



Helse Nord RHF  
Marit Lind, administrerende direktør  
[marit.lind@helse-nord.no](mailto:marit.lind@helse-nord.no)

Tonje Elisabeth Hansen, spesialrådgiver  
[Tonje.elisabeth.hansen@helse-nord.no](mailto:Tonje.elisabeth.hansen@helse-nord.no)

Deres ref.:

Vår ref.:  
2023/3457

Saksbehandler:  
Siri Tau Ursin

Sted/dato:  
Bodø, 06.11.2023

## Beskrivelse av dagens situasjon og organisering (0-alternativet) ved sykehusene i Helse Nord

Det vises til mail av 31.10.2023.

Takk for muligheten til å gi kvalitative innspill til det pågående arbeidet. På grunn av kort tidsfrist så ber vi om forståelse for at våre innspill kommer i litt ulik form og språkdrakt. Det presiseres at innspillene kun er en kvalitativ beskrivelse i hovedsak knyttet til de tre kulepunktene i tilsendt mail, det er ikke en kommentar/vurdering av de ulike alternativene som foreligger fra arbeidsgruppene.

### Noen generelle betraktninger:

Nordlandssykehuset er ikke uenig i behovet for å gjøre endringer for å sikre bærekraftige tjenester i regionen. Nordlandssykehuset er en viktig leverandør av spesialisthelsetjenester og det skal vi være også i årene som kommer. Vi leverer slik det er i dag lokalsykehusfunksjoner til befolkningen i våre kommuner, og vi ivaretar også noen regionale funksjoner. I tillegg er det viktig for oss å understreke at vi leverer tjenester til befolkningen på Helgeland, både i form av det som tidligere ble omtalt som «sentralsykehus-funksjoner» (eksempelvis onkologi, intensivbehandling, inkludert nyfødtintensiv og andre fagområder) samt at vi i økende grad leverer lokalsykehusfunksjoner også for pasienter fra Helgeland fordi de selv ikke har kapasitet eller mangler fagfolk.

Denne utviklingen der vi får flere pasienter fra Helgeland bekymrer oss, og vi mener det bør tas med som et moment i det pågående arbeidet.

Å sikre robuste fagmiljø er viktig, men det vil ta tid å bygge disse opp og det er en meget viktig faktor å ha med seg. Det er ikke nødvendigvis slik at man ved å legge ned et tilbud i vår region kan påregne å beholde de berørte fagfolkene i nord, dette tror vi gjelder uansett hvilket foretak man snakker om. I Lofoten er det i hovedsak to årsaker de ansatte oppgir som bakgrunn for sitt

valg om å jobbe nettopp i Lofoten, det er lokal tilhørighet, og så er det natur/friluftsliv. Det er ikke sikkert at vi beholder disse fagfolkene i vår region dersom vi gjør store endringer i deres arbeidshverdag.

I flere av våre klinikker er mangel på fagfolk en utfordring allerede i dag. Dette gir seg utslag i innleie, overtid og sykefravær, områder som vi har stor oppmerksomhet og som også påvirker våre ansatte 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/HELFO, altså direkte konsekvenser for våre pasienter.

Sykefravær i Nordlandssykehuset ligger for tiden på 9-10%. Å redusere dette til målkravet på 7,5% ville medføre at et sted mellom 100-125 flere ansatte var på jobb hver dag. Sykefravær er en betydelig årsak til økte ventetider og fristbrudd.

Å se på ulike måter å sette sammen en bemanningsplan, alternative arbeidsordninger, delte stillinger og for Nordlandssykehuset sin del økt bruk av de mulighetene som ligger i bemanningssenteret vil kunne bidra positivt.

Vi er bedt om å levere tall på budsjetterte stillinger, mertid, overtid ekstravakter og innleie for å synliggjøre driftsmessige utfordringer knyttet til mangel på fagfolk. Dette har vi bidratt til etter beste evne. Vår refleksjon er at Nordlandssykehuset har et betydelig merforbruk knyttet til lønn, innleie mm, samtidig som vi ikke har flest ventende eller flest fristbrudd, og vi leverer høy aktivitet innenfor somatikk, samt en aktivitet som er i ferd med å ta seg opp innenfor psykiatri. Dersom vi skal redusere innleie/bruk av overtid/ redusere antall ansatte så er dette mulig, men det vil ha direkte negative konsekvenser for driften/aktiviteten. Ventetidene vil øke, vi vil få flere fristbrudd, og aktiviteten vil gå ned.

I følge samdata er vi effektive innenfor somatikk, det skal vi selvsagt være også i fortsettelsen, men det bør komme noen avklaringer i forhold til hvor kostnadseffektivt det er mulig å drive gitt forutsetningene vi har i denne regionen. Vi må også være sikre på at det er en samlet tilnærming til aktivitet og driftskostnader. En overordnet, helhetlig vurdering av hvilken aktivitet som skal leveres bør være like sentralt som å ha en samlet oversikt over bemanning i regionen.

Utskrivningsklare døgn, overbelegg som påvirker drift, økonomi og belastning på Nordlandssykehusets helsepersonell: Samlet og enkeltkommuner med svært høyt antall utskrivningsklare døgn påvirker spesialisthelsetjenestetilbudet til innbyggere i de øvrige kommuner i en region.

Nordlandssykehuset har, som tidligere, spesielt utfordringer knyttet til utskrivningsklare døgn til kommunene i Vesterålen. Det ses nå også negativ utvikling i Salten. Dette er overbelegg som påvirker både drift og belastning på Nordlandssykehusets helsepersonell. Vi ser at det i perioder er så høyt antall utskrivningsklare pasienter at beleggsprosent overstiger mer enn 160% av det som er planlagt for drift. Dette har vært medvirkende årsak til at beredskapsnivå har blitt hevet og belastningen på helsepersonellet er svært utfordrende.

Ut over belastning på helsepersonell medfører dette redusert planlagt aktivitet og tapt inntekt. Når elektive program må stoppes på grunn av fulle sengeposter er en del av årsaken at personellkapasiteten må brukes på utskrivningsklare pasienter. Konsekvensen av redusert inntekt til foretaket på grunn av reduksjon av aktivitet når utskrivningsklare pasienter opptar

spesialisthelsetjenestekapasitet er det grunn til å tro at foretaket har store kostnader knyttet til utskrivningsklare døgn som går langt ut over den kommunale medfinansieringen.

Oppgavedeling er en sentral del av bærekraft i forhold til bemanning framover og bør omtales/ha en plass i alle foreslåtte løsninger. Dette gjelder også oppgavedeling i et større og mer utvidet perspektiv, ikke bare mellom sykepleiere og helsefagarbeidere.

Utdanningskapasitet må ses på samlet, og her må også andre enn universitetene inkluderes. Ved Nordlandssykehuset alene har vi over 120 ulike yrkesgrupper ansatt, og som vedlegget som kort beskriver stab/SDE/diagnostisk viser så er vi rekrutteringssvake også innenfor ikke-helserettede utdanninger. I tillegg så er spesialisthelsetjenesten de eneste som er aktuelle arbeidsgivere for ambulansefagarbeidere, men her har vi svært liten innflytelse på utdanningskapasitet/innhold/praksis. De prehospitale tjenestene vil få en enda mer sentral plass i leveransen av spesialisthelsetjenester i vår region framover, og da må vi bidra til å definere både innhold, dimensjonering og plassering.

Behov for spesialister innenfor de ulike fag/utdanninger må drives av et samlet regionalt (nasjonalt?) behov. For eksempel vil det være slik at dersom regionen identifiserer et behov for flere spesialister i akutt- og mottaksmedisin eller generell kirurgi, så må man se på konkrete muligheter for å utdanne flere av disse i egen region.

Teknologi og innovasjon omtales ikke nærmere i våre innspill, men Nordlandssykehuset har en klar forventning om at teknologi og innovasjon som kan bidra til bærekraft må være et tydelig satsingsområde i vår region.

Når det gjelder rekruttering og stabilisering så vises det til beskrivelser vedlagt fra klinikkene, Vi har også lagt ved en kort beskrivelse av staber samt SKSD. Vedleggene viser at rekruttering ikke kun er vanskelig ved våre to lokasjoner i Vesterålen og Lofoten, det er også utfordringer i Bodø samt ved våre ambulansestasjoner.

### Tilbakemelding fra kirurgisk klinikk:

	Bodø	Lofoten	Vesterålen
Sengepost	Stabil bemanning ortopedisk sengepost.  Kritisk bemanningsutfordring på de to kirurgiske sengepostene, mangler ca 17 sykepleiere. Innleie fra firma for å opprettholde akuttberedskap (kr 3 235 352 per september). Høyt sykefravær (15-20%).	Stabil bemanning. Lavt sykefravær (ca 5% totalt sykefravær).  Har kun hatt 3 måneder innleie fra firma de siste 10 år.  Antall senger: 14.  Antall budsjetterte stillinger planlegges økt med 2,5 til 22,3.	Bemanningsutfordring, innleie fra firma for å opprettholde akuttberedskap (kr 4 264 229 per september). Høyt sykefravær (15-20%).  Antall senger: 17.  Antall budsjetterte stillinger 37,35, inkl ca 5 som brukes til poliklinikk, kjemoterapi og palliativt team.

<p>Poliklinikk (inkluderer ikke legebemannings)</p>	<p>Kirurgisk poliklinikk, ØNH/Audio og Øye poliklinikk har alle stabil bemanning med alle stillinger besatt.</p> <p>Alle poliklinikkene er innenfor budsjetterte lønnsmidler, og antall budsjetterte stillinger har vært stabil de siste årene foruten øye som har økt på bakgrunn av jobbdeling og flere øyeleger.</p> <p>For 2024 planlegges på øyepol en økning fra 9,15 budsjetterte sykepleierstillinger til 10,15 sykepleierstillinger. To årsaker til økning: sykepleiere ivaretar nå ca 50% av øyeinjeksjonsbehandling i Bodø og behov for mer støttepersonell på grunn av økning i antall leger.</p> <p>Lavt sykefravær på alle enhetene.</p>	<p>Felles poliklinikk for medisin og kirurgi som driftes av personell fra kirurgisk avdeling.</p> <p>Økt med 0,8 stilling til 10,8 budsjetterte stillinger i 2023 på grunn av økt volum kreftbehandling. Alle stillinger dekt inkludert kreftsykepleiere og urosykepleier.</p> <p>Behov for ytterligere økning i 2024 på grunn av økt volum medisinske pasienter inkl ambulerende, ikke besluttet omfang av økning ennå.</p> <p>Bemanningen dekker sykepleiere/helsefagarbeidere knyttet til medisinsk poliklinikk, kreft poliklinikk, ortopedisk poliklinikk og kirurgisk poliklinikk. Bistår også ved ambulerende innenfor øye, ØNH, barn, reuma, nevro etc.</p> <p>Medikamentbudsjettet for alle polikliniske pasienter (uavhengig av hvor inntekt regnskapsføres), inkl kreft og øye-injeksjoner ligger i kirurgisk klinikk.</p>	<p>Kirurgisk poliklinikk er bemannet med turnuspersonell fra kirurgisk sengepost.</p> <p>Se beskrivelse knyttet til sengepost.</p>
<p>Akuttmottak/ overvåking/ dagkirurgi</p>		<p>Bemanningsutfordring, men ingen ledige faste stillinger. 4 sykepleiere i 100 % st. i utdanningspermisjon/svangerskapspermisjon. Har hatt for lavt antall budsjetterte faste stillinger, slik at forutsetning for stabil bemanning har vært utfordrende. Noe innleie fra firma (kr 662 700 per september). Har søkere til</p>	<p>Bemanningsutfordring, innleie fra firma for å opprettholde akuttberedskap (kr 3 480 575 per september). Høyt sykefravær, særlig siste 4 mnd (19-29%).</p> <p>5 senger overvåking, drift av somatisk akuttmottak og personell for ivaretagelse av pre-</p>

		<p>utlyste stillinger. Høyt sykefravær ca 12%.</p> <p>4 senger overvåkning, drift av somatisk akuttmottak og personell for ivaretagelse av pre- og post op. dagkirurgi.</p> <p>Tiltak: Økt antall budsjetterte stillinger med 4,7 til totalt 26,4.</p>	<p>og post op. dagkirurgi.</p> <p>Antall budsjetterte stillinger: 33,4.</p>
Intensiv	<p>52,6 budsjetterte stillinger</p> <p>Dekker intensivavdelingen og post.op for heldøgns pasienter.</p> <p>Har hatt bemanningsutfordring, men nå er de fleste budsjetterte stillinger besatt. Ingen ledige faste stillinger. Har brukt innleie fra firma (kr 3 623 309 per september). Sykefravær ca 7,5%.</p> <p>Grunnbemanningen er marginal og ved flere enn 4 intensivpasienter er det nødvendig med overtid hos egne ansatte. Grunnbemanningen har ikke vært tilstrekkelig for å ta høyde for ferie og sykefravær, noe som har medført innleie fra firma.</p> <p>Vi har hatt utfordring med at det ikke har vært tilstrekkelig overliggerkapasitet for stor kirurgi som har påvirket bl. Kapasitet</p>		

	innenfor kreftkirurgi. Her arbeider vi med potensielle løsninger i årets budsjettprosess.		
Jordmødre	<p>Alle stillinger besatt, men for få budsjetterte stillinger til å fylle bemanningsplanen.</p> <p>I årets budsjettprosess er budsjetterte stillinger økt med 3,7 til totalt 43.</p> <p>Sykefravær ca 8%</p>	<p>Budsjetterte stillinger: 10,7, dekkes via fast ansatte og vikarer (ikke fra firma). Har 4 sykepleiere under utdanning til jordmor, 2 ferdige juni 2024 og 2 ferdige juni 2025.</p> <p>Hatt en uke innleie fra firma i 2023.</p> <p>Har kun 30% ultralydjordmor (jordmor fra Tromsø med deltidsstilling i Lofoten)</p> <p>Sykefravær ca 9%</p>	<p>Budsjetterte stillinger: 13,75, alle besatt foruten 0,5 ultralydjordmor. Marginal bemanningsplan. For å dekke aktivitet og beredskap 24/7 har vi valgt bruke bakvakt på jordmor og enhetsleder jobber hver tredje helg.</p> <p>Har ingen ultralyd jordmor, ultralyd us ivaretas av gynekologene per nå.</p> <p>Sykefravær ca 15%</p>
Anestesisykepleiere	31,5 budsjetterte stillinger. Alle stillinger besatt.	6 budsjetterte stillinger. Alle stillinger besatt.	<p>6,43 budsjetterte stillinger. Etter overgang fra dagtidsarbeid med hjemmevakt til turnusarbeid 2022 har enheten driftet med 8,5 stillinger. Alle stillinger besatt.</p> <p>Tilbakemelding fra Kirurgisk avdeling Vesterålen er at endringen har gitt bedre arbeidsmiljø. Samtidig har dette bidratt til økende økonomisk underskudd i Kirurgisk avdeling Vesterålen, som må</p>

			sees nærmere på i budsjettprosessen.
Operasjonssykepleiere	44,6 budsjetterte stillinger, de fleste besatt. På grunn av diverse fravær mangler vi 4-6 operasjons for optimal drift.	I årets budsjettprosess økt fra 6 til 7 budsjetterte stillinger, 6 besatt. Siste økning lyses ut nå.  1 ansatt i utdanningsstilling til operasjonssykepleier.	11,4 budsjetterte stillinger. Etter overgang fra dagtidsarbeid med hjemmevakt til turnusarbeid 2022 har enheten driftet med 13,5 stillinger. Alle stillinger besatt.  Tilbakemelding fra Kirurgisk avdeling Vesterålen er at endringen har gitt bedre arbeidsmiljø. Samtidig har dette bidratt til økende økonomisk underskudd i Kirurgisk avdeling Vesterålen, som må sees nærmere på i budsjettprosessen.
Ortopeder	Alle stillinger besatt. Øker med to budsjetterte stillinger i 2024 pga betydelige restanser/fristbrudd (ca 400) ved Helgelandssykehuset med høy sannsynlighet for at en høy andel av disse pasientene kommer til Nordlandssykehuset.  For 2024 er det 9 budsjetterte overleger og 9 budsjetterte LIS.	Har 2 budsjetterte stillinger som er besatt. Nylig utlysning etter ortoped for å erstatte planlagt fravær 2024 (reduksjon stillingsprosent og fødselspermisjon).  Planlegger opprette LIS stilling ortopedi i løpet av 2024.	Har 4 budsjetterte stillinger, men holdt 1 planlagt vakant fordi sykepleiermangel har medført reduksjon i operasjon/sengepostkapasitet.  2 budsjetterte LIS stillinger, begge besatt.
Kirurger	Alle stillinger besatt. Økning i antall budsjetterte stillinger overleger på grunn av økt aktivitet.	Behov for 3,35 stillinger for å dekke vakt, visitt og poliklinikk. 2 stillinger besatt fordelt på 3 overleger. Øvrig dekkes for det meste av faste vikarer + innleie fra firma. Per	2,5 stilling besatt, herav 1,0 stilling som har planlagt ulønnet permisjon fra høst 2023.

	For 2024 er det 22 budsjetterte overlegetillinger, alle besatt.	september er kostnad for innleie fra firma 1,0 mill kr.  I tillegg 0,25 stilling for dagstidsstilling urologi, dekkes i dag av en fast vikar.	Ikke kommet så langt i årets budsjettprosess at vi har beregnet budsjettert stillingsbehov for 2024.  Per september er kostnad for innleie fra firma 1,6 mill kr.  I tillegg en 1,0 overlegetilling som ivaretar palliativt team og ikke går vakt.
Gynekologer	11 budsjetterte overlegetillinger, alle besatt.	2 budsjetterte stillinger, hvorav 1 er besatt. Øvrig bemanning dekkes av faste vikarer eller innleie fra firma.  I årets budsjettprosess er dette økt til 2,5 budsjetterte stillinger.	4 budsjetterte stillinger, hvorav 1,8 er besatt. 0,8 av de besatte stillingene er kun dagtidsstilling.  Øvrig bemanning/vakt dekkes av faste vikarer eller innleie fra firma.
Anestesileger	18 budsjetterte overlegetillinger, alle besatt. Har ferdige spesialister i LIS-sjikt. Vurderer behov for økning av budsjetterte stillinger siden disse skal dekke både tjeneste på Sar Queen, ambulansedy og intrahospitale oppgaver.	3,2 budsjetterte stillinger, hvorav 1,15 besatt. Øvrig bemanning dekkes med innleie fra firma.	3,2 budsjetterte stillinger, hvorav 1,65 besatt. Øvrig bemanning dekkes med innleie fra firma.
Øyeleger	I 2023 økt fra 5 til 8 budsjetterte overlegetillinger på grunn av betydelig restanser kombinert med framskrivning som viser økende behov knyttet til fagområdet. Alle overlegetillingene	Ambulering av øyelege fra Bodø ca 50 dager per år. Gjennomfører vanlig øyepoliklinikk og injeksjonsbehandling.	Vurderer oppstart ambulerende fra Bodø for injeksjonsbehandling (for pasienter som ikke trenger samtidig undersøkelse).



	besatt. 4 LIS stillinger, alle besatt.		
Øre-nese-hals og kjeve leger	5 budsjetterte overlegestillinger, alle besatt.  5 budsjetterte LIS stillinger, alle besatt. 2 av disse 5 besatt med legespesialist.  1,5 stilling med kjevekirurg og 1 stilling med tannlege under spesialisering kjevekirurgi.	Ambulering av øre-nese-hals lege fra Bodø for poliklinikk og operasjon.	Ambulering av øre-nese-hals lege fra Bodø for poliklinikk.
Audiograf	5,7 budsjetterte stillinger, alle besatt.	1 budsjettert stilling, besatt.	1 budsjettert stilling, besatt.
LIS 2/3 kirurgi	Rekrutteringsutfordring g. 11 budsjetterte stillinger, per tiden 4 vakante stillinger.	2 budsjetterte stillinger, begge besatt av LIS med lokal tilhørighet. LIS klar for spesialiseringsperiode i 2024, og avdelingen er kontaktet av lokal lege som ønsker LIS stilling når det blir ledig.	2 budsjetterte stillinger, begge besatt.
LIS 3 gynekologi	7 budsjetterte LIS stillinger, alle besatt.		2 LIS under utdanning med ca 50% stilling hver i Vesterålen.

Utfordring knyttet til rekruttering og stabilisering av gynekologer og anestesileger i Lofoten og Vesterålen.

Stor utfordring knyttet til sykepleierbemanning i Bodø og Vesterålen, hvor dette begge steder har gitt redusert operativ aktivitet/kapasitet. Aktiviteten i Lofoten har vært over plan siste årene.

Tilbakemelding fra Lofoten er at de har rekruttert godt siste år, bl.a ved å utdanne ansatte med lokal tilhørighet. Det er stor bekymring for at prosessen gjør at ansatte vil trekke seg fra pågående utdanningsløp og potensielle nye ansatte vil avstå fra å søke på både faste stillinger og vikariater.

### **Tilbakemelding fra prehospital klinikk:**

**En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover:**

For lokasjon Bodø er muligheten for rekruttering og stabilisering pr tiden god i de avdelingene som er sykehusnært. Akuttmottak, observasjonsenheten, portørtjenesten og ambulansestasjonene som ligger nært har små rekrutteringsutfordringer, det er god tilgang på relevant personell. Det oppleves likevel «turn over» og mangel på stabilisering som kan

begrunnes i mangel på relevant videreutdanning for sykepleiere/ambulansesarbeidere. Det må også kommenteres at sykepleiere i ambulansetjenesten lønnes i gruppe 3, og at de ikke oppnår justering i lønn om de tar utdanning på bachelor eller masternivå innenfor relevante områder i tjenesten. Sykepleierne i akuttmottak/ observasjonsenhet må til Bergen får å få et tilbud innen akuttsykepleie deltid, prehospitalet klinikk benytter seg av dette tilbudet, men det er ikke optimalt ifht kostnader, fravær, reise og opphold som belastes klinikken. Tilbudet kan ikke gis i like stor grad som om det hadde vært et tilbud i Helse Nord. Erfarne sykepleiere/ambulansesarbeidere som ønsker økt kompetanse/videreutdanning velger derfor ABIJOK og fortsetter sin karriere på andre avdelinger i sykehusene eller i kommunene.

For ambulansestasjoner i distriktene og tilhørende lokasjon Vesterålen og Lofoten er det utfordrende å både rekruttere og stabilisere. Utfordringen omhandler ofte lønn, lav aktivitet og mulighet for å praktisere faget, samt belastende turnuser med døgnvakter som kan være vanskelig å kombinere med familieliv. Det utdannes ikke nok ambulansesfagarbeider i dag til sikre god rekruttering i hele tjenesten, ambulansestasjonene er ikke dimensjonert for å ha et økt antall lærlinger slik at man sikrer rekruttering lokalt og en kan ikke kompensere med å ansette sykepleiere da disse ikke får tilbud om bachelorlønn ved faste ansettelser i tjenesten. Det lønner seg dermed å jobbe i vikariater eller som tilkallingsvakt for sykepleiere i ambulansetjenesten, noe som utfordrer stabilisering.

Ved en framtidig endring i funksjonsfordeling ved Nordlandssykehuset bør relevant videreutdanninger som akuttsykepleie, master i prehospitalet critical care og ABIJOK-utdanningene innenfor anestesi og intensiv være kompetanse som skal benyttes og planlegges inn i den prehospitaltjenesten slik at man sikrer kompetanse, rekruttering og stabilisering, samt at tjenesten også tåler en utvikling av mer avansert akuttmedisinsk behandling gjennomført i ambulansebil av eget personell.

Hvis et av sykehusene i Lofoten/Vesterålen omgjøres til DMS, eller mister akuttfunksjonen sin bør man også vurdere å forsterke den prehospitaltjenesten med luftstøtte i form av helikopter og anestesilege for å gi muligheten for avansert akuttmedisinsk behandling og rask transport til sykehus med akuttfunksjon. Etablering av en eventuell helikopterbase i Nordlandssykehuset med anestesilege som kan rykke ut både pr bil og med helikopter bør vurderes samtidig som en vurderer funksjonsfordelingen pr lokasjon.

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister):**

Et spesielt sårbart område i prehospitalet klinikk er lav aktivitet for personell ved ambulansestasjonene i distriktene. Den lave aktiviteten gir hver enkelt ambulansesarbeider lite pasientkontakt pr år. Ved akutte oppdrag har de i tillegg lang omsorgstid alene der de skal håndtere kritisk syke eller skadde pasienter med avansert akuttmedisinsk behandling

Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften:

Lav pasientkontakt kan skape tjenester i distriktene som ikke er likeverdige med de sykehusnære. Her bør man se på løsninger som rullering, simulering og utdanning som kan sikre likeverdige tjeneste uavhengig av lokasjon.

## Tilbakemelding fra diagnostisk klinikk:

### Bildedagnostisk/Radiologi:

**En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover:**

#### **Bildedagnostisk (radiografer/helsesekretærer):**

Det er 27,4 budsjetterte stillinger for radiograf ved radiologisk enhet Bodø, og alle er besatt. Man ser at forhold som oppgavedeling radiograf – radiolog, samt ivaretagelse av fagutvikling herunder fremtidige teknologiske løsninger vil kreve økte ressurser ut over det som er budsjettert. Pr dags dato er tilgangen på radiografer god men det foreligger signaler som tyder på at dette kan bli utfordrende i fremtiden. I forhold til stabilisering foreligger det liten risiko for lekkasje til for eksempel det private markedet.

Avdelingen har to mer spesialiserte enheter i Bodø (BDS og Nukleærmedisin) hvor det tidligere har vært utfordrende å rekruttere til. Pr i dag er det en ubesatt stilling som radiograf ved BDS som man ikke har lyktes rekruttert til.

#### **Radiologi:**

**Bodø:** Har 15 budsjetterte stillinger for overleger radiologi (totalt for alle fagområder) hvor 14 av disse er besatt. Dette er ikke tilstrekkelig for å ivareta aktiviteten, antallet burde vært doblet. Det er pr dags dato 5 overleger som jobber fast i Bodø. Avdelingen har klart å rekruttere resterende radiologer ved bruk av fleksible ordninger vedrørende arbeidstid/arbeidssted, men det er for tidlig å si om dette er stabiliserende tiltak over tid. I tillegg ser man at slike arbeidsforhold er svært krevende å følge opp med tanke på arbeidsgiveransvar og fag/kvalitet og det er en reell risiko for at utstrakt bruk av slike avtaler kan medføre økt risiko for å miste faste ansatte.

Det har over noen år vært utfordrende å rekruttere LIS. Avdelingen har 9 LIS stillinger, hvorav 8 av disse er besatt pdd. Men pga sykemeldinger etc er det kun 5 som går i vakt. Det har gitt store utfordringer med å få vaktplanen til å gå opp, og med det å dekke vaktberedskap for 6 sykehus ettermiddager, natt og helg.

**Lofoten:** Mangler tilstedeværende radiolog. Dekkes av vikarleger.

**Vesterålen:** Har 2 overleger ansatt, der en er fysisk tilstede mens den andre har «nordsjø – turnus.

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister):**

**Bodø:** Kritisk mangel på alle områder innenfor radiologi. Med bemanningen klarer vi i hovedsak kun å dekke det akutte. Mest kritisk med kompetanse innenfor MR, og særskilt nevro, collum, abdomen, bekken/gyn og barn.

**Lofoten:** Mangler radiolog. Det leies inn vikarer ukentlig som i stor grad mangler spesialisert kompetanse innen for eksempel MR.

NB! Vaktberedskapen er svært sårbar i hele fylket som følge av situasjonen med LIS.

**Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften:**

**Bodø:** For å avlaste radiologene oversendtes en god del undersøkelser til private tilbydere, men dette har ført til at avdelingen blir sittende igjen med de komplekse og krevende undersøkelsene selv. Som følge av situasjonen knyttet til for få radiologer med MR kompetanse, og økt etterspørsel har avdelingen vært nødt til å sette ned aktiviteten ved MR. Dette for å sikre et forsvarlig arbeidsmiljø samt ivaretagelse av pasientsikkerhet/kvalitet på de undersøkelsene som gjennomføres. Dette får konsekvenser for pasientene i form av økt ventetid samt at det fører til flaskehals hos det kliniske fagmiljøet. I tillegg bidrar dette til mindre mangfold i tjenestene som tilbys samt risiko for tap av kompetanse innenfor enkelte områder (for eksempel MR ortopedi) både hos radiograf og radiolog. Mangel på radiologer virker også inn på aktivitetsnivået på CT.

**Lofoten:** Enheten gjør i utgangspunktet mindre komplekse undersøkelser. Sårbare områder får ikke like store konsekvenser her, men påvirkes av situasjon i Bodø i forhold til drift, fagutvikling med mer.

**Vesterålen:** Enheten gjør i utgangspunktet mindre komplekse undersøkelser. Sårbare områder får ikke like store konsekvenser her, men påvirkes av situasjon i Bodø i forhold til drift, fagutvikling med mer.

NB! Samme som over. Vaktberedskapen er svært sårbar i hele fylket som følge av situasjonen med LIS.

**Seksjonsleder radiologi:**

Stor risiko for oppsigelser og vanskelig stabilisering. Radiologer opplever ikke å bli møtt på lønnsforespørsler fra arbeidssted samtidig som de blir forsøkt rekruttert (med personlige oppringinger og mailer) av det private samt helseforetak sørpå.

Muligheter for å rekruttere LIS tilbake til oss hvis de ser at overlegene får en god arbeidshverdag. Flere lokale LIS. Utdfordrende å ikke bli møtt på løsninger om å ta spesialisering i kortere bolker kontra et lengre LIS-forløp ved annet sykehus.

**Patologi - kun i Bodø:****En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover:**

Det er vanskelig å rekruttere patologer, men vi har klart å fylle LIS lege stillinger og dermed utdannet våre egne, i tillegg til et par rekrutteringer utenfra. Derfor er legebemanning stabil og vi har et godt nivå på våre tjenester. Vi har en høy produksjon, men har en plan for å kunne opprettholde denne i 2024. Ferske spesialister trenger tid og hjelp i produksjonen og vi prøver å ta godt vare på disse for å sikre en stabil bemanning på sikt.

Bioingeniør er det vanskelig å rekruttere. Samme gjelder molekylær biologer eller bioingeniører med erfaring i molekylær patologi.

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister):**

Erfarne patologer og bioingeniører.

**Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften:**

Det affiserer ikke drift per i dag på patologi. Vi har tilpasset oss økt antall oppgaver, men gjør nå tiltak for å stabilisere slik at vi kan fortsette å levere gode tjenester fremover.

**Laboratoriet****En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover:**

**Laboratoriet Vesterålen:** Antall budsjetterte stillinger; 12,75. Alle stillinger er bemannet pga stabiliserings- og rekrutteringstiltak. Til denne lokasjonen har det vært veldig utfordrende å rekruttere til i lang tid.

**Laboratoriet Lofoten:** Antall budsjetterte stillinger; 12,50. Alle stillinger er bemannet. En stipendavtale med lokal bioingeniørstudent som er ferdig utdannet i 2025.

**Laboratoriet Bodø:** Mangler til sammen seks vaktgående stillinger fordelt på Blodbankenheten og Sentrallaboratoriet, dvs enheter med drift hele døgnet. Fem stipendavtaler med bioingeniørstudenter- fire er ferdig utdannet i 2024 og en i 2025. Vanskelig å rekruttere og stabilisere, vi har flere som går av med pensjon de nærmeste årene og med den tilgangen på arbeidskraft

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister):**

Laboratedriften generelt er sårbar, da man ser at det er vanskelig å rekruttere ansatte med riktig kompetanse – bioingeniører/helsesekretærer/IKT-personell. På flere enheter har vi i tillegg for liten grunnbemanning til at vi klarer å opprettholde en turnus som vaktgående kan stå i over tid. Validering og verifisering av nye instrumenter og metoder krever en erfaren bioingeniør, nå er det kun noen få med den kompetansen pga stor utskifting av personell de siste årene. Spesielt innenfor pasientnær analysering (PNA)merkes dette godt.

**Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften:**

Det kan hende at vi kommer i en situasjon der vaktgående ikke har all kompetanse som skal til for å gi ut enkelte analysesvar på kveld- eller natt om noen år, hvis vi ikke klarer å rekruttere riktig kompetanse. Pasientnært utstyr tar tid å få validert/verifisert og få ut til avdelingene som har behov, pga utfordrende daglig drift.

**Mikrobiologi - kun i Bodø:****En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover:**

Det har tatt mange år å bygge opp den legestaben vi har i dag. Jeg har vært alenespesialist over mange år og jobbet hardt sammen med klinikkledelsen hos oss for å bygge opp, rekruttere og stabilisere den legestaben vi har i dag. Nå er vi fire spesialister i medisinsk mikrobiologi (hvorav to ble ferdige spesialister i år) og to LIS. Det er mangel på spesialister i medisinsk mikrobiologi på landsbasis og det er kun mulig å få spesialister gjennom å utdanne dem selv. Dette tar mange år og er veldig sårbart. For å utføre god legepraksis, rekruttere og stabilisere innen medisinsk mikrobiologi er det nære samarbeidet med våre klinikker veldig viktig. Dersom legegruppen blir mer fjern fra klinikken vil vi fort miste spesialister og LIS.

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister):**

Det er mangel på lege spesialister innen medisinsk mikrobiologi i Norge. Inntil nylig har det vært kritisk hos oss. Nå er det stabilt, men meget sårbart! Vi mangler bioingeniører innen mikrobiologi for å kunne utvide vårt analysetilbud og for å kunne ha stabil drift av analyser vi har.

**Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften:**

Pandemien har tydelig vist viktigheten av leger og bioing. innen medisinsk mikrobiologi der vi har stått i frontlinjen mot Covid-19 over flere år. Infeksjonssykdommer og antibiotikaresistens er en viktig del at den kliniske driften i sykehuset. Dersom vi mister leger innen mikrobiologi og bioing. vil det føre til store kliniske konsekvenser.

Pandemien har tydelig vist viktigheten av leger og bioing. innen medisinsk mikrobiologi der vi har stått i frontlinjen mot Covid-19 over flere år. Infeksjonssykdommer og antibiotikaresistens er en viktig del at den kliniske driften i sykehuset. Dersom vi mister leger innen mikrobiologi og bioing. vil det føre til store kliniske konsekvenser.

**Medisinsk biokjemi:** situasjon ok.

**Medisinsk teknisk avdeling:**

MTA ved Nordlandssykehuset har bemanning ved alle de 3 somatiske sykehusene

Bodø har 11 ansatte,  
Lofoten har 2  
Vesterålen har 2

I tillegg har vi en enhet for Behandlingshjelpemidler (BHM), lokalisert i Bodø, som har 4 stillinger.

**En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover:**

I øyeblikket er bemanningssituasjonen på MTA forholdsvis grei, med mange erfarne ingeniører i kombinasjon med noen få nytilsatte.

Når det gjelder stabilisering og rekruttering har dette i mange år vært svært utfordrende.

Utdanningen av MTA ingeniører i Norge ble lagt ned for noen år siden.

Den er nå kommet i gang igjen og vil forhåpentligvis bedre situasjonen i løpet av noen år.

Næringslivet generelt i Norge har vært lenge vært inne i en god periode. Etterspørselen etter dyktige ingeniører generelt har vært stor. Det er i dette markedet vi konkurrerer om arbeidskraft.

Dette merkes både når vi lyser ut stillinger, og ved at ansatte på MTA tilbys jobb i det private næringsliv. MTA ingeniører fra sykehusene er ettertraktet hos utstysleverandørene.

Det kommer jevnlig jobbtillbud til ansatte fra eksterne aktører. Stabiliteten i bemanningen er for en stor del avhengig av om vi klarer å beholde dem som mottar slike tilbud.

Rekruttering er utfordrende. Særlig i Vesterålen. Der måtte vi nylig lyse ut en ledig stilling 3 ganger før vi greide å ansette en medarbeider med tilstrekkelig kvalifikasjoner for å jobbe med MTU. Lofoten har hatt stabil bemanning på MTA i mange år.

I Bodø er det litt enklere å få høvelig kvalifiserte søkere. Men felles for de fleste stillinger som lyses ut på MTA er at svært sjelden er søker med medisinsk teknisk bakgrunn. Det betyr at vi må tilsette folk med annen tekniske bakgrunn, og så lære dem opp selv. Dette er tidkrevende og kostbart.

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister):**

Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften:

På BHM er bemanningssituasjonen helt marginal.

Det er 4 stillinger håndtere ca 7000 NHM brukere

Ved sykefravær og ferieavvikling er dette på grensen til det uforsvarlige.

Dette er en sårbarhet som er vanskelig å leve med i lengden.

Til sammenligning har BHM i helse Bergen 36 stillinger til ca 29.000 BHM brukere.

Vi ønsker oss en gjennomgang av BHM virksomheten slik den drives ved NLSH

Det vil alltid være en viss sårbarhet knyttet til MTA bemanning. Mye MTU er svært avansert.

Teknisk kompetanse og erfaring må bygges opp over lang tid. Utstyrsparken er så stor at

kompetansen må fordeles på de forskjellige ansatte slik at hver har sine spesialområder.

I Bodø tilstreber vi å ha minst to fag personer innenfor hvert utstyrsområde. Men på mange felt er den tekniske kompetansen knyttet til kun 1 person.

Det er sårbart, og av den grunn er det også ekstra krevende når slike fagpersoner slutter. Det kan ta lang tid å bygge opp kompetansen på nytt.

I Lofoten og Vesterålen, der det kun er to personer på MTA, vil det alltid være en slik sårbarhet ved fravær og i ferier.

Det drives et godt samarbeid på MTA mellom de 3 sykehusene ved at man reiser og bistår hverandre. Mange feil kan også avklares over telefon, men i mange tilfeller så kreves det medisinsk teknisk tilstedeværelse for å kunne løse de feilene som oppstår.

## **Tilbakemelding fra medisinsk klinikk:**

### **Med avdelinger Bodø:**

#### **En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover.**

Har sykepleiermangel på B4 - lunge og hematologi – og det er få søkere på ledige stillinger. Det har vært utskiftninger på øvrige sengeposter og en del seniorer er gått av med pensjon, så det er ansatt mange nye medarbeidere og helsefagarbeidere. Rekrutteringen har vært bra og en bruker de tiltak/virkemidler en har for opplæring, veiledning, oppfølging av nytilsatte, samt oppgavedeling. Avdelingsledere vil samarbeide om strategisk arbeid for å rekruttere og beholde ansatte.

Det er utfordrende og rekruttere spesialister, de må klinikkens satse på å utdanne selv. Det har vært god søkning til LIS 1,2 og 3. Men søkertallet har de siste årene gått ned og det er pr i dag ikke fylt opp med LIS23 på indremedisinske fag.

Innen nevrologi mangler 9 av 10 LIS 23 og på rev mangler det 1 av 3 LIS 23.

Det er ofte søkere til stillinger innenfor kliniske servicefunksjoner, fysio, ergo klinisk ernæring mm.

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister).**

Sliter med å få tak i onkologer og nytt for de siste år er at det er vanskelig å rekruttere til LIS innen nevrologi. Det er utfordrende å få rekruttert fysikalskmedisinere. MED har flere sårbare områder hvor en har enespesialister – hud, geriatri, og KNF. Det har tidligere vært forsøkt å rekruttere endokrinolog i Bodø, uten å lykkes. Hovedvekten av disse pasientene følges i dag opp av en nyre medisiner og innen diabetes er det ansatt en samfunnsmedisiner som har stor interesse for diabetesfaget.

Innenfor fordøyelsessykdommer, lunge og hematologi er situasjonen på overlegesiden utfordrende med bakgrunn i stort pasienttilfang.

Innenfor hjerteavdelingene nærmer det seg et generasjonsskifte som kan gi noen utfordringer i første omgang ift vaktlinje. Men her er det god tilvekst av LIS 23 som er under spesialisering

**Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften.**

Det blir stort arbeidspress der det er svak legedekning. Ved uforutsett fravær må poliklinikk avlyses. Påvirker ventetid og kan bidra til fristbrudd.

**MED avd. Lofoten:**

**En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover.**

Fra medisinsk side - en økende trend til færre søknader fra sykepleiere på utlyste stillinger. Tilgangen på helsefagarbeidere er fortsatt god. Tilgangen på sykepleiere har brått blitt dårligere og en skal ikke lengre enn 1-2 år tilbake i tid, hvor det var en helt annen søkermasse til utlyste stillinger. Det vurderes som realistisk å rekruttere til stillinger, men en må tenke nytt og annerledes i rekrutteringsarbeidet.

Hva gjelder LIS1 så er det fortsatt fin og stabil tilstrømming av LIS1 ved utlysning, selv om det bemerkes færre søkere på stillingene, så er det ingen problemer med å tilsette ved rotasjon. LIS 2 har over tid vært utfordrende. Lis2 sjiktet i Lofoten har vært ustabil de siste årene, hvor noe tilskrives covid-19, ønsker om mindre vaktbelastning som imøtekommes ute i kommunene. Bare de siste 2 årene har 3 av våre lis2 gått fra sykehus til primærhelsetjenesten i Lofoten.

Vi ser en nedgang i søkere, og vi forsøker med ulike virkemidler for å sikre tilstrekkelig rekruttering. Overlegesjiktet har over tid vært stabilt i form av 4 faste tilsatte overleger (den som gikk av med pensjon var tilreisende på ukebasis) i 5 tilmålte stillinger, nå redusert til 3 faste overleger som følge av at en lege er gått av med pensjon. Rekrutteringen er utfordrende. Avd.



har hatt søkere som dessverre stiller for høyre lønnskrav/arbeidstidskrav til at de kunne imøtekommes.

Det oppleves som realistisk å rekruttere til ledige stillinger, men det krever møysommelig arbeid og en må treffe de rette kandidatene, samt være nok konkurransedyktig ift betingelser.

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister).**

Generell tilgang på personell på sengepost og i legesjiktet mtp dagens drift kan bli utfordrende om trenden vedvarer. Avdelingen har konkrete forslag til hvordan vi kan omorganisere ved å samlokalisere medisinske sengepost, som igjen vil medføre behov for færre pleiere. Stadig økende krav om effektivisering og reduksjon i bemanning vil utfordre driften betydelig dersom det kommer ytterligere krav, for slik driften er i dag, så har en ingenting å gå på uten at en kutter i pasienttilbud (poliklinikk).

**Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften.**

Avdelingen leverer i dag gode resultater ihht til plantall og bistand til andre lokasjoner, men det er lite å gå på ved sykdom og få hoder å ta av. I sum driftes avdelingen på enkelte områder med små marginer og enkeltfravær kan medføre en del omrokkeringer ved f.eks poliklinikk. når det er sagt så er nok ikke dette unikt for lokasjon Lofoten, men også ved andre lokasjoner og ved andre helseforetak.

**MED avd. Vesterålen:**

**En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover:**

Avdelingen har hatt god rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til sengeposten i 2023. Det har vært jobbet systematisk med tiltak for å rekruttere, sørge for opplæring og oppfølging av nytilsatte samt oppgavedeling.

Ved siste utlysning på poliklinikk – 2 komb.stillinger – trakk 4 av 5 søkere seg pga at de fikk bedre lønn og betingelser hos tidligere/annen arbeidsgiver. Vurdere mulighetene for å være gode ift å rekruttere og stabilisere bemanningen fremover.

På legesiden mangler en fortsatt 2 LIS2. Får ansatt 1 LIS2 fra mars 2024.

En LIS 3 i spesialisering (gr1) gastro

Har 1 overlege lungel, 1 kardiolog, 1 akutt og mottaksmedisinere og 2 generelle indremedisinere og 60 % hematolog.

**En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister).**

Det er generelt sårbar drift med så få leger. Poliklinisk drift må nedprioriteres ved fravær for å dekke sengepost og vakt. Det leies inn vikarer fra vikarbyrå for å avhjelpe situasjonen.

Det er flere spesialiteter som ambulerer til Vesterålen – revma, ønh., barneleger osv.

Det er ansatt nevrolog i 100 % stilling ved sykehuset.

**Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften.**

Må leie inn fra byrå på legesiden og omrokkere drift ved behov. Lavdrift på rehab, enheten med 2 senger i drift under ferieavvikling. En sliter med å få rekruttert spesialist til Rehab. enheten.

Det er mange fristbrudd og lenge ventelister og ventende kontroller innen flere av fagene, særlig innen nev, gastro, lunge, hem og hjerte i Bodø og Vesterålen. Lofoten har så godt som ikke fristbrudd og ventelister. Ikke så mye på grunn av ubesatte overlegestillinger, mer på grunn av for få personer til å ta unna tilfanget av pasienter. I Bodø er det et økende antall pasienter og henvendelser fra HSYK.

## **Tilbakemelding fra barneklikken:**

Situasjonen ved barneklubben vedrørende bemanning og mulighet for stabilisering og rekruttering framover:

### **Nyfødtintensiv:**

God stabilitet og høy kompetanse ved enheten når alle som skal være på jobb er der. Enheten har mange med videreutdanning og lang erfaring. Det er god rekruttering til utlyste stillinger/vikariater.

Siste året har det vært en ekstraordinær situasjon med et svært høyt sykefravær og det har vært vanskelig å sørge for riktig kompetanse på vakt. Det høye fraværet har ført til mye forskyving av arbeidstid samt ekstra- og overtidarbeid for ansatte. I tillegg har det vært nødvendig med innleie fra byrå 3 uker i sommerferieavviklingen og en kort periode i høst for å sikre kompetanse på vakt. Langtidsplanlegging blir også utfordrende i en slik situasjon. Muligheten for stabilisering ligger i å få ned langtidsfraværet.

Utfordrende å få nyansatte, som oftest er nyutdannede sykepleiere eller sykepleiere uten erfaring fra fagfeltet, opplært raskt nok slik at sammensetning av kompetanse stabiliseres. Styrking av fagsykepleier-ressurs prøves ut i en periode for å sikre effektiv opplæring, samt ivaretagelse av kompetanse til øvrig ansatte.

Høy arbeidsbelastning på enhetsleder over tid sliter på. Det fører til at oppgaver blir utsatte eller ikke gjennomført. Ved nyfødtintensiv resulterer dette i et midlertidig skifte av enhetsleder ved enheten fra nyåret. Det er svært kostbart å bytte ut ledere, da det trengs mye opplæring og tar lang tid å komme inn i alle oppgavene og ikke minst ansvaret som tilfaller en slik stilling. Forslag fra enhetsleder: Man bør se på muligheten for å se på enhetsleders arbeidsoppgaver, evt styrke ass. enhetsleder ressurs, noe som kan gi større stabilitet over tid.

### **Barnehabiliteringen:**

- Stort etterslep mtp utredning og oppfølging både i vårt (Nlsh) sitt område, samt at vi har en stor andel pasienter fra Helgeland, fører til at vi har hatt og har store utfordringer for å møte behov i pasientpopulasjonen siden 2016.
- 450 pasienter til enhver tid på HABU, Nlsh Bodø sine ventelister der ca 140 av disse er fra Helgeland.
- For stor avstand mellom antatt behov i opptrappingsplan og antall ansatte HABU Bodø, samt ustabilitet i ansattgruppen siste 2 år, har ført til det etterslepet vi har i dag, spesielt

Heldøgns utredningspasienter. Vi har et klart behov for å ruste opp tjenesten nok med fagstillinger og lokaler for å imøtekomme dette behovet.

- Bemanningssituasjonen ved HABU Bodø har siden 2016 vært under svak opptrapping mtp antall ansatte fra 7,3 stillinger da men det har også vært stor utskifting de siste årene (9 av ca 12 årsverk har vært skiftet ut de siste 2 år)
- Opptrappingsplan ved 1% modellen med fortsatt stort bidrag til Helgeland tilsier 19 stillinger ved HABU Bodø.
- Siden vi i stor grad jobber tverrfaglig i vårt team så er det veldig sårbart når ansatte i fagstillinger slutter.
- Per i dag veldig sårbart mtp å rekruttere og beholde spesialpedagoger. Dette går i hovedsak på lønn og at de som blir ansatt har nok testkompetanse. Nå er kun 1 av 3 spesialpedagogstillinger besatt.
- 2 psykologspesialister er det neste på opptrappingsplanen som er det kritisk å få inn i teamet for å øke, stabilisere samt gjøre habiliteringstilbudet mer robust utover overnevnte.

#### **Forslag fra HABU:**

- Sentraliser det mest spesialiserte barnehabiliteringstilbudet rundt UNN Tromsø og NLSH Bodø for å skape robusthet og stabilitet i HN til denne pasientgruppa.
- Fagstillinger og kvalitet i produksjon ved HABU krever at vi har stabilitet over tid. Habilitering/ nevrologi er et fagfelt man trenger erfaring med for å kunne jobbe effektivt innen. Derfor trenger vi opplæring, kompetanseheving og nyansettelser på flere fagområder.

#### **Leger Barn:**

Nylig lagde bemanningsplaner i GAT viser at Barneklubben per i dag ikke har nok legestillinger til å utføre de arbeidsoppgaver som vi har sagt vi skal.

Barnemedisin er et såkalt «vaktungt» fag og det har de siste årene vært noe mer utfordrende å rekruttere til ledige LIS 2/3 stillinger. Det har derfor vært tatt i bruk korttidsansettelse (vikariater av 6 mnd) av ferdige studenter som venter på LIS1. Dette er en løsning som gir dekning av vakter i en periode, men som forsinker prosessene med å utdanne spesialister. Samtidig kan det være en fin måte å rekruttere fremtidige barneleger.

På grunn av at nyfødtdisin er forbundet med høyere arbeidsbelastning og mer vaktarbeid så er dette nå et fagfelt det er blitt vanskeligere å rekruttere til. Sosialpediatri og nevrologi/habilitering er også vanskeligere å rekruttere til enn andre fagfelt innenfor barnemedisin.

Nyfødtdisin, sosialpediatri og nevrologi/habilitering er alle store fagfelt med økende pasienttilstrømming. Nye nasjonale retningslinjer i forhold til «nasjonalt forløp for barnevern» vil øke etterspørselen for sosial pediater betraktelig.

Det er per i dag ca 35 nyhenviste pasienter/uke fra Helgelandssykehuset. I tillegg får vi en god del viderehenvisninger for second opinion fra barneleger på Helgelandssykehuset.

Det legges inn en del pasienter fra Helgelandssykehuset, spesielt på vakttid. Det er ingen andre barneleger på vakt i Nordland fylke som betyr at alle forespørsler på vakttid går til barnelege i Bodø. Vi ser også en del overflyttinger fra Helgeland på vakttid når barnelege der går hjem. Syke nyfødte håndteres også utelukkende av nyfødtleger i Bodø uansett tid på dagen. Det har de siste 6-7 årene vært stabilt 1 kuvøsetur i uka som er en tidkrevende operasjon.

Det oppleves kanskje særlig for vår pasientgruppe at det lokale hjelpeapparatet med helsesykepleier og fastlege er lite robust, og at pasientene derfor går til flere kontroller på barnepoliklinikken enn de kanskje trenger.

### **Barnemedisin:**

Ingen ledige stillinger eller vikariater. God rekruttering til utlyste stillinger. Lavt sykefravær. Har vært en utfordring med å ha nok spesialsykepleiere på plass i arbeidsplanen og sykmeldinger, men dette er nå løst. I tillegg kommer det tilbake 2 nyutdannede barnesykepleiere til enheten til jul 2023.

En ekstraordinær utfordring i forbindelse med en utskrivningsklar pasient som ikke har fått et etablert tilbud på plass i hjemkommunen. Pasienten krever fastvakt hver natt, noe som fører til en del forskyving av vakter.

Det har også vært overforbruk av merarbeid og overtid i perioder pga høyt pasientbelegg og svært syke, små pasienter

## **Tilbakemelding fra psykisk helse- og rusklinikk:**

**En vurdering av situasjonen ved sykehuset/DMS/DPS når det gjelder bemanningen per i dag og muligheten for stabilisering og rekruttering framover:**

**Sykehusfunksjoner i Bodø:** Pt er alle LIS 3 stillinger i psykiatri besatt, og det er god rekruttering og stabilisering av psykologer i spesialisering, sykepleiere og annet miljøpersonell.

Kritisk kompetanse er fortsatt overleget, men ettervekst av LIS 3 gir god mulighet for rekruttering og stabilisering fremover i Bodø alle spesialiteter.

Sykehusfunksjoner og DPS, TSB og BUP funksjoner med lokalisering i Bodø har felles døgnvaktjeneste for leger (psykiatri) og ellers fleksibel bruk av spesialister i avdelingene i Bodø som gir robusthet og sikrer mulighet for god rekruttering og stabilisering også fremover.

**DPS Lofoten Vesterålen, spesielt lokasjon Vesterålen med døgnenhet:** Mangel på kritisk kompetanse (overleger) har medført mye bruk av vikarbyrå for å kunne drifte tjenestene frem til nå (døgn, poliklinikk og FACT/AAT). Det er et klart behov for det i fremtiden også. Vi har de siste 20 år ikke klart og rekruttert eller stabilisert kritisk kompetanse til tjenestene i DPS Vesterålen, herunder med døgnpost og er dermed avhengig av innleie fra byrå for å kunne holde tjenestene åpne. Det har flere ganger de siste årene vært nødvendig å stenge døgnenheten i Vesterålen «over natta» da det ikke har vært mulig å få tak i overlege fra byrå ved ferie, sykdom osv.

Det er leger i flere LIS 2/3 stillingene i DPS Lo Ve, men ikke nok til å dekke dagens eller fremtidens behov for alle enhetene i Vesterålen og samtidig døgnvakttjeneste for sengepost. Det er krevende å stabilisere døgnenheten nå og fremover, og det må planlegges for innleie for å kunne holde tjenesten åpen.

Rus og avhengighetsmedisin er et rekrutteringssvakt område og hvor foretaket i dag kun har 2 overleger i denne spesialiteten. Det har lyktes oss å rekruttere i kun 2 av 4 RAM LIS 3 (rus og avhengighetsmedisin) stillinger i Bodø så langt. Denne spesialiteten er kun i Bodø, og det er fleksibelt bruk av legerressurser på enheter innen TSB. Det er relativt god utsikt for stabilisering og rekruttering i denne nye spesialiteten fremover i Bodø, nå også når spesialistutdanninga for første gang er godkjent.

### **En beskrivelse av spesielt sårbare områder, enten dette gjelder fagområder eller profesjoner som er mer kritiske (f. eks mangelen på radiologer og psykiatere/psykologspesialister)**

For PHR klinikken NLSH er det mest kritisk mht psykiatere, og overleger i rus og avhengighetsmedisin. I Bodø er det større mulighet for fleksibelt bruk av overleger mellom enheter og avdelinger da det er større og mer robuste fagmiljø enn hva som er i Lofoten og Vesterålen.

Betydningen disse sårbare områdene har for den kliniske driften.

DPS Lofoten, Vesterålen er avhengig av «singel-spesialister», og ethvert fravær av overleger vil kunne medføre at tjenester kan måtte stenge da det nå nærmest er umulig få tak i overleger fra vikarbyrå. Spesielt sårbart er dette i Vesterålen som også må drifte døgnenhet.

### **Tilbakemelding fra SKSD:**

Målet med opprettelsen av SKSD var nettopp det å se hele tjenesten under et, og at restanser og sårbarheter i bemanningen skulle eies og løses av den totale kapasiteten i foretaket, ikke isolert kun blant de få kolleger som jobbet på det aktuelle fagområdet på en gitt lokalisering. Dette ser vi tydelig resultater av i dag, hvor vi som senter leverer stor grad av like og koordinerte tjenester.

Dernest ser vi at endringsarbeid i en samlet merkantil tjeneste er langt enklere enn når dette skal gjøres i en tjeneste som er plassert inne i de respektive klinikkene.

Måten vi raskt har kunnet implementere Nora Nord inn i driften, uten store protester fra de ansatte...heller det motsatte, tenker jeg ikke hadde vært mulig med den organiseringen vi hadde i forkant av opprettelsen av SKSD.

Den modellen vi har valgt å organisere for denne tjeneste på i NLSH mener jeg de andre HFene bør se til, noe vi også får støtte i gjennom evalueringsarbeidet til Menon.

### **Drift og eiendom:**

Mangel på fagpersonell:

Typisk er dette kokke/kjøkkenfaget og renhold. Vi rekrutterer ofte ufaglærte og bringer de som ønsker/bruker mildt «press»- frem mot fagbrev, men mangelen på de som kan faget og kan gi støtte til ufaglærte merkes.

Mangelen på denne personellgruppen påvirker klinisk virksomhet i form av for eksempel manglende kapasitet eller evne til å møte pasientenes behov innenfor kosthold, eller utilgjengelige arealer som følge av renholds kapasitet.

Lønnskurransen: Ingeniører – Vi er ikke i nærheten av å matche på lønn og ender ofte med ferske som henter erfaring fra oss og går videre til mer attraktive jobber. Slik sett er vi kompetansebyggende i større grad enn ønsket. Siden vi tidligere har benyttet kapasiteter fra utbygging (konsulenter og andre avtaler) må vi nå i langt større grad etablere egen kapasitet for prosjekt utvikling- styring og gjennomføring.

Fagarbeidere: Direkte konkurransen med privat marked som lønner bedre. De MÅ ha personell for å kunne levere på de forpliktelser de har i prosjekter og lønner dermed det de må for å få tak i personellet. Vi merker godt konjunkturer hvor vi rekrutterer noe enklere dersom markedet er usikkert. Mangel på fagarbeidere går direkte mot kapasitet til å rette feil og mangler samt gjennomføre internkontroller. Dette berører klinisk virksomhet ift driftsstabilitet.

### **Adm./staber:**

Dagens situasjon er at det er få ledige stillinger i administrasjon og staber. Vi rekrutterer i stor grad til de utlyste stillingene, men har fag/funksjoner hvor det er rekrutteringsutfordringer. Noe er knyttet til den generelle tilgang til selve faget, andre som følge av at vi konkurrerer mot det private/off markedet hvor lønn kan være avgjørende faktor.

Det arbeides med tiltak som (på sikt?) kan gi løft for omdømme, rekruttering og stabilisering. Blant annet har HR/kommunikasjonsavdelingen publisert en ny nettside både for personell som søker jobb og for nyansatte: [Nordlandssykehuset.no/velkommen](http://Nordlandssykehuset.no/velkommen), denne siden utvikles stadig. Ulike program for både ivaretagelse av nyansatte, tilbud til ansatte med lengre fartstid og ivaretagelse av ledere, er enten igangsatt eller under planlegging. Fokus på aldersinkluderende arbeidsliv og seniortiltak blir også viktig fremover.

### **HR:**

Har ingen store rekrutteringsutfordringer. På enkelte områder der det er behov for spesialkompetanse som f.eks GAT team, hvor de er avhengig av å rekruttere personell som har kjennskap til sykehusdrift og arbeidstidsplanlegging, kan det være noe problematisk å få tak i de rette medarbeiderne.

### **Plan og analyse:**

Har hatt utfordringer med å rekruttere siviløkonom til ledige stillinger. Pr. dags dato er alle stillinger besatt, men her merkes konkurransen mot priv/offentlig marked.

Tilgang til siviløkonomer er vesentlig for det tilbudet som gis ut til klinikkene/avdeling/enhet i arbeid med oppfølging av regnskap, tiltaks- og budsjettarbeid.

**Innkjøp og logistikk:**

Merker at det er vanskeligere å rekruttere medarbeidere til lager, en ingen store utfordringer med tanke på bemanning.

Med vennlig hilsen

Siri Tau Ursin  
Administrerende direktør