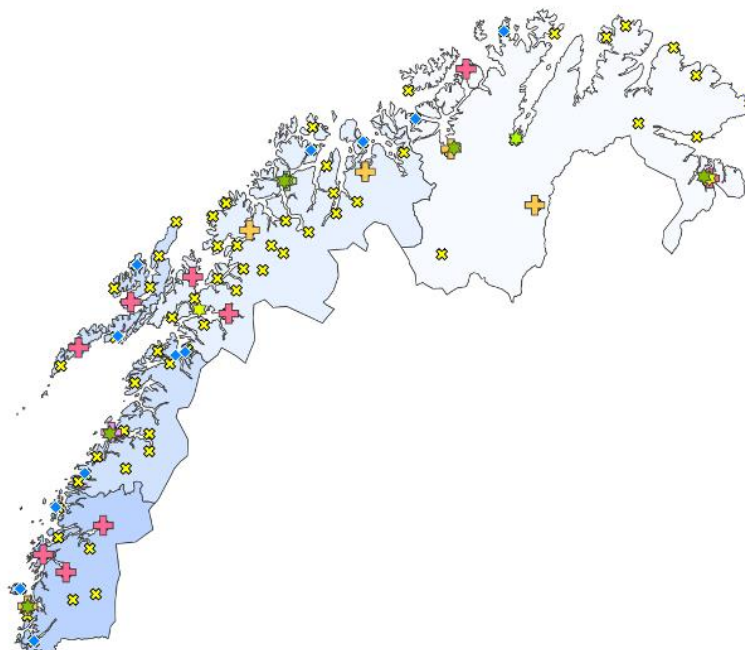
4.5 Prehospitale tjenester

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 tidlig 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](#) (18) gir en oversikt over ressursene i dagens tjeneste (figur 21). I tillegg er et jetfly plassert i Tromsø som EU finansierer fram til 2026.

- ✚ Akuttsykehus (9)
- ✚ Regionssykehus (1)
- ✚ Stort akuttsykehus (1)
- ✚ DMS (5)
- ✚ Ambulansehelikopter (4)
- ✚ Redningshelikopter (3)
- ✚ Ambulansefly (6)
- ✚ Bilambulans-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.

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

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
Ambulanseelæringer	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.

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

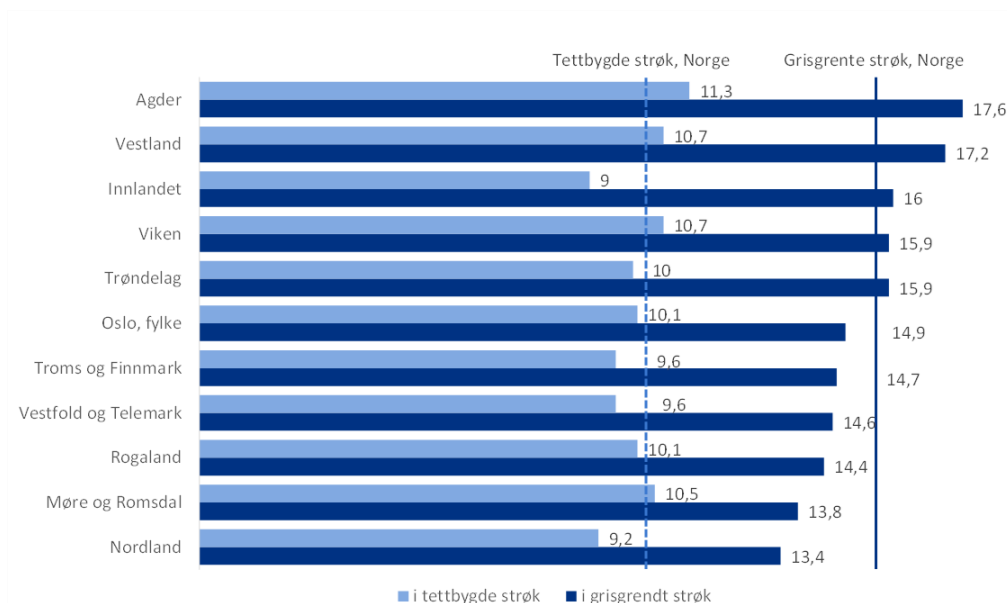
Kilde: SSB tabell 14022

Sykehusleger blir i økende grad involvert i medisinske vurderinger prehospitalt. Et eksempel er at ambulanspersonell tar EKG av pasienter med brystsmarter 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 ambulans, 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 ambulansbilbaser med til sammen 119 ambulansbiler (tabell 18).

I 2023 gav FHI ut en rapport om [Responstider for ambulanser og pasientutfall](#) (19). I Norge regnes responstid som antall minutter fra en alarmsentral varsles om en akutt hendelse til ambulans 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 ambulansetid på hendelsesstedet for akutte hendelser i grisgrentede strøk (mørk blå) og tettbygde strøk (lys blå). Data fra 2022. Kilde: Helsedirektoratet

Teoretisk dekningsgrad⁹ er beregnet for bilambulansene. Denne viser at 85 prosent av innbyggerne i Helse Nord kan nås av bilambulansetid innen 25 minutter.

I tillegg til bilambulansene har alle helseforetakene i Helse Nord sykestransportbiler.

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 tidskrisiske 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 primæroppgave som er søk- og redning.

Ambulansefly

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:

⁹ Teoretisk dekningsgrad er en beregning av hvor mange innbyggere som kan nås av bilambulansen 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.

Høringsutkast 12.02.2024

- 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 ambulansedyene 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.

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.

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

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:

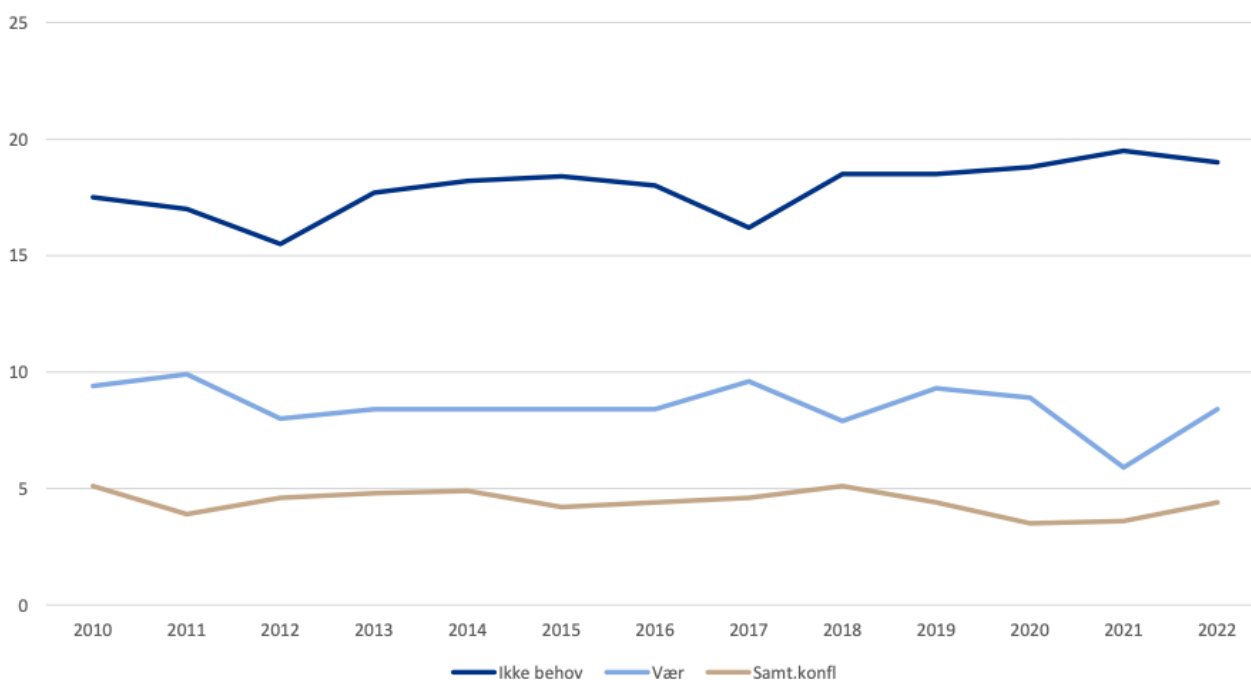
- Brønnøysund: 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap
- Harstad (midlertidig base): 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap
- Tromsø: 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap
- Kirkenes: 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap

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

Høringsutkast 12.02.2024

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.

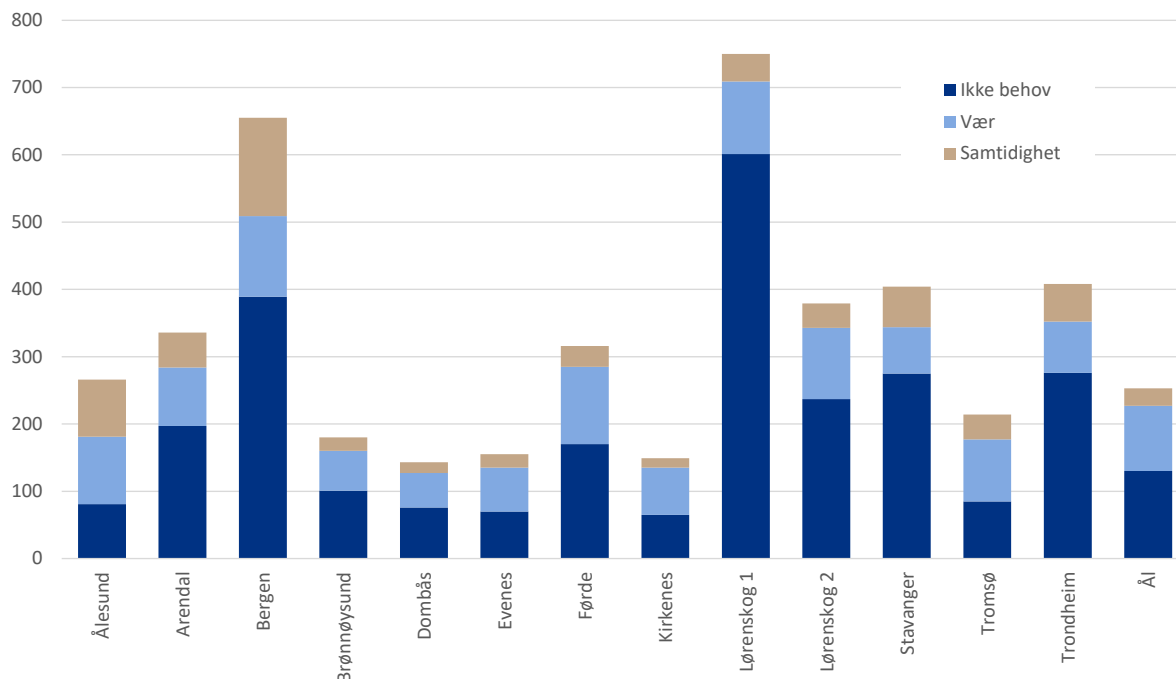
Et oppdrag er iverksatt idet helikopteret letter fra bakken. Noen oppdrag iverksettes ikke («avvist»), fordi de medisinske opplysningene gir indikasjon på at utrykning ikke er nødvendig, eller fordi flygning av en eller annen grunn ikke kan gjennomføres. Andre oppdrag avbrytes før pasienten er nådd («avbrutt»). Vakthavende luftambulanseselege 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).

Høringsutkast 12.02.2024



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. 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.

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

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

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

Høringsutkast 12.02.2024

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

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

HF	Tjeneste	Antall leger	Årsverk	UTA	Tjeneste
NLSH	Helikopter	8	3.62	De som deltar har ca. 45 t UTA pr mnd., men ikke spesifisert hva som er knyttet til helikopter	Døgnavakt 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
HSYK	Helikopter (1 Base)	8**	3.28	Ingen UTA, ingen jobber full stilling.	Døgnavakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt
	Helikopter (Banak)	8	2.75	77,09 t UTA per mnd.	Døgnavakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt
FIN	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)	Døgnavakt 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	-	-

*1 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

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](#).

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 (kjevkeirurg/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.

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 Nords totale kostnader til pasientreiseordningen.

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

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

Kilder: Radar, Pasientreisereis 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.

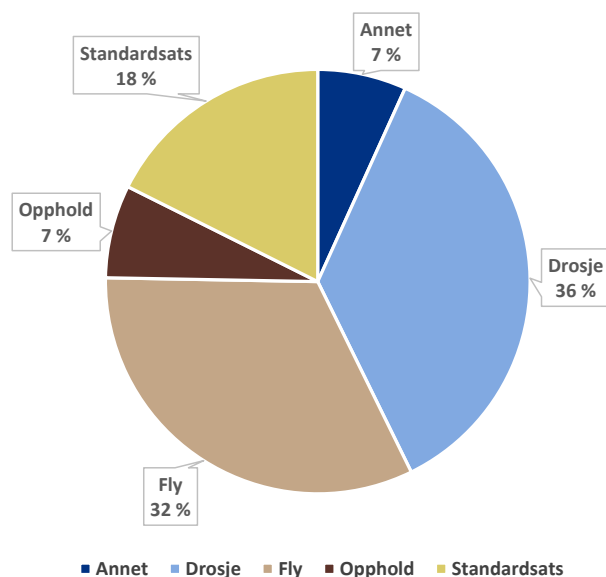
Tabell 24. Netto transportkostnad pasientreiser per foretak (fratrasket egenandel og frikort).

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	-

Kilde: Helse Nords 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.

Høringsutkast 12.02.2024



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.

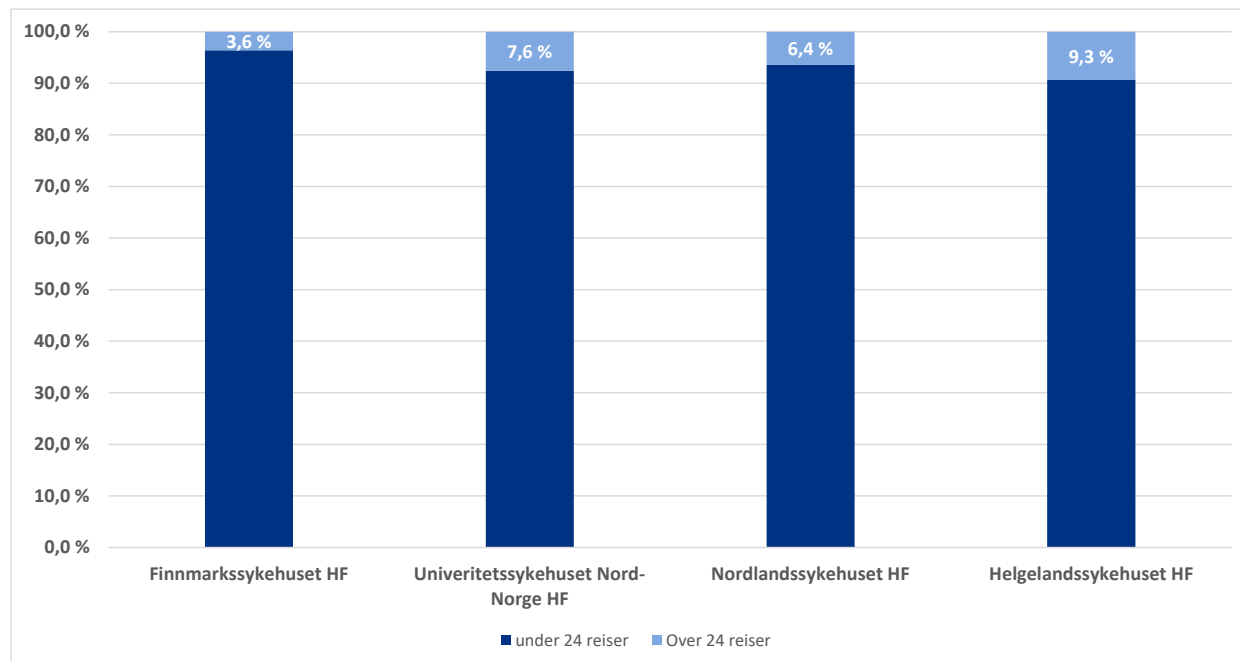
Helse Nord er en betydelig kunde på FOT-ruter i Nord-Norge, med et samlet årlig kjøp av flyreiser på 350 millioner kroner, der størstedelen er pasientreiser internt i Nord-Norge. Det er et mål at pasientene skal kunne reise frem og tilbake til sykehus i landsdelen samme dag. Flyprisene i Nord-Norge er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

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

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

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, Pasientreisens 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 framover. 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 6), 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 (vedlegg 6). [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.

Tabell 26. Andel skrøpelige eldre per opptaksområde i 2022.

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 %

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 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.

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

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

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 (17). 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 viser at plassene 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 6).

Innen psykisk helsevern og TSB brukes kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser i beskjedent omfang i Nord-Norge i dag (vedlegg 3). Tilbud om «Rask psykisk helsehjelp» er fraværende for innbyggerne i 67 av landsdelens 80 kommuner (vedlegg 2).

Innen rehabiliteringsområdet viser utredningsarbeidet at få kommuner i Nord-Norge har øremerkede senger til døgnrehabilitering (vedlegg 4). Kommunene har, i tråd med samhandlingsreformen, fått større ansvar for brukere med mer komplekse og sammensatte tilstander, men tilbudet er ikke bygget opp i tilstrekkelig grad i mange kommuner i Nord-Norge. 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 ivareta forebyggende helsearbeid, habilitering og rehabilitering i kommunene, og oppgavene har vokst utover de fagfolkene de klarer å rekruttere.

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 videre 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 (21). Kun ni av kommunene i Nord-Norge hadde en befolkningsvekst fra 2019 til 2022.

Generalistkommuneutvalgets utredning

Generalistkommunesystemet – likt ansvar – ulike

forutsetninger (21) 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 framover.

Demografiske bærekraft ble vurdert ut fra fire

indikatorer: fødselsoverskudd, nettoinnflytting, forsørgerindeks¹⁰ 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 FACT¹¹. Andelen

pasienter som mottok dette tilbudet i løpet av ett år etter utskriving (2020) i Norge, var lavest i

Helse Nord (vedlegg 6). Det er i etterkant av dette bygget opp digitale FACT-team i Finnmark

(vedlegg 6).

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).

¹⁰Fødselsoverskudd 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.

¹¹ 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.

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

Tabell 29. Aktivitet ved de distriktsmedisinske sentrene (DMS) i Nord-Norge.

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

Kilde: NIMES uttrekk til HN LIS.

Et DMS kan også være en base for akutt behandling av mer tidskritiske 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, ambulerende, 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 er tilsatt i kommunene.

4.7.2 Aktuelle tiltak

Sykehusutvalget (10) 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 Helsefelleskapene

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 frikommuneprosjektene¹² 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 (1) 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

¹² <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringa-inviterer-kommunar-til-a-delta-i-frikommuneforsok/id2976017/>

Høringsutkast 12.02.2024

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 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](#) (22). Denne er i tråd med Regjeringens helhetlige digitaliseringspolitikk. I tillegg foreligger [oppdatert nasjonal e-helsestrategi](#) (23) og [mål bilde for digitalisering av helse- og omsorgssektoren](#) (24), 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.

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](#) (25) 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. Totalberedskapskommisjon 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» (26) påpeker blant annet 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 særlig vil kreve 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.

4.9.1 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 fleksibilitet vedrørende 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.

Høringsutkast 12.02.2024

- *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 protokoll til foretaksmøtet 16. januar 2024:

“Foretaksmøtet viste til Helseberedskapsmeldingen, hvor det fremkommer 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. [OBJ]

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 situasjon er beskrevet innledningsvis, men skyldes 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 og pris- og lønnsvekst. Planlagt omstilling innenfor nåværende struktur har i 2023 hatt om lag 25 prosent av planlagt effekt. De økonomiske anslagene tilsier at situasjonen kommer til å forverres. Det 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 deler av behovene for investering som Helse Nord har, 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.

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

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

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 per tid.

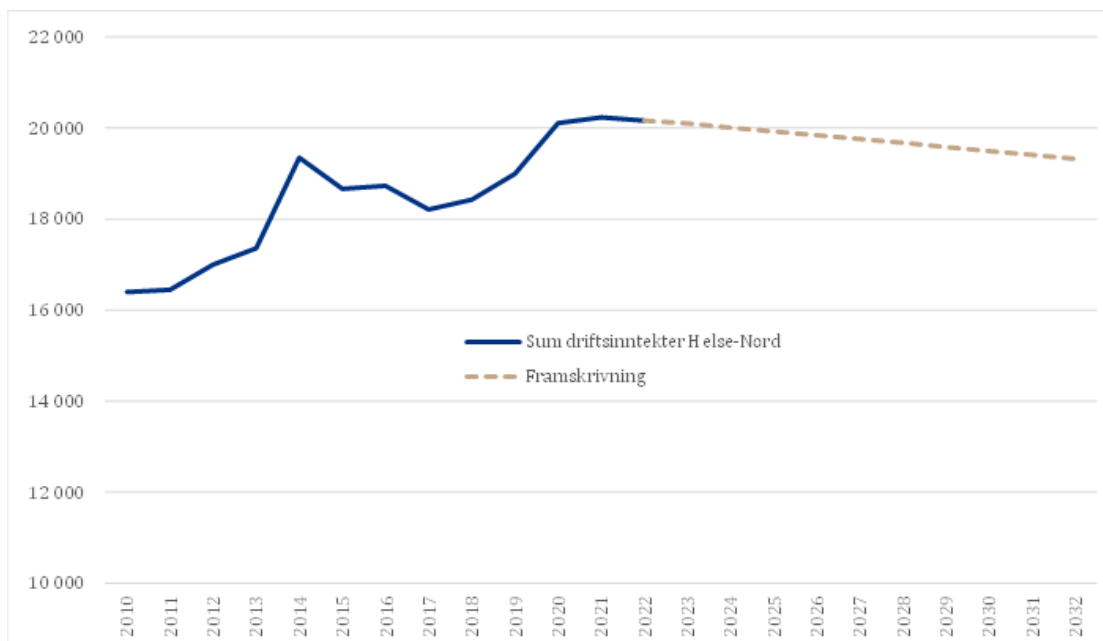
5.1.3 Utvikling nasjonal inntektsmodell

Befolkningsutviklingen har endret seg etter at NOU 2019: 24 «[Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak](#)» (27) 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 det vært en befolkningsvekst i de andre regionene. Dette betyr at Nord-Norges andel av den totale befolkningen i Norge er redusert. Fordi antall innbyggere er en viktig faktor i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen, har dette gitt en svært negativ effekt på inntekten til Helse Nord.

Anslagene for befolkningsutvikling tilsier at den negative trenden ikke kommer til å snu. Det betyr at Helse Nord må ta høyde for årlige trekk i den økonomiske rammen som tilsvarer 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. kr
- For 2025 291 mill. kr
- For 2026 450 mill. kr
- For 2027 600 mill. kr

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 Nord's 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

Områder for ytterligere omstilling utover det som er beskrevet av tiltak fra arbeidsgruppene omtales kort i konklusjon. Det er viktig å komme raskt i gang med arbeid knyttet til disse områdene.

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 omlag 60 mill. kroner årlig, og 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 dialog med kommunene. Disponeringen av disse midlene vil bli håndtert i budsjettjusteringsaker 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 fremover 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 vedlikeholdsetterlep. 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.

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

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

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 har akkumulert over tid.

Tabell 32. Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon framskrevet til og med 2027. Alle beløp er i mill. kr.

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

Kilde: Helse Nord RHF.

5.2 Effekt av anbefalte tiltak i funksjons- og oppgavedeling

Endringene i funksjons- og oppgavedeling som anbefales for psykisk helsevern og TSB innebærer i stort en omdisponering av midler som allerede i dag benyttes innenfor fagområdet. Styrking 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 anbefalte 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.

Tabell 33. Samlet effekt på bemanning og økonomi. Bemanning er angitt i personer og kostnader i millioner.

	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

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 ved noen 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.

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 vedrørende 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.

5.3.1 Universitetssykehuset Nord-Norge

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 4) 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 derfor et 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 vedtatte budsjetter for sykehusforetakene er beregnet til 927 mill. kroner i 2024 og det er vedtatt tiltak med risikovektet effekt med 673 mill. kroner¹³

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

	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

¹³ Styresak 8-2024 Budsjett 2024 - konsolidert

Uløst omstillingsbehov (gitt økonomisk balanse i HFene)

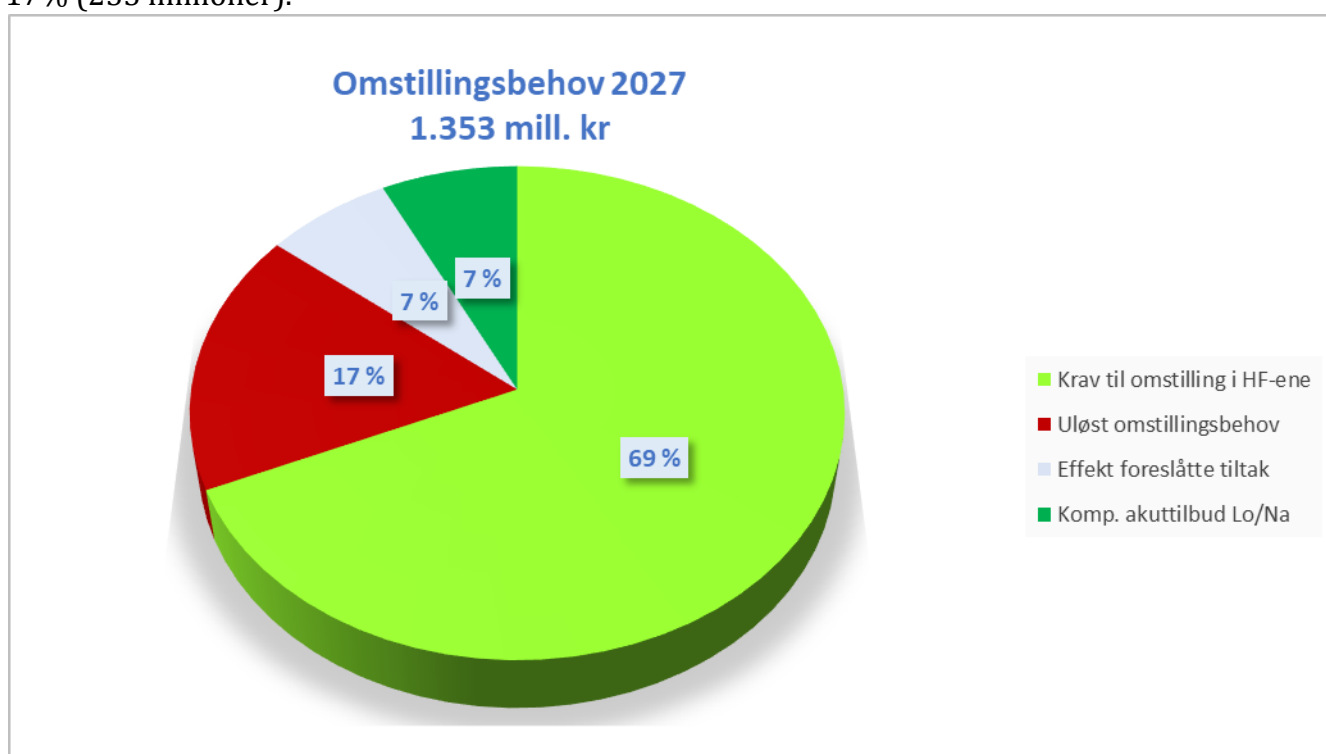
233

*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.

Kilde: Helse Nord RHF

Tabellen viser at omstillingsbehovet går fra 326 millioner til 233 millioner i 2027 forutsatt 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 millioner).



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

Høringsutkast 12.02.2024

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. Risiko er et uttrykk for usikkerhet, og beskriver et forhold eller en hendelse som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen ved et prosjekt eller et arbeid. En ROS-analyse bidrar til innsikt og oversikt over hva som kan gå galt ved ulike alternativer.

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 har fem ulike arbeidsgrupper foreslått fremtidig organisering av helsetjenestene i nord. 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 er skissert. Det ble gjennomført ROS-analyser av disse modellene og av dagens situasjon.

Risiko- og sårbarhetsanalysene er gjort på et overordnet nivå og hele regionen er sett under ett med bakgrunn i at oppdraget fra HOD. Overordnede analyser regionalt for større deler av tjenestetilbudet er krevende særlig med hensyn til detaljeringsnivå.

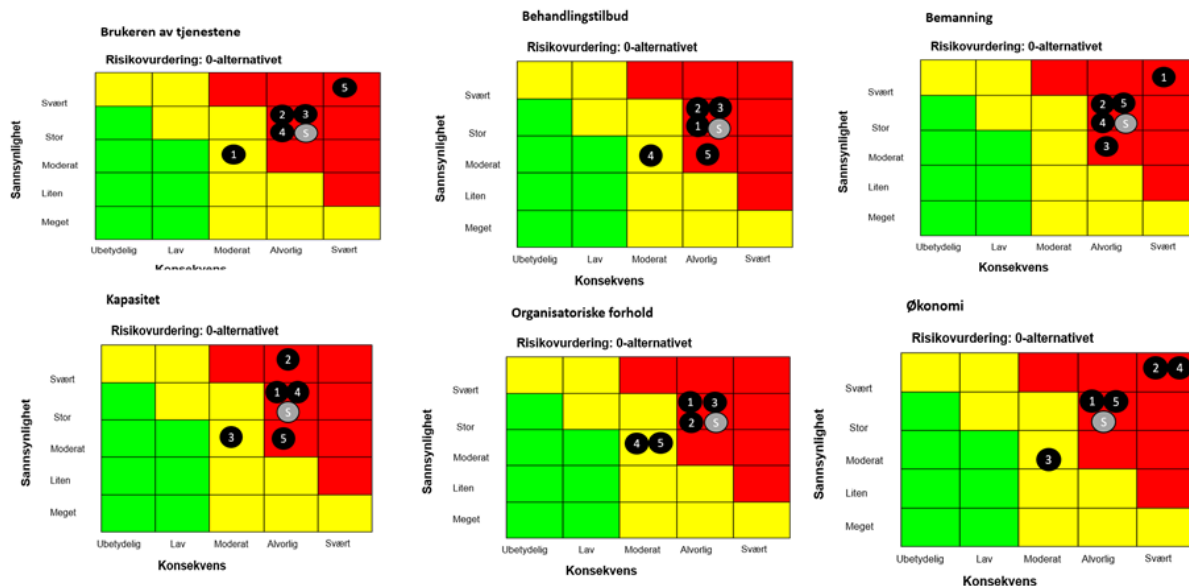
6.2 Metode

ROS-analysene er gjennomført med utgangspunkt i mal for [risikostyring i staten](#) 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-analyse 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).

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

Bruker av tjenesten	<p>Høy risiko for at <i>tjenestene som tilbys ikke er likeverdige</i>¹⁴</p> <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	<p>Høy risiko for at <i>tjenestene som tilbys ikke er av god kvalitet</i></p> <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	<p>Høy risiko for at en <i>ikke klarer å beholde og rekruttere kompetanse</i></p>

¹⁴ Likeverdige tjenester innebærer at befolkningen skal få mest mulig likt resultat av samme behandling, uavhengig av bosted og behandlingssted

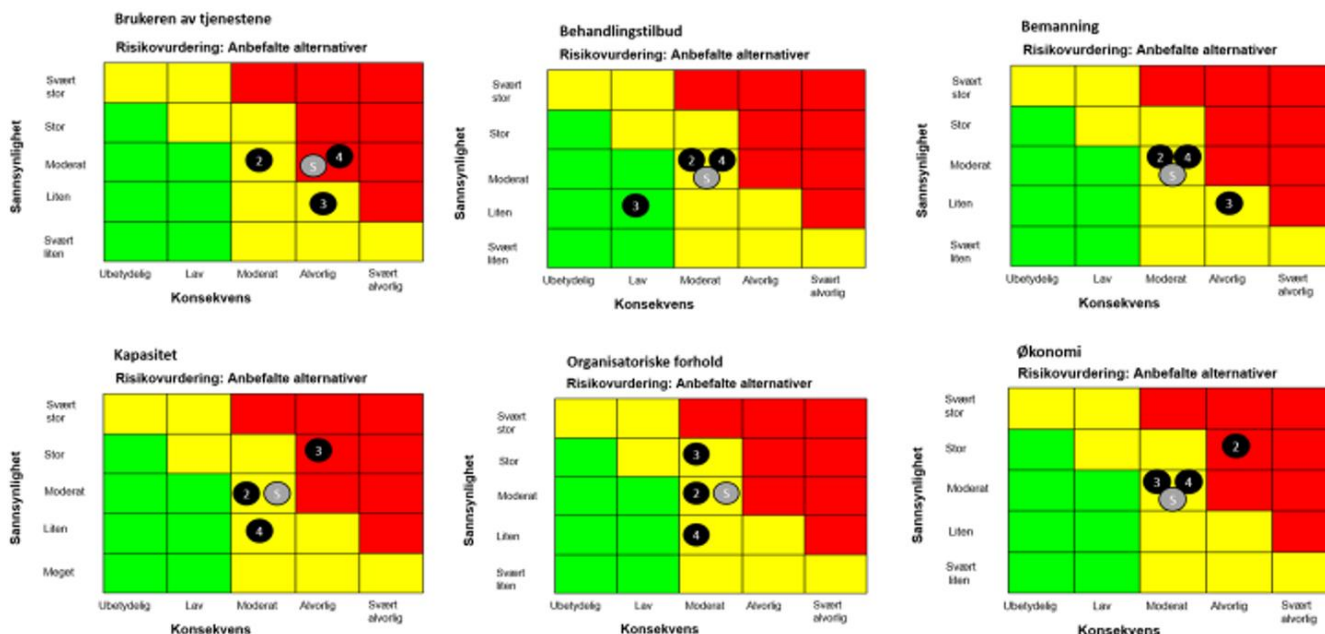
	<ul style="list-style-type: none"> • Høy grad av innleie av helsepersonell • Mange lokasjoner med lavt volum, små fagmiljø med stort eget ansvar • Små fagmiljø med vaktbelastning er sårbart og gir lite tid til faglig utvikling
Kapasitet	<p>Høy risiko for at en <i>ikke har effektiv ressursbruk</i></p> <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	<p>Gråsoner i grensesnitt mellom primær- og spesialisthelsetjeneste</p> <p>Flere pasienter kunne vært fulgt opp og behandlet i kommunene eller hjemme</p> <p>Stor variasjon i kapasitet og kompetanse på kommunalt nivå</p>
Økonomi	<p>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></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risiko for at en ikke har økonomi til nødvendige behov knyttet til teknologi, investeringer, bygg og vedlikehold

Kilde: Delrapport 2-5 (vedlegg 2-6).

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



Figur 30. Oppsummering av risikovurdering av anbefalte alternativer i arbeidsgruppe 2 (psykisk 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 ulike forslag til 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 alternativ 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 imidlertid vurdert som høy, også med risikoreduserende tiltak. Alternativ 1 og 2 er ikke vurdert å bringe risikoen ned. En reduksjon i risiko vil avhenge av at man lykkes i å redusere antall fristbrudd vesentlig, gjennom å styrke poliklinikkene. Også en vesentlig reduksjon i kostnader til kjøp fra private institusjoner vil ha betydning dersom risiko med tanke på økonomisk bærekraft skal kunne reduseres.

Arbeidsgruppe 2 sitt fremlagte forslag vurderes å bidra til mer robuste og større fagmiljø. Det er vurdert at dette 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 bruken 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. En styrking av poliklinikk sammen med en strykning av ambulante team vil kunne bidra til bedre samhandling og mer helhetlige og sammenhengende tjenester. Arbeidsgruppen har vurdert at foreslått alternativ vil kunne redusere graden av uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

Arbeidsgruppe 3

ROS-analysen til arbeidsgruppe 3 viser at deres anbefalte alternativ medfører et moderat risikonivå på tvers av risikoområdene (gjennomsnitt). 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 til tiltak vil redusere risikoen, heller ikke

ved innføring av risikoreduserende tiltak. Kompetanseløft og å sikre et høyt faglig nivå, lik praksis og god kvalitet ble holdt fram som risikoreduserende tiltak. Å hente tilbake det pasientvolumet 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 i fremlagt forslag. Arbeidsgruppen vurderer derfor at det er en risiko forbundet med å bygge ned enkelte av dagens avdelinger innen rehabilitering.

At risikoområdet for behandlingstilbud har en lav gjennomsnittlig risikoprofil begrunnes primært 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. Begrunnelsen for dette var at arbeidsgruppen vurderer det som utfordrende å få tak i tilstrekkelig kompetanse når en øker rehabiliteringstilbudet, og samtidig avviker noen funksjoner. Arbeidsgruppe 3 peker på at rekrutteringen kan bli krevende ved oppbygging av et nytt miljø i Bodø. Med risikoreduserende tiltak vurderte arbeidsgruppe 3 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 Stokmarknes bestå inntil nye tilbud er i full drift.

Arbeidsgruppe 4

Arbeidsgruppe 4 har vurdert gjennomsnittlig risikonivå på tvers av risikoområdene i anbefalt løsning 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. Foreslåtte alternativ er vurdert å bidra til at tilgjengelig kapasitet utnyttes bedre og at ventetiden på laboratorieprøver for spesialiserte undersøkelser kan reduseres. Bedre samarbeid, felles kliniske systemer og samlede fagmiljø vil kunne gjøre det enklere å integrere 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. Også *Risikoen for at det skal være lang svartid på bilder* er 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 risikofaktorer 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 akuttfunksjoner 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 all 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 både 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 helsetjenesten. Vi må derfor finne nye måter å jobbe på, sannsynligvis bruke færre helsepersonell og penger per pasient, samt benytte 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, og for å unngå at det oppstår sammenbrudd i tjenestetilbud med de negative konsekvensene det har.

Siden oppdraget om å vurdere funksjons- og oppgavedeling ble gitt av statsråden, har Helse Nord RHF's styre gitt føringer for utredningsarbeidet, og vi har nå utredet 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 i Nord-Norge gir høy risiko for at pasientene ikke mottar likeverdige helsetjenester. Dette gjelder særlig innenfor psykisk helsevern, et område, sammen med rus, som Helse- og omsorgsdepartementet har sagt skal ha prioritet også i 2024. I Helse Nord er ventetidene for lange, fristbruddene mange og kapasiteten i døgnbehandling for alvorlig psykisk syke er 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, noe som fører til at Helse Nord's andel av budsjettet reduseres. Dette medfører at Helse Nord får en reduksjon i statlige overføringer (ytterligere omstillingsutfordringer) på minst 150 mill. kroner årlig.

Utredningen viser at det er mange ulike hensyn som må veies opp mot hverandre, og 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 spesielt kommunene og vår evne til å tilby helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av nivåene, samt samarbeidet med utdanningsinstitusjonene om riktig dimensjonerte og gode praksisarenaer som er viktig.

Omstillingsutfordringene er allerede store i helseforetakene. Gjennomføringsgraden er for lav. Helseforetakene må i sine kommende omstillingsplaner identifiserer konkrete tiltak som bidrar til at kostnadene holdes innenfor gitte rammer i 2024, og som sikrer økonomisk bærekraft framover. Blant disse tiltakene vil også nedtak av tjenestetilbud måtte vurderes. Det betyr at 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 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 helsemyndighetene har sagt at nettopp psykisk helse skal styrkes. Det er stor mangel på behandlere, spesielt psykiatere, men også psykologspesialister, og 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

Høringsutkast 12.02.2024

utfordringene med å styrke den desentrale polikliniske aktiviteten i hele regionen, i tillegg til sykehusfunksjonene i Tromsø og Bodø. Dette foreslår de 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 dette 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 døgninnleggelser.

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

	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

Tabellen nedenfor viser hovedtrekkene i forslag fra arbeidsgruppe 2.

Tabell 38: Oversikt over endringsforslag i helseforetakene

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			
	Regionale døgnplasser – voksne	Tromsø	Det etableres to nye døgnenheter 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 døgnenhet (UPS) deles i to enheter, en akutt og en elektiv. Samlet døgnkapasitet økes med 5 døgnplasser
	DPS	Storslett, Storsteinnes, Silsand og Tromsø	De tre døgnenhetene 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			

Høringsutkast 12.02.2024

	Regionale døgnplasser – voksne	Bodø	Det etableres en ny døgnettenhet 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-døgnplass til syv-døgnplass
Helgelandssykehuset			
	DPS	Mosjøen og Mo i Rana	Døgnettenheten i Mosjøen foreslås flyttet til Mo i Rana. Ny samlet DPS-døgncapasitet 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 fra arbeidsgruppe 2 (vedlegg 2).

Som ROS-analysen viser (vedlegg 2) vil tiltakene bidra til å styrke det faglige tilbudet til pasientene, og sikre at det helsepersonellet vi har, brukes i tråd med pasientenes behov. Risikoen reduseres fra høy til moderat og lav. Tiltakene som er foreslått vil øke døgnplasser innenfor psykisk helsevern. Dette er i tråd med [Oppdragsdokumentet 2023](#) (28) 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 fagmiljøer 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). Likevel må det 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 de tiltak som er foreslått, forutsetter en omstilling av dagens tilbud (vedlegg 2) og vil benyttes til å styrke tjenestene slik som beskrevet. Det legges opp til å oppnå en reduksjon i HELFO-kostnader gjennom en styrking av de polikliniske tilbudene. For å få til 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 bare avhengig av foretakenes evne til å omstille dagens tilbud. Det er viktig at de poliklinikkene som i dag har store kapasitetsutfordringer prioriteres først. De øvrige midlene som frigjøres i 2024-25 prioriteres til å styrke døgncapasiteten 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 på grunn av inngåtte avtaler ikke gjennomføres før tidligst i 2027. Dette passer tidsmessig godt, da noen av 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 driften av tilbudet.

7.2 Diagnostiske funksjoner

Innenfor diagnostiske funksjoner finner vi 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.

Dette er ikke en unik situasjon i Nord-Norge, men en situasjon som er gjeldende både i resten av Norge og Europa. Siden vi konkurrerer med flere om den samme kompetansen, blir utfordringen større, spesielt for 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 har utredet diagnostiske funksjoner har anbefalt at det inngås et forpliktende samarbeid mellom helseforetakene i Helse Nord ved å etablere et formelt samarbeidsorgan, og inngå gjensidig forpliktende avtaler rundt vakt samarbeid, 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 desentralt, mens analyse av prøver og granskning av bilder i større grad enn i dag sentraliseres. Dette 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 unntatt 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. Det vil også være avgjørende å avklare på hvilken måte samarbeidsorganet skal styres, definere hvordan ledelsen skal organiseres og gjøre en vurdering av muligheten for rekrutteringstiltak utover det som er beskrevet i utredningen. 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 gjennom eierstyringen gi tydelige rammer 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. Ved investeringer i nytt utstyr må dette gjøres i et regionalt samarbeid for å i stadig større grad sikre likt utstyr som fagfolk på tvers av sykehusene kan bruke uten at det krever lengre 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 vaksamarbeid 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 ble 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 til 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 kontinuerlige driften. Pasientenes behov for tidligfaserehabilitering etter akutt sykdom og skade vurderes å ha høy risiko slik den er organisert i dag på grunn av manglende kapasitet og kompetanse. Dette gir fare for prognosetap 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, brudd og slitasjeskader samt 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 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 mer robust 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 framover rette sitt tilbud mot tidlig rehabilitering etter skade og sykdom, da det er dokumentert (32) at det er denne fasen av rehabiliteringen som har størst betydning for utfallet hos pasienten.

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 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 derfor 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 gir 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 viser at behovet til skjøpelig 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.

Høringsutkast 12.02.2024

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.

Anbefalte tiltak innenfor funksjons- og oppgavedeling som legges fram i denne rapporten, påvirker flere områder der samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er avgjørende. Tiltakene innenfor psykisk helsevern og rehabilitering krever en tydeligere avklaring av ansvar og roller i pasientforløpene, og forsterket samarbeid rundt pasientgruppene som er stormottakere av helsetjenester hos begge nivåene.

Helse Nord har gjennom statsbudsjettet 2024 mottatt et varig rekrutterings – og samhandlingstilskudd på 40 millioner 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 utviklingsområdene som er foreslått.

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 regionssykehus med høy faglig kvalitet og tilstrekkelig volum til å håndtere de høyspesialiserte funksjonene. I Helse Nord er et robust

Høringsutkast 12.02.2024

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 regionsykehuset 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 nyfødttintensiv er ikke aktuelt å vurdere før arealene til nyfødttintensivavdelingen 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.

Gjennom [NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus - Styring, finansiering, samhandling og ledelse](#) (12) foreslår flertallet i utvalget at det gjennomføres en utredning av hvordan Sámi klinikk 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 klinikk.

Det skal gjennomføres en vurdering av de samlede administrative funksjonene i Helse Nord. Det er behovet 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 framover. 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

Høringsutkast 12.02.2024

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 kommer føringer eller krav som vil kunne ha betydning for den videre utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.

8 Konklusjon

Tiltak som anbefales for funksjons- og oppgavedeling har ikke tilstrekkelig økonomisk effekt til å løse regionenes samlede økonomiske utfordringer som beskrevet i kapittel 5.4. Selv de mest personell- og økonomi besparende alternativene som har vært diskutert i utredningen, vil ikke sikre nødvendig bærekraft framover. Det vil være behov for ytterligere, omfattende omstillinger utover foreslåtte tiltak i dette arbeidet.

Dersom tiltakene iverksettes er det god grunn til å anta at det vil gi positive effekter på viktige områder. De vil føre til redusert sårbarhet i tjenesten, de vil gi mer robuste og fleksible fagmiljø og de vil kunne styrke kvaliteten på deler av tjenestetilbudene. Tiltakene vil også bidra til å etablere en struktur som innenfor flere områder, i større grad enn i dag, kan la seg bemanne. Styrkingen innenfor psykisk helsevern og TSB er spesielt viktig for å sikre likeverdig tilgang på gode tjenester til denne pasientgruppen. Det samme er tiltakene innenfor diagnostiske funksjoner og rehabilitering. Helseforetakene vil øke volumet av pasientbehandling og dermed bli mindre avhengig av kjøp av tjenester fra private og fristbruddhåndtering av HELFO. Bedre samordning og kompetansedeling med primærhelsetjenesten gjør at pasienter i større grad får tilbud om behandling på beste effektive omsorgsnivå. Bedre samhandling om tilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene vil kunne forebygge innleggelses, bidra til bedre utskrivelser og sikre helhetlige og sammenhengende pasientforløp.

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.

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

Situasjonen innenfor diagnostiske funksjoner, spesielt innenfor radiologi, er kritisk og kan raskt forverres hvis Helse Nord ikke igangsetter nødvendige tiltak. Rekruttering av radiologer og bioingeniører, samt å sikre vaktordninger og vakt samarbeid innenfor radiologi må prioriteres. Arbeidet med å gjennomføre tiltak anbefales gjennomført 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 som sitter i det regionale brukerutvalget er særlig bekymret over at mange pasienter står lenge på ventelister og over mange fristbrudd, en bekymring Helse Nord RHF deler. Nå står ca. 31 000 pasienter på ventelister for å få den helsehjelpen de har krav på i spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Det haster med å få på plass tiltak som bidrar til å øke behandlingsskapiteten, samtidig som foretakene sikrer at kostnadene holdes innenfor de økonomiske rammene.

Arbeidet med utredningen har vært krevende, lærerik og nødvendig. Resultatene 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 regionssykehuset og

Høringsutkast 12.02.2024

utføring av oppgavene knyttet til utdanning ved å være et universitetssykehus har stagnert. Regionsykehuset må styrkes hvis regionen skal ha et tilbud om spesialisthelsetjenester som er likeverdig med resten av landet.

Tiltakene vil kunne føre til redusert ventetid, redusert antall fristbrudd og til økt livskvalitet og redusere prognosetap for flere pasienter. Dette er viktig for å kunne gi flere av pasientene våre likeverdig behandling og for å løse flere av de utfordringene vi har i dag. Det vil i tillegg være positivt for å kunne møte befolkningsutviklingen fremover på en best mulig måte.

For å sikre bærekraft i tjenesten fremover og ikke minst når det gjelder rekruttering av kritisk personell, blir det svært viktig å finne gode tiltak for disponeringen av den økte rammen på 200 + 40 mill. kr. Dette for å styrke rekrutteringen og for å kunne ta ned behovet for innleie av arbeidskraft, de siste 40 mill. 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 skaffe 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 innenfor administrative og kliniske enheter i hele foretaksgruppen for å identifisere områder hvor det kan drives mer effektivt. Det må i tillegg gjøres en kritisk vurdering av behovet for parallelle funksjoner spesielt innenfor 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 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.

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. Statistisk sentralbyrå (2023). Hvor mange bor det i Norge? <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>
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/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
6. Regjeringen (2020). Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan. <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
<https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-parorende.pdf>
7. Revidert framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester (2023).
8. 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/>
9. Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023). <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
10. Helsedirektoratet (2021). Befolkningens helsekompetanse. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
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->

Høringsutkast 12.02.2024

- [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. 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>
 19. Folkehelseinstituttet (2023). Responstider for ambulanser og pasientutfall. <https://www.fhi.no/publ/2023/responstider-for-ambulanser-og-pasientutfall/>
 20. 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
 21. Regjeringen (2023). NOU 2023: 9 Generalistkommunesystemet — Likt ansvar – ulike forutsetninger. <https://www.regjeringen.no/no/dep/kdd/org/styrer-rad-og-utvalg/generalistkommuneutvalget/id2827183/>
 22. 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
 23. Direktoratet for e-helse (2023). Nasjonal e-helsestrategi for helse- og omsorgssektoren. <https://www.ehelse.no/strategi/nasjonale-helsestrategi-for-helse-og-omsorgssektoren>
 24. Direktoratet for e-helse (2023). Målbilde for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. <https://www.ehelse.no/publikasjoner/malbilde-for-digitalisering-i-helse-og-omsorgssektoren>
 25. Regjeringen (2023). NOU 2023:17 Nå er det alvor. Rustet for en usikker fremtid. <https://www.regjeringen.no/contentassets/4b9ba57bebae44d2bebfc845ff6cd5f5/no/pdfs/nou202320230017000dddpdfs.pdf>
 26. 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/>

Høringsutkast 12.02.2024

27. Regjeringen (2019). NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-24/id2682523/>
28. Regjeringen (2023). Oppdragsdokument 2023. Helse Nord RHF.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2023-helse-nord-rhf.pdf>
29. Helsedirektoratet (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. IS-1877.
https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/13edf7e77e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
30. Helsedirektoratet (2022). Høringsutkast: Fødselsomsorgen.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast>
31. Nasjonalt traumeregister (2022). Årsrapport med plan for forbedringstiltak.
<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-07/%C3%85rsrapport%202022%20Nasjonalt%20traumeregister.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 ambulansse er 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 luftambulansseoppdrag 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 luftambulansseoppdrag 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.

Høringsutkast 12.02.2024

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 prehospitaler ressurser per helseforetak i 2023.

Tabell 19. Totale driftskostnader for prehospitaler 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.

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

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.

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Klæboe Nilsen

Dato:
12.2.2024

RBU-sak 12-2024 KI-løsninger i radiologi i Helse Nord - anskaffelse og implementering

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar orienteringen om anskaffelse og implementering av KI i radiologi til orientering.

Bodø, 12. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Innledning

Det vises til orientering til brukerne i møte i Regionalt brukerutvalg 22. mai 2023 i sak om *Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025 – status*.

Regionalt brukerutvalg informeres nå om at styret har gitt godkjenning for å anskaffe og innføre CE-merkede kunstig intelligens (KI)-løsninger innen radiologi i Helse Nord. Styret gjorde følgende vedtak i *styresak 146-2023 KI-løsninger i radiologi i Helse Nord – anskaffelse og implementering, oppfølging av styresak 49-2023/4*, i møte 20.12.2023:

2. *Styret i Helse Nord RHF slutter seg til at Helse Nord RHF fortsetter å forberede bruk av KI-løsninger i radiologi i regionen.*
3. *Styret ber om at en beskrivelse av fremtidig finansiering utarbeides og legges frem i økonomisk langtidsplan 2024.*
4. *Styret ber om å bli holdt orientert om fremdriften i å ta KI-løsninger i radiologi i bruk.*

Regionalt brukerutvalg orienteres i det følgende om det samme som styret ble forelagt i styresak 146-2023.

Bakgrunn

Saken følger opp *styresak 49-2023/4 Orienteringssak ad. strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025 – status, oppfølging av styresak 71-2021* (styremøte 26. april 2023). Saken redegjorde for status på tiltak satt i verk på grunnlag av vedtatt strategi for kunstig intelligens i 2021. Saken omhandlet IKT-infrastruktur, utdanning- og kompetansebehov, samt Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI). Saken redegjorde også for oppfølgingsrapporten om KI innen radiologi (november 2022) og konkretiserte løsninger for kommersiell anskaffelse.

Forankringsarbeidet ved UNN

Forankringsarbeidet mot UNN har resultert i et samarbeid med en leverandør om å prøve ut tre-fire KI-løsninger første halvår 2024, og én KI-radiograf er ansatt i en ett-årig prosjektstilling fra desember 2023, finansiert av UNN (se vedlegg 1). KI-løsninger innen radiologi er tatt i bruk i Helse Nord, f. eks. skjelettalder¹ og CT hjerte. Disse løsningene er tatt i bruk i helseforetak over hele landet, over flere år.

Infrastrukturprosjektet for IKT-infrastruktur for KI og helseforskningsdata (omtalt i *styresak 49-2023/4* – nå kalt SIKTH-prosjektet) skal også støtte opp om innføring av KI i radiologi ved UNN.

Både i Helse Nord's strategi for kunstig intelligens 2022-2025, vedtatt av styret i *styresak 71-2021* og i den oppfølgende rapporten om KI innen radiologi (november 2022), ble radiologifeltet framhevet som det mest modne fagområdet for å innføre KI-løsninger.

¹ Skjelettalder er en billeddiagnostisk undersøkelse som gjøres for å avgjøre om personen følger kronologisk alders modenhet av skjelettet, se for eksempel <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/84254/1/Masteroppgave-Erik-Haavardsholm-HADM4502-kandnr-108.pdf>

Radiologifaget har også klart flest CE-merkede² kommersielle løsninger (214 KI-produkter per 1. desember 2023) i markedet.

Helse Nord og KI-løsninger

KI-strategiens visjon er:

Helse Nord skal legge aktivt til rette for utvikling og god klinisk bruk av kvalitetssikrede og validerte løsninger for kunstig intelligens, med sikte på å forbedre kvaliteten og effektivisere ressursbruken i helsetjenesten.

På radiologifeltet innebærer visjonen primært å effektivisere driften gjennom KI-løsninger som gir beslutningsstøtte og dermed virker arbeidsbesparende for radiologene. Kvalitetssikrede og validerte KI-løsninger forventes også å bidra til å redusere variasjonen i diagnostisk kvalitet og dermed økt gjennomsnittskvalitet.

Helse Nord har store kapasitetsutfordringer i radiologifaget. Dagens mangel på radiologer forventes å øke fremover, både nasjonalt og regionalt. Samtidig øker behovet for radiologiske undersøkelser. KI-løsninger for å gi kapasitet til å håndtere de radiologiske oppgavene, anses derfor nødvendig å ta i bruk i økende grad. KI-løsninger er også pekt på som ett av flere tiltak i rapporten fra arbeidsgruppe 4, diagnostiske tjenester, i Helse Nords endrings- og omstillingsarbeid (publisert 14. november 2023).³

En viktig forutsetning for å ta i bruk KI-løsninger, er at de kvalitativt holder mål i klinisk bruk. Et økende antall CE-merkede løsninger er nå validert gjennom uavhengige fagfelleverderte forskningsstudier og tas i bruk av sykehus i mange land i Europa. I Norge er de ferske erfaringene fra Vestre Viken HF positive⁴. Langt bredere erfaringer med en rekke KI-løsninger som er tatt i bruk i flere sykehus i Nederland er også positive.

I mangel på storskala implementeringer, er dokumentasjonen for kost-nytte ved å ta i bruk slike løsninger noe svakere. Studier fra Nederland viser at nesten to tredeler av fagmiljøene vurderer positiv nytte i form av helsegevinst og/eller lavere kostnader ved bruk av KI. Kun 8% rapporter ingen effekt (se utfyllende informasjon i vedlegg 1). Grunnlaget for å dokumentere helseøkonomiske effekter raskt antas å bli styrket ettersom stadig flere sykehus tar KI-løsninger i bruk. Det er viktig at Helse Nord legger til rette for slik dokumentasjon, både i egenregi⁵ og gjennom det nasjonale samarbeidet i Nye metoder.

Oppdatert status for planer om anskaffelse

Vestre Viken HF gjennomførte en anskaffelse i 2022 og er i gang med å innføre KI-løsninger i radiologifaget. Så langt er erfaringene og resultatene gode⁶. Denne saken anbefaler å anskaffe og systematisk innføre KI-løsninger i radiologi sammen med øvrige RHF. Anskaffelsen organiseres i regi av Helse Sør-Øst RHF. Behovene knyttet til

² "Conformité Européenne", et produkt "conforms to European directives", er i overenskomst med europeiske direktiver. CE-merking av et produkt betyr at det samsvarer med de forskrifter og lovkrav som stilles til produktet gjennom EØS og derfor kan selges i Europa.

³ <https://www.helse-nord.no/ending-og-omstilling-i-helse-nord/arbeidsgruppene-i-utredningen-av-funksjons--og-oppgavedeling/delrapporter-fra-arbeidsgruppene/>

⁴ <https://ehealthresearch.no/nyheter/2023/vestre-viken-forbedrer-pasientforlop>

⁵ RHF er i dialog med NSE om følgeforskning på innføring av KI i radiologi i regionen, og har mottatt prosjektbeskrivelse for et slikt forskningsprosjekt

⁶ <https://ehealthresearch.no/nyheter/2023/kunstig-intelligens-diagnostiserer-deg>

funksjonalitet i KI-løsningene er i stort de samme i de fire RHF-ene og fagpersoner i Helse Nord har bidratt med innspill til kravspesifikasjonen. En felles anskaffelse antas å gi stordriftsfordeler, både med hensyn til ressursbruk i selve innkjøpsprosessen og når det gjelder innkjøpspris. Helse Sør-Øst RHF planlegger å kunngjøre anskaffelsen i januar 2024, med sikte på å inngå rammeavtale med en eller flere leverandører i juni 2024. Helse Nord RHF vil kunne gjøre avrop på disse avtalene tidligst høsten 2024. Kontraktene Helse Nord etablerer gjennom avrop, forslås forvaltet av Helse Nord IKT.

Avrop på rammeavtalen for å ta i bruk KI-løsninger i radiologifaget bør skje snarest mulig etter at rammeavtalen er etablert, for å ikke miste moment og framdrift i arbeidet.

Implementeringsplan

For å forberede innføringen av KI-løsninger anbefales et samarbeid mellom Helse Nord RHF, SPKI, Helse Nord IKT og helseforetakene om en innføringsplan. Planen bør redegjøre for nødvendige forutsetninger for å implementere og ta i bruk KI-løsninger i de enkelte helseforetakene. Forutsetningene omfatter både lokale og regionale ressurser og kompetanser som må være på plass. Spørsmålet om å etablere et regionalt KI-nettverk bør også vurderes i planen, som bør utarbeides i løpet av første halvår 2024.

Erfaringene fra utprøvingen i UNN vil være til nytte i dette arbeidet. Det antas at innføring av anskaffede løsninger vil kunne starte senhøsten 2024, mens innføring i større skala (flere algoritmer, alle helseforetak) først vil kunne gjennomføres i 2025.

Prioriterte løsninger for anskaffelse og innføring

Behovene i Helse Nord slik de er redegjort for i radiologirapporten (november 2022) og markedssituasjonen per november 2023, tilsier anskaffelse og implementering av KI-løsninger for:

- Tolking av skjelettrøntgen, særlig brudd-deteksjon
- CT thorax (lungenoduli, lungeemboli, fortetninger, m.m.)
- Tolking av konvensjonell røntgen thorax
- Slagdiagnostikk (CT, CT angiografi, CT perfusjon)
- MR prostata
- MR Caput (oppfølging av MS-lesjoner, m.m.)

Ressursbruk i Helse Nord – kostnadsberegning

Anskaffelse av KI-løsninger i radiologifaget, vil ha kostnader til innkjøp, opplæring og tilpasning til nye arbeidsmåter, dvs. størst kostnad i startfasen. Gevinstene vil høstes etter de første innføringene. Det anbefales at Helse Nord RHF i initialfasen, finansierer kjøp av KI-løsninger. Helseforetakene må på sin side ta ansvaret for kostnader til personellressurser, kompetanseutvikling og nødvendig opplæring for å komme i gang. Arbeidet for å innføre KI-løsninger i de enkelte helseforetak vil bli støttet av SPKI og Helse Nord IKT. Helseforetakene må selv beslutte bruk KI-løsninger og dokumentere at forutsetningene for innføring er til stede. Intensjonen er at alle HF skal ta i bruk løsningene. På den måten får vi full effekt av tiltaket i regionen, og pasientene likebehandles uansett hvor i regionen de er. Det vises til anbefalingen fra arbeidsgruppe 4 i Helse Nord RHF's utredningsarbeid høsten 2023, med etablering av en samarbeidsmodell der sykehusforetakene inngår samarbeidsavtaler innen diagnostikk, og at disse skal være forpliktende.

Kostnadsberegningene pr november 2023 er 0,7 -1 mill. kroner pr algoritme pr år. Anslaget er basert på antatte priser hentet fra et par utvalgte leverandører, som grunnlag for å budsjettere. Samtidig må det tilføyes at endelige priser etter en konkurranse kan avvike. Hvorvidt support inngår i anslaget over er uklart og kan komme i tillegg.

Antatt helårsvirkning er på om lag 5 mill. kroner fra 2025 og framover, og noen kostnader i 2024 dersom kjøpet får effekt i 2024. Kostnader i 2024 dekkes av midler satt av til faglige satsninger i Helse Nord (styresak 87-2023).

Medbestemmelse og forhold av betydning for pasientene

Regionalt brukerutvalg er med dette orientert om styrets tilslutning til anskaffelse av KI-verktøy innen radiologi, til bruk i hele regionen. Verktøyene skal tas i bruk muligens i slutten av 2024, og helseforetakene er med i forberedelse til dette, jf beskrivelse av implementeringsplanen.

Når verktøyene tas i bruk er det forventet effekt av bruk av KI til tolkning av røntgenbilder, til det positive for pasientene. Kvaliteten vil være den samme, og det er forventet en innsparing i og bedre bruk av tid for radiologer og radiografer, og raskere prøveresultater for pasientene.

Adm. direktørs vurdering

Adm. direktør vurderer at Helse Nord nå bør gå videre fra strategi og planlegging til anskaffelse av KI-løsninger i radiologi. Risikoen med å forberede innføring av KI-løsninger i radiologifaget i Helse Nord vurderes som lav basert på erfaringene fra Vestre Viken HF, og fordi anskaffelsen gjennomføres av Helse Sør-Øst RHF.

Adm. direktør gir sin tilslutning til at Helse Nord kan gjøre avrop på rammeavtalen. Før anskaffelser og implementering starter skal en plan for innføring utarbeides, der faglige, kapasitetsmessige og andre vilkår for å komme i gang, presiseres.

Endelige kostnader knyttet til KI-anskaffelse kan fastsettes når rammeavtalen blir kjent i 2024. Kostnader til å realisere innkjøp tas inn i budsjettprosessen for 2025, og i økonomisk langtidsplan. Dersom innkjøpet får effekt i 2024 vil kostnadene som påløper i 2024 finansieres av midler satt av til faglige satsninger i økonomisk langtidsplan (tabell 8, styresak 87-2023). KI-løsninger forventes å bidra til beslutningsstøtte for radiologer og radiografer, spart arbeidstid og dermed økt kapasiteten til å tolke bilder, kvalitet i arbeidet og tjenesten. På den bakgrunn vurderes kostnadene som små.

Vedlegg Utredning - anskaffelse og implementering av kunstig intelligens i Helse Nord

Vedlegg

Utredning - anskaffelse og implementering av kunstig intelligens i Helse Nord

I dette vedlegget redegjøres nærmere for noen av de premisser og vurderinger som ligger til grunn for saksframlegget om denne saken. Det gjelder bl.a. spørsmålet om anskaffelsen skal skje i Helse Nord's egenregi eller om vi skal knytte oss til pågående anskaffelsesprosesser i andre RHF. Videre redegjøres for forestående utprøving av KI-løsninger ved UNN HF, erfaringer fra innføring av slike løsninger i Vestre Viken HF og ved en rekke sykehus i Nederland, samt noen resonnementer om helseøkonomi og kostnytte.

Anskaffelse i egenregi eller avrop på anskaffelse i regi av annet RHF?

I radiologirapporten fra november 2022, ble det anbefalt å gjøre en anskaffelse i egenregi etter å ha avholdt en leverandørkonferanse. Vi har i mellomtiden vurdert det slik at det nå er mindre behov for å arrangere en leverandørkonferanse, ettersom det nå foreligger mer oppdatert kunnskap om markedet av aktuelle løsninger, både nasjonalt og i Helse Nord. I tillegg følger vi godt med i de løsninger som presenteres og dokumenteres gjennom databasen AlforRadiology.com. Da det ble kjent at Vestre Viken HF/Helse Sør-Øst RHF var i ferd med å forberede en ny anskaffelse av KI-løsninger, tok Helse Nord RHF kontakt med Helse Sør-Øst RHF og øvrige RHF for å sondere muligheten for å gjøre en felles anskaffelse, eventuelt å la øvrige RHF gjøre avrop på rammeavtale inngått av Helse Sør-Øst RHF. Dette ble 23. oktober drøftet i egen sak til de IKT-direktørmøtet for de fire RHF-ene der det ble besluttet å både åpne for avrop for øvrige RHF og å la disse komme med innspill til kravspesifikasjonen.

Helse Sør-Øst RHF har nå ferdigstilt en tidsplan for anskaffelsen, med utlysning medio januar 2024 og inngåelse av rammeavtale med en eller flere plattformleverandører i løpet av juni 2024. Det vil bli informert om anskaffelsen på møte mellom IKT-direktørene i RHF-ene 11. desember 2023. Helse Nord RHF/SPKI har i samarbeid med ressurspersoner i fagmiljøene i Helse Nord gitt noen innspill til prioriterte områder for anskaffelse med tilhørende kravspesifikasjoner for konkrete løsninger. Den foreliggende tidsplanen tilsier at Helse Nord RHF vil kunne gjøre avrop på rammeavtalen over sommeren 2024.

Forankring av KI-opstart og utprøving ved UNN HF

UNN HF hadde som eneste HF utenfor Helse-Sør-Øst, mulighet til å gjøre avrop på den rammeavtalen Vestre Viken/Helse Sør-Øst i 2022 inngikk med valgt leverandør. Under gitte vilkår, anbefalte arbeidsgruppen bak radiologirapporten UNN HF om å gjøre avrop på denne rammeavtalen med sikte på å prøve ut og ta i bruk en løsning for brudd-deteksjon. Når slikt avrop ikke er gjort, er det en konsekvens av usikkerhet knyttet til noen av forutsetningene som var satt.

For å få konkrete erfaringer med installasjon av KI-løsninger, har UNN HF i stedet inngått et samarbeid med annen leverandør om å få prøve ut tre-fire KI-løsninger på en gitt plattform i løpet av første halvår 2024. Denne utprøvingen er nå forankret ved UNNs røntgenavdeling som - tross betydelige driftsutfordringer - har mobilisert fagmiljøet til

å delta i denne utprøvingen. For å bistå i dette arbeidet er det nå ansatt en KI-radiograf i hel stilling, finansiert av UNN HF.

Denne utprøvingen forventes å gi nyttige erfaringer som kan komme hele foretaksgruppen til gode når det i neste runde skal gjøres avrop på avtale om anskaffelse. Det presiseres samtidig at den kommende anskaffelsen selvfølgelig skjer på grunnlag av åpen konkurranse, uten å favorisere de løsninger som nå utprøves.

Erfaringer fra Vestre Viken HF

Bærum sykehus har siden august i år hatt løsning for brudd-deteksjon (BoneView fra Gleamer) i ordinær drift på røntgenavdelingen. Erfaringene fra Bærum gjelder både pasienter fra akuttmottak og kommunens legevakt og viser gode med foreløpige resultater; KI-løsningen gir omtrent samme diagnostiske treffsikkerhet som en radiolog. Det kan dermed konstateres at denne kommersielle CE-merkede løsningen fungerer godt anvendt på norske pasienter. Dessuten opplever pasientene allerede en betydelig gevinst, i form av spart ventetid for dem som kan sendes hjem når algoritmen viser negative funn.

Brudd-deteksjonsløsningen er nå også tatt i bruk på sykehusene i Kongsberg og Drammen, og Ringerike sykehus står for tur. Det forventes at flere HF i Helse Sør-Øst vil komme etter i løpet av 2024. Slik løsningen nå brukes i Vestre Viken HF, gir den foreløpig ingen reduksjon i radiologtid, men triageringen bidrar til en vesentlig reduksjon av det antallet pasienter som undersøkes av radiolog på vakt.

Problemstillingen om å eliminere oppfølgende radiologundersøkelser for pasienter der KI-løsningen gir positive funn, er imidlertid reist. Dersom det gjøres en slik endring, vil det innebære en vesentlig reduksjon (30-40 prosent) av det radiologiske arbeidet. I løpet av 2024 planlegger Vestre Viken HF å implementere KI-løsninger på nye områder (MS, hjerneslag, thorax mv.). Dette er områder som også er prioritert i Helse Nords radiologirapport, og som gjennom konvensjonelle undersøkelser krever betydelig radiologtid; løsninger på disse områdene har dermed betydelige potensialer for å effektivisere arbeidet.

Erfaringer fra Nederland

I en fersk studie⁷ fra Nederland oppsummeres erfaringene med å ta i bruk KI-løsninger i radiologi i perioden 2020-2022. En tredel av de 69 sykehusene i landet tatt i bruk slike løsninger i 2022, og gjennomsnittlig antall unike løsninger per sykehus økte fra 1 til 3 i løpet av treårsperioden. I alt var 34 unike kommersielle løsninger tatt i bruk. Porteføljen av produkter som er implementert i Nederland er i hovedsak sammenfallende (CT-Thorax-undersøkelser for lungenoduler og lungeemboli, CT-løsninger for hjerneslag og konvensjonell røntgen av muskel/skjelett.) med de løsningsområder som er prioritert i Helse Nords radiologirapport.

En spørreundersøkelse til fagmiljøene ved disse sykehusene, viste at 32 prosent mente KI-løsningene ga både helsegevinst og reduserte kostnader, mens 28 prosent mente løsningen bare bidro til helsegevinst. 32% av fagmiljøene vurderte resultatene på begge disse dimensjonene som foreløpig uklare, mens bare 8% rapporterte ingen nytte. Det er

⁷ van Leeuwen, K.G., de Rooij, M., Schalekamp, S. et al. Clinical use of artificial intelligence products for radiology in the Netherlands between 2020 and 2022. Eur Radiol (2023). <https://doi.org/10.1007/s00330-023-09991-5>

følgelig grunn til å vurdere disse resultatene fra de første installasjoner i Nederland som rimelig positive.

I denne undersøkelsen ble det også dokumentert at de største begrensningene for å ta i bruk KI-løsninger knyttet seg til kostnader (les: mangel på budsjetterte midler) og problemer med integrasjon av løsningene mot IKT-systemene. Manglende validering av kommersielle løsninger ble rapportert som den tredje viktigste begrensning.

Helseøkonomiske vurderinger av kost-nytte

Vestre Viken HF vil i løpet av neste år få et bedre empirisk grunnlag for å gjøre mer kvalifiserte helseøkonomiske vurderinger av kost-nytte ved å ta i bruk KI-løsninger. Helse Nord RHF vil følge med på disse vurderingene. Mens det kommer et økende antall studier som dokumenterer god diagnostisk treffsikkerhet for stadig flere KI-løsninger innen radiologi, er det foreløpig langt færre studier om kost-nytte, og de fleste av disse er basert på simuleringsmodeller og ikke på empiriske data. Dette er en naturlig og forventet konsekvens av at det foreløpig mangler gode eksempler på storskala implementeringer av KI-løsninger. Det vil dessuten alltid følge pukkelkostnader med å ta i bruk nye løsninger, før man lærer å bruke dem og tilpasse dem til nye rutiner for arbeidsflyt.

Den økende implementering av KI-løsninger som skjer i Europa, USA og Asia, vil både legge et grunnlag for – og øke behovet for – gode helseøkonomiske analyser. I EU-systemet utvikles det nå et rammeverk for metodevurderinger (HTAR) som også vil gjøres gjeldende for Norge. I disse metodevurderingene inngår også helseøkonomiske analyser av kost-nytte. I den pågående omorganisering av de statlige helseetatene i Norge, legges det opp til at både det nye Direktoratet for medisinske produkter og Folkehelseinstituttet skal ivareta slike oppgaver. Disse etatene vil dermed kunne bidra til å fremskaffe nødvendig kunnskapsgrunnlag som beslutningsstøtte i tilknytning til anskaffelser av KI-løsninger. Helse Nord RHF ser det viktig at RHF-ene gjennom Nye Metoder adresserer slike problemstillinger og initierer bestillinger av slike analyser. I likhet med alle andre helseinstitusjoner som nå er i ferd med å ta i bruk KI-løsninger, må Helse Nord i denne innledende fasen ta slike beslutninger uten å ha tilstrekkelig kunnskap om kost-nytte. I samarbeid med nasjonale helsemyndigheter og øvrige RHF, må det derfor legges opp til løpende dokumentasjon, følgeforskning og evaluering av de erfaringer som gjøres; slik fremskaffes et framtidig kunnskapsgrunnlag for gode metodevurderinger, inkludert analyser av kost-nytte, basert på norske erfaringer.

Estimering av kostnader og finansiering

Kostnader knyttet til anskaffelse og implementering av KI-løsninger innbefatter kjøp av løsninger, installasjon, drift og forvaltning, opplæring og kompetanse. Helse Nord RHF har i løpet av de siste par årene dekket kostnader til flere tilretteleggende tiltak for å ta i bruk KI. Det gjelder primært etableringen av SPKI i samarbeid med UNN HF og UiT – Norges arktiske universitet, og SIKTH-prosjektet, innrettet mot etablering av infrastruktur for KI og helseforskning.

Ved å gjøre avrop på en rammeavtale med Helse Sør-Øst RHF, vil det følge kostnader med beslutninger om anskaffelser av plattform(er) og KI-løsninger. Det foreligger på nåværende tidspunkt ikke noe godt og sikkert grunnlag for å estimere slike kostnader. Vi må derfor avvvente resultatene av de rammeavtaler som inngås i løpet av første halvår 2024, før det er mulig å gjøre konkrete og mer presise kostnadsberegninger.

Prismodellene er gjerne knyttet til antall undersøkelser og med fallende enhetspris for økende volum. Det anbefales derfor å gjøre felles avrop for alle HF i Helse Nord for KI-løsninger som potensielt skal brukes ved alle røntgenavdelinger.

Kostnadene for kjøp av KI-løsninger vil uansett bli begrensede for 2024, ettersom de første løsningene neppe er på plass før sent på høsten. I budsjettåret 2025 forventes imidlertid dette beløpet å øke betydelig, både som følge av helårsvirkning og at flere KI-løsninger anskaffes og implementeres. Vestre Viken HF har omtrent samme befolkningsunderlag som hele Helse Nord; erfaringene derfra forventes derfor i løpet av kommende år å kunne gi et bedre grunnlag for å gjøre kunnskapsbaserte kostnadsestimater for Helse Nord.

Som følge av den stramme økonomiske situasjonen i foretaksgruppen i Helse Nord, vil det være krevende å prioritere investeringer i KI. Det anbefales at Helse Nord RHF i oppstartperioden tar det finansielle ansvaret for kjøp av kommersielle, CE-merkede KI-løsninger. Kostnader knyttet til bruk av personell, kompetanseutvikling og opplæring i egen virksomhet, forutsettes derimot dekket av det enkelte helseforetak.

En implementeringsplan for å ta i bruk KI-løsninger innen radiologi i Helse Nord

Det strategiske arbeidet som er gjennomført i Helse Nord, bør følges opp med mer konkrete og operasjonelle planer for implementering. En slik plan må omfatte alle fire sykehusforetak og utarbeides i samarbeid med disse. I planen må det – innen rammen av de løsningene som vil være tilgjengelige gjennom rammeavtaler - også gjøres konkrete vurderinger av hvilke KI-løsninger som anbefales prioritert i de enkelte HF-ene. Det må i planen legges opp til en gjennomgang av forutsetninger som må være på plass, både regionalt og i de enkelte HF-ene, for å starte arbeidet med implementering. Det gjelder kompetanse, motivasjon, kapasitet i fagmiljøene og andre ressurser i de enkelte helseforetak, samt regional kapasitet hos SPKI og HNIKT for å understøtte og veilede de lokale prosessene. Ved prioritering må det legges vekt på hvilke fagmiljøer som – på grunnlag av denne gjennomgangen – synes å ha de beste forutsetninger for å starte implementering. Det er likevel nødvendig at hvert enkelt helseforetak tar selvstendig stilling til når de er rede til å ta i bruk KI-løsninger. I planen må det også vurderes om det er mulig å innføre KI-løsninger parallelt i flere HF samtidig, og om felles organisering gjennom implementeringsnettverk vil kunne fasilitere slike prosesser. Det er ønskelig at dette planarbeidet gjennomføres i løpet av første halvår 2024.

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Mentzoni-Einarsen, Hygen

Dato:
12.2.2024

RBU-sak 13-2024

Handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse 2024-2025

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg gir sin tilslutning til handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse 2024-2025.

Bodø, 12. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Formål

Orientering om utkast til handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse 2024-2025. Diskusjon om tiltakene som foreslås.

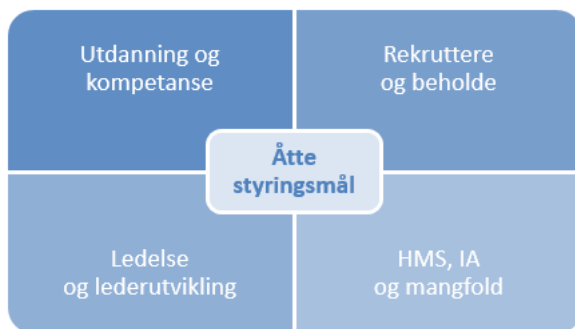
Beslutningsgrunnlag

Handlingsplanen er en oppfølging av [Helse Nords strategi for personell, utdanning og kompetanse \(PUK-strategi\)](#). PUK-strategien er godt forankret både internt i foretaksgruppen og eksternt i regionen. Den sammenfaller også godt med Helsepersonellkommisjonens anbefalinger.

Handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse 2024-2025

Se vedlagte utkast til regional handlingsplan (vedlegg).

Handlingsplanen dekker fire områder på samme måte som PUK-strategien.



Figur 1 Områder som dekkes i strategi for personell, utdanning og kompetanse

Strategien har et langsiktig perspektiv mot 2038 med oppdatering hvert fjerde år, etter samme syklus som regional utviklingsplan. PUK-handlingsplan vil tydeliggjøre ansvar, prioriterte tiltak og delmål for perioden 2024-2025.

Handlingsplanen dekker ikke alle 54 innsatsområder i PUK-strategien. Planen omfatter noen utvalgte områder som Helse Nord ønsker å prioritere de neste to årene.

Utkastet inneholder tiltak på regionalt nivå. Regionale tiltak skal henge godt sammen med foretaksvis tiltak, men ikke oppsummere eller erstatte disse. Prioriterte tiltak innarbeides i årlige styringskrav og rammer til foretakene.

Tidslinje

- 26.04.23 **Helse Nords strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK-strategi) vedtas**, se [styresak 40-2023](#). Følges opp med handlingsplan
- 26.05.23 Regionalt samarbeidsorgan for utdanning (SAMUT) foreslår prioriterte innsatsområder til handlingsplanen
- 31.08.23 HR-sjefene diskuterer utvikling av handlingsplan. Ber Helse Nord RHF gjøre en prioritering blant de 54 innsatsområdene i PUK-strategien
- 05.09.23 Helse Nord RHF gjør en innledende prioritering av 26 innsatsområder for perioden 2024-2025
- 06.09.23 Fagnettverkene får oppdrag om å foreslå tiltak på sine områder
- 30.11.23 Fagnettverkene foreslår tiltak som skal inngå i handlingsplanen
- 12.12.23 Dialog om mulige tiltak med KTV/KVO

05.01.24	Helse Nord RHF ferdigstiller førsteutkast til PUK-handlingsplan
23.01.24	Ledergruppen i Helse Nord RHF behandler saken
02.02.24	HR-sjefene gir innspill
13.02.24	Dialog KTV/KVO
14.02.24	Fagsjefene gir innspill
15.02.24	Foretaksdirektørene gir innspill
19.02.24	RBU gir innspill
23.02.24	Helse Nord RHF ferdigstiller drøftingsutkast
04.03.24	Drøfting KTV/KVO
22.03.24	Styret i Helse Nord vedtar PUK-handlingsplan 2024-2025

Diskusjonspunkter

RBU inviteres til å gi innspill på tiltakene som foreslås i handlingsplanen:

- 1) Er dette de riktige tiltakene for å redusere bemanningsutfordringene?
- 2) Er det noen viktige tiltak som mangler?

Vedlegg: Utkast til PUK-handlingsplan 2024-2025

Regional handlingsplan

Personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord

2024-2025

UTKAST PR 26. januar 2024

Kompetanse og læring i fellesskap

Formål

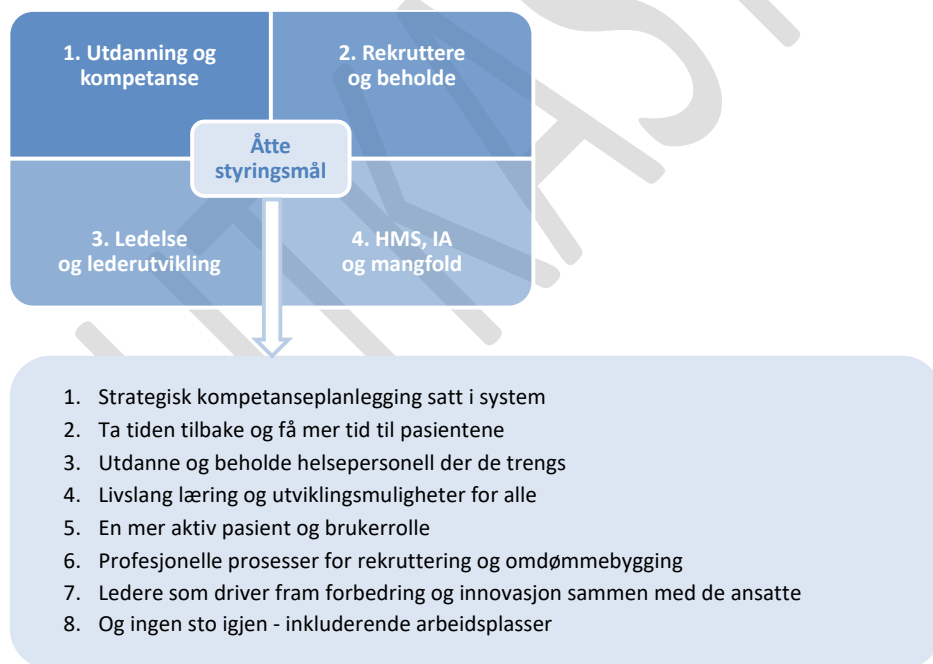
Dette er en regional handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord. Den er førende for helseforetakenes egne handlingsplaner på disse områdene.

Handlingsplanen tar utgangspunkt i [Strategi for personell, utdanning og kompetanse \(PUK-strategi\)](#), som har et langsiktig perspektiv mot 2038. Handlingsplanen gjelder for perioden 2024-2025, og skal tydeliggjøre ansvar, prioriterte satsninger og delmål på kort sikt.

Det skal legges til rette for partssamarbeid og medarbeiderinvolvering på alle nivåer i arbeidet.

Oppbygging

Handlingsplanen består av 21 prioriterte tiltak fordelt på fire områder. Disse tiltakene skal til sammen bidra til at Helse Nord når åtte styringsmål for personell, utdanning og kompetanse. Overordnet handler det om å stabilisere bemanningssituasjonen og begrense behovet for innleid personell.



Figur 1 Styringsmålene for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord

1. Utdanning og kompetanse

Styringsmål

- ⇒ **Strategisk kompetanseplanlegging satt i system**
- ⇒ **Ta tiden tilbake og få mer tid til pasientene**
- ⇒ **Utdanne og beholde helsepersonell der de trengs**
- ⇒ **Livslang læring og utviklingsmuligheter for alle**
- ⇒ **En mer aktiv pasient og brukerrolle**

Hovedgrep

Helse Nord skal forsterke det langsiktige, strategiske arbeid med å utdanne, rekruttere og beholde personell. Dette innebærer en mer systematisk planlegging for nødvendig tilførsel av personell og riktig anvendelse av deres kompetanse.

Arbeidstiden skal planlegges slik at dagene blir mer forutsigbare for både pasienter og ansatte. Helse Nord skal implementere nye arbeidstid- og turnusordninger som ikke bare gir bedre ressursbruk, men som også gjør det mer attraktivt å jobbe i regionen. Det skal bli enklere å jobbe heltid og få tilpasset arbeidstiden til ulike behov i alle livsfaser. Anvendelse av kunstig intelligens i arbeidstidsplanleggingen er et viktig element i dette.

Omfordeling av arbeidsoppgavene på flere yrkesgrupper skal frigjøre tid til pasientrettet arbeid, styrke det tverrfaglige samarbeidet og bidra til økt rekruttering, redusert innleie og økt arbeidsglede. Oppgavedeling og kompetanseutvikling skal gå hånd-i-hånd. Vi skal trappe opp satsningen på yrkesfaglig kompetanse i sykehusene. Dette innebærer blant annet innføring av jobbgaranti for helsefaglæringer og etablering av et regionalt samarbeidsorgan for yrkesfaglig utdanning.

Iverksettelse av [Tørn-programmet](#) blir et hovedgrep i perioden. Formålet er å fremme riktig oppgavedeling mellom personell og nye arbeidstidsordninger som gir bedre ressursbruk.

Utdanning av spesialister skal dekke behovene i regionen og redusere avhengighet av innleie og utenlandsk arbeidskraft. LISKART-prosjektet skal fullføres i 2024 og følges opp med egen handlingsplan som skal sikre tilstrekkelig kapasitet, harmonisering og samordning av helhetlige utdanningsløp for leger i spesialisering. Vi skal fremskrive behovene i de mest sårbare legespesialitetene og iverksette nødvendige tiltak for å dekke dem. Behovet for nødvendig bredde- og generalistkompetanse skal vektlegges for å opprettholde et desentralisert tjenestetilbud.

Vi skal utvikle og implementere et felles HR dashbord som gjør det mulig å måle effektene av tiltakene i PUK-handlingsplanen.

Slik skal vi nå målene

Nr	Tiltak	Beskrivelse	Forventet effekt	Tid	Status	Kommentert [HH1]: Mer detaljerte milepæler kommer
1.1	Fullføre LISKART-prosjektet og utvikle regional handlingsplan for LIS-utdanningen	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ferdigstille leveransene i LISKART-prosjektet 2) Utvikle handlingsplan for LIS-utdanningen med tiltak for å sikre forutsigbare utdanningsløp med riktig kapasitet, kvalitet og gjennomføringstid. Inkludert individuell utdanningsplan, god kompetansevurdering, veiledning og supervisjon 3) Framskrive behov for LIS2/3 i psykiatri og enkelte prioriterte somatiske fagområder 4) Styrke stipend- og støtte til bolig, barnehage, reiser og andre ordninger 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bedre dekning av regionens behov for legespesialister 2) Økt kapasitet og kvalitet i LIS-utdanningen 3) Økt rekruttering til LIS-stillinger og redusert turnover 		Startet	
1.2	Iverksette Tørn-programmet i Helse Nord	<ol style="list-style-type: none"> 1) Utvikle og iverksette plan for Tørn-programmet i Helse Nord. Finansiere en fulltids Tørn-koordinator pr sykehus 2) Fremme riktig oppgavedeling og nye arbeidstidsordninger som gir bedre bruk av ressurser og kompetanse 3) Gjøre forsøk med interne bemanningssenter på foretaks- og klinikknivå 4) Anvende kunstig intelligens i arbeidstidsplanlegging og teste turnusgenerator med fraværsprediksjon og aktiv medvirkning fra de ansatte 5) Styrke erfaringsdeling og kunnskapsutvikling inkludert felles kurs, problemløsning og kunnskapsbank 6) Samarbeide med de andre helseregionene om Tørn for spesialisthelsetjenesten 7) Samarbeide med KS og kommunene om Tørn for samhandling 8) Øke bruken av kombinerte stillinger i foretaksgruppen og med kommunene, særlig innen svangerskap-, føde- og barselomsorgen og psykisk helse. Eksempel: Kombinert stilling og rotasjonsordning for kommunepsykologer i utdanning med pendlerturnus og «Hus-hytte» tillegg 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Økt rekruttering og redusert turnover 2) Redusert behov for innleie 3) Økt andel heltidsansatte 4) Bemanningsplaner som tar høyde for fravær 5) Redusert sykefravær 6) Sterkere tverrfaglig samarbeid og økte muligheter for fagutvikling 7) Oppgavedeling utfra beste effektive omsorgsnivå (BEON) 8) Bedre anvendelse av den samlede kompetanse i helsetjenestene 9) Frigjøre mer kapasitet til pasientrettet arbeid og ledelse 10) Økt kvalitet og styrket pasientsikkerhet 		Startet	
1.3	Innføre GODT-planlagt	<ol style="list-style-type: none"> 1) Videreutvikle metodikk, systematikk og verktøy for arbeidstidsplanlegging i regi av GODT-planlagt prosjektet 2) Innføre avansert oppgaveplanlegging med automatisert informasjonsflyt mellom DIPS og Gat, koordinering av pasienttimer 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bedre ressursstyring og økt kapasitet 2) Bedre samhandling mellom profesjoner og avdelinger 		Startet	

		<p>3) Understøtte gjennomføring av minimum 6 mnd. planhorisont i arbeidstidsplanleggingen. Breddes ut i alle deler av virksomheten gjennom opplæring, metodeutvikling og felles verktøy</p> <p>4) Finansiere ressurser til utvikling og implementering i HF-ene</p>	<p>om bruk av rom, utstyr og kompetanse</p> <p>3) Mer forutsigbare hverdager og arbeidsplaner som bidrar til å rekruttere og beholde ansatte</p>		
1.4	Styrke det regionale samarbeidet om yrkesfaglig utdanning	<p>1) Etablere regionalt samarbeidsorgan for yrkesfaglig utdanning i samarbeid med fagskolene i regionen. Organet skal være rådgivende for besluttsende organer i Helse Nord og fylkeskommunene om:</p> <ul style="list-style-type: none"> - innhold, dimensjonering og endringer i fagskoleutdanningene - opprettelse av nye fagskoleutdanninger - tiltak for å gjøre fagskoleutdanningene i regionen attraktive - veiledning og ivaretagelse av elever, lærlinger og studenter i praksis - organisering, dimensjonering og gjennomføring av praksisundervisning - høringer, strategier og andre styrende dokumenter. <p>2) Etablere regionalt fagnettverk for yrkesfag. Nettverket skal være en rådgiver og pådriver i Helse Nord's satsning på yrkesfaglig kompetanse med særskilt fokus på helsefagarbeidere. Sentrale oppgaver for nettverket er å:</p> <ul style="list-style-type: none"> - foreslå og iverksette tiltak for å styrke rekrutteringen av lærlinger og øke gjennomføringsgraden - foreslå standardisert/systematisk utvikling og dokumentasjon av kompetanse i opplæringsløpene for lærlinger - bidra til kartlegging av kompetansebehov i yrkesfagene, herunder behov for høyere yrkesfaglig utdanning - gi råd om hvilke oppgaver yrkesfagarbeidere bør ha ansvaret for når endret oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper vurderes - foreslå tiltak for å øke anvendelsen av yrkesfaglig kompetanse i sykehusene - dele erfaringer og fremme læring om rekruttering, utvikling og anvendelse av yrkesfaglig kompetanse mellom helseforetakene. 	<p>1) Bedre dekning av behovene for yrkesfaglig kompetanse i tjenesten</p> <p>2) Tilstrekkelig antall praksisplasser og bedre læringsutbytte i praksisperioder</p>		Startet

1.5	Stimulere til utdanning av flere spesialister og økt kvalitet i klinisk undervisning og praksisstudier	<ol style="list-style-type: none"> 1) Opprette system for tildeling av regionale utdanningsmidler etter modell fra Helse Midt-Norge. 2) Stimulere samarbeidsprosjekter mellom helseforetak og utdanningsinstitusjoner for styrket kvalitet, økt veiledningskompetanse og nye veiledningsmodeller i praksisstudier 3) Øremerke midler til utdanningsstillinger for legespesialister og spesialsykepleiere og psykologspesialister. Behov for generalistkompetanse og behovene i psykisk helsevern, akuttfunksjoner og føde- og barselomsorgen skal vektlegges. Inkluderer jordmødre, intensivsykepleier, psykologspesialister, psykiatere, generelle indremedisinere, generelle kirurger med flere. Øremerkede ALIS stillinger iht. opptrappingsplan 4) Styrke stipend- og støtte til bolig, barnehage, reiser og andre støtteordninger for leger i spesialisering og andre grupper som flytter i forbindelse med utdanning 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Økt kapasitet, kvalitet og relevans i klinisk undervisning og praksisstudiene 2) Økt rekruttering til LIS-stillinger 3) Økt tilførsel av spesialisert kompetanse til helseforetakene 	Ikke startet
1.6	Innføre jobbgaranti for helsefaglæringer	<ol style="list-style-type: none"> 1) Avklare vilkår for å tilby jobbgaranti til helsefaglæringer, forutsatt at de består fagprøven og ellers oppfyller øvrige kvalifikasjonskrav til hel fast stilling 2) Tilby jobbgaranti til alle som får læreplass som helsefagarbeider i Helse Nord etter nærmere angitte vilkår 3) Etablere regional finansieringsordning som understøtter jobbgarantien gjennom delfinansiering av nye stillinger tilsvarende lærlingtilskuddet i inntil to år 4) Samarbeide med fylkeskommunene i nord om markedsføring av jobbgaranti som en forlengelse av læreplassgarantien 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Økt rekruttering til læreplasser i helsefag 2) Økt andel helsefagarbeidere 3) Bedre anvendelse av yrkesfaglig kompetanse i sykehusene 4) Reduserte utfordringer med sviktende rekruttering av sykepleiere 	Ikke startet
1.7	Utvikle og implementere regionalt HR-dashbord	<ol style="list-style-type: none"> 1) Gjøre en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering internt i regionen med sikte på å redusere den samlede rapporteringen 2) Utvikle og implementere HR dashbord med definerte og standardiserte indikatorer/måltall for strategiske HR-data. Dataene skal også understøtte og måle fremdriften på tiltakene som er prioritert i PUK-handlingsplan for 2024-25 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Enkel tilgang til oppdaterte og sammenlignbare styringsdata på HR-området 2) Redusert behov for manuell telling og rapportering 	Startet

2. Rekruttere og beholde

Styringsmål

⇒ **Profesjonelle prosesser for rekruttering og omdømmebygging**

Hovedgrep

Helse Nord skal styrke fagmiljøene og profesjonalisere rekrutteringsarbeidet. Det er nødvendig med spesialisert rekrutteringskompetanse for å lykkes når det blir stadig større konkurranse om arbeidskraften.

Helse Nord skal jobbe mer langsiktig med rekruttering og dreie mer av ressursinnsatsen mot omdømmebygging. Vi skal gjøre et felles løft for å få frem de gode historiene om hvordan det er å jobbe i Nord-Norge og i Helse Nord. Helse Nord skal sammenstille kunnskap om uønsket turnover som grunnlag for mer effektive tiltak for å beholde fagfolk der de trengs mest.

Alle medarbeidere skal få en god start og en god avslutning på en jobb i Helse Nord. Et viktig grep blir innarbeidelsen av et nytt on- og offboardingsprogram som gir enklere tilgang til relevant informasjon og støtte i arbeidsprosessene.

Slik skal vi nå målet

Nr	Tiltak	Beskrivelse	Forventet effekt	Tid	Status
2.1	Utvikle og gjennomføre felles omdømmekampanjer	<ol style="list-style-type: none">1) Utvikle og gjennomføre sykepleierkampanje i samarbeid med NSF, KS og universitetene2) Utvikle og gjennomføre helsefagarbeiderkampanje i samarbeid med Fagforbundet, Delta og fylkeskommunene	<ol style="list-style-type: none">1) Økt rekruttering, bedre omdømme og redusert turnover i pleiergruppen		Ikke startet
2.2	Sammenstille kunnskap om faktorer som påvirker valg av utdanning og jobb i Nord-Norge	<ol style="list-style-type: none">1) Sammenstille kunnskap om styrende faktorer for valg av utdanning og jobb i Helse Nord2) Initiere et samarbeid med NAV, NHO, universitet, fylkeskommuner, KS og hovedsammenslutningene om utarbeidelse av felles kunnskapsgrunnlag om å rekruttere og beholde helsepersonell i Nord-Norge. Dette som grunnlag for felles indikatorer, rekrutteringskampanjer, konferanser mv3) Formidle kunnskapsgrunnlaget til ledere på alle nivå i Helse Nord4) Anvende kunnskapsgrunnlaget til videreutvikling av regionale og foretaksvis tiltak	<ol style="list-style-type: none">1) Bedre regionale og foretaksvis rekrutterings- og stabiliseringstiltak2) Mer attraktive arbeidsplasser, økt rekruttering og redusert turnover3) Felles kunnskapsgrunnlag og situasjonsforståelse i regionen		Ikke startet

			<p>4) Felles løft på tvers av sektorer for positiv omdømmebygging i NN</p> <p>5) Klyngesamarbeid som kan gi andre synergier ved å samarbeide mer på tvers</p>		
2.3	Kartlegge turnover og sluttårsaker i Helse Nord	<p>1) Kartlegge og analysere intern, ekstern og tidlig turnover i foretaksgruppen</p> <p>2) Sammenstille kunnskap om sluttårsaker</p> <p>3) Anvende kunnskapen til å redusere uønsket turnover</p>	<p>1) Bedre styringsinformasjon om turnover</p> <p>2) Mer målrettede tiltak for å beholde personell</p>		Ikke startet
2.4	Videreutvikle felles regional karriereportal med attraktivt innhold og datafangst for målretting	<p>1) Forbedre innhold og datafangst på www.jobbihelsenord.no</p> <p>2) Identifisere og kommunisere en tydeligere identitet som er attraktiv, troverdig, kommuniserbar og varig</p> <p>3) Anvende trafikkdata til mer målrettede kandidatsøk</p>	<p>1) Økt oppmerksomhet, interesse og lyst til å jobbe i Helse Nord</p> <p>2) Reduserte annonsekostnader</p> <p>3) Økt rekruttering gjennom målrettede kandidatsøk</p>		Startet
2.5	Innføre teknologistøttet system for on- og offboarding	<p>1) Implementere Talmundo for bedre og mer systematisk on- og offboarding.</p> <p>2) Gi nyansatte best mulig start, inkludert tilbud om mentorordning</p> <p>3) Gi de som slutter en god avslutning på arbeidsforholdet</p> <p>4) Innføre digital systemstøtte for sluttamtaler</p>	<p>1) Nyansatte som blir raskere produktiv, sosialt integrert og tilknyttet arbeidsplassen</p> <p>2) Fange opp sluttårsaker og sikre kompetanseoverføring til virksomheten når personell slutter</p>		Startet
2.6	Anvende målrettede felles økonomiske insentiver i rekruttering	<p>1) Utvikle regionale retningslinjer for økonomiske insentiver i rekruttering, med felles kriterier for blant annet bindingstid</p> <p>2) Opprette system for søkbare øremerkede rekrutteringsmidler til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekrutteringstillegg • Stabiliseringstillegg • Kompetansetillegg • Kompetanseutvikling 	<p>1) Økt rekruttering</p> <p>2) Redusert turnover</p> <p>3) Mer robuste fagmiljø</p>		Startet

	<ul style="list-style-type: none"> • Stipendordninger • Nedbetaling av studielån • Boligstøtte • Gratis barnehage • Velferdsordninger <p>3) Økte tillegg for fleksibilitet, ubekvem arbeidstid, ambulering</p> <p>4) Finansiere flere faste stillinger innen kritiske fagområder som psykisk helsevern/TSB, radiologi, intensiv, kreft og anestesi</p>			
--	---	--	--	--

UTKAST

3. Ledelse og lederutvikling

Styringsmål

⇒ **Ledere som driver fram forbedring og innovasjon sammen med de ansatte**

Hovedgrep

Helse Nord skal utarbeide nytt regionalt rammeverk for ledelse- og lederutvikling. Rammeverket skal tydeliggjøre at ledelse er et selvstendig fag med tydelige forventninger og krav til kompetanse. Dette skal danne grunnlaget for riktig rekruttering og systematisk utvikling av lederkompetansen helseregionen trenger.

Helse Nord skal evaluere eksisterende utdannings- og opplæringstilbud for ledere og utvikle nye tilbud som er bedre tilpasset behovene. De viktigste kompetanseområdene her er ledelse av medarbeidere og virksomheten i omstilling og endring.

Slik skal vi nå målet

Nr	Tiltak	Beskrivelse	Forventet effekt	Tid	Status
3.1	Utvikle regionalt rammeverk for ledelse og lederutvikling i Helse Nord	<ol style="list-style-type: none">1) Evaluere master i helseledelse2) Utvikle regionalt rammeverk for god ledelse i på tre nivå, ledere for medarbeidere, ledere for ledere og toppledere. Skal som minimum beskrive: - forventinger og krav til ledelse i Helse Nord - kompetanseområder med økt fokus på personalledelse, kompetanseledelse, mangfoldsledelse og endringsledelse - kompetanseplaner med læringsutbyttebeskrivelser, både kunnskaper og ferdigheter - anbefalte læringsaktiviteter, kurs og utdanninger som master i helseledelse og topplederprogram - system for lederevaluering/kartlegging - programmer for ledermobilisering, lederutvikling og ledegruppeutvikling.	<ol style="list-style-type: none">1) Lederkompetanse som er bedre tilpasset behovene i Helse Nord2) Mer systematisk lederopplæring og -utvikling3) Styrking av ledelse som fag og karrierevei, med tydelige forventning og krav til kompetanse		Startet
3.2	Styrke utvikling og ferdighetstrening i ledelse	<ol style="list-style-type: none">1) Utvikle program for trening av individuelle ferdigheter tilpasset leders nivå - "Mitt lederskap" – inkludert konsepter for mentoring, veiledning, bevisstgjøring og oppmerksomhetstrening	<ol style="list-style-type: none">1) Ledere som driver frem forbedring og innovasjon sammen med de ansatte		Startet

			<ul style="list-style-type: none"> 2) Ledere med gjennomføringskraft i endring og omstilling 3) Ledere som er tryggere i rollen 		
3.3	Utarbeide og tilby program for ledergruppeutvikling	<ul style="list-style-type: none"> 1) Utvikle program for å utvikle og trene ledergrupper i foretaksgruppen. Trene grupper i å utvikle felles ferdigheter 2) Bevisstgjøre ledergruppene i det ansvar og de oppgaver og funksjon de har 3) Trene gruppene slik at de oppnår bedre resultater sammen og at medlemmene i gruppen har psykologisk trygghet til å ta ordet og gi bidrag uten å føle usikkerhet/utrygghet 	<ul style="list-style-type: none"> 1) Ledergrupper som bevisst skaper merverdi for virksomheten og medarbeiderne de leder 2) Ledergrupper som gir verdi til gruppens medlemmer 3) Ledergrupper som fremmer psykologisk trygghet 		Ikke startet

4. HMS, inkluderende arbeidsliv og mangfold

Styringsmål

⇒ **Og ingen sto igjen - inkluderende og attraktive arbeidsplasser**

Hovedgrep

Helse Nord skal trappe opp satsningen på det som virker for å skape mer inkluderende og attraktive arbeidsplasser. [Bransjeprogram IA i sykehus](#) skal gi spisset og prioritert innsats mot arbeidsmiljøutfordringer som finnes i sykehusene. Bransjeprogrammet retter oppmerksomheten inn mot to hovedområder: forebyggende arbeidsmiljøarbeid, [Der skoen trykker](#), og målrettet innsats mot lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær, [Tidlig og tett på](#).

Helse Nord skal legge til rette for et godt og trygt arbeidsmiljø, både fysisk og psykisk. Arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng skal videreutvikles. Det innebærer at det blant annet bygges god tilbakemeldingskultur mellom ledere og ansatte.

Helse Nord skal iverksette tiltak for å forebygge vold, trusler og seksuell trakassering mot helsepersonell. Helsefremmende arbeidsplasser skal understøttes gjennom en helhetlig livsfasepolitikk.

Slik skal vi nå målet

Nr	Tiltak	Beskrivelse	Forventet effekt	Tid	Status
4.1	Styrke arbeidet med HMS, IA og mangfold	<ol style="list-style-type: none">1) Opprette regionalt fagnettverk for HMS, IA og mangfold med ansvar for å utarbeide og følge opp felles regionale rutiner og systemer på området2) Bruke ressurser og kompetanse fra Arbeids- og miljømedisinsk avdeling og RVTS Nord i arbeidet med HMS, IA og mangfold	<ol style="list-style-type: none">1) Kraftsamling og økt fremdrift i arbeidet med HMS, IA og mangfold2) Et arbeidsmiljø hvor vi har helsefremmende arbeidsplasser og får sykemeldte medarbeidere tilbake i jobb		Ikke startet
4.2	Øke satsningen på bransjeprogram IA	<ol style="list-style-type: none">1) Øke ressursinnsatsen på Bransjeprogram IA i sykehus med fokus på:<ul style="list-style-type: none">- forebyggende arbeidsmiljøarbeid - <i>Der skoen trykker</i>- målrettet innsats mot lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær - <i>Tidlig og tett på</i>- systematisk oppfølging av ForBedring - <i>Sammen om forbedring</i>.2) Øke kapasiteten til prosessveiledning i <i>Der skoen trykker</i>3) Styrke koordinering og ledelse av utbredning og implementering av <i>Tidlig og tett på</i>	<ol style="list-style-type: none">1) Redusert sykefraværet		Startet

		4) Samarbeide og utveksle erfaringer på tvers av helseregionene om vellykkede tiltak som bidrar til forebygging og sykefraværsreduksjon			
4.3	Forebygge vold, trusler og seksuell trakassering mot helsepersonell	1) Vurdere anbefalingene fra de andre helseregionene 2) Anbefale nye tiltak for å forebygge vold, trusler og seksuell trakassering mot helsepersonell i Helse Nord	1) Forebygge og redusere vold, trusler og seksuell trakassering 2) Økt trygghet i jobben		Ikke startet
4.4	Utvikle en helhetlig livsfasepolitikk	1) Fleksible arbeidstidsordninger med fokus på medvirkning og mulighet for tilpasning av arbeidsplan til ulike livssituasjoner 2) Legge til rette for å kombinere arbeid med AFP, omsorgspermisjon eller utdanning 3) Tidsbegrenset individuell tilpasning av arbeidstid og oppgaver 4) Kompetanseoverføring fra seniorer til nyansatte/ynge arbeidstakere gjennom mentor- og fadderordning, interne kurs 5) Fysisk tilrettelegging 6) Kartlegge aktuelle tiltak for bedre balanse mellom jobb og privatliv	1) Bedre tilrettelegging som gir arbeidshverdag hvor man kan arbeide og delta mer 2) Økt kunnskap om attraktive og stabiliserende tiltak i alle livsfaser		Ikke startet
4.5	Arbeidet med å se arbeidsmiljø og pasientsikkerhet i sammenheng skal videreutvikles	1) Øke deltakelsen i ForBedringsundersøkelsen 2) Systematisere oppfølgingen av ForBedringsundersøkelsen - <i>Sammen om forbedring</i> . (Se også punkt 4.2 over) 3) Utvikle gode rutiner for tilbakemeldinger, øve på å gi og få dem 4) Vie særskilt oppmerksomhet til medarbeidernes psykiske helse og arbeidsbelastning	1) Mer helsefremmende og attraktive arbeidsplasser 2) Økt pasientsikkerhet		Startet

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.2.2024

RBU-sak 14-2024

Årsrapport 2023 – Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF godkjenner *Årsrapport 2023 - Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF*, med følgende innspill;

- a. ...
- b. ...
- c. ...

Bodø, 12. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Formål

Årsrapport 2023 for Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Nord RHF legges frem til behandling og godkjenning i Regionalt brukerutvalg.

Bakgrunn

Leder og nestleder i RBU har i samarbeid med administrasjonen i Helse Nord RHF utarbeidet utkast til årsrapport for Regionalt brukerutvalg 2023.

Årsrapporten skal vedtas av Regionalt brukerutvalg. Rapporten vil i etterkant av behandlingen oversendes til styret i Helse Nord RHF, og publiseres på nettsidene til Helse Nord RHF.

Vedlegg: Årsrapport 2023 for Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF - utkast

Regionalt Brukerutvalg Helse Nord RHF

Årsrapport 2023

UTKAST

Utkast til behandling i RBU 19. februar 2024

Innhold

1. Sammendrag	3
2. Mandat for Regionalt brukerutvalg (RBU).....	3
3. Sammensetning.....	4
3.1 Medlemmer i RBU i 2023	4
3.1.1 Medlemmer i RBU 2022-2024.....	4
3.1.2 Fra administrasjonen	5
3.2 Arbeidsutvalget i RBU (AU) 2022-2024.....	5
3.2.1 Arbeidsutvalget 2022-2024:.....	5
3.3 Representasjon i styret i Helse Nord RHF.....	5
4. Aktivitet	5
4.1 Utredning funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.....	5
4.2 Faste saker i RBU	6
4.3 Andre viktige saker i 2023	7
4.4 Møte med brukerutvalg og ungdomsråd i HF-ene	8
4.4.1 Ungdommene i Helse Nord.....	9
4.5 Samarbeid med RBU i andre regioner - <i>Interregionalt RBU</i>	9
4.5.1 Møte med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD).....	10
4.6 Brukerrepresentasjon i råd, utvalg, komiteer og arbeidsgrupper:	11
5. Avsluttende kommentar ved RBUs leder og nestleder.....	12
Ordliste/forklaring	14

1. Sammendrag

Dette er årsrapport for Regionalt brukerutvalg (RBU) i Helse Nord RHF for 2023.

RBU 2022-2024 har 11 medlemmer og 3 varamedlemmer. I juni 2023 fikk et av medlemmene en stilling som koordinator for et Ungdomsråd og avsluttet sitt verv, og dermed ble et varamedlem ble valgt inn som fast representant i RBU ut perioden. RBU er ledet av Knut Georg Hartviksen fra FFO Nordland (Diabetesforbundet). Rapporten gir en oversikt over Regionalt brukerutvalgs virksomhet i 2023. Utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord har vært en særlig viktig sak i året som har gått.

2. Mandat for Regionalt brukerutvalg (RBU)

Regionalt Brukerutvalg (RBU) ble besluttet opprettet i *styresak 22/2002 Etablering av brukerutvalg i Helse Nord RHF*. Også RBUs mandat er vedtatt av styret i Helse Nord RHF:¹

Brukerutvalget skal bidra til å oppnå:

- helsetjenester av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonsnedsettelse.
- god samhandling, og gode helhetlige pasientforløp.
- god medvirkning fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner.
- samarbeid mellom brukerutvalg.

Brukerutvalget skal være:

- et rådgivende organ for styret og administrerende direktør, i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhetsområdet.
- et forum for tilbakemelding fra pasienter og pårørende om generaliserte erfaringer innenfor helseforetakets ansvarsområde og oppgaver.
- et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner.

Brukerutvalgets oppgaver er å:

- følge med på helseforetakets årshjul og bidra i mål- og strategiarbeid, hovedprosesser, forbedrings- og omstillingsprosesser og i øvrige faglige prosjekter og delta/medvirke/bidra i råd og utvalg i alle saker som angår tjenestetilbudet.
- fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende.
- lage årsrapport om egen virksomhet.
- avgi høringsuttalelser til relevante planer og utredninger.
- møte på helseforetakets styremøter.
- etter invitasjon, foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg eller organisasjoner til plan og prosjektarbeid, råd og utvalg.
- etter behov og avtale, arrangere og/eller delta på relevante kurs og konferanser.
- ved behov samarbeide med andre brukerutvalg, og brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter i kommunene.

¹ [Styresak 15-2017](#) Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå. Mandatet hentet fra *Brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak – veiledende retningslinjer*, som ligger som vedlegg i samme sak

- ha kontakt med bruker- og pasientombud i opptaksområdet, og bidra til at helseforetaket følger opp deres årsrapporter.
- evaluere egen virksomhet minst en gang i løpet av funksjonsperioden.
- sette opp årlig møteplan i samarbeid med administrasjonen i Helse Nord RHF.

3. Sammensetning

RBU følger styrets valgperiode. RBU 2022-2024 ble oppnevnt av styret i Helse Nord RHF i april 2022².

3.1 Medlemmer i RBU i 2023

3.1.1 Medlemmer i RBU 2022-2024

Leder:

Knut Hartviksen, Gullesfjord

FFO Nordland (Diabetesforbundet)

Nestleder:

Gunnhild Berglen, Svanvik

FFO Finnmark (Autismeforeningen)

Medlemmer:

Ole-Marius Minde Johnsen, Tomasjord

FFO Troms (Mental Helse)

Åse Senning, Sandnessjøen

FFO Nordland (Revmatikerforbundet)

Arne Vassbotn, Sortland

Pensjonistforbundet Nordland

Kitt Anne Jorid Hansen, Bodø

RIO³

Marit Sørdal, Ballangen

SAFO

Nikolai Raabye Haugen, Kvaløy

Unge funksjonshemmede (*tom. juni 2023*)

Ester Marie Fjellheim, Tromsø

Sametinget

Morten Markussen, Grovfjord

Blodkreftforeningen

Ernly Eriksen, Mo i Rana

FFO (Blinddeforbundet)

Varamedlemmer 2022-2024

Leif Birger Mækinen, Alta

FFO Finnmark (LHL) (*fast fra okt/nov-23*)

Berit Bongo, Kautokeino

Pensjonistforbundet

Elen Valborg Vuolab, Karasjok

FFO Finnmark (NAAF)

² [53-2022 Oppnevning av Regionalt brukerutvalg 2022-2024](#)

³ RIO – en landsdekkende brukerorganisasjon på rusfeltet

3.1.2 Fra administrasjonen

Administrerende direktør Marit Lind
Spesialrådgiver Tina Eitran (representant fra ledelsen)
Rådgiver Cecilie Henriksen (koordinator)
Seniorrådgiver Kari Bøckmann (helsefag)

Ansvar for oppfølging av Regionalt brukerutvalg (RBU) er lagt til administrasjon- og stabsavdelingen i Helse Nord RHF, med faglig bistand fra helsefagavdelingen.

3.2 Arbeidsutvalget i RBU (AU) 2022-2024

3.2.1 Arbeidsutvalget 2022-2024:

Arbeidsutvalget har bestått av RBU-leder Knut Hartviksen, nestleder Gunnhild Berglen, medlem Nikolai Raabye Haugen og medlem Marit Sjørdal. Nikolai Raabye Haugen fratådte sitt verv i RBU i juni 2023. Fra oktober/november 2023 ble Leif Birger Mækinen valgt inn som fast medlem i AU RBU ut perioden 2022-2024.

3.3 Representasjon i styret i Helse Nord RHF

Leder av RBU er observatør med tale- og forslagsrett i Helse Nord RHF sitt styre. Leder og nestleder i RBU og ledere i helseforetakenes brukerutvalg er invitert til å delta på de regionale styreseminarene i Helse Nord RHF.

4. Aktivitet

RBU avholdt 10 ordinære og 3 ekstraordinære møter i 2023. I alt 104 saker ble behandlet. Fem av møtene har vært avholdt som fysiske møter. Resterende møter har foregått på Teams. Etter ønske fra RBU ble noen av møtene i RBU i 2023 planlagt som «lunsj-til-lunsj» møter.

Det er levert saker til RBU fra de fleste avdelingene i Helse Nord RHF. Saksbehandlerne stiller som innledere og deltar på drøftinger. Administrerende direktør Marit Lind deltok på de fleste møtene i RBU i 2023.

Det er avholdt 11 formelle møter i arbeidsutvalget i 2023.

4.1 Utredning funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord

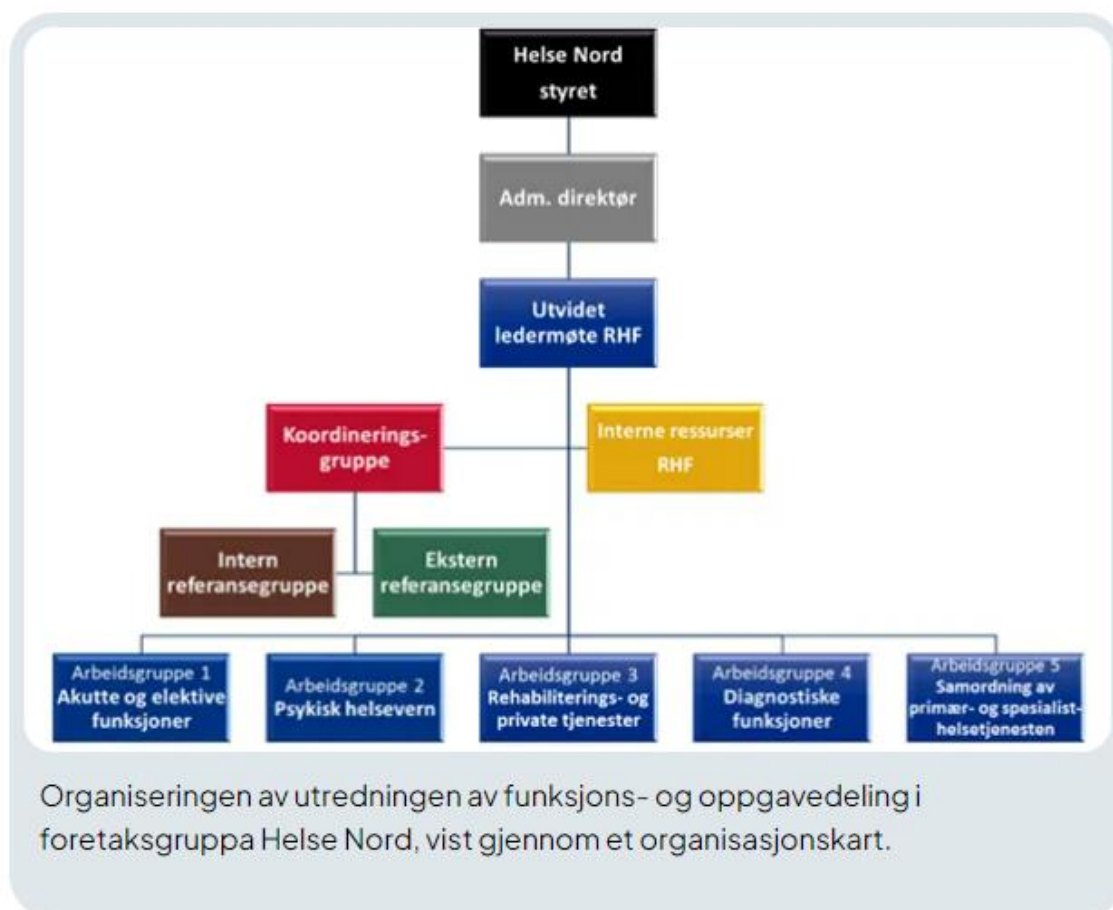
Deltakere i RBU har hatt en viktig rolle i arbeidet med utredning av funksjons- og oppgavedeling som ble igangsatt i 2023. RBU har fått informasjon om arbeidet i alle ordinære RBU-møter etter at arbeidet startet opp. Det ble oppnevnt ett medlem fra RBU til å delta i hver av de fem arbeidsgruppene som ble nedsatt i utredningsarbeidet:

1. Akutte og planlagte (elektive) funksjoner: RBU-medlem Gunnhild Berglen
2. Psykisk helsevern: RBU-medlem Ernly Eriksen
3. Rehabiliterings- og private tjenester: RBU-medlem Åse Senning
4. Diagnostiske funksjoner: RBU-medlem Marit Sjørdal
5. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten: RBU-medlem Knut Hartviksen

Brukerrepresentantene som var medlemmer i arbeidsgruppene hadde ukentlige møter for erfaringsdeling og diskusjon underveis i utredningsarbeidet i arbeidsgruppene.

Administrasjonen i Helse Nord RHF var tilrettelegger for disse møtene. I tillegg har RBUs leder

og nestleder deltatt i utvidet ledergruppe i Helse Nord RHF fra juni til desember. RBUs leder og nestleder har også deltatt i ROS-analyse for drøftingsutkast til helhetlig plan for funksjons- og oppgavedelingen, som ble utarbeidet i etterkant av at arbeidsgruppene hadde levert sine delrapporter. RBU mottok foreslått høringsutkast til helhetlig plan til behandling i RBU-møte 21. desember 2023, i forkant av behandling i styret i Helse Nord RHF. I RBU-møtet 21. desember 2023 ble det også vedtatt at RBU inviteres til å delta i planlegging av informasjonsmøter for pasient- og brukerorganisasjoner i Helse Nord's virksomhetsområde i forbindelse med høringsprosessen for helhetlig plan for funksjons- og oppgavedelingen.



RBU har bidratt med å formidle brukerperspektivet inn i arbeidet med utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Det har vært et krevende og omfattende arbeid, med korte tidsfrister. RBU har gitt tilbakemelding om at det hadde vært ønskelig å ha 2 representanter i hver arbeidsgruppe, og mener dette er noe som bør forankres i liknende arbeid i fremtiden.

4.2 Faste saker i RBU

- Utredning funksjons- og oppgavedeling Helse Nord/Tiltak for å sikre bærekraft Helse Nord (flere saker)
- Årlig melding
- Styringskrav og rammer fra Helse Nord RHF til helseforetakene for påfølgende år (tidligere kalt «oppdragsdokument»)
- Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene – innspill til diskusjon i Interregionalt RBU som gir et felles innspill fra alle regionene

- Orientering fra RHF-ledelsen
- Orientering fra RBU-leder og medlemmer
- Møteplan Regionalt brukerutvalg for det kommende året
- Budsjett og økonomisk langtidsplan (ØLP)
- Tilskudd til pasient- og brukerorganisasjoner
- Tertialrapporter
- Oppnevninger av brukerrepresentanter til prosjekter, råd og utvalg
- Årsrapport RBU
- Innspill til revisjonsplan
- Årsmelding 2022 Pasient- og brukerombudene i Nord-Norge
- ForBedring 2023 Helse Nord - informasjon om resultater og oppfølging
- Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2022, inkl. miljørapport
- Ledelsens gjennomgang – innspill fra RBU
- Brukerutvalgets time i styret i Helse Nord RHF
- Orientering fra SKDE
- Forskningsaktivitet i foretaksgruppen 2022 – orientering
- Årsrapport innovasjon
- Helse Nord's tildelingsutvalg for utlyste forskningsmidler 2023-2024 – oppnevning
- Referatsaker, inkludert tilgjengelige referater fra brukerutvalg/ungdomsråd i Helse Nord og Pasientreiser HF.

4.3 Andre viktige saker i 2023

- Oppfølging av internrevisjonsrapport nr. 06/2021 Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord – handlingsplan
- Egevaluering Regionalt brukerutvalg – avklaring av videre prosess
- Informasjon om legemiddelmangel etter pandemi og krig
- Transport av psykisk syke med ambulansedy
- Handlingsplan for oppfølging av internrevisjon som virksomhetsstyring
- Kvalitetsstatus Helse Nord RHF sett opp mot resten av landet
- Helsepersonellkommisjonen – høringsvar NOU 2023: 4 Tid for handling
- Sikkerhetspsykiatri – overordnet plan og øvrige tiltak for personer med dom til tvungent psykisk helsevern
- Tilskudd til brukerorganisasjoner - tildeling av midler for 2023
- Status oppfølging av innspill fra brukerorganisasjonene ved kommunikasjonsavdelingen
- Orientering fra ungdomsrådene ved Helgelandssykehuset HF og UNN HF
- Høring NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus (sykehusutvalget)
- Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord 2022-2025 – status
- Interregionalt arbeid med sjeldenfeltet
- Varselutvalgets rapport - Fra varsel til læring og forbedring
- Samarbeid mellom de regionale helseforetakene og Statped – gjennomgang
- Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering – orientering
- Samlokalisering av Regionale sikkerhetspsykiatriske døgnbehandlingssplasser
- Rehabiliteringsanskaffelse
- Bortfall av fritt behandlingsvalg – orientering fra Helse Nord RHF
- Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri og øvrige tiltak for personer med dom til tvungent psykisk helsevern

- Møte mellom interregionalt RBU og administrerende direktører i regionale helseforetak i 2023 – sammenfatning av tema/innspill
- Presisjonsmedisin i Helse Nord, status
- Evaluering av invasiv kardiologi tilbud til hjerteinfarktpasienter i Helse Nord (evaluering PCI) – mandat
- Regionalt beredskapslager i Helse Nord – konseptfaserapport
- Gjennomgang av Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde – mandat og organisering
- Interregionalt arbeid med sjeldenfeltet – utkast til rapport
- Brukertilskudd 2024 – endringer og revidering av retningslinjer for tilskuddsordningen
- Involvering av brukerperspektivet i gjennomgangen av de regionale funksjonene
- Varsel til Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i Helse Nord
- Anskaffelser av avtalebaserte helsetjenester i Helse Nord
- Orientering rekruttering ny ungdomsrepresentant
- Gjennomgangen av regionale funksjoner med særskilt finansiering – rapport og forslag til endringer
- Pasientreiseforskriften og arbeidet med funksjons- og oppgavedeling
- Brukermedvirkning – konkretisering og operasjonalisering av nasjonal e-helsestrategi
- Felles møte mellom Regionalt brukerutvalg, brukerutvalg og ungdomsråd i Helse Nord 21. november 2023 – utkast til program
- Brukermedvirkning på systemnivå – innspill til revidering av felles retningslinjer
- Smittevernplan 2024-2028
- Samarbeid om forskning, innovasjon og utdanning – utkast til revidert instruks
- Høringsprosess funksjon- og oppgavedeling i Helse Nord - informasjonsmøter for pasient- og brukerorganisasjoner

4.4 Møte med brukerutvalg og ungdomsråd i HF-ene

Regionalt brukerutvalg (RBU) gjennomførte et møte med ledere og nestledere i helseforetakenes Brukerutvalg og Ungdomsråd (eller vara for disse) i november 2023. Møtet hadde følgende saker på agendaen:

- Hvordan jobber vi og hvordan sikrer vi at vi blir hørt i viktige saker – erfaringsdeling brukerutvalg og ungdomsråd
- Kontakt mellom RBU og brukerutvalg/ungdomsråd – hvordan ta kontakt med Regionalt brukerutvalg og hvilke saker kan spilles inn?
- Innspill til hvordan legge til rette for at brukerstemmen kommer godt frem i høringsprosessen knyttet til utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord? (Gruppearbeid)
- Pasientreiser – orientering og drøfting i plenum
- Utarbeide 10 råd til brukermedvirkning forskning – hvordan kan vi sette i gang en prosess? Innspill til råd (Gruppearbeid)
- Ønsker for Brukerkonferansen 2024 – innspill fra ungdomsrådene og brukerutvalgene
- Orientering om budsjett 2024 og inntekts- og finansieringsmodellen v/Helse Nord RHF
- Styringskrav og rammer (tidl. oppdragsdokument) - orientering om innspill og prosess
- Orientering fra Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten

Innspill til høringsprosessen knyttet til funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord ble videreformidlet og vurdert i det videre arbeidet styrt av Helse Nord RHF. Innspillene til dette temaet, samt innspill til råd for brukermedvirkning i forskning som fremkom under møtet

gruppearbeider, ble sendt ut til møtedeltakere i etterkant av møtet via helseforetakene med referanse til brukerutvalgenes/ungdomsrådernes koordinatører.

Under erfaringsdeling fra brukerutvalg og ungdomsråd kom det frem at det er ulikheter med hensyn til antall møter som gjennomføres i ulike råd/utvalg, og man mener det burde være flere møter for å sikre tilstrekkelig brukermedvirkning.

I sak om kontakt mellom RBU, brukerutvalg og ungdomsråd i regionen, ble det blant annet foreslått å benytte seg av mulighet for å delta som observatører i hverandres møter og ha flere møtepunkter på tvers av nivå. Det ble også vist til at det kan være en fordel å samarbeide tettere om enkelte saker, slik som innspill til ny forskrift om pasientreiser som forventes å komme på høring i 2023/2024.

Det er ønskelig at helseforetakene i regionen sender referater fra møter i sine brukerutvalg og ungdomsråd til RBU. Dersom det sendes inn referater, behandles disse som referatsaker i påfølgende, ordinære møter i RBU. Brukerutvalg og ungdomsråd i helseforetakene i regionen kan melde inn saker til RBU, dersom saken bør behandles på regionalt nivå og ikke håndteres/faller inn under ansvarsområdet til de enkelte helseforetakene.

4.4.1 Ungdommene i Helse Nord

Ungdommene i Helse Nord er svært engasjerte. Det ble gjennomført en samling for alle ungdomsråd i Helse Nord i september/oktober 2023. Et resultat av denne samlingen var at ungdomsrådene samlet leverte innspill til direktørene i Helse Nord og arbeidet med utredning av funksjons- og oppgavedeling i 2023. Disse innspillene ble aktivt brukt i det videre arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord.

RBU har hatt et fast medlem som har vært ungdomskontakten til og med juni 2023, som har deltatt på møtene i utvalget og i arbeidsutvalget for brukerutvalget. Ungdomsrepresentantens hovedoppgave er å sette lys på og løfte frem sakene som ungdomsrådene jobber med i Helse Nord. En ungdomskontakt i RBU skal prøve å løfte sakene til ungdommene i regionen. Etter at ungdomskontakten i RBU trådte ut av sitt verv i juni 2023, ble det sendt ut en henvendelse til organisasjonene om å komme med forslag til en ny ungdomsrepresentant sommeren 2023. En ny ungdomsrepresentant skulle være fast medlem i RBU ut perioden 2022-2024. Det kom dessverre ikke inn forslag til ny ungdomsrepresentant, og det ble derfor bestemt av RBU og administrasjonen å avvente ny forespørsel om oppnevning av ungdomsrepresentant til neste oppnevning av nytt RBU for 2024-2026. I mellomtiden ivaretar resterende medlemmer i RBU ungdomsperspektivet i saker som behandles.

4.5 Samarbeid med RBU i andre regioner – *Interregionalt RBU*

Ledere, nestledere og sekretærer i de regionale brukerutvalgene møtes noen ganger i året for å diskutere saker som er felles for alle regionene. I 2023 ble det gjennomført to interregionale møter; 20. mars 2023 på Gardermoen i regi av RBU Helse Sør-Øst RHF, og 9.-10. oktober 2023 i Stjørdal i regi av RBU Midt-Norge RHF.

Av sakene som har vært behandlet nevnes:

- Oppdragsdokumentet 2023 fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene

- Brukermedvirkning i felleseide foretak
- Behov for endring av felles retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå
- Omstillingsarbeid og brukermedvirkning
- Fokus på psykisk helsevern hos eldre og geriatri, behov for flere tjenester til en voksende eldre befolkning
- Helsekompetanse og helsekompetansevennlige sykehus, hvordan kan brukerutvalgene bli involvert i arbeidet.
- Interregionale oppnevninger

Fra 2022 ble det bestemt at det skal være et fast, årlig møte mellom administrerende direktører i de regionale helseforetakene og Interregionalt RBU⁴. Det årlige møtet arrangeres tentativt i september. I møte mellom administrerende direktører og Interregionalt brukerutvalg den 25. september 2023 (Teams) la administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF frem et forslag om revidering av de nasjonale retningslinjene for brukermedvirkning på systemnivå. Det var enighet i møtet om at det kunne settes i gang en prosess på dette, etter initiativ fra Helse Midt-Norge RHF. Sekretariatene samarbeider om å innhente innspill i sin region og få på plass representanter til en arbeidsgruppe som kan jobbe administrativt med forslag til revidering av retningslinjene. Brukerrepresentanter fra RBU i de ulike regionene vil være en del av arbeidet. Forslag til nye retningslinjer må legges frem for ledelsen i hver region og i AD-møte.

Andre punkter på agendaen for møtet 25. september 2023 som ble spilt inn av Interregional RBU omhandlet:

- Prioritering og samhandling – omstilling og brukermedvirkning
 - Hvor gjøres de viktigste prioriteringene? Der de strategiske beslutningene fattes, må det være brukermedvirkning
 - Økonomi – forståelse av at også vanskelige fagområder er egnet for brukermedvirkning
 - Hvordan skal vi klare å ta vare på alle disse nye eldre pasientene som kommer? De vil trenge mer både elektive og akutte tjenester
 - Skal vi fortsette å sende pasientene mellom nivåene i helsetjenesten? Kan vi samlokalisere, samordne og samarbeide på nye og radikalt forskjellige måter?
- Psykisk helsevern
 - Nedbygging av sengeplasser/kapasitet
 - Samhandling og tverrfaglighet for de aller sykeste
 - Flere domfelte, flere av de tyngste syke – forebygging blir mer avgjørende i fremtiden
 - Prioritering

I tillegg til møtevirksomhet som nevnes ovenfor har sekretærer/koordinatorer for RBU i de ulike regionene Teamsmøter med jevne mellomrom, for erfaringsutveksling og diskusjon.

4.5.1 Møte med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) inviterer hvert år alle regionale brukerutvalg til å komme med innspill til neste års oppdragsdokument (OD) til de regionale helseforetakene. Dette møtet ble avholdt 27. november 2023. RBU-ledere og nestledere fra de ulike regionene deltar i dette møtet. I forkant hadde RBU-ledere og nestledere i de ulike regionene sammen diskutert

⁴ Tilbakemelding gitt av sekretariatet for AD-møtet til de regionale brukerutvalgene den 2. februar 2022. Akrivsak hos Helse Nord RHF: 2023/224-1

mulige innspill, og blitt enige om prioriterte saker som regionene skulle ta opp i møtet. I tillegg hadde RBU et ekstraordinært møte slik at hele RBU kunne få mulighet til å komme med innspill til tema som leder og nestleder i RBU i Helse Nord RHF skulle ta med seg i diskusjonene om utforming av felles innspill i Interregionalt RBU. Hovedfokus i møtet var behovet for likeverdig brukermedvirkning i RHF'ene, tilgang på likeverdige tjenester for mennesker med utviklingshemming og samtidig psykiske lidelser samt styrking av kompetanse på psykisk helse hos eldre. Samtidig ble tidligere innmeldte saker minnet om, behovet for et nasjonalt melde- og klagesystem for pasienter, likeverdig tilgang til helhetlige pasientforløp og kliniske studier samt behovet for helsekompetansebyggende spesialisthelsetjeneste..

4.6 Brukerrepresentasjon i råd, utvalg, komiteer og arbeidsgrupper:

Oppnevninger i 2023:

Utvalg/råd/referansegruppe	Medlem	Evt. vara	Interregional oppnevning
Samarbeidsorgan for forskning og utdanning (USAM)- brukerobservatør 2023-2024	Gunnhild Berglen	Ernly Eriksen	
Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – brukerrepresentant til interregionalt nettverk	Ester Marie Fjellheim		
Regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging i Helse Nord	Leif Birger Mækinen		
Regionalt kompetansenettverk for selvmordsforebygging – ungdomsrepresentant	Olav Wiik Moland (UR Nordlands-sykehuset)		
Fagråd rehabilitering	Åse Senning		
Regional pasientsikkerhetskonferanse	Hege Johannessen Johanne Kristine Mortensen (ungdomsrepresentant)		
Evaluering av tilbud til pasienter med hjerteinfarkt i Helse Nord	Ernly Eriksen		
Nye metoder	Arne Vassbotn		x
Implementeringsprosjekt for nasjonal tjeneste for medisinsk koordinering av ambulansfly	Gunnhild Berglen	Kitt-Anne Jorid Hansen	
Trygg Akuttmedisin - styringsgruppe	Åse Senning		
Prosjekt utredning rapporteringskrav i Psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling – interregional brukerrepresentant	Asbjørn Larsen (RIO) – styringsgruppen Fredrik Nilsson (Helse Sør-Øst	Ernly Eriksen – foreslått vara for Asbjørn	x

	RHF) - prosjektgruppen		
Helse Nord's tildelingsutvalg for utlyste forskningsmidler 2023-2024	Ole Marius Minde Johnsen	Leif Birger Mækinen	
Oppnevning nytt medlem til arbeidsutvalget for Regionalt brukerutvalg ut perioden 2022-2024	Leif Birger Mækinen		
Interregionalt oppdrag om «organisering av utredning av kognitiv svikt og demens i spesialisthelsetjenesten» - styringsgruppe	Marit Sørdal (Helse Nord RHF) Heidi Hanssen (Helse Sør-Øst RHF)		x
Seksuell skadelig adferd (SSA) - styringsgruppe	Kitt-Anne Jorid Hansen (Helse Nord RHF) Thomas Sebastian Blancaflor (Helse Sør-Øst RHF)	Gunnhild Berglen (vara for Kitt-Anne)	x
Interregional arbeidsgruppe samarbeid Statped hørsel	Else Marie Isaksen		x
Interregional brukerrepresentant - felles nasjonale faglige anbefalinger arbeid og helse	Marit Sørdal (Helse Nord RHF) Odvar Jacobsen (Helse Sør-Øst RHF)		x

5. Avsluttende kommentar ved RBUs leder og nestleder

I året som har gått har svært mye av RBUs ressurser blitt brukt på medvirkning i omstillingsarbeidet Helse Nord står midt i. Det har vært viktig å være tilstede med brukerstemmen i møter og arbeidsgrupper. Det er lagt ned et betydelig arbeid og det har vært til tider svært krevende. Brukerrepresentantene i arbeidsgruppene har beskrevet utfordringene fra brukerperspektivet også i de ulike delrapportene⁵. RBU har også gjennom året fått jevnlig oppdateringer i RBU-møtene, og kommet med innspill. På møtet i desember fremhevet RBU at det i den videre prosessen må være et særlig fokus på de fire prioriterte pasientgruppene: barn og unge, personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser.

Store økonomiske utfordringer har blitt tydelig for hele spesialisthelsetjenesten i nord. RBU presiserer at en vanskelig økonomisk utvikling ikke må gå ut over pasientene. Det kan bety annerledes organisering, men også nordnorske pasienter har rett på likeverdige helsetjenester. I denne krevende situasjonen, er det viktig å se på hvordan

⁵ Kap 3.7 i rapport <https://www.helse-nord.no/4ad4fb/siteassets/dokumenter-og-blokker/endring-og-omstilling/arbeidsgrupper-og-referansegrupper/10-delrapporter-fra-arbeidsgruppene/01-delrapport-akutte-og-planlagte-funksjoner/rappoort--arbeidsgruppe-1--akutte-og-elektive-planlagte-funksjoner.pdf> (s. 20-21)

endringer påvirker pasienter helhetlig fordi alle pasienter trenger et sammenhengende pasientforløp. Alle endringer kan oppleves som unødvendige om man ikke forstår hvorfor de gjøres, derfor er det ekstra viktig at spesialisthelsetjenesten kommuniserer enkelt og forståelig for alle.

RBU har fortsatt sin satsning på å skrive egne hørings svar, og opplever at dette har en betydelig verdi. RBU har hatt flere saker om bl.a Helsepersonellkommissjonen, Sykehusutvalget og varselutvalgets rapporter. Vi ser at våre hørings svar siteres og løftes fram i ulike sammenhenger. Vi skriver med vår brukerstemme i et litt mindre byråkratisk språk, og er opptatt av at det vi skriver skal være mulig å forstå for flest mulig.

Vi har underveis i året hatt et fokus på at vi ønsker lik praktisering av strukturell brukermedvirkning i de felleseide helseforetakene. Dette er et arbeid vi kommer til å fortsette med videre fordi det er viktig for hvordan tjenestene til pasienter og pårørende utvikles i framtiden.

Brukermedvirkning er et verktøy for å utvikle bedre helsetjenester som oppleves som tilgjengelige for befolkningen. Likeverdig praktisering av regelverk, god tilrettelegging og tilstrekkelige ressurser for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetakene må sikres. RBU har derfor meldt inn et ønske om at det gjennomføres en internrevisjon på brukermedvirkningsområdet i Helse Nord, og håper det kan bidra til å løfte brukermedvirkning som verktøy i hele regionen.

Omstillingsprosessen som er startet av helseministeren fortsetter og utfallet vil ha stor betydning for pasienter og pårørende i hele Nord-Norge. Involvering og medvirkning er en nøkkel for å komme fram til gode løsninger som tjener de til gode som har mest investert i helsevesenet; pasientene og alle deres pårørende.

Ordliste/forklaring

Helseforetak

Helseforetak er en samlebetegnelse på regionale helseforetak (RHF) og helseforetak (HF) som ble opprettet etter at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1. januar 2002.

I Norge er det helseforetak som driver sykehustjenester, og i tillegg er det foretak som yter støttetjenester i de ulike regionale helseforetakene, og som yter fellestjenester på nasjonal basis⁶.

Helse Nord består av seks helseforetak. Fire av dem er sykehusforetak, som gir pasientbehandling (Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset). I tillegg har vi Sykehusapotek Nord som leverer medisiner til helseforetakene og er åpent for publikum, og Helse Nord IKT som drifter og forvalter våre felles IKT-systemer. Alle helseforetakene, med unntak av Helse Nord IKT, har egne brukerutvalg.

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

I begrepet «Helse Nord» omfattes alle helseforetak i Nordland og Troms og Finnmark. «Helse Nord RHF» omfatter det regionale helseforetaket særskilt.

Oppdragsdokument (OD)

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) styrer spesialisthelsetjenesten blant annet gjennom oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene gis normalt ut en gang per år, like etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget. Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene.

Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene har to formål:

- HOD stiller styringskrav til de regionale helseforetakene.
- Midlene i Stortingets budsjettvedtak blir formelt stilt til RHF'-enes disposisjon.

Oppdragsdokumentene sendes normalt ut en gang i året.

⁶ Ref. Store norske medisinske leksikon

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.2.2024

RBU-sak 15-2024

Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Kvalitetsindikatorer i «styringskrav og rammer» for helseforetakene 2024
5. Sommerstenging/omorganisering av Psykisk helse og rus UNN - sommeren 2023, evaluering - muntlig
6. Styremøter i Helse Nord RHF - informasjon om planlagte styresaker
7. Oppnevninger siden forrige RBU-møte

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 12. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Hanne Sigrun Byhring

Dato:
6.2.2024

RBU-sak 15-2024/4

Kvalitetsindikatorer i «styringskrav og rammer» for helseforetakene 2024

Formål:

Formålet med saken er å holde RBU orientert om hvordan Helse Nord RHF setter krav til helseforetakene i regionen knyttet til kvalitet i pasientbehandlingen, gjennom å sette fokus på forbedring av resultater på et utvalg kvalitetsindikatorer fra de medisinske kvalitetsregistrene.

Beslutningsgrunnlag

Helse Nord RHF har tidligere gitt helseforetakene i regionen i oppdrag å bedre resultatene på seks utvalgte kvalitetsindikatorer fra de medisinske kvalitetsregistrene. I år er de utvalgte indikatorene tilpasset hvert enkelt sykehus i regionen slik at alle sykehus har fem-seks utvalgte kvalitetsindikatorer med lav eller middels måloppnåelse (basert på resultater for 2022) som de skal forbedre. Oversikt over kvalitetsindikatorene er vedlagt. Indikatorene er valgt ut basert på noen overordnede kriterier.

Kriterier for valg av indikatorer

Indikatorer som velges ut bør være knyttet til intervensjoner

- som gir helsegevinst
- som er viktige for både pasienter, helsepersonell og institusjoner
- som utføres i stort nok volum (antall pasienter/intervensjoner) til at det er mulig å følge utviklingen over år med tilgjengelige data

Aktuelle indikatorer må i tillegg oppfylle følgende kriterier:

- ønsket nivå er kjent
- det ligger til rette for å utarbeide forbedringsprosjekter knyttet til indikatoren
- det er en veldokumentert sammenheng mellom måloppnåelse for indikatoren og reduksjon i dødelighet, skader eller komplikasjoner
- Dekningsgrad overstiger 60%

Vedlegg: Reviderte kvalitetsindikatorer til «Styringskrav og rammer» 2024

Reviderte kvalitetsindikatorer til «Styringskrav og rammer» 2024

Utgangspunktet er de seks kvalitetsindikatorerne oppgitt i OD 2023 som alle helseforetak skulle iverksette tiltak for å forbedre.¹ Indikatorene er nå sykehusspesifikke, og hvert sykehus skal ha minst 5 indikatorer med moderat eller lav måloppnåelse å jobbe med. For sykehus som har høy måloppnåelse for noen av de opprinnelige indikatorene er det derfor foreslått nye indikatorer å jobbe med. Indikatoren «Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI hjerteinfarkt» har lav måloppnåelse ved alle sykehus og forbedringsarbeid gjennomføres ved deltakelse i det regionale forbedringsprosjektet «Trygg Akuttmedisin».

Kirkenes

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 17 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) NB! Antall pas <10
Indikator 2	Andel behandlet med trombolysse – Hjerneslag Resultat 2022: 13 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpig res. For 2023: 15 %)
	Anbefalte nye indikatorer
Indikator 3	Andel som har fått vurdert/testet svelgfunksjon – Hjerneslag Resultat 2022: 76% (grense gul 85 %, grense grønn 95 %) (Foreløpig res. For 2023: 83 %)
Indikator 4	Koronar angiografi ved NSTEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 64% (grense gul 70 %, grense grønn 85%) (Foreløpig res. For 2023: 76%)
Indikator 5	Blodtrykk <130/80 etter nyretransplantasjon Resultat 2022: 66 % (grense gul 70 %, grense grønn 80 %)

Hammerfest

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 0 % (grense gul 70 %, grense grønn 85%) NB! Antall pas <10
Indikator 2	Andel behandlet med trombolysse – Hjerneslag Resultat 2022: 10 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpig res. 2023: 13 %) NB! Antall pas <10
Indikator 3	Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag Resultat 2022: 76 % (grense gul 70 %, grense grønn 80%) (Foreløpig res. 2023: 75 %)
Indikator 4	Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes Resultat 2022: 17 % (grense gul 14 %, grense grønn 12 %)
Indikator 5	Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd Resultat 2022: 81 % (grense gul 80 %, grense grønn 90%) (Foreløpige res. 2023: 85 %)

¹ Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI hjerteinfarkt

Andel behandlet med trombolysse ved hjerneslag

Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag

Operasjon innen 48 timer etter hoftebrudd

Sementert lårbensprotese ved hoftebrudd for pasienter > 70 år

Andel med HbA1C > 75 mmol/mol hos voksne med diabetes

Resultater på sykehusnivå for disse indikatorer publiseres på nettsiden skde.no/kvalitetsregistre.

Tromsø

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 48 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) (Foreløpig res. 2023: 48 %)
Indikator 2	Andel behandlet med trombolysse – Hjerneslag Resultat 2022: 17 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpig res. 2023: 23 %)
Indikator 3	Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes Resultat 2022: 13 % (grense gul 14 %, grense grønn 12 %)
Indikator 4	Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd Resultat 2022: 71 % (grense gul 80 %, grense grønn 90%) (Foreløpig res. 2023: 60 %)
Indikator 5	Sementert stamme ved bruk av protese – Hoftebrudd Resultat 2022: 6 % (grense gul 80 %, grense grønn 90 %)

Harstad

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 17 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) NB! Antall pas <10
Indikator 2	Andel behandlet med trombolysse – Hjerneslag Resultat 2022: 10 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpig res. 2023: 11 %)
Indikator 3	Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes Resultat 2022: 14 % (grense gul 14 %, grense grønn 12 %)
	Anbefalte nye indikatorer
Indikator 4	<i>Komplikasjoner under operasjon (hysteroskopi) - Gynekologisk endoskopi</i> Resultat 2022: 5 % (grense gul 4 %, grense grønn 2 %).(Foreløpige res. 2023: 2,1 %)
Indikator 5	<i>Reseksjoner av tykktarm: Lekkasje fra skjøt (anastomoselekkasje) – Gastrokirurgi</i> Resultat 2022 9 % (grense gul 6 %, grense grønn 4 %) (Foreløpig res. 2023: 10 %)
Indikator 6	<i>Sårruptur – Gastrokirurgi</i> Resultat 2022: 5 % (grense gul 4 %, grense grønn 3 %)

Narvik

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 13 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) NB! Antall pas <10
Indikator 2	Andel behandlet med trombolysse – Hjerneslag Resultat 2022: 8 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpige res. 2023: 9 %)
Indikator 3	Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag Resultat 2022: 42 % (grense gul 70 %, grense grønn 80%) (Foreløpig res. 2023: 59 %)
Indikator 4	Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd Resultat 2022: 84 % (grense gul 80 %, grense grønn 90%) (Foreløpig res. 2023: 100 %)
	Anbefalt ny indikator
Indikator 5	<i>Andel diabetikere med kjent hjerte/karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL < 1,8 mmol/L – Diabetes</i> Resultat 2022: 41 % (grense gul 45 %, grense grønn 60 %)

Vesterålen

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 29 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) NB! Antall pas <10
Indikator 2	Andel behandlet med trombolyse – Hjerneslag Resultat 2022: 17 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpig res. 2023: 32 %)
Indikator 3	Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag Resultat 2022: 61 % (grense gul 70 %, grense grønn 80 %) (Foreløpig res. 2023: 57 %)
Indikator 4	Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd Resultat 2022: 85 % (grense gul 80 %, grense grønn 90%) (Foreløpig res. 2023: 84 %)
	Anbefalte nye indikatorer
Indikator 5	<i>Andel som har fått vurdert/testet svelgfunksjon – Hjerneslag</i> Resultat 2022: 75 % (grense gul 85 %, grense grønn 95 %) (Foreløpig res. 2023: 78 %)
Indikator 6	<i>Ejeksjonsfraksjon (EF) målt etter hjerteinfarkt</i> Resultat 2022: 57 % (grense gul 60 %, grense grønn 80 %) (Foreløpig res.2023: 50 %)

Bodø

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 50 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) (Foreløpig res. 2023: 55 %)
Indikator 2	Andel behandlet med trombolyse – Hjerneslag Resultat 2022: 16 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpig res. 2023: 19 %)
Indikator 3	Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd Resultat 2022: 84 % (grense gul 80 %, grense grønn 90%) (Foreløpig res. 2023: 76 %)
	Anbefalte nye indikatorer
Indikator 4	<i>Andel diabetikere med kjent hjerte/karsykdom som har oppnådd kolesterolmål, LDL < 1,8 mmol/L – Diabetes</i> Resultat 2022: 36 % (grense gul 45 %, grense grønn 60 %)
Indikator 5	<i>Lekkasje fra skjøt (anastomoselekkasje) ved reseksjon av kolon – Gastrokirurgi</i> Resultat 2022: 9 % (grense gul 6 %, grense grønn 4 %) (Foreløpig res. 2023: 2,6 %)
Indikator 6	<i>Komplikasjoner under operasjonen (hysteroskopi)- Gynekologisk endoskopi</i> Resultat 2022: 8 % (grense gul 4 %, grense grønn 2 %) (Foreløpig res. 2023: 9,4 %)

Lofoten (lav N for enkelte indikatorer, og vanskelig å finne nye indikatorer)

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 0 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) NB! Antall pas <10
	Anbefalte nye indikatorer
Indikator 2	Jobbe med å få opp dekningsgrad i Norsk diabetesregister for voksne slik at sykehuset kan rapportere på Andel med HbA1C > 75 mmol
Indikator 3	<i>Ejeksjonsfraksjon (EF) målt etter hjerteinfarkt</i> Resultat 2022: 50 % (grense gul 60 %, grense grønn 80 %)

Mo i Rana

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 18 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %)
Indikator 2	Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag Resultat 2022: 54 % (grense gul 70 %, grense grønn 80%) (foreløpig res. 2023: 63 %)
Indikator 3	Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes Resultat 2022: 13 % (grense gul 14 %, grense grønn 12 %)
Indikator 4	Operasjon innen 48 timer – Hoftebrudd Resultat 2022: 87 % (grense gul 80 %, grense grønn 90%) (Foreløpig res. 2023: 91 %)
	Anbefalte nye indikatorer
Indikator 5	<i>Antibiotika etter retningslinjer hofteprotese – Leddprotese</i> Resultat 2022: 85 % (grense gul 90 %, grense grønn 95 %)
Indikator 6	<i>Andel som har fått vurdert/testet svelgfunksjon – Hjerneslag</i> Resultat 2022: 72 % (grense gul 85 %, grense grønn 95 %) (Foreløpig res. 2023: 54 %)

Mosjøen (lav N for enkelte indikatorer, og vanskelig å finne nye indikatorer)

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 0 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) NB! Antall pas <10
Indikator 2	Andel behandlet med trombolyse – Hjerneslag Resultat 2022: 10 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpig res. 2023: 25 %)
Indikator 3	Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes Resultat 2022: 13 % (grense gul 14 %, grense grønn 12 %)
	Anbefalt ny indikator
Indikator 4	<i>Andel med HbA1C <= 53 mmol/mol – Diabetes</i> Resultat 2022: 20 % (grense gul 29 %, grense grønn 32 %)

Sandnessjøen

Indikator 1	Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI – Hjerteinfarkt Resultat 2022: 33 % (grense gul 70 %, grense grønn 85 %) NB! Antall pas <10
Indikator 2	Andel behandlet med trombolyse – Hjerneslag Resultat 2022: 7 % (grense gul 13 %, grense grønn 20 %) (Foreløpig res. 2023: 30 %)
Indikator 3	Andel med rapportert status 3 måneder etter hjerneslag Resultat 2022: 69 % (grense gul 70 %, grense grønn 80%) (Foreløpig res. 2023: 71 %)
Indikator 4	Andel med HbA1C > 75 mmol – Diabetes Resultat 2022: 14 % (grense gul 14 %, grense grønn 12 %)
	Anbefalt ny indikator
Indikator 5	<i>Andel pasienter med tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid – Hjerneslag</i> Resultat 2022: 59 % (grense gul 70 %, grense grønn 80 %)

Møtedato: 19. februar 2024
 Vår ref.:
 2024/82-7

Saksbehandler:
 Tina Eitran

Dato:
 12.2.2024

RBU-sak 15-2024/6

Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **28. februar 2024 i Tromsø:**

STYRESAK	ansv.
Budsjett 2024 – justering av rammer nr. 1	EAH
Tiltak for å sikre bærekraft, helhetlig plan, høringsutkast	MLI

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt 21. februar 2024
 b) Det gjøres oppmerksom på at det kan forekomme endringer.

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **21. mars 2024 i Tromsø:**

STYRESAK	ansv.
UNN, bortfeste av tomt - kommunal legevakt	HIR/LAM
Internrevisjonsrapport 10-2023 – Registreringspraksis i DIPS i Helse Nord, oppsummering	JHA
Utskrivningsklare pasienter, oppfølging av sak 130-2023	JTF/HIIR
Regionale funksjoner, gjennomgang, oppfølging av sak 117-2022	HIR
Digitale innbygger- og samhandlingstjenester – ivaretagelse av samisk språk og opplæring, oppfølging av sak 145-2023	HIR/BN
Utvalgte kvalitetsindikatorer i Helse Nord, oppfølging av sak 108-2023	GT/JTF
Salg eiendom, Finnmarkssykehuset Hammerfest	HIR/LAM
Årlige nasjonale beredskapsøvelser, evaluering (O-sak)	JB
Styringssystem for informasjonssikkerhet, oppfølging av styresak 135-2021	JB/IMA
Regional beredskapsplan – styrets rolle og ansvar	JB
Årsoppgjør 2023, inklusive rapport om godtgjørelser til ledende ansatte og spesialisthelsetjenestens felles rapport for samfunnsansvar 2023	EAH/HIR
FRESK (Fremtidens systemer i klinikken) - tertialrapportering	HiR
Tertialrapport nr. 1	HIR

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt 14. mars 2024
 b) Det gjøres oppmerksom på at det kan forekomme endringer.

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.2.2024

RBU-sak 15-2024/7

Oppnevninger siden forrige RBU-møte

Formål

Saken fremmes for å informere om oppnevningene som er gjort siden forrige ordinære møte i Regionalt brukerutvalg 19. januar 2024.

Brukerutvalget i Luftambulansetjenesten HF

I RBU-AU-sak 6-2024 – oppnevning av kandidater til Brukerutvalget i Luftambulansetjenesten HF, vedtok arbeidsmøte til Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF følgende:

RBU-AU undersøker om de foreslåtte kandidatene er villige til å bli oppnevnt:

- *Knut Hartviksen*
- *Åse Senning*
- *Gunn Strand Hutchinson*

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.2.2024

Styresak 16–2024

Referatsaker

Forslag til vedtak:

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 12. februar 2024

Marit Lind
administrerende direktør

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. RBU-AU-møte 24. januar 2024 – protokoll
2. RBU-AU-møte 8. februar 2024 – protokoll
3. Brukerutvalgsmøte Finnmarkssykehuset HF 25. januar 2024 - referat

Protokoll

Vår ref.:
2024/82-5

Referent:
Tina Eitran

Dato:
24.1.2024

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	24. januar 2024
Møtested:	Teams

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	Leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Leif Birger Mækinen	fast varamedlem	FFO
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Marit Sjørdal	medlem	SAFO

Saksliste:

- RBU-AU sak 3/2024 Styringskrav og rammer til helseforetakene 2024

RBU AU-sak 3-2024 Styringskrav og rammer til helseforetakene 2024

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg har gjennom høsten 2023 gjennomført en grundig medvirkningsprosess med brukerutvalgene og ungdomsrådene i regionen. Tilbakemeldingene har vært viktige bidrag til RBUs innspill til dokumentet «styringskrav og rammer til helseforetakene 2024». Det er derfor med bekymring, vi ser at ingen av våre innspill er tatt med. RBU har løftet fram disse områdene fordi det er særlig viktig for pasienter og pårørende, og fordi vi har pekt på dette i mange sammenhenger. RBU mener derfor fremdeles at dette er områder som trenger et tydeligere styringssignal enn det som er gitt tidligere. Vi minner derfor om våre tre prioriterte områder:
 - a. Likeverdig tilbud til mennesker med psykisk utviklingshemming og samtidig psykiske lidelser, der RBU er svært bekymret over manglende behandlingstilbud, regionale variasjoner i tilbudet og nedbygging av ambulante tjenester.
 - b. Bedre koordinering av timer ved sykehuset.
 - c. Helsepersonells mangfoldkompetanse må styrkes, gjennom helhetlig planarbeid for alle helseforetak og alle slags ansatte.
2. RBU er særlig bekymret for fristbrudd og ventetid innenfor psykisk helsevern og TSB, og ber om at det følges tettere opp, også med sykehusspesifikke kvalitetsindikatorer.
3. En god pilotering av ny rekvisisjonspraksis for pasientreiser vil kunne bety mye både for pasientsikkerhet og hverdagen til pasienter og pårørende – særlig for dem som reiser ofte. RBU har store forventninger til dette oppdraget.
4. RBU er fornøyd med at saken har vært innom i flere omganger for å sikre god brukermedvirkning i dokumentet «styringskrav og rammer til helseforetakene».

Bodø, den 24. januar 2024

*godkjent av Knut Hartviksen,
i etterkant av RBU-AU-møtet,
den 29. januar 2024*

Knut Hartviksen
RBU-leder

Protokoll

Vår ref.:
2024/82-6

Referent:
Tina Eitran

Dato:
8.2.2024

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	8. februar 2024
Møtested:	Teams

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Gunnhild Berglen	nestleder	FFO
Marit Sjørdal	medlem	SAFO
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO
Tina Eitran	spesialrådgiver	Helse Nord RHF

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette møtet i Regionalt brukerutvalg.

Saksliste:

- RBU-AU sak 4-2024 Informasjon fra administrasjonen
- RBU-AU sak 5-2024 RBU-møte 19.2.2024 - saksliste
- RBU-AU sak 6-2024 Oppnevning brukerutvalget i Luftambulansetjenesten HF

RBU AU-sak 4-2024 Informasjon fra administrasjonen

Administrasjonen orienterte om ivaretagelse av koordinatorrollen for neste periode og om oppnevning av to observatører i styret i Helse Nord RHF, jf. styresak 14-2024 Styret i Helse Nord RHF – oppnevning av observatører fra Regionalt brukerutvalg. Styret i Helse Nord RHF vedtok følgende:

Styret i Helse Nord RHF oppnevner leder og nestleder i Regionalt brukerutvalg som observatører i styret med tale- og forslagsrett fra 7. februar 2024.

Vedtak:

RBU-AU tok informasjonen til orientering.

RBU AU-sak 5-2024 RBU-møte 19.2.2024 - sakliste

Gjennomgang av sakliste til RBU-møte 19. februar 2024. Det settes av god tid til høringsutkast «Tiltak for å sikre bærekraft» og handlingsplan for «strategi for personell, utdanning og kompetanse».

Vedtak:

RBU-AU tok informasjonen til orientering.

RBU AU-sak 6-2024 Oppnevning brukerutvalget i Luftambulansetjenesten HF

Gjennomgang av forslag til oppnevning i brukerutvalget i Luftambulansetjenesten HF. Det er viktig at de som oppnevnes har erfaring med brukermedvirkning på systemnivå, da dette er et nyopprettet brukerutvalg.

RBU-AU forslår at det oppnevnes tre kandidater fra Helse Nord:

- Knut Hartviksen
- Åse Senning
- Gunn Strand Hutchinson

Vedtak:

RBU-AU undersøker om de foreslåtte kandidatene er villige til å bli oppnevnt:

- Knut Hartviksen
- Åse Senning
- Gunn Strand Hutchinson

Bodø, den 8. februar 2024

Knut Hartviksen
RBU-leder



Brukerutvalgsmøte Finnmarkssykehuset HF

REFERAT

25. januar 2024

Beate Juliussen
25.01.2024

Postadresse

Finnmarkssykehuset
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Besøksadresse

Hammerfest sykehus
Sykehusveien 35
9600 Hammerfest

Tlf, sentralbord: 78 42 10 00

postmottak@finnmarkssykehuset.no
www.finnmarkssykehuset.no

Organisasjonsnummer

983 974 880



Kjell Magne Johansen	Leder	Til stede	
Gro Johansen	Nestleder	Til stede	
Torhild Ackermann	Medlem	Til stede	
Tor Arne H. Johansen	Medlem	Til stede	
Astrid Daniloff	Medlem	Til stede	
Alf Bjørn	Medlem	Til stede	
Solveig Methi	Medlem	Meldt forfall	Vara hadde ikke mulighet å møte
Knut Harald Eriksen	Medlem	Til stede	
Susanne Elisabeth Siri	Medlem	Meldt forfall	Har ikke vara

Fra administrasjonen møtte:

Beate Juliussen	Administrasjonsleder (referent)
André Engesland	SANO, deltok på sak 05/2024
Violet Karoliussen	Prosjektleder OU NHS, deltok på sak 06/2024
Mette Elisabeth Eriksen	Pasient- og brukerombud, deltok på sak 07/2024
Ingrid Persen Torvik	Samisk rådgiver ved pasient- og brukerombudet, deltok på sak 07/2024
Harald G. Sunde	Medisinsk fagsjef, deltok på sak 11/2024

Sak 01/2024 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det innkalles til Brukerutvalgsmøte i Finnmarkssykehuset HF **torsdag 25. januar 2024 kl 09:00-15:00** på Teams.

Saksnummer	Sakens navn
01/2024	Godkjenning av innkalling og saksliste
02/2024	Godkjenning av referat fra BU møte 23. november 2023
03/2024	Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg møte 16. januar 2024
04/2024	Direktørens time
05/2024	Klinisk farmasi
06/2024	Nye Hammerfest sykehus – flytting av vitsetrom til overnatting pårønderom
07/2024	Pasient- og brukerombudet
08/2024	Årsrapport 2023
09/2024	Pasientreiseforskriften - høring
10/2024	Saker det er ønskelig å jobbe med i 2024, innspill fra Brukerutvalget
11/2024	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"> Muntlig informasjon fra BU leder Muntlig informasjon fra BU medlemmer Muntlig informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF
12/2024	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> Referat fra regionalt brukerutvalg finnes på Helse Nord sin nettside. Brev fra Mai Britt Aalberg angående omstillingsprosessen i Helse Nord, 4. januar 2024
13/2024	Eventuelt

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.



Sak 02/2024 Godkjenning av referat fra BU møte 23. november 2023

Vedtak: Referat fra BU møte 23. november 2023 godkjennes.

Sak 03/2024 Referat fra brukerutvalgets arbeidsutvalgsmøte 16. januar 2024

Vedtak: Brukerutvalget tar referatet fra AU møte 16. januar 2024 til orientering.

Sak 04/2024 Direktørens time

Saken utgikk.

Sak 05/2024 Klinisk farmasi

Fagleder kliniske tjenester, André Engelsland fra sykehusapotek nord (SANO) innledet i saken.

Tema:

Klinisk farmasi i Helse Nord

Hva er klinisk farmasi og hvorfor trenger vi det?

Pasientcaser

Økonomi

Kommentarer, spørsmål og svar:

Skal en ikke knuse medisinen? Noen har problemer å svelge tabletter. Bra at farmasøyter er inne på sykehuset for korrekt medisinerings. Svar: Noen tabletter kan knuses og noen skal ikke knuses. Her kan farmasøyt gi informasjon og råd.

Kommunal helsetjeneste – medisin fra fastlegen. En del eldre pasienter får mye medisiner. Det virker som om det er lite undervisning overfor kommunale leger. Viktig at de også har denne kunnskapen. Svar: godt innspill. Helse Nord satser på kliniske farmasøyter. Ikke alle kommuner har denne muligheten. Handler nok mye om økonomi.

Når det gjøres en kartlegging av medisinbruk hos pasienter, er det fokus også på naturpreparater?

Svar: Det skal gjøres et strukturert intervju, også det som omhandler naturmidler og andre legemidler som ikke er på resept. Bevisstgjøring rundt dette er viktig.



Økt fokus på legemiddelbehandling er viktig. Er det behov for flere farmasøyter i sykehusene/klinikkene?

Svar: skulle gjerne hatt en samisktalende farmasøyt i Finnmark. Det gir god effekt ved å ha farmasøyter på sykehusene/klinikkene. Kan også se på alternativer, slik som å få støtte fra roboter. Det er viktig å jobbe målrettet. Kommunene bør i større grad se på å ha farmasøyt tilgjengelig.

Farmasøyt på sykehus er en kvalitetssikring for pasient og ansatte/behandlere. Bruk av legemiddelkabinett er veldig bra.

Vedtak:

1. Informasjon vedørende klinisk farmasi tas til orientering

Sak 06/2024 Nye Hammerfest sykehus – flytting av visittrom til overnatting pårørenderom

Prosjektleder OU-NHS, Violet Karoliussen innledet i saken.

Vedtak:

Brukerutvalget anbefaler ikke at pårørenderommet brukes til visittrom. Pårørenderommet må beholdes til pårørende. Grunnen til det er behovet for nærhet til pasient, mulighet for å kunne ta pauser, samtidig som en er nært pasient. Pårørenderommet kan gjerne brukes til korte samtaler med pårørende, en type møterom for pårørende og helsepersonell dersom rommet ikke er opptatt av pårørende.

Sak 07/2024 Pasient- og brukerombudet

Pasient- og brukerombudet, Mette Elisabeth Eriksen innledet i saken. Ingrid Persen Torvik deltok også i saken.

Pasient- og brukerombudet (POBO) jobber med enkeltsaker og systemsaker.

Enkeltsaker er et lavterskeltilbud som er gratis. Jobber ut fra fullmakt.

Systemsaker – jobber på systemnivå. Brukerutvalgene er særdeles viktig for oss.

Årsmeldingen lages nasjonalt nå, ikke på det enkelte kontor.

Antall henvendelser øker jevnlig. Er svært bekymret for mangel på fagfolk og utdanning av fagfolk. Mye vikarbruk er ikke bra, trenger stabilitet av helsepersonell. Håper at BU er oppmerksom på dette.



60% av henvendelsene til POBO kommer fra spesialisthelsetjenesten og 40% fra kommunehelsetjenesten. Får mindre klager på oppførsel. Maktbalansen mellom helsepersonell og pasient blir bedre. Ditt liv og ditt valg – samvalg viktig.

God informasjon skaper trygghet og forutsigbarhet i en utrygg situasjon!

Hadde 473 saker i 2023. Har fått samisk koordinator, og håper at den samiske befolkningen benytter seg av dette tilbudet. Har jobbet med samisk ombudstjeneste i mange år.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Ser dere en rød tråd i klagen som kommer inn vedrørende spesialisthelsetjenesten.

Svar: den største grunnen til klage er på behandlingen en har fått. Kan være flere ulike årsaker. Den største gruppen er innen ortopedisk kirurgi, dette er likt over hele landet. Den neste er klage på diagnose. Feil diagnose gir feil behandling.

Det er mange pasientgrupper som har krav på koordinator. Hvordan fungerer det?

Svar: det er ikke mange som klager på dette, men det skjer. Det er kanskje tilfeldig at en ikke klager. En har krav på koordinator i en slik utredning. Mange vet ikke at en har krav på koordinator.

Sykepleierutdanninga – er det sett på å øke utdanninga fra 3 til 4 år, slik at en kan få inn spesialisering i det 4. året. Slik det er i dag er det en propp i systemet at en skal jobbe som sykepleier før en får tatt spesialistutdanning. Bør gjøres noe med dette.

Svar: det gjøres forskjellig i Norden, innretning av utdanningen bestemmes sentralt fra. Vanskelig å reise vekk i lange perioder når en skal ta spesialistutdanning.

Desentralisert sykepleierutdanning i Alta hadde 130 søkere til 30 plasser. Bør satse på permanent sykepleierutdanning i Alta.

Svar: sykepleierutdanning i Alta – flott at det er mange søkere. Alta har valgt å ha samlingsbasert desentralisert utdanning over fire år. Det er tenkt en samlingsbasert løsning også i Hammerfest over tre år, og muligens i Kirkenes også.

Er det mye klager fra pasienter som mener de burde blitt sendt direkte til UNN og ikke via lokalsykehus? Får ofte tilbakemelding om dette fra pasienter i Alta.



Svar: Ikke mange klager fra pasienter som blir sendt via lokalsykehus, men det er noen. Har dialog med FIN på dette. Statistikken viser at de fleste får behandling lokalt. UNN er ikke lokalsykehus. Dersom en opplever at det er feil, så ber vi om at pasienter tar kontakt, for å avklare om det er gjort feil. Det er gode retningslinjer for hvem som skal til lokalsykehuset og hvem som skal sendes direkte til UNN.

Er det gitt god nok informasjon om at en kan kontakte pasient- og brukerombudet anonymt?

Svar: Å være anonym informeres det om. BU er gode informanter ut om dette. Dersom det skal føres en sak kan en ikke være anonym, men en kan være anonym i starten. Er et rådgivende organ, slik at behandlingen skal bli bedre.

Vi har lokalsykehus og intensivavdelinger som virker. Viktig å få frem positive historier. Viktig å få frem at intensivavdelingene fungerer på sykehusene.

Brukes kunstig intelligens for diagnostisering?

Svar: Dette brukes mye innen radiologi i dag.

POBO sin rolle i forhold til funksjonsfordelinga. Legge ned dps'er. Vil det komme høringsuttalelse fra POBO?

Svar: POBO gir ikke høringsuttalelse. Ser behovet for dps i Øst-Finnmark

Audiograf situasjonen viktig for oss. Har et godt samarbeid med FIN. Det bør jobbes for å få enda flere audiografer og ambulerer til flere steder i fylket.

Behandlingstilbudet til rusmisbrukere er veldig dårlig. Mye som er lovpålagt og anbefalt er ikke fulgt opp av spesialisthelsetjenesten. Stor økning av pasienter innen rus.

Det var en markering 11. januar i Tana for å beholde DPS i Tana. Fylkesordfører, fire ordførere og mental helse deltok i fakkeltog med over 200 deltakere. Dette berører våre brukere. Det skaper utrygghet blant befolkninga. Disse plassene er svært viktig for oss. Blir satt tilbake i tid dersom Tana legges ned. Rio og Mental helse jobber for at dette tilbudet skal beholdes.

Utskrivningsklare pasienter – landsdekkende problem. En god del pasienter opplever at en ikke er utskrivningsklar, selv om sykehuset mener at pasienten er ferdig behandlet. Sykehusene har begrenset plass. De største kommuner som har størst problem å ta hjem



pasienter. Sykehusene må gå i dialog med pasienten om de er utskrivningsklar.

Vedtak:

1. Informasjon fra pasient- og brukerombudet tas til orientering.

Sak 08/2024 Årsrapport 2024

Koordinator for Brukerutvalget, Beate Juliussen innledet i saken.

Vedtak:

1. Årsrapport 2023 for Brukerutvalget godkjennes med de endringer som kom i møtet.

Sak 09/2024 Pasientreiseforskriften - høring

Enhetsleder for Pasientreiser, Bjørn Erik Johansen innledet i saken. Det er nesten ikke foreslått noen endringer i den nye pasientreiseforskriften. Det er ikke foreslått endringer i reisetid og ventetid, overnattingssetter. Ingenting som fører til økte kostnader for helseregionene. Har startet en regional prosess for å sende inn høringssvar. Kommer til å gå gjennom hele forskriften og se om det er noe vi kan svare ut og komme med ønsker om endringer.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Ser at det er foreslått at småbeløp under 100 kr skal utbetales, for en kuriositet!

Svar: pasienter som har småreiser får nå utbetalt for utleggene sine. Det utgjør ikke stor økonomisk belastning for pasienter om de ikke får tilbake 12 kroner, kontra de som må betale flere hundre kroner i egenandel for overnatting pr døgn.

Hvilke type billetter gjelder når en skal til sykehus? Opplevde at 4 pasienter måtte gå av flyet på grunn av overvekt fordi de hadde de dårligste billettene.

Svar: Det er tragisk at slikt skjer. Dette er første gang at fire pasienter måtte av et fly. Pasientene har krav på billigste rutegående transport. Dersom krav på annen type billett må pasienten ha rekvisisjon.

Problematisk at en ikke får tak i pasientreiser fra fredag kl 16 til mandag kl 08.

Svar: det er mulig å få en pasientreise etter fire fredag og før mandag kl 08. Det går gjennom lokal legevakt. Avtale med G travel som har åpent døgnet rundt. Dersom oppstår noe akutt er det mulig å få en rekvirert reise. Kan også kjøpe reisen selv og få dette refundert.



Det skal utarbeides hørings svar til pasientreiseforskriften. Må ha innspill på dette. Innspillet må spisses.

Finnmark er særegen på mange områder. Det blir mange overnattinger både for pasient og pårørende. Pårørende har nesten ingen rettigheter. Mye kostnader å være i nærheten av sine.

Fly, buss og båt tilbudet vil bli dårligere ut fra de rutene som er lagt frem pr i dag. Dette fører til lengre reisetid, lengre ventetid og mer overnatting for våre pasienter. For flytilbudet må det legges opp til at en kan reise på morgenen og tilbake på ettermiddag/kveld.

Er bekymret for kysten av Finnmark og Tana. Viktig at de blir ivaretatt på en god måte. Spesielt med tanke på fot rutene på fly som kommer nå.

Vedtak:

1. Arbeidsutvalget utarbeider et hørings svar til Pasientreiseforskriften innen høringsfristen 11. april 2024.
2. Innspill til høring sendes til koordinator Beate Juliussen innen 29. februar 2024.
3. Utkast til hørings svar sendes til Brukerutvalget for innspill.

Sak 10/2024 Saker det er ønskelig å jobbe med i 2024, innspill fra Brukerutvalget

Koordinator for Brukerutvalget, Beate Juliussen innledet i saken.

Innspill:

- Orientering om pakkeforløp kreft og kreftbehandling. Hvordan jobbes det med dette i Finnmarkssykehuset? Opplevs at det er store variasjoner. Få presentasjon fra Eirin som var på pasientsikkerhetsuka i Kirkenes i 2023.
- Funksjons- og oppgavedeling – utarbeidelse av hørings svar. Jobbe med hørings svaret. Må settes ned en arbeidsgruppe.
- Videreutvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta
- Pasientkoordinator innen spesialisthelsetjenesten – hvordan fungerer dette i FIN. Innen hvilke områder har en dette.
- Psykisk helse og selvmord. Forebygge selvmord, få foredrag fra en som har overlevd selvmordsforsøk.
- Hvordan få helsepersonell fra andre land utenfor EU/EØS raskere i arbeid.

Vedtak:

1. Koordinator for Brukerutvalget jobber for å implementere ønskede saker inn i sakslista for 2024.



Sak 11/2024 Orienteringssaker

4. Muntlig informasjon fra BU leder
 - a. Styremøte i desember 2023
 - b. Prosjektstyret nye Hammerfest sykehus. Fikk ikke deltatt på siste møtet. Sykehuset er i praksis ferdig. Er laget en plan for innflytting i 2024. Alle skal være flyttet inn i desember 2024.
 - c. Forskningsstyret har tildelt midler for forskning 2024. Neste tildeling i juni 2024. Forskningspris ble utdelt i desember, gikk til Viera Stubnova ved Kirkenes sykehus.

5. Muntlig informasjon fra BU medlemmer
 - a. Brukerutvalget SANO (Torhild og Solveig). Solveig deltok på møte 8. desember 2023. Interessant møte. Informasjon om legemidler, hvem som blir prioritert for ulike typer medisin. Informasjon om digitale pakningsvedlegg, som er mer sikkert enn skriftlig pakningsvedlegg.
 - b. Helsefellesskapet (Solveig). Det har ikke vært SU møte i desember. Blir ekstraordinært møte 1. februar 2024.
 - c. Forskningsprosjekt medisinsk etikk (Gro). Ingen aktivitet.
 - d. Klinisk etikk komite.
 - e. Kvalitetsutvalget (Astrid). Møte 30. november. Tema barne- og ungdomsdiabetes, nyfødtdisin, CP, pakkeforløp kreft.
 - f. Samisk språkutvalg (Susanne). Deltok ikke i møtet.
 - g. Stormottakersatsingen (Gro). Ingen aktivitet
 - h. Lokalt samarbeidsutvalg Vest-Finnmark, LFSO (Alf Bjørn). Har ikke deltatt i møtene, har vært på reise.
 - i. Brukerpanel for digital samhandling (Bjørnar). Deltok ikke i møtet.

6. Muntlig informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF
 - a. **Medisinsk fagsjef orienterer:**
Nye anbudsvinnere for to legemidler – framgangsmåte fra FIN.
<https://www.finnmarkssykehuset.no/fag-og-forskning/legesida/praksisnytt/nye-anbudsvinnere-for-noen-biologiske-legemidler-fra-1.-februar-2024>

Spørsmål, kommentarer og svar:

Andre HF bruker mer penger på legemidler, hvorfor? Forskjell på pris på legemidler, men samme effekt. Hvor god informasjon gis ut?

Svar: har en del pasienter i de andre HF'ene som har behov for dyre legemidler. H-resepter som skrives ut av helseforetakene, byttes ut gjennom nasjonale anbud. Det sendes ut informasjon til alle pasienter som bytter H-resepter. Her har Brukerutvalget



deltatt med å kvalitetssikre pasientskriv, slik at det er forståelig for mottakeren.

Ambulansetransporter i dårlig vintervær

Prehospitale tjenester håndterer dårlig vintervær, og det har ikke vært noen kritiske situasjoner som følge av vær og vind denne vinteren.

Situasjonen rundt ØNH-leger og audiografer

Gjennomgang bemanningssituasjonen og ventetider i Finnmarkssykehuset.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Resten av landet sliter like mye som FIN. Veldig fornøyd med den jobben som gjøres i FIN for å få tak i flere audiografer, selv om en ønsker en audiograf pr 10 000 innbyggere.

3-3a meldinger - varsel om alvorlige hendelser

Orientering om utvikling av 3-3a meldinger 2019-2023.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Det er en oppfatning blant befolkninga at Finnmark er overrepresentert innen selvmord. Viktig at det kommer ut informasjon om at dette ikke stemmer.

Svar: må poengtere at dette ikke er selvmordsstatistikken, dette er 3-3a registeret. Avviksmeldingene vi har ligger på nasjonalt nivå.

Hvert selvmord er ett selvmord for mye. Hvordan kan vi unngå dette? Mye unge folk. Klarer å finne løsninger på mange andre sykdommer og traumer.

- b. **Funksjons- og oppgavedeling Helse Nord RHF** – oppdatert informasjon finnes på [Helse Nord sin side om endring og omstilling i Helse Nord](#). Rapporten som skal til høring er utsatt, og dermed er også høringsfristen utsatt. Ikke fått noen dato for svarfrist pr dags dato.
- c. **Kunst nye Hammerfest sykehus**
Første montering av kunst i nye Hammerfest sykehus starter mandag 29. januar 2024.
- d. **Valg nytt Brukerutvalg**
Har fått inn navn fra RIO. Eldrerådet har bedt om utsettelse



til uke 10. Oppfordrer alle organisasjoner til å sende inn navn på kandidater innen fristen 31. januar 2024.

Vedtak:

1. Brukerutvalget tar informasjon til orientering.

Sak 12/2024 Referatsaker

1. Referat fra regionalt brukerutvalg finnes på [Helse Nord sin nettside](#).
2. Brev fra Mai Britt Aalberg angående omstillingsprosessen i Helse Nord, 4. januar 2024

Vedtak:

1. Referatsakene tas til orientering.
2. Svar på brev fra Aalberg: RBU har ikke bedt om uttalelse fra Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset før helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling skulle sendes ut på høring. Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset har vært orientert om prosessen hele veien, og har hatt mulighet til å komme med innspill til arbeidsgruppene underveis. Brukerutvalget har besluttet å nedsette en arbeidsgruppe som skal sende hørings svar når rapporten blir sendt ut på høring.

Sak 13/2024 Eventuelt

Takk for samarbeidet til avtroppende brukerutvalgsmedlemmer, dette er siste møte før oppnevning av nytt Brukerutvalg. Viktig med opplæring av nye brukerutvalgsmedlemmer på deres første møte.

Kjell Magne Johansen
Leder Brukerutvalget
Referatet godkjennes på neste møte

Kopi til:

- | | |
|--|--|
| - Styret i Finnmarkssykehuset HF | - Pasient- og brukerombudet i Finnmark |
| - Foretaksledelsen ved Finnmarkssykehuset HF | - RIO Finnmark |
| - Regionalt Brukerutvalg | - Kreftforeningen |
| - Brukerutvalget Nordlandssykehuset | - FFO Finnmark |
| - Brukerutvalget UNN | - Mental Helse Finnmark |
| - Brukerutvalget Sykehusapoteket | - Finnmark fylkeskommune |
| - Brukerutvalget Helgelandssykehuset | - NHF Nord-Norge |
| - SANKS Brukerråd | - Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset |

Møtedato: 19. februar 2024
Vår ref.:
2024/82-7

Saksbehandler:
Tina Eitran

Dato:
12.2.2024

RBU-sak 17-2024

Eventuelt