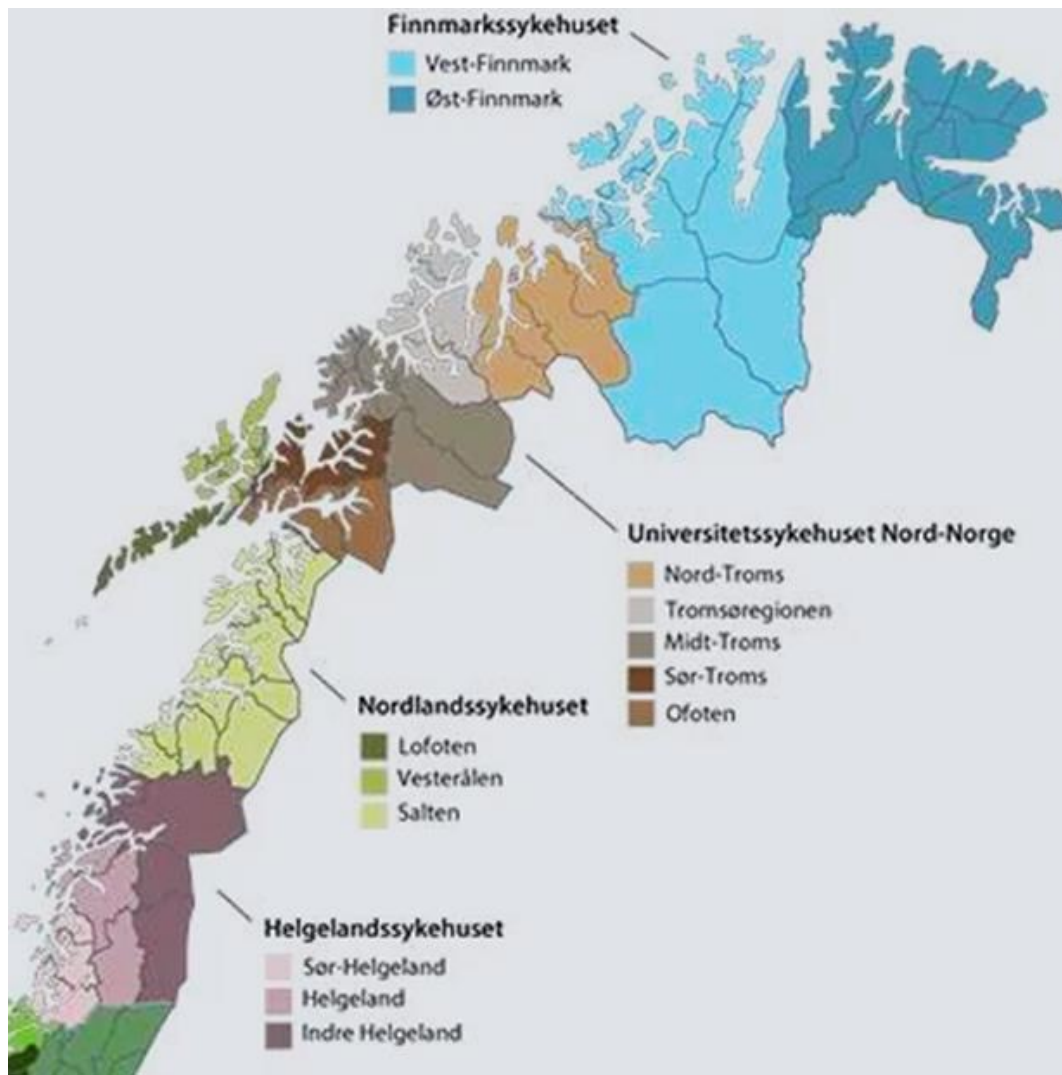


# Arbeidsgruppe 1 – Akutte og elektive funksjoner



## Ordliste/forkortelser

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.
ABIOKJ	Videreutdanningen innen Anestesi- Barne-, Intensiv-, Operasjons- og Kreftsykepleie (ABIOK)
Akuttfunksjoner	Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.
Akuttsykehus	Sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi.
Bakvakt	Bakvakt er ikke fysisk til stede, men kan kontaktes over telefon eller video av forvakt ved behov.
Datavarehus	Datavarehus (data warehouse) er et digitalt lagringssystem som kobler sammen og harmoniserer store mengder data fra mange forskjellige kilder.
Dobbeltløp	Stillinger der leger parallelt kan oppnå doktorgrad og spesialitet
Forvakt	Forvakt er fysisk til stede.
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.
SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
Grenspesialitet	Grenspesialiteter er organisert under en hovedspesialitet. Eksempelvis er fordøyelsessykdommer en grenspesialitet under hovedspesialiteten indremedisin.
Helsetapsjusterte leveår	Summen av tapte leveår og ikke-dødelig helsetap.
HN LIS	Helse Nords ledelsesinformasjonssystem
KAD-	Kommunale akutt døgnplasser

Kompetansebakvakt	Også kalt sekundærvakt. Bakvaksordning for leger uten selvstendig vaktkompetanse.
LEON	LEON er et administrativt prinsipp om at undersøkelse og behandling av pasienter skal gjennomføres på lavest mulig omsorgsnivå i helsetjenesten. I praksis betyr dette at pasienter som kan ivaretas forsvarlig på et lokalsykehus, ikke skal flyttes til et regionsjukehus uten at dette blir faglig begrunnet.
NTR	Nasjonalt traumeregister (NTR) er et nasjonalt kvalitetsregister med hovedformålet å bidra til økt kvalitet i behandlingen av traumepasienter.
Operasjonsstryk	Strykning defineres som at en planlagt operasjon ikke blir gjennomført den dagen pasienten er satt opp på programmet.
Opptaksområde	Kommunene er fordelt mellom de somatiske (medisinske) og psykiatriske behandlingsstedene i helseforetaket, og hvert sykehus har et opptaksområde bestående av flere kommuner.
Prehospitalt	Prehospitaltjenester er den delen av spesialisthelsetjenesten som håndterer pasientene utenfor sykehus.
PUK strategi	Strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK)
Respirasjonssvikt	Redusert innhold av oksygen i blodet (hypoksemi) som følge av svikt i respirasjonsapparatets evne til å tilføre blodet oksygen.
Robust og fleksibel	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.
Sepsis	Også kalt blodforgiftning, er livstruende organsvikt utløst av sannsynlig eller påvist infeksjon.
Sirkulasjonssvikt	En alvorlig og akutt tilstand hvor kroppens blodforsyning er utilstrekkelig til å møte cellenes behov.
Spesialiseringsløp	Utdanningsløpet frem mot spesialisering. Spesialisering for leger varer i minst seks og et halvt

år. Den første delen er felles for alle spesialitetene og varer i halvannet år. Den består av ett års praksis på et sykehus og et halvt års praksis i en kommune. De neste fem årene er spesialisering innen valgt retning.

Tilstedevakt

Ved tilstedevakt befinner legen seg på sykehuset i påvente av å utføre arbeid ved øyeblikkelig hjelp.

Triagere

Bestemme prioritet ut fra medisinsk tilstand

ØHD

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Økonomisk bærekraft

Generell definisjon: økonomisk bærekraft handler om å bruke ressursene på en slik måte at dagens økonomiske utvikling ikke går på bekostning av fremtidig økonomisk utvikling.

<b>ORDLISTE/FORKORTELSER</b> .....	<b>1</b>
<b>1 SAMMENDRAG</b> .....	<b>6</b>
<b>2 INNLEDNING</b> .....	<b>8</b>
2.1 BAKGRUNN FOR ARBEIDSGRUPPENS MANDAT .....	8
2.2 DEFINISJON AV BEGREPER .....	9
2.3 DATAGRUNNLAG OG ANALYSER.....	10
2.4 ARBEIDSGRUPPENS SAMMENSETNING .....	11
2.5 IVARETAKELSE AV INVOLVERING OG MEDVIRKNING I PROSESSEN .....	11
2.6 AVGRENSNINGER .....	12
<b>3 FORVENTEDE UTVIKLINGSTREKK</b> .....	<b>13</b>
3.1 FRAMSKRIVNINGER .....	13
3.2 DEMOGRAFI.....	13
3.3 FRAMSKRIVNING AV LIGGEDØGN .....	15
3.4 NYE ARBEIDSFORMER, NY DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING .....	17
3.5 OPPGAVEDELING MELLOM SPESIALIST- OG DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN .....	18
3.6 UTFORDRINGSBILDET FRA KOMMUNEPERSPEKTIVET .....	19
3.7 UTFORDRINGSBILDET FRA BRUKERPERSPEKTIVET.....	20
<b>4 DAGENS SITUASJON (NULL ALTERNATIVET)</b> .....	<b>22</b>
4.1 TILGANG TIL KOMPETANSE I HELSE NORD .....	22
4.1.1 <i>Foretakens egen beskrivelse av bemanningssituasjon</i> .....	28
4.1.2 <i>Finnmarkssykehuset</i> .....	28
4.1.3 <i>Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF</i> .....	30
4.1.4 <i>Nordlandssykehuset</i> .....	31
4.1.5 <i>Helgelandssykehuset</i> .....	33
4.1.6 <i>Spesialisering</i> .....	34
4.2 DELOMRÅDE 1- ORGANISERINGEN AV AKUTTFUNKSJONER .....	36
4.3 AKUTTFUNKSJONER I SOMATISKE SYKEHUS .....	38
4.4 INDREMEDISINSKE FUNKSJONER .....	42
4.4.1 <i>Aktivitet</i> .....	44
4.5 KIRURGISKE FAG, ORTOPEDI OG OPERASJONSKAPASITET .....	47
4.5.1 <i>Aktivitet</i> .....	49
4.5.2 <i>Traumesystemet</i> .....	50
4.6 INTENSIVMEDISIN.....	51
4.6.1 <i>Aktivitet</i> .....	53
4.7 ORGANISERING AV FØDSELSOMSORGEN I HELSE NORD.....	55
4.7.1 <i>Tilgang til kompetanse</i> .....	56
4.7.2 <i>Driverne for økt behov for kompetanse</i> .....	57
4.7.3 <i>Fødselstall</i> .....	58
4.8 DAGENS ELEKTIVE KIRURGISKE AKTIVITET .....	59
4.8.1 <i>Avtalespesialister</i> .....	61
4.8.2 <i>Fristbrudd til Helfo</i> .....	62
<b>5 FORSLAG TIL ALTERNATIVER FOR FUNKSJONS- OG OPPGAVEDELING MED KONSEKVENSER FOR AVHENGIGHETER OG FORUTSETNINGER</b> .....	<b>64</b>
5.1 OVERORDNEDE KONSEKVENSER FOR AVHENGIGHETER OG FORUTSETNINGER .....	68
5.1.1 <i>Konsekvenser for den samiske spesialisthelsetjenesten</i> .....	69
5.1.2 <i>Konsekvenser for pasienttilbudet i kommunehelsetjenesten</i> .....	69
5.1.3 <i>Konsekvenser som pasientreiser og prehospitaltjenester</i> .....	70
5.1.4 <i>Konsekvenser for utdanning</i> .....	71

5.1.5	<i>Konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap</i> .....	72
5.1.6	<i>Arealmessige tilpasninger</i> .....	72
5.1.7	<i>Økonomisk bærekraft</i> .....	73
5.2	FREMTIDIG FUNKSJONS- OG OPPGAVEDELING – KONSEKVENSER FOR AVHENGIGHETER OG FORUTSETNINGER PER HELSEFORETAK.....	76
5.2.1	<i>Finnmarksykehuset</i> .....	76
5.2.2	<i>UNN</i> .....	78
5.2.3	<i>Nordlandssykehuset HF</i> .....	84
5.2.4	<i>Helgelandssykehuset HF</i> .....	90
<b>6</b>	<b>ROS-ANALYSE PÅ ALLE TRE ALTERNATIVER (0, 1 OG 2)</b> .....	<b>96</b>
<b>7</b>	<b>KONKLUSJON MED BEGRUNNET ANBEFALING FOR VALGT ALTERNATIV</b> .....	<b>99</b>
7.1	FINNMARKSSYKEHUSET HF .....	100
7.2	UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF .....	102
7.3	NORDLANDSSYKEHUSET HF .....	104
7.4	HELGELANDSSYKEHUSET HF .....	105
7.5	BRUKERPERSPEKTIVET .....	106
<b>8</b>	<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>107</b>
<b>9</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>109</b>

# 1 Sammendrag

Arbeidsgruppe 1 fikk i oppdrag å utrede funksjons- og oppgavedeling for delområdene *Akutfunksjoner i somatiske sykehus og Fødeenheter samt Planlagt kirurgi*.

Hovedretningene for utredning av dette området med overgang fra sårbare til mer robuste og fleksible enheter og fagmiljøer, omprioritering av ressurser fra døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet vil kunne realisere en målrettet oppbygging av egen kapasitet i tjenestene.

Den demografiske utviklingen gir noe vekst rundt byene og fall i distriktskommunene som har høyest andel aldrende befolkning. Dette påvirker forsørgerbrøken i kommunene, fordi de unge flytter inn til byene og det blir færre som kan gi helse og omsorgstjenester. Samtidig vil behovet for helsetjenester i sykehus øke, og forutsetningen om at kommunene skal ta imot utskrivningsklare pasienter er krevende allerede i dag. Denne utviklingen setter den helhetlige helsetjenesten under press og krever at vi finner andre måter å jobbe sammen for å sikre kvalitet i behandling og sorg og gode pasientforløp.

Helse Nord har mange vaktlinjer med lav aktivitet og mange mindre sykehus som utfører mye av den samme behandlingen. Samtidig er den medisinske spesialiseringen økende og krever økt kompetanse og økonomiske ressurser. Et økende antall pasienter utsettes for fristbrudd. Tall fra september 2023 viser at pasienter venter gjennomsnittlig 85 dager på behandling og ventetiden er økende. Dette utfordrer pasientsikkerheten.

Sykehusene har over tid hatt utfordringer med å rekruttere og utdanne tilstrekkelig kompetanse. Mangel på personell løses i dag med svært dyre ordninger fra vikarbyrå og ved hjelp av utstrakt bruk av overtid på egne ansatte. Konsekvensen er store overskridelser på kostnadssiden. Dette begrenser muligheten for følge av medisinske utviklingstrekk, samt investeringer i bygg og utstyr. Regionens bemanningsutfordringer har økt på tross av at Helse Nord har rekruttert mange helsearbeidere de senere årene.

Helsearbeidere vil ha en nøkkelrolle i fremtidens helsetjeneste. Gjennom godt samarbeid med sykepleiere og leger vil de utgjøre et viktig bidrag både i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Til tross for strategisk arbeid med rekruttering over tid vurderes mulighetene for å rekruttere tilstrekkelig antall helsearbeidere for å fylle alle dagens funksjoner på alle lokalisasjoner i fremtiden som liten. Dagens struktur er ikke bærekraftig. Den overordnede risiko- og sårbarhetsanalysen viser at dagens situasjon har utfordringer og høy risiko forbundet med nesten samtlige områder. Alternativ 2 har lavest risikoprofil.

Arbeidet i gruppe 1 har vært krevende med mange interessenter og massiv oppmerksomhet i media. Arbeidsgruppen har etter beste emne forsøkt å vurdere ulike løsninger for en bærekraftig tjeneste i fremtiden. Mot slutten av arbeidet landet flertall i arbeidsgruppen på å anbefale alternativ 2. Et mindretall på fem medlemmer kan ikke stille seg bak anbefalingen om alternativ 2 som framtidig struktur for Helse Nord.

I alternativ 2 foreslås en omfattende funksjons- og oppgavedeling. Akutfunksjonene og døgnaktivitet samles i større grad. UNN Narvik endres til et sykehus med betydelig økning i planlagt behandling og fødestue. Nordlandssykehuset Lofoten endres til et DMS

med poliklinikk, fødestue og døgnfunksjoner. Dette medfører behov for en større oppbygging av akutt- og døgnfunksjoner i UNN Harstad og Nordlandssykehuset Vesterålen.

På Helgeland foreslås ett stort akuttisykehus, men arbeidsgruppen anbefaler ikke lokalisering. I Finnmark foreslås mindre justeringer med bakgrunn i særskilte utfordringer med avstand.

Ny struktur vil være mindre personellkrevende og legger til rette for robuste og fleksible fagmiljø. Muligheten for å følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin ansees av flertallet i arbeidsgruppen som best i alternativ 2.

Årsaken er bedret økonomisk bærekraft som gir anledning til nyinvestering i bygg, medisinteknisk utstyr og annen teknologi som i dagens struktur begrenses av budsjettunderskudd. Prioritering av faglige satsninger som kommer pasientene til nytte som persontilpasset medisin innenfor spesielt kreftområdet vil kunne prioriteres ved bedret økonomisk bærekraft. Dette vil være av stor betydning for regions- og universitetssykehusfunksjonen til foretaket.

I en interimfase vil det bli omkostninger som følge av de foreslåtte endringene. Det er heller ingen selvfølge at fagfolk ved sykehusene som er berørt av de største endringene vil pendle eller flytte for å tilpasse seg endrede arbeidsforhold.

Effektene vil ikke komme umiddelbart, men på sikt. Endring er nødvendig for å opprettholde en bærekraftig helsetjeneste i nord.



## 2 Innledning

Utredningen av endringer i funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord tar utgangspunkt i situasjonsbeskrivelsen og analyser fra Regional utviklingsplan 2023, styresak 11-2023 *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*<sup>1</sup>, styresak 29-2023 *Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan*<sup>2</sup>, inkludert områder for utredning og styresak 57-2023 *Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning*<sup>3</sup>.

### 2.1 Bakgrunn for arbeidsgruppens mandat

Hovedkonklusjonen fra styresak 11-2023 er at dagens oppgave- og funksjonsfordeling er basert på en organisering og struktur som ikke lar seg bemanne. Endret struktur og funksjonsdeling, basert på den faktiske tilgangen på kompetent personell og gitte økonomiske rammer, er derfor nødvendig for å kunne levere likeverdige helsetjenester av god kvalitet framover.

Med utgangspunkt i mål og hovedretninger beskrevet i styresak 11-2023, ble det i styresak 29-2023 vedtatt å gå videre med utredning av følgende områder for å sikre framtidig bærekraft i regionen:

1. Akuttfunksjoner
2. Kapasitet og drift av elektive funksjoner
3. Diagnostiske funksjoner
4. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

For hvert av områdene skal det utredes, identifiseres, og legges til rette for eventuell ny organisering, endring i funksjon- og oppgavedeling og nye arbeidsformer. Det er etablert fem arbeidsgrupper som har ansvar for ulike områder.

Arbeidsgruppe 1 skal utrede følgende delområder, inklusive aktuelle hovedretninger:

#### **Akuttfunksjoner**

##### *A. Akuttfunksjoner i somatiske sykehus*

- Utrede organiseringen av akuttfunksjoner

##### *B. Fødeenheter*

- Utrede organisering av fødselsomsorgen

Relatert til styresak 11-2023 vil hovedretningene for utredning av dette området være overgang fra sårbare til mer robuste og fleksible enheter og fagmiljøer (vedtakspunkt 3a) og omprioritering av ressurser fra døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling (vedtakspunkt 3c).

---

<sup>1</sup><https://www.helse-nord.no/499fcb/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230223/styresak-112023-tiltak-for-a-sikre-barekraft-i-helse-nord.pdf>

<sup>2</sup><https://innsyn.lofoten.nu/Vagan/innsyn/wfdocument.ashx?journalpostid=2021063189&dokid=1695467&versjon=1&variant=A&>

<sup>3</sup><https://www.helse-nord.no/49bda8/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230531/styresak-57-2023-tiltak-for-a-sikre-barekraft--mandat-involvering-og-omrader-for-utredning.pdf>

## Kapasitet og drift av elektive funksjoner

### E. Planlagt kirurgi

- Utrede etablering av elektive enheter eller sykehus i Helse Nord
- Utrede ytterligere deling av elektive funksjoner

Relatert til styresak 11-2023 vil hovedretningene for utredning av dette området være arbeidsdeling mellom små og store enheter (vedtakspunkt 3b), omprioritering av ressurser fra døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling (vedtakspunkt 3c), og målrettet oppbygging av egen kapasitet og faglig kvalitet for å redusere kjøp av helsetjenester fra private (inklusive Helfo-leverandører), redusere pasientstrømmer ut av regionen (vedtakspunkt 3d), redusere uønsket variasjon i tjenestene ved å utvikle diagnostikk, behandling og oppfølging uten tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag (vedtakspunkt 3e) samt gjennomføre tiltak for å følge faglig normerende retningslinjer for pasientgrunnlag og dimensjonering av tjenester (vedtakspunkt 3f).

I tillegg vil geografi, bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold inngå i vurderingene.

Arbeidsgruppen skal levere en rapport som foreslår tre alternativer, inkludert 0-alternativet, til ny funksjons- og oppgavedeling for de respektive utredningsområdene. Rapporten skal gi en begrunnet anbefaling av det beste alternativet. Det skal gjennomføres en ROS-analyse på anbefalte alternativ.

Arbeidsgruppens rapport skal inngå som vedlegg i utkast til helhetlig plan for funksjons og oppgavedeling i Helse Nord.

## 2.2 Definisjon av begreper

Med akuttfunksjoner i sykehus vises det til beskrivelser i Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)<sup>4</sup> der akutt indremedisin, døgnvakt for anestesilege og akuttkirurgi beskrives som akuttfunksjoner. For å ivareta disse akuttfunksjonene er sykehusene i tillegg avhengig av tilgjengelige laboratorie- og bildediagnostiske tjenester.

For å tydeliggjøre innhold i sykehusene og gjør begrepsbruken mer enhetlig, ble betegnelsene *regionsykehus*, *stort akuttsykehus* og *akuttsykehus* benyttet.

Tabell 1 Akuttfunksjoner på sykehus i Helse Nord

Sykehuskategori	Definisjon	Helse Nord
Regionsykehus	Det sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hoved sykehuset. Vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.	UNN Tromsø
Stort akuttsykehus	Sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt	NLSH Bodø

<sup>4</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

	akutt tilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.	
Akuttsykehus	Sykehus som minst har akutfunksjon 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.	FIN Hammerfest FIN Kirkenes UNN Harstad UNN Narvik NLSH Vesterålen NLSH Lofoten HSYK Mo i Rana HSYK Sandnessjøen HSYK Mosjøen*

\*Helgelandssykehuset Mosjøen er et akuttsykehus med indremedisinsk beredskap og døgnvakt for anestesilege. Helgelandssykehusets styre vedtok i styresak 9/2023 i tråd med gjeldende strukturvedtak besluttet å overføre døgnbehandling og akutfunksjoner til sykehuset i Sandnessjøen innen september 2024. Arbeidet pågår.

### *Distriktsmedisinsk senter (DMS)*

Et distriktsmedisinsk senter (DMS) er en samling av helse- og omsorgstjenester for å gi sammenhengende, godt koordinerte og tilgjengelige tjenester til befolkningen, nært der de bor. Det er en modell som er utformet for å styrke samhandling mellom tjenestenivåene.

Det er mange forskjellige DMS i landet. Innholdet er tilpasset både regionale og lokale forhold og pasientenes behov. Det kan være lokale variasjoner i befolkningsområde, avstand til nærmeste sykehus, eksisterende kommunale tjenester i vertskommunen, i kommuner og sykehus/helseforetak som ønsker å samarbeide i DMS-et. DMS-et er også en viktig arena for kompetanseutvikling på tvers av profesjoner og nivå. Et DMS består ofte av kommunale, interkommunale tilbud og desentrale spesialisthelsetjenester. Et kjennetegn er at en eller flere kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten om tjenester til pasienter/brukere før og etter eller istedenfor behandling/innleggelse i sykehus.

### *Robuste og fleksible fagmiljø.*

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

## 2.3 Datagrunnlag og analyser

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) utarbeidet vinteren 2022 en rapport som viser akuttinnleggelser per sykehus gjennom døgnet fordelt på føde, kirurgiske, ortopediske og indremedisinske fag. Datakilden er NPR data fra perioden januar 2019- august 2022. På bestilling fra arbeidsgruppen utarbeidet SKDE høsten

2023 en oppdatert rapport med tilleggsanalyser<sup>5</sup> som er benyttet i utredningen. I tillegg har arbeidsgruppen benyttet data fra datavarehuset og nasjonale register som Medisinsk fødselsregister, Norsk Intensiv- og Pandemiregister, Nasjonalt traumeregister osv. Oversikt over anestesi- og operasjonskapasitet er innhentet fra de respektive helseforetakene og HN LIS, samt oversikt i Karabin-rapporten<sup>6</sup>. SKDEs helseatlas har gitt oss kunnskap om variasjon og kvalitet i helsetjenestetilbudet. HR-data er innhentet ved hjelp av nasjonal bemanningsmodell og personaladministrative system i Helse Nord, og HFenes egen rapportering. Nasjonalt legevaksregister er brukt for å skaffe data for legevakter. Interne ressurser i Helse Nord RHF og SKDE har bidratt med innhenting og framstilling av datagrunnlag til utredningen.

I tillegg har arbeidsgruppen sett på utredninger som omhandler oppgave og funksjonsdeling fra egen region, og andre regioner.

Nasjonale styrende og normerende produkter inngår også i vurderingsgrunnlaget.

I utredningsperioden har arbeidsgruppen hatt innlegg fra gode kollegaer i Helse Midt-Norge, som har delt sine erfaringer med elektivt sykehus, samt Helse Vest som har delt erfaringer med akuttsykehus uten akuttkirurgi og organisering av barselomsorg i God Start.

## 2.4 Arbeidsgruppens sammensetning

Utredningsarbeidet er organisert gjennom Helse Nord RHF's linjeorganisasjon. Fullstendig oversikt finnes på Helse Nord's nettsider: [Slik er utredningen av funksjons- og oppgavedelingen organisert](#).

Arbeidsgruppen er satt sammen av relevant kompetanse internt fra foretaksgruppen og Helse Nord RHF, konserntillitsvalgt, brukermedvirker og deltakere fra kommunene<sup>7</sup>. Brukermedvirker er oppnevnt av Regionalt brukerutvalg. Utnevnelsen av deltakere fra helseforetakene og kommunene ble gjort av hhv. administrerende direktører og kommunalt koordineringsorgan. Det ble ikke meldt inn deltager fra kommunene på Helgeland.

Arbeidsgruppen har hatt ukentlige møter i perioden 23. august-10. november. Referat fra møtene er tilgjengelig på nettsiden til Helse Nord.

## 2.5 Ivaretagelse av involvering og medvirkning i prosessen

Som grunnlag for en god arbeidsprosess ble forventningsavklaringer til medlemmer i arbeidsgruppene gjennomgått på oppstartmøtet 23.08.23. Det ble lagt til grunn at ingen av medlemmene deltar i arbeidet med bundet mandat eller som representant for

---

<sup>5</sup> [https://www.helse-nord.no/4a83e6/siteassets/dokumenter-og-blokker/endring-og-omstilling/arbeidsgrupper-og-referansegrupper/01-referater-akutte-og-elektive/20230921-skde\\_notat\\_akutt\\_arbeidsgruppe\\_omstilling.pdf](https://www.helse-nord.no/4a83e6/siteassets/dokumenter-og-blokker/endring-og-omstilling/arbeidsgrupper-og-referansegrupper/01-referater-akutte-og-elektive/20230921-skde_notat_akutt_arbeidsgruppe_omstilling.pdf)

<sup>6</sup> <https://www.helse-nord.no/499ffb/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2022/20220928/styresak-125-2022-radiologi--og-operasjonsstuekapasitet--kartlegging.pdf>

<sup>7</sup> <https://www.helse-nord.no/endring-og-omstilling-i-helse-nord/arbeidsgruppene-i-utredningen-av-funksjons--og-oppgavedeling/arbeidsgruppe-1-akutte-og-elektive-funksjoner/>

særinteresser. En annen forutsetning var at arbeidsgruppens medlemmer var omforent om målene og hovedretningene for utredningen.

Det ble gjennom notat *Tiltak for å sikre bærekraft – utredningens mål, hovedretninger og utredningskriterier som grunnlag for anbefaling fra arbeidsgruppene*<sup>8</sup> tydeliggjort for arbeidsgruppen hvilke kriterier som skulle ligge til grunn for anbefaling av alternativ.

## 2.6 Avgrensninger

Områder som er vurdert til ikke å inngå i denne utredningen er:

- PCI - pågående prosess i Helse Nord RHF med evaluering av invasiv kardiologitilbud
- Kreftkirurgi - pågående prosess med revisjon av regional kreftplan og delstrategi
- Nyfødtintensiv – arealutfordringer ved UNN Tromsø gjør at videre vurdering av funksjonsdeling er satt på vent

Det er en forutsetning at det pågående arbeidet i Helse Nord RHF og i HFene med å utvikle tiltak for å beholde og rekruttere medarbeidere med riktig kompetanse videreføres. Dette ligger til grunn for arbeidet, og vurderes ikke særskilt i denne utredningen.

Det ligger heller ikke i rammene for arbeidsgruppens utredning å utføre samfunnsøkonomiske analyser.

Parallelt med arbeidet for å vurdere endringer i funksjons- og oppgavedeling pågår det et omfattende omstillingsarbeid i Helse Nord. Omstillingsarbeidet, som hovedsakelig foregår i helseforetakene og er helt nødvendig på kort sikt, omfattes ikke i arbeidsgruppens utredning. Pågående omstillingsarbeid må gjennomføres i tillegg til endringer i funksjons- og oppgavedeling.

---

<sup>8</sup> <https://www.helse-nord.no/4a4371/siteassets/dokumenter-og-blokker/endring-og-omstilling/mal-hovedretninger-og-utredningskriterier-som-grunnlag-for-anbefaling-i-arbeidsgruppene.pdf>

## 3 Forventede utviklingstrekk

Helse Nord RHF har ansvaret for å sørge for at innbyggerne i Nord-Norge får tilgang til likeverdige spesialisthelsetjenester.

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 [1], sammen med Regional utviklingsplan 2023-2038 [2] og utviklingsplanene til helseforetakene, identifiserer trender og utviklingsmønstre som vil påvirke helsetjenesten i årene som kommer. Samfunnets strukturelle endringer, som demografisk vekst og teknologisk utvikling, påvirker behovet for helsetjenester og hvordan disse kan gis. Nord-Norge har et betydelig potensial for vekst innenfor flere næringer. For å oppnå denne veksten er tilgangen til kvalifisert arbeidskraft avgjørende. Robuste helsetjenester er viktig for landsdelens utvikling.

### 3.1 Framskrivninger

Kunnskap om sentrale utviklingstrekk i tiden fremover er viktig for å vurdere ny organisering av funksjoner og oppgaver i Helse Nord.

I oppdragsdokument 2019 - tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 114 S (2018-2019) ga Helse- og omsorgsdepartementet Helse Sør-Øst oppdrag om å lede arbeidet med felles framskrivningsmodell for helseregionene. Arbeidet med revidert framskrivningsmodell for somatikk startet høsten 2022, og er nå ferdigstilt [3]. Denne modellen vil bli lagt til grunn for det videre arbeidet, hvor lokale tilpasninger i forutsetningene for Helse Nord tas hensyn til.

Framskrivningsmodellen for somatiske spesialisthelsetjenester er i hovedsak en modell for aktivitet (innleggelse og poliklinisk behandling), og ikke direkte overførbart til behov for personell eller kostnadsutvikling

Planlegging av framtidige tjenestetilbud skal gjøres med støtte i framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester. Demografi, sykdomsbyrde, nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling, oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, teknologisk utvikling etc. er forutsetninger for en slik framskrivning.

Nye samarbeidsformer må vurderes, herunder bruk av teknologi, personell og kompetanse på nye måter som kan sikre en velfungerende, effektiv og helhetlig sammenhengende tjeneste på tvers av kommunenes og spesialisthelsetjenestens relevante tjenester.

### 3.2 Demografi

Regionale befolkningsframskrivninger peker på flere hovedtrekk: økt befolkningsvekst, sentralisering og en aldrende befolkning i distriktene. Det forventes en generell økning i befolkningen nasjonalt på 11 pst. fra 2020 til 2050. Denne veksten er imidlertid ujevn fordelt over hele landet. I Nord-Norge ser vi en beskjedne økning i befolkningen, mens den relative andelen synker sammenlignet med resten av landet (tabell 2). Dette skyldes blant annet den økende andelen eldre innbyggere. Den demografiske utviklingen har

derfor allerede begynt å påvirke størrelsen og sammensetningen av befolkningen i Nord-Norge i negativ retning.

Tabell 2 Framskrevet befolkning 2022-2040. Kilde: SSB

Framskrevet befolkning 2022 - 2040 over helseregioner og opptaksområder i Norge (kilde: SSB)*					
Helseregion/Opptaksområde	Befolkning			Andel over 65 år	
	2022	2040	Endring %	2022	2040
<b>Helse Midt</b>	<b>739 979</b>	<b>786 893</b>	<b>6 %</b>	<b>19 %</b>	<b>25 %</b>
Helse Møre og Romsdal	265 848	274 343	3 %	21 %	27 %
Helse Nord Trøndelag	134 424	134 924	0 %	22 %	29 %
St. Olavs hospital	339 707	377 626	11 %	17 %	23 %
<b>Helse Nord</b>	<b>481 926</b>	<b>488 296</b>	<b>1 %</b>	<b>21 %</b>	<b>27 %</b>
Finnmarksykehuset	74 129	75 450	2 %	19 %	27 %
Helgelandssykehuset	77 234	75 022	-3 %	23 %	30 %
Nordlandssykehuset	138 116	140 012	1 %	21 %	28 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge	192 447	197 812	3 %	20 %	26 %
<b>Helse Sør-Øst</b>	<b>3 076 276</b>	<b>3 402 035</b>	<b>11 %</b>	<b>18 %</b>	<b>24 %</b>
Akershus universitetssykehus	593 356	691 438	17 %	16 %	22 %
Diakonhjemmet Sykehus	144 706	161 434	12 %	17 %	23 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus	163 166	167 815	3 %	7 %	13 %
Oslo universitetssykehus	281 866	326 259	16 %	13 %	18 %
Sykehuset i Vestfold	250 862	275 266	10 %	21 %	28 %
Sykehuset Innlandet	338 874	351 224	4 %	23 %	29 %
Sykehuset Telemark	173 970	179 917	3 %	22 %	29 %
Sykehuset Østfold	323 453	361 807	12 %	20 %	27 %
Sørlandet Sykehus	311 134	337 595	9 %	18 %	25 %
Vestre Viken	494 889	549 280	11 %	19 %	25 %
<b>Helse Vest</b>	<b>1 127 089</b>	<b>1 207 026</b>	<b>7 %</b>	<b>17 %</b>	<b>24 %</b>
Helse Bergen	461 187	504 173	9 %	17 %	23 %
Helse Fonna	181 028	183 002	1 %	19 %	27 %
Helse Førde	108 472	107 190	-1 %	21 %	28 %
Helse Stavanger	376 402	412 661	10 %	15 %	22 %
<b>Totalt</b>	<b>5 425 270</b>	<b>5 884 250</b>	<b>8 %</b>	<b>18 %</b>	<b>25 %</b>

Veksten i andel eldre over 65 år forventes å skje gradvis frem mot 2040. Fra 2018 til 2022 økte andelen eldre med 10 pst, mens det fra 2022 til 2025 forventes økning på 18 pst, og fra 2025 til 2030 øker andelen eldre med 32 pst. Antall over 80 år øker fra 221 000 i 2018 til i underkant av 500 000 i 2040. Over halvparten av liggedøgnene (55 pst.) og om lag 1/3 av ressursene innen dag/poliklinikk forbrukes av pasienter over 65 år. Fordi antall eldre øker vil også behovet for liggedøgn og polikliniske tjenester øke.

Framskrivningene viser at befolkningsveksten er relativt sterk i og rundt de store byene. Mange distriktskommuner får derimot fall i folketallet. Statistisk sentralbyrå sine befolkningsframskrivninger mot 2040 viser at kun seks av 79 kommuner i Nord-Norge har en forventet befolkningsvekst. I regionen er det bare syv kommuner med mer enn 10 000 innbyggere.

Levealderen i Norge er forventet å øke med omtrent 5,5 år fram til 2050. Sammen med lave fødselstall resulterer dette i en endret alderssammensetning i befolkningen på sikt. Allerede i dag utgjør eldre over 70 år rundt 20 pst av befolkningen i mange

distriktskommuner. I NOU 2020:15 *Det handler om Norge*, s.27 [4] beskrives situasjonen slik:

*«Distriktskommuner har i dag en eldre befolkning enn resten av landet. Fram til 2040 vil antallet personer over 80 år i distriktene nesten doble seg. Distriktskommuner får dermed en eldrebølge på toppen av en allerede relativt gammel befolkning.»*

I Nord-Norge er det samlet sett flere eldre (>65 år) enn barn og unge, samtidig er antallet i arbeidsfør alder synkende. Demografiutviklingen øker behovet for helsepersonell og reduserer samtidig tilvekst av arbeidskraft i regionen.

### 3.3 Framskrivning av liggedøgn

Det er klare helsepolitiske føringer for videre satsning på samhandling, særlig mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Den kapasiteten sykehusene må dimensjonere for i antall liggedøgn, har betydning for funksjons- og oppgavedeling. Det er flere andre forhold som påvirker kapasiteten, blant annet kommunenes evne til å ta imot pasienter som er ferdig behandlet i sykehus og utskrivningsklare. Det legges til grunn at hovedandelen av dagens utskrivningsklare pasienter skal håndteres av kommunene fremover.

Tabell 3 Framskrivning av behov for liggedøgn. Kilde: Rapport framskrivning av somatiske spesialisthelsetjenester

Helseforetak	Liggedøgn 2022	Endring fra 2022	Liggedøgn 2040 korrigert	Endring liggedøgn prosentvis
<b>Finnmarkssykehuset</b>	36007	7388	43395	20,50 %
<b>Helgelandssykehuset</b>	38110	6219	44329	16,30 %
<b>Nordlandssykehuset</b>	86753	11737	98490	13,50 %
<b>UNN</b>	159884	18216	178100	11,40 %
<b>Helse Nord</b>	320754	435560	364314	13,60 %
<b>Norge</b>	3014324	644674	3658998	21,40 %

Den nye framskrivningen av behovet for somatiske spesialisthelsetjenester viser et forventet antall liggedøgn i 2040. Utgangspunktet er året 2022 hvor det var ca. 321 000 liggedøgn i landsdelen. Med dette utgangspunktet er behovet i 2040 beregnet ut fra demografisk utvikling og justert for effekten av planlagt kirurgi, friskere aldring, spesielle faglige forhold, forbedringsarbeid og reduksjon i utskrivningsklare pasienter.

Region Nord har framskrevet økt behov på 13,6 pst., som er lavere enn resten av landet som ligger på ca. 21 pst. Den høyeste økningen er forventet å komme i Finnmark med ca. 20 pst, og Helgeland med ca. 16 pst. UNN og Nordlandssykehuset vil få en framskrevet økning på ca. 11-13 pst.



### Utvikling i sykdomsbilde og tjenestebehov

Sykdomsbyrdeanalyser vurderer befolkningens helsetilstand. Med sykdomsbyrde menes det samlede helsetapet i en befolkning. Global Burden of Disease Collaborative Network beskriver at det er forventet redusert sykdomsbyrde og dødelighet for befolkningen fram til de fyller 90 år. For individer over 90 år øker sykdomsbyrden. Som en konsekvens av at forventet levealder øker, får befolkningen flere friske leveår og økt gjennomsnittsalder ved første innleggelse i sykehus.

Forventede friske leveår er et mye benyttet mål for å si noe om selvrapportert livskvalitet på de ekstra årene som økt levealder resulterer i. Dette er beregnet med data fra helseundersøkelsen i Trøndelag (HUNT-studien) kombinert med tall fra SSB. Beregningen viste at leveår uten hjelpebehov etter fylte 70 år økte med om lag fire år i perioden 1995-2017, mens år med hjelpebehov gikk litt ned.

Bedringen i aldersjusterte rater for ikke-smittsomme sykdommer og skader er framskrevet å være sterkere for menn enn for kvinner, både når det gjelder dødelighet og helsetapsjusterte leveår.

SKDE har sett på akuttinnleggelser ved sykehusene i Helse Nord for perioden 2019 til 2022. Dette er nærmere omtalt i kapittel 4. De siste fem år har standardiserte rater for forekomst av atrieflimmer, hjertesvikt, hjerteinfarkt og angina pectoris vist en fallende kurve [5]. I samme tidsrom har det nasjonalt vært en reduksjon i akuttinnleggelser for hoftebrudd på 3,8 pst.

Pasienter med kreftsykdom utgjør en betydelig del av pasientpopulasjonen i spesialisthelsetjenesten, og i 2022 ble det diagnostisert 38 265 nye krefttilfeller i Norge [6]. De fire vanligste kreftformene, prostatakraft hos menn, brystkreft hos kvinner, lungekreft og tykktarmskreft, utgjorde 43 pst. av det totale antallet. Hvis kreft i endetarm og hudkreft legges til, omfatter dette 63 pst. av alle krefttilfeller [6]. Aktivitet knyttet til kreft utgjør om lag 12 pst. av liggedøgnene og om lag 16 pst. av poliklinisk aktivitet.

Fram mot 2040 er det ikke forventet særlig endring i samlet aldersspesifikk ny forekomst for kreft gitt at dagens trender fortsetter. Det kan forventes noe reduksjon i total rate for menn og noe økning for kvinner, men det vil bli en betydelig økning i antall krefttilfeller på grunn av det økte antall eldre i befolkningen. Langt flere vil også få diagnostisert sin kreftsykdom i høy alder. I 2020 ble 36 pst. av krefttilfellene diagnostisert hos pasienter over 75 år. Dette vil øke til 49 pst. i 2040. Behandling av kreft omfatter kirurgi, medikamentell behandling og strålebehandling. Fordi vi får en friskere eldre befolkning og mer skånsom behandling (mini invasiv teknikk), vil også flere kunne motta behandling og avansert kirurgi i høyere alder enn tidligere.

Framskritt i behandlingen har medført bedret overlevelse ved at flere pasienter blir kurert, og at flere lever lengre med sin kreftsykdom. Antallet pasienter som har gjennomgått kreftsykdom øker derfor betydelig. De fleste av disse er kurert og trenger ikke spesialisthelsetjenester. Noen kreftfrie pasienter vil imidlertid ha behov for behandling i spesialisthelsetjenesten for senskader etter behandling. Antallet som lever

lengre med sin kreftsykdom og som har behov for langvarig behandling og oppfølging vil øke med bedret overlevelse.

Fremover vil større deler av befolkningen trenge hjelp med flere samtidige sykdommer. Økt levealder medfører at flere lever lengre med kroniske sykdommer og bidrar til å skape endringer i befolkningens sykdomsbyrde. Det er særlig kroniske sykdommer som KOLS og diabetes, muskel- og skjelettlidelser og ruslidelser som forventes å øke.

### 3.4 Nye arbeidsformer, ny diagnostikk og behandling

Kravene til kvalitet og pasientsikkerhet i spesialisthelsetjenesten vil øke. Det er flere drivere bak denne utviklingen. Genetisk innsikt gir grunnlag for persontilpasset medisin. Bruk av kunstig intelligens og maskinlæring er under innføring i spesialisthelsetjenesten. Det forventes en betydelig arbeidsbesparende gevinst, f.eks. innen diagnostikk, radiologi og patologi. I første omgang vil teknologien være arbeidsbesparende innenfor deler av virksomheten, og ikke påvirke behov for økt kapasitet for selve pasientbehandlingen. På sikt vil mer presis diagnostikk og behandling kunne tenkes å påvirke kapasitetsbehovet.

Økt digitalisering og innovasjon vil føre til at supervisjon og veiledning av utvalgte pasientforløp vil kunne foregå på andre måter enn i dag. For eksempel kan en høyspesialisert kreftlege ved et stort senter digitalt veilede leger lokalt til å følge opp og endre behandlingsforløpet slik at pasientene får redusert reisebelastning. Digitale løsninger kan også gi mulighet for mer tjenesteinnovasjon og mer sømløs samhandling mellom sykehusene og kommunene.

En av teknologiens fremste kvaliteter relatert til helsetjenesten er automatisering. Det innebærer at noen arbeidsoppgaver som håndteres manuelt i dag, vil kunne gjøres mer automatisert ved bruk av ulike digitale løsninger. Dette er aktuelt innenfor områder som sikker medikamentutdeling, bruk av maskinlæring på bildeanalyse, algoritmer for å understøtte diagnostikk, tidlig gjenkjenning av forverring av pasientens tilstand, eller en kontinuerlig utviklende læringsalgoritme som kan understøtte valg av beste behandling.

De siste ti årene har det vært en rivende utvikling innen medisinsk teknologi. Robotkirurgi er tatt i bruk ved større sykehus som et hjelpemiddel for å kunne utføre mer presis kirurgi. Det har også vært store fremskritt ved utviklingen av teknologi innen medisinsk diagnostikk. Genanalyser kan fortelle om svulster er følsomme for cellegift slik at pasientene slipper å få cellegift som ikke virker. Utvikling av «Check-point» medikamenter gjør at langtkommet kreftsykdom nå kan stoppes, og i enkelte tilfeller reverseres. Utviklingen innenfor onkologiområdet er blitt så omfattende at spissing av kompetanse er nødvendig for at kreftlegene skal ha mulighet til å følge med i fronten av sine fagområder. Dette går på bekostning av breddekompetanse, særskilt på universitetssykehusene.

*NOU 2023:4 Tid for handling* (Helsepersonellkommisjonen) [7] viser til at medisinske fremskritt har ført til økt levealder og flere behandlingsformer. Så langt har endringene i sykehusene blitt muliggjort gjennom flere ansatte og økte budsjetter. I tiden fremover vil faglig utvikling, befolkningens forventninger og politiske intensjoner og vedtak måtte

oppfylles uten vesentlig flere ansatte. Mer kraftfulle prioriteringer må til også i sykehusene der budsjettene for investering og drift konkurrerer.

Det vises videre til at pasientenes forventninger øker med medisinske fremskritt og at politikere og helsepersonell opplever det som krevende å stå i begrensede valg, selv om det prioriteres daglig i tjenesten. Utviklingsbildet viser at det ikke er mulig å bemanne seg ut av utfordringene. Personellveksten i helse- og omsorgstjenesten har så langt vært vesentlig høyere enn befolkningsveksten. Bemanningsutviklingen i tjenesten er ikke bærekraftig. Vi må arbeide på andre måter enn i dag ved å ta i bruk ny teknologi, utvikle oppgavedeling i betydelig større grad og organisere tjenestene hensiktsmessig for å bruke tilgjengelige ressurser til det beste for pasienttilbudet.

Utviklingen i behandlingsformer og metoder bidrar til at omfanget av spesialisering av personell øker. Samtidig løfter Helsepersonellkommissjonen frem at pasientenes behov utvikler seg i retning av behov for personell med generalistkompetanse. Årsaken er den økende andelen eldre med sammensatte behov. Generalistene er viktige for at sykehus i distriktene skal kunne opprettholdes, og utgjør dessuten en viktig kanal for samarbeid og samhandling mellom kommunene og helseforetakene.

### 3.5 Oppgavedeling mellom spesialist- og den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Tjenestene må tilpasses den økende andelen eldre pasienter. Samarbeidet med kommunene blir særlig viktig, og strategisk planlegging og gjennomføringsevne i de ulike Helsefelleskapene vil bli avgjørende for å lykkes.

En del av utfordringen er at sykehusene i regionen har et høyt volum av overliggerdøgn tilknyttet utskrivningsklare pasienter fordi kommunene av ulike årsaker har manglende kapasitet. En annen utfordring er at sykehusene i perioder mangler spesialistkompetanse som medfører at henvisninger fra fastleger og kommuneleger vurderes, mens pasientene havner på ventelister som i noen tilfeller fører til brudd på pasientens rettigheter for frist på behandling.

Helsepersonellkommissjonen legger til grunn at helse- og omsorgstjenestene må bygges nedenfra etter LEON- prinsippet<sup>9</sup>. Ved å bemanne tjenestene og bygge oppgaver nedenfra sikrer man kompetanse og utvikling for alle.

En mer aktiv rekruttering og etterspørsel av helsefagarbeidere både i spesialist- og kommunehelsetjeneste, samt videreutdanning og oppgavedeling, kan kompensere for sykepleiemangelen. Personell med generell medisinsk, sykepleiefaglig og annen fagkompetanse er grunnleggende for tjenestetilbudet i både små og store kommuner.

Helsepersonellkommissjonen tar også til ordet for kombinerte stillinger som de omtaler som «Hus- og – hytte modellen» [7]. Slike stillinger kan bidra til å øke fleksibiliteten og kvaliteten i tjenestene hvor ansatte arbeider i flere fagmiljø. Enten innad i eller mellom

---

<sup>9</sup> LEON er et administrativt prinsipp om at undersøkning og behandling av pasienter skal gjennomføres på lavest mulig omsorgsnivå i helsetjenesten. I praksis betyr dette for eksempel at pasienter som kan ivaretas forsvarlig på et lokalsykehus, ikke skal overflyttes til et regionssykehus uten at dette blir grunnlagt faglig.

tjeneste- og forvaltningsnivåer og utdanningssektoren. Spesialistkompetanse kan på denne måten komme til nytte i flere virksomheter.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal sammen sørge for et forsvarlig tilbud til de samme pasientene på ulike omsorgsnivå. Det krever felles innsats og felles situasjonsforståelse.

### 3.6 Utfordringsbildet fra kommuneperspektivet

Mange kommuner står i en bemanningskrise. Det har blitt merkbart vanskeligere for kommunene å rekruttere helsepersonell de siste årene. Særlig er det vanskelig å få fastleger og sykepleiere. Personellbehovet i kommunene vil øke ytterligere, særlig i omsorgstjenestene.

Folkehelseinstituttets analyser [8] viser at befolkningen over 70 år bruker fastlegetjenester mer enn yngre personer og framskriver en vesentlig økning i behovet for fastlegetjenester ettersom eldre har forventet sterk vekst i årene fremover.

Velfungerende kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegeordningen er sentrale forutsetninger for at spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere. En studie utført av NTNU [9] har vist at yngre leger, og leger med mindre erfaring, legger inn flere pasienter enn de eldre og mer rutinerte legene.

En artikkel publisert i 2021 fra det norske miljøet rundt Norsk Kompetansesenter for Legevaktsmedisin (NKLM) [10] viser en betydelig reduksjon i antall akuttinnleggelser og mindre bruk av legevakt for pasienter som hadde hatt kontinuitet i fastlege-relasjonen sin, i tillegg til redusert dødelighet. I 2023 publiserte FHI en rapport som viser hvordan helsetjenestebruken blant innbyggere påvirkes når fastlegen ikke er tilgjengelig og innbyggerne i stedet må oppsøke en vikar. Resultatene viser at et slikt brudd i kontinuitet fører til en nedgang i antall konsultasjoner i fastlegeordningen på 4-17 pst. Det er ingen signifikante endringer i akutte polikliniske kontakter, men en liten reduksjon i akutte døgninnleggelser. Samlet sett er det ingen tegn til at et slikt brudd i kontinuitet påvirker helsen til innbyggerne i negativ retning [11].

Strukturendringer som fjerner akuttfunksjoner, øker behovet for kunnskap og ressurser til håndtering av akutte pasienter prehospitalt – både i form av prehospitale tjenester og legevaktsleger. Legebehovet øker fordi de vil bli involverte i flere akutte pasienter, og bakvaktsleger må være tilgjengelig fordi legene i perioder vil måtte forlate distriktet for å følge pasienter til sykehus.

Slik akuttmedisinforskriften<sup>10</sup> er per dags dato med kompetansebakvaksordning vil det økte behovet for bakvakter legge ytterligere press på fastlegetjenesten, fordi legevakt som regel kommer på toppen av ordinær arbeidstid. Dette kan føre til økt rekrutteringsbehov, særlig for de minst sentrale kommunene dersom avstanden til akutt sykehus øker.

---

<sup>10</sup> <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

En endring i funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord kan med andre ord virke destabiliserende for helsetjenesten i kommunene, med mindre man setter inn kompensierende tiltak. De klimatiske endringene skaper også usikkerhet i distriktskommunene for hvordan været vil påvirke fremkommeligheten.

En bekymring i mange kommuner er ambulanseberedskapen. Når det er langt til sykehus er det viktig med et kompetent transporttilbud for pasientene. Ett av tiltakene vil være å bygge ut de prehospitale tjenestene for å sikre befolkningen tilgang til helsetjenestene og nødvendig trygghet. Dette må være på plass før sykehusene kan endre i sine tilbud og funksjoner.

Det foreligger nasjonale utredninger som vil kunne påvirke rammebetingelsene for kommunene, og samhandlingen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. De offentlige utredningene NOU 2023:8 *Fellesskapets sykehus – Styring, finansiering, samhandling og ledelse*, NOU 2023:4 *Tid for handling*, utredningen fra totalberedskapskommisjonen, helseberedskapsmeldingen og ny nasjonal helse- og sykehusplan vil legge nasjonale føringer for den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten på en rekke områder. Samlet utgjør dette et kunnskapsgrunnlag som legger føringer for det videre arbeidet i omstillingsprosessen i Helse Nord.

NOU 2023:8 *Sykehusutvalget* [12] mener at god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil være avgjørende for mulighetene til å opprettholde og videreutvikle en sterk offentlig finansiert helsetjeneste. Utvalgets vurdering er at det er behov for tiltak som bidrar til å styrke både den strategiske og den faglige samhandlingen, og utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak. Det ligger to premisser til grunn for forslaget; Samhandlingsbudsjettene må legge til rette for varig finansiering av samhandlingstiltak og bidra til at tidsavgrensede prosjekter kan tas inn i ordinær drift. Samhandlingsbudsjettene skal kun utløses som en følge av at kommuner og helseforetak i fellesskap har identifisert områder hvor samhandling vil gi bedre og mer helhetlige pasientforløp og besluttet å allokere ressurser dit.

### 3.7 Utfordringsbildet fra brukerperspektivet

Helsetjenesten er til for pasientene. Pasienter, brukere og pårørende er den viktigste interessenten og bærer den største risikoen for sin helse. De er avhengig av at sykehusene er tilgjengelige og at behandlingen har god kvalitet. Pasientene er oppdragsgiver, for om de ikke har behov for en helsetjeneste, så trengs den ikke. Det er deres helsetjenester og derfor helt vesentlig at brukerrepresentanter er med når beslutninger fattes. Brukermedvirkning er demokrati i praksis.

For brukere, pasienter og pårørende er det aller viktigste at de mottar gode helsetjenester når de trenger det, at de slipper å reise om de ikke må, at de får god informasjon og blir lyttet til. Det er ikke så viktig hvem som gir helsehjelpen, men at tjenestene er av god kvalitet, er helhetlige og henger sammen. I akutte situasjoner er det viktigste å komme så raskt som mulig til behandling hvor kvalifisert personell kan bistå.

Når sykdommen er sammensatt og langvarig er det viktig at ulike tjenester samarbeider bedre slik at pasienter og pårørende kan ha en hverdag hvor sykdommen tar så liten

plass i livet som mulig. Pasientene har behov for å kunne være til stede i hverdagen og opprettholde nærvær i skole og arbeid, med familie og i nærmiljøet. Ungdomsrådene i Helse Nord sier dette om behandling: *«Best er viktigst når noe er alvorlig eller skal skje sjeldent. Nært er viktigst når noe skal skje ofte. Jo oftere behandlingen skal skje, jo viktigere er det at det kan gjøres lokalt eller digitalt<sup>11</sup>.»*

For brukerrepresentantene har det i dette utredningsarbeidet vært viktig å holde fram at det må tilbys likeverdige helsetjenester av god kvalitet som er tilgjengelige for alle pasienter, og det må være mulig å ta imot tjenestene uavhengig av funksjonsnivå, bosted og personlige økonomi. Det er lett å planlegge ut fra det en ser, det som er åpenbart og tydelig. Derfor er det også lett å planlegge helsetjenester for de pasientene som allerede er der. Men det er ikke alle. De pasientene som helsetjenestene ikke ser; de som står på venteliste, de som ikke har et behandlingstilbud og de som ikke klarer å ta imot det som tilbys, de er også pasienter. Brukerrepresentantene er opptatt av at disse pasientene må bli mer synlige for alle deler av helsetjenestene. Pasientnære terskler for tilgang til gode helsetjenester må identifiseres og fjernes, slik at helsevesenet blir tilgjengelig for alle.

For pasienter i nord er de prehospitale tjenestene avgjørende for å kunne få helsehjelp. Lange avstander til sykehus både i kilometer og i tid, betyr at mange bruker mye tid og krefter på å reise til behandling. Utmattende reiser over døgnskiller er særlig belastende, og hindrer nærvær på skole, arbeidsplass og i familien. Reisetilskuddet som gis gjennom Pasientreiseordningen dekker ikke de store kostnadene som er forbundet med å komme seg til sykehus i Nord-Norge, der særlig den svært lave overnattingsgodtgjørelsen på 655 kr pr døgn gjør at flere ikke har råd til å motta behandling. Brukerutvalget i Pasientreiser HF har tilskrevet Helse- og omsorgsdepartementet og uttrykt bekymring for at den lave satsen for overnatting flytter store kostnader over til pasientene. Mange vil ikke ha økonomi til å ta imot behandling. Dermed er de lave refusjonssatsene en driver mot uønsket variasjon og bidrar til å svekke pasientenes rett til likeverdige helsetjenester. Videre er det brukerutvalgets syn at dette også bidrar til at helseforetakenes «sørge-for-ansvar» ikke er tilstrekkelig ivaretatt, når pasientens egen økonomi blir en så sterk faktor for om helsetjenesten kan mottas.

---

<sup>11</sup> <https://www.helse-nord.no/nyheter/var-mening-ma-bety-noe/>

## 4 Dagens situasjon (null alternativet)

Etter Covid19 pandemien har både ventetider og andel fristbrudd økt til et betydelig høyere nivå enn før 2019. Helseforetakene har ikke hatt kapasitet til å ta igjen køen av ventende pasienter. Innen somatikk er det særskilt fagområdene øye, øre-nese-hals og ortopedi (inkludert ryggkirurgi) som har en høy andel fristbrudd, og de utpeker seg også med lang ventetid. Mange pasienter har fått uforholdsmessig lang ventetid og fristbrudd som igjen har medført at Helse Nord nå bruker store ressurser på å kjøpe helsetjenester hos private leverandører for å sikre at pasientene får helsehjelp innenfor forskriftsfestede tidsfrister.

Pakkeforløpene for kreftsykdom gir standardiserte forløpstider for diagnostikk fram til start av behandling. Helse Nord har gjennom flere år hatt lengre forløpstider enn nasjonal standard. Kapasitet for nødvendige diagnostiske prosedyrer og nødvendig operasjonskapasitet anføres som de viktigste årsakene til manglende måloppnåelse, sammen med forlengede forløp i vekslingen mellom ulike helseforetak. Pakkeforløpene konkurrerer til dels om de samme ressursene, både i form av spesialisert kompetanse og tilgang til diagnostiske undersøkelser. Andelen i Helse Nord som når målsettingen for de ulike pakkeforløpene er samlet 57,8 pst. (måltall 70 pst. samlet for alle 26 pakkeforløp (september 2023)).

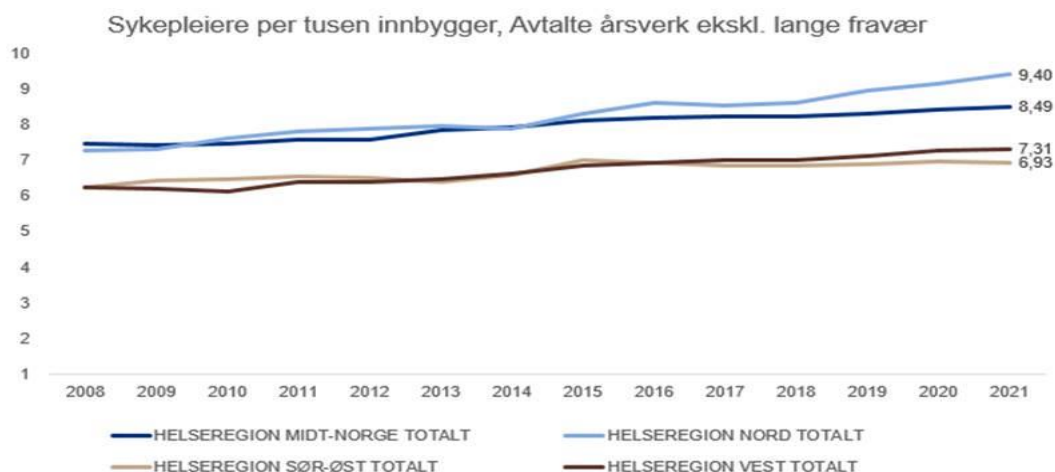
### 4.1 Tilgang til kompetanse i Helse Nord

Både ved lokalsykehus og sykehusene i Bodø og Tromsø har det over tid vært utfordringer med å rekruttere og utdanne tilstrekkelig kompetanse. Det er enheter som klarer å rekruttere til ledige stillinger, men det overordnede bildet i Helse Nord er at tilgangen på helsepersonell er begrenset og kommer til å bli enda knappere fremover. Mangel på personell løses i dag med svært dyre ordninger fra vikarbyrå og ved hjelp av utstrakt bruk av overtid på egne ansatte. Konsekvensen er store overskridelser på kostnadssiden.

Regionens bemanningsutfordringer har økt på tross av at Helse Nord har rekruttert mange helsearbeidere de senere årene. I 2008 var det 10 pst. flere leger og sykepleiere per innbygger enn gjennomsnittet ellers i landet, og i 2021 var det 24 pst. flere<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> [Strategi for personell, utdanning og kompetanse \(PUK\).](#)



Figur 1 Sykepleiere per tusen innbygger, Avtalte årsverk ekskl. lange fravær. Kilde: Strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK).

Den sannsynlige årsaken til at Helse Nord ligger over de andre helseregionene målt i sykepleiere og leger per 1000 innbygger er at en av politiske, geografiske og historiske årsaker har flest sykehus, vaktordninger, distriktpspsykiatriske sentra og andre tilbud per innbygger. Regionen bruker mye personell i ulike tjenester med døgnekontinuerlig drift, men med få pasienter.

Dagens struktur krever, som vist over, et høyt antall helsearbeidere. Til tross for strategisk arbeid med rekruttering over lang tid i foretaksgruppen anses mulighetene for å rekruttere tilstrekkelig antall helsearbeidere for å fylle alle dagens funksjoner på alle lokalisasjoner i fremtiden som liten.

#### Manglende effekt av omstilling over tid

Ulike omstillingstiltak er iverksatt av helseforetakene de senere år. Oppgavedeling og ny teknologi har hittil ikke gitt tilstrekkelig effekt på bemanningssituasjonen. Arbeidet med omstillingstiltak i helseforetakene er fortsatt nødvendig og foregår parallelt med utredning av mulige endringer i funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. I 2023 per september har foretakene rapportert om en effekt av omstillingstiltak på 236 millioner av totalt 904 millioner, som tilsvarer 26 pst. måloppnåelse.

#### Utfordringer med utdanning

Det er en bekymring at de fleste helsefagene har nådd en grense for hvor mange man klarer å utdanne i nord. Kapasiteten på medisinstudiet er økt med 56 pst. sammenlignet med 2019. Antallet LIS1-stillinger er økt med 32 pst. og antallet utdanningsstillinger for spesialsykepleiere (ABIOK og jordmor) med 64 pst.

Relativt lavt pasientgrunnlag og tilsvarende få spesialister begrenser foretakenes kapasitet til å utdanne enda flere. Søkergrunnlaget er også en viktig begrensende faktor i flere av utdanningene. Det klareste eksempelet er sykepleierutdanningene hvor om lag 250 av studieplassene i regionen står tomme høsten 2023.

#### Mangelen på fagfolk

Tabell 4 viser den samlede mangelen på personell innenfor somatikk per september 2023, mens tabell 5 og 6 utdyper mangelen på leger og sykepleiere. Det har i snitt så



langt i år manglet 517 månedsværk på fast lønn, og det er gjennomsnittlig leid inn 199 månedsværk.

Tabell 4 Somatikk – budsjetterte faste stillinger sammenlignet gjennomsnittlig månedsværk faste- og midlertidig ansatte, mangel og estimert innleie. Januar – september 2023. Kilde: Vedlegg 9

Org	Bud.faste	Fastlønn fast	Fastlønn mid.	Mangel	Est. Innleie
<i>FIN HF</i>					
Alta	97,1	79,0	9,1	9,0	2,9
Hammerfest	532,3	441,9	34,9	55,5	23,4
Kirkenes	465,1	384,4	23,7	56,9	8,3
Sámi klinihkka	29,1	21,5	0,8	6,8	0,6
Delsum:	1 123,6	926,8	68,5	128,3	35,1
<i>UNN HF</i>					
Harstad	557,3	482,3	53,2	21,7	3,3
Narvik	339,5	295,8	26,6	17,0	5,5
Svalbard	23,5	16,7	4,3	2,5	0,5
Tromsø	3 214,5	2 760,7	301,3	152,4	64,3
Utenfor UNNs område	16,8	12,0	1,0	3,8	0,0
Delsum:	4 151,6	3 567,4	386,4	197,6	73,6
<i>NLSH HF</i>					
Bodø	1 574,3	1 347,0	152,1	75,1	31,1
Lofoten	214,5	179,6	14,9	20,0	13,6
Vesterålen	287,8	240,7	23,1	23,9	16,2
Delsum:	2 076,6	1 767,3	190,1	119,2	60,9
<i>HSYK HF</i>					
Brønnøysund	61,4	50,7	4,9	5,8	0,0
Mo i Rana	417,3	332,9	68,5	15,9	12,5
Mosjøen	227,5	190,3	25,1	12,1	4,6
Sandnessjøen	369,2	287,8	43,1	38,3	12,1
Delsum:	1 075,4	861,6	141,6	72,1	29,2
<b>Total</b>	<b>8 427,2</b>	<b>7 123,2</b>	<b>786,6</b>	<b>517,2</b>	<b>198,8</b>

Forklaring av variablene: Bud.faste - budsjetterte faste stillinger per år. Fastlønn fast - Gjennomsnittlig antall månedsværk for fast ansatte med fast lønn eksklusiv refusjonsberettiget fravær. Fastlønn mid.- Gjennomsnittlig antall månedsværk for midlertidig ansatte med fast lønn eksklusiv refusjonsberettiget fravær. Mangel – gjennomsnittlig mangel på fastlønn (A - B - C). Est. Innleie - Gjennomsnittlig antall månedsværk for innleie. Utenfor UNNs område angir enheter som har kommunetilhørighet utenfor UNNs opptaksområde. Dette inkluderer blant annet regionale forvaltningsenheter. Somatikk er her definert etter alle enheter som er gruppert til følgende funksjoner; Somatiske tjenester, somatisk habilitering og rehabilitering, ambulanse, radiologiske tjenester, laboratorietjenester

### Mangel på leger

Det er mangel på overleger innen de indremedisinske fagene ved flere av akuttsykehusene. Noe dekkes opp av ambulering fra de større sykehusene, noen har delstillinger (pendlerturnus) med arbeidssted flere steder, men det brukes også innleie fra vikarbyrå for å sikre et forsvarlig tilbud. Indremedisinere på lokalsykehus håndterer den store majoriteten av pasienter som blir innlagt, men det er også helt nødvendig at lokalsykehusene har tilgang på mer spisset kompetanse innenfor de indremedisinske fagene, som f.eks. hjertemedisin og nyremedisin.

I dag er det et betydelig antall LIS2/3 stillinger i indremedisin som er ledige og alle våre sykehus rapporterer om rekrutteringsproblemer. Dette fører til økt arbeidsbelastning for de gjenværende legene. Mangel på LIS2/3 stillinger fører også til økt arbeidsbelastning på overlegene som igjen skaper rekrutteringsutfordringer i overlegesjiktet.

Den samme utviklingen ses også innen kirurgiske fag med manglende overlegestillinger både innen bløtdelskirurgi og ortopedi, og manglende rekruttering for LIS2/3.

Akuttavdelingene har generell mangel på anestesileger, og ved flere sykehus dekker disse prehospitale vaktlinjer på fly og helikopter. Her er særskilt UNN hardt belastet med to ambulanshelikopter i Tromsø og Harstad (dekkes opp i samarbeid med Nordlandssykehuset), ett redningshelikopter i Tromsø og Sysselmesterens helikopter på Svalbard. I tillegg dekker legene en vaktlinje på ambulansflyene. Nordlandssykehuset dekker i tillegg vaktlinjer både på redningshelikopteret, og på ambulansflyet i Bodø. Helgelandssykehuset dekker vaktlinjer for ambulanshelikopteret i Brønnøysund. I Finnmark dekker legene vaktlinjer for ambulanshelikopteret i Kirkenes, redningshelikopteret på Banak, og ambulansflyet i Kirkenes.

Ved fravær vil alltid prehospitale ressurser få prioritet for å dekke beredskap, og dette treffer driften i sykehusene som i noen tilfeller medfører strykning av planlagte operasjoner.

Manglende stillinger medfører økt belastning på ansatte, både i form av hyppige ekstravakter, færre leger til stede på dagtid, overtid for å fullføre dagtidsarbeid, mindre tid til prosedyrer osv. Mangel på overlegestillinger påvirker supervisjon og veiledning av LIS2/3, og mangel på LIS2/3-stillinger påvirker supervisjon og veiledning av LIS1. Over tid blir en slik situasjon både destabiliserende og antirekrutterende.

På lokalsykehus med enespesialister i enkelte fag, vil også planlagt fravær som kurs, ferie, overlegepermisjon og avspaseringsuker kunne føre til at utredning/vurdering av innlagte pasienter forsinkes i påvente av rett kompetanse til å utføre f.eks. prosedyrer eller at pasienten må overflyttes til annet sykehus pga. fravær. Det samme gjelder for polikliniske konsultasjoner. Ved mangel på rett kompetanse øker ventelistene, både for nyhenviste og pasienter som venter på kontroll.

Innen gynekologi og fødselshjelp er det generelt mangel på gynekologer. Stillingene dekkes i stor grad av spesialister fra bemanningsbyrå eller ambulerende deltidsstillinger.

I tabell 5 vises oversikt over mangel på faste månedsverk for leger som erstattes med innleie fra firma og bruk av overtid på egne ansatte.

Tabell 5 Somatikk leger – budsjetterte faste stillinger sammenlignet gjennomsnittlig månedsverk faste- og midlertidig ansatte, mangel og estimert innleie. Januar – september 2023. Kilde: Vedlegg 9

Org	Bud.faste	Fastlønn fast	Fastlønn mid.	Mangel	Est. Innleie	Overtid
<i>FIN HF</i>						
Alta	6,2	5,9	1,0	-0,7 (-11,6 %)	0,6	0,3
Hammerfest	72,9	55,7	13,0	4,3 (5,9 %)	12,0	4,0
Kirkenes	60,2	53,0	1,4	5,8 (9,6 %)	5,1	3,0
Sámi klinihkka	4,2	1,0	0,6	2,6 (62,7 %)	0,6	0,0
Delsum:	143,5	115,6	15,9	12 (8,4 %)	18,3	7,3
<i>UNN HF</i>						
Harstad	74,4	61,6	13,9	-1,1 (-1,5 %)	1,0	2,8
Narvik	42,3	29,7	3,9	8,7 (20,6 %)	3,9	1,6
Svalbard	4,5	2,4	0,2	2 (44,3 %)	0,5	0,1
Tromsø	591,0	456,9	102,5	31,6 (5,3 %)	10,6	24,4
Delsum:	712,3	550,6	120,5	41,2 (5,8 %)	16,0	28,8
<i>NLSH HF</i>						
Bodø	296,5	231,2	49,8	15,4 (5,2 %)	9,0	11,7
Lofoten	21,4	13,2	0,1	8 (37,5 %)	10,7	0,3
Vesterålen	31,4	25,7	1,0	4,7 (14,9 %)	10,0	1,4
Delsum:	349,3	270,2	50,9	28,1 (8,1 %)	29,7	13,4
<i>HSYK HF</i>						
Brønnøysund	4,7	4,4	0,2	0 (0,8 %)	0,0	0,0
Mo i Rana	56,0	35,9	11,3	8,8 (15,7 %)	9,4	3,6
Mosjøen	27,6	16,5	8,5	2,6 (9,5 %)	4,3	1,3
Sandnessjøen	53,1	34,9	5,8	12,4 (23,3 %)	6,5	2,9
Delsum:	141,3	91,7	25,8	23,8 (16,9 %)	20,2	7,8
<b>Total</b>	<b>1346,4</b>	<b>1028,1</b>	<b>213,1</b>	<b>105,1 (7,8 %)</b>	<b>84,1</b>	<b>57,4</b>

### Mangel på sykepleiere

Akuttavdelingene har generell mangel på spesialsykepleiere innen intensiv, anestesi og operasjon. Noe er forsøkt løst med oppgavedeling og kompetanseheving på vanlige sykepleiere, men resultatet blir ofte innleie fra byrå for å sikre tilstrekkelig kompetanse. Noe som utfordrer kapasiteten også her er de mange prehospitale vaktlinjene. Flysykepleierne i UNN dekker to vaktlinjer, og flysykepleierne i Nordlandssykehuset dekker en vaktlinje, flysykepleierne i Helgelandssykehuset dekker en vaktlinje, og flysykepleierne i Finnmarkssykehuset dekker vakter på ett fly i Kirkenes og to fly i Alta.

Det er også utfordringer med å beholde og rekruttere sykepleier ved de vanlige sengepostene ved de fleste sykehus. Flere fødeinstitusjoner beskriver mangel på jordmødre og jordmødre med videreutdanning i ultralyd. Unntak er DMS-ene i Troms og sykehuset i Lofoten.

Tabell 6 viser mangelen på faste månedsverk for sykepleiere i helseforetakene som erstattes med innleie fra firma og bruk av overtid på egne ansatte.

Tabell 6 Somatikk sykepleiere – budsjetterte faste stillinger sammenlignet gjennomsnittlig månedsverk faste- og midlertidig ansatte, mangel og estimert innleie. Januar – september 2023. Kilde: Vedlegg 9.

Org	Bud.faste	Fastlønn fast	Fastlønn mid.	Mangel	Est. Innleie	Overtid
<i>FIN HF</i>						
Alta	41,6	31,8	5,4	4,4 (10,6 %)	2,8	1,9
Hammerfest	195,9	165,5	8,6	21,8 (11,1 %)	14,7	10,9
Kirkenes	160,9	126,9	4,8	29,2 (18,1 %)	10,2	3,0
Sámi klinihkka	3,5	4,2	0,0	-0,7 (-19,5 %)	0,2	0,0
Delsum:	401,9	328,4	18,7	54,7 (13,6 %)	27,9	15,8
<i>UNN HF</i>						
Harstad	263,0	228,4	19,4	15,2 (5,8 %)	10,6	2,3
Narvik	138,7	126,3	14,2	-1,8 (-1,3 %)	6,3	1,6
Svalbard	11,0	8,3	1,4	1,3 (11,7 %)	0,6	0,0
Tromsø	1106,6	965,0	82,0	59,6 (5,4 %)	57,9	53,4
Delsum:	1519,3	1328,1	117,0	74,3 (4,9 %)	75,3	57,4
<i>NLSH HF</i>						
Bodø	599,9	510,3	55,9	33,6 (5,6 %)	26,6	22,1
Lofoten	94,6	77,2	7,0	10,4 (11 %)	8,3	2,7
Vesterålen	138,1	105,3	7,5	25,3 (18,3 %)	10,9	6,2
Delsum:	832,6	692,8	70,5	69,3 (8,3 %)	45,8	31,1
<i>HSYK HF</i>						
Brønnøysund	23,9	18,5	1,3	4,1 (17 %)	0,8	0,0
Mo i Rana	181,1	145,1	27,3	8,7 (4,8 %)	13,2	2,4
Mosjøen	84,7	72,0	4,8	7,9 (9,3 %)	4,3	0,3
Sandnessjøen	145,2	114,0	7,6	23,7 (16,3 %)	12,1	5,6
Delsum:	434,9	349,6	41,0	44,4 (10,2 %)	30,3	8,4
<b>Total</b>	<b>3188,7</b>	<b>2698,9</b>	<b>247,1</b>	<b>242,7 (7,6 %)</b>	<b>179,4</b>	<b>112,6</b>

### Mangel på annet personell

Personell som arbeider ved AMK-sentralene har en spisskompetanse som er krevende å erstatte. Flere av helseforetakene rapporterer at det er svak rekruttering, og bruke av overtid blir løsningen for å opprettholde forsvarlig drift.

Ambulansepersonell er vanskeligere å rekruttere til de minste stasjonene, og et lavt antall oppdrag gjør det krevende å holde seg faglig oppdatert. I Vest-Lofoten har man løst dette ved å rullere ambulansearbeiderne mellom Gravdal og Moskenes.

For øvrig er det ledige stillinger i flere sykehus for medisinsk teknisk personell, audiografer og bioingeniører.

#### 4.1.1 Foretakenes egen beskrivelse av bemannings situasjon

Det ble på forespørsel fra Helse Nord RHF bedt om en redegjørelse fra helseforetakene med en vurdering av situasjonen når det gjelder bemanningen, samt muligheten for stabilisering og rekruttering framover. I tillegg en beskrivelse av spesielt sårbare områder og betydningen dette har for den kliniske driften. I teksten under oppsummeres deler av foretakenes innspill. De legges ved rapporten i sin helhet (vedlegg 3-6).

#### 4.1.2 Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset HF har i likhet med andre foretak både nasjonalt og regionalt økende utfordringer med å få besatt alle budsjetterte stillinger innenfor alle fagområder og lokasjoner.

Bemannings situasjonen er varierende fra enhet til enhet og kan endre seg raskt. Generelt sett har Finnmarkssykehuset relativt små fagmiljøer, få spesialister og annet kvalifisert personell ved hvert fagområde. Dette medfører at det er sårbart å kunne sikre god stabilitet til enhver tid.

Små endringer i personalsituasjonen eller utforutsette hendelser kan derfor gi relativt store utslag i behandlingsskapitet, kvalitet i pasientoppfølging og fristbrudd. Manglende bemanning innebærer vakanser, høyere press på faste ansatte, et relativt høyt forbruk av overtid og innleid arbeidskraft noe som medfører økte kostnader.

Det er generelt en positiv utvikling i forhold til overlegedekning i Finnmarkssykehuset. Februar 2022 var det vakanser på 29 pst. Pr. juni 2023 var vakansen redusert til 15 pst.

Finnmarkssykehuset har 15 utdanningsstillinger for spesialsykepleiere (ABIOKJ).

Det mangler indremedisinske LIS2/3 i Hammerfest og Kirkenes. Besatte LIS2/3 stillinger er vesentlig for beredskap, utredninger, behandling og oppfølging av pasienter. Stillingene utgjør base for videre tilgang på spesialister i sykehusene. For eksempel medfører mangel på medisinske LIS- leger at overleger i større grad benyttes på sengeposter, noe som igjen kan være hemmende for poliklinisk drift. Det er utfordrende å kunne opprettholde kontinuitet og oppfølging i pasientbehandlingen både i sengeenhet og akuttmottak. Det er økt belastning på faste ansatte med tanke på ansvar og færre å dele på i vaksjikt. Reduserte muligheter for kompetanseheving, og veiledning/oppfølging av studenter og LIS1.

Det er stor mangel på intensivsykepleiere både i Kirkenes og Hammerfest. Det er utfordrende med bruk av vikarer og høy belastning på fast ansatte. Intensivsykepleiere er kritiske brikker i sykehusene i forhold til akuttsituasjoner, avansert medisinsk behandling, alarmer, overvåkinger og operasjonsdrift. Redusert fast bemanning kan resultere i utfordringer i forhold til veiledning av studenter og kompetanseheving.

Det er mangel på jordmødre i Hammerfest, for tiden er stillingene besatt i Kirkenes og Alta. Det har vært få søkere til ledige jordmor stillinger det siste året. Dette innebærer sårbarhet med hensyn til å ivareta akuttberedskap for fødende og helhetlig god fødebarsel omsorg. Det er utfordrende med bruk av vikarer og høy belastning på fast ansatte.

Redusert fast bemanning kan resultere i utfordringer i forhold til veiledning av studenter og kompetanseheving.

Dagens situasjon og framskrivninger gir imidlertid et bilde på at risikoen er stor for at Finnmarkssykehuset også fremover kommer til å mangle personell innenfor flere områder.

#### Kirkenes Sykehus

Det er utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere til intensiv og operasjon. Når det gjelder ordinære sykepleiere ved sengeenheter, poliklinikk og intensiv med akuttmottak post operasjon og DKI er det en nedgang av søkere til ledige stillinger. Når stillinger blir ledig, er det størst utfordring å rekruttere LIS2/3 innenfor medisin og kirurgi. Det kan være utfordrende å rekruttere enespesialister innenfor enkelte fagområder.

#### Hammerfest Sykehus

Det er utfordrende å rekruttere innenfor flere av områdene av spesialsykepleiere. Dette gjelder særlig for intensivsykepleiere, barnesykepleiere og jordmødre. Når det gjelder ordinære sykepleiere ved sengeenheter er det en nedgang av søkere ved ledige stillinger. Ved medisinsk sengeenhet er det særlig utfordrende med vakante stillinger, noe som medfører stor belastning på personell og bruk av innleie. For medisinske leger er det utfordrende med mange vakanser for LIS2/3. Det kan være utfordrende å rekruttere enespesialister innenfor enkelte fagområder.

#### Klinikk Alta

Nå er det størst utfordring med å få ansatt operasjonssykepleier og spesialister. For tiden en det en vakant stilling som ØNH lege. Når det gjelder ordinære sykepleierstillinger er det fremdeles tilgang på søkere ved utlysninger, men det har vært en jevnlig reduksjon de siste årene. Ved oppstart sengeenhet var det utfordringer med å få besatt stilling for indremedisiner noe som er løst ved at allmennleger ruller fast i stillingen.

#### Sámi Klinihkka

Det er utfordrende å få tak i spesialister og ansatte med «dobbelkompetanse» i form av fagkompetanse og kjennskap til samisk språk og kultur. Bemanningen er relativt godt dekket og det driftes stort sett uten bruk av innleie.

Det er vakant stilling for indremedisiner hvor det har vært utlysninger uten søkere. Overlegestilling i geriatri er vakant.

#### Klinikk prehospitale tjenester

Bil-ambulansen har stort sett autoriserte ambulansesarbeidere i alle stillinger, og det rekrutteres godt fra ambulansesfag og lærlinger i tjenesten. Utfordringsbildet i dag og fremover er tilgang på vikarer. Ny akuttforskrift med krav om C1 biler og vakt på vaktrom kan skape fremtidige bemanningsutfordringer. AMK har i dag flere stillingsvakanser som er svært utfordrende å få besatt, og dette problemet har økt i styrke over flere år. Slik bemanningssituasjon er i dag, er dette ikke bærekraftig over tid og situasjon anses som krevende.

### 4.1.3 Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) HF

#### UNN Tromsø

Generelt har UNN Tromsø mange små, høyspesialiserte fagmiljø, der mange 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 mange fagmiljø, ikke minst innenfor diagnostikk (radiologi, patologi, PET mm) og kreftbehandling.

Med unntak av radiologi har UNN HF rimelig god rekruttering av overleger og stort sett alle overlegestillinger besatt. Det sees økende utfordringer med å rekruttere LIS 2/3 i enkelte fag, særlig fag med høy vaktbelastning, men i de fleste fag er likevel stort sett alle stillinger besatt. Generelt må UNN utdanne alle spesialister selv, det rekrutteres i liten grad utenfra.

Det er til enhver tid noen sengeposter som har betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere. Aktuelle eksempler nå er ortopedi og lungemedisin, men dette varierer over år. Mange enheter har bra rekruttering på sykepleiere.

Spesialsykepleiere til intensiv, operasjon og anestesi er det betydelige utfordringer med å rekruttere. Vikarbyråene klarer ikke levere de vikarene som etterspørres til disse fagområdene. Det er 34 ubesatte stillinger for intensivsykepleiere, anestesisykepleiere og operasjonssykepleiere ved UNN Tromsø som har medført lengre perioder med redusert operasjonskapasitet, mange strykninger, lav måloppnåelse for kreftpakkeforløp og bruk av elektiv operasjonskapasitet til øyeblikkelig hjelp.

Radiologi er en kjent, meget stor utfordring. Det er krevende å rekruttere og stabilisere LIS, og ikke mulig å rekruttere ferdige spesialister utenfra. Her er det et stort og økende behov for spesialister. Mangel på leger medfører krevende arbeidsforhold og krevende arbeidsmiljø, og førere til at det er meget utfordrende å opprettholde tilstrekkelig kapasitet.

Det er tidvis problemer med rekruttering av LIS innen pediatri og det er ikke mulig å rekruttere ferdige spesialister.

Kreftavdelingen har vesentlige rekrutteringsutfordringer, for kreftsykepleiere og mangler per tiden 1/3 del av stillingene. Ledige stillinger fylles opp med sykepleiere uten spesialutdanning, medisinstudenter, sykepleiestudenter og helsefagarbeidere. Innleie er nødvendig for å opprettholde kompetanse til å administrere og følge opp cellegiftbehandling. Kreftavdelingen 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 og mangel på spesialisert kompetanse som ultralydjordmødre. Inkludering av jordmor utdanningen i ordningen med utdanningsstillinger ser ut til å bedre rekrutteringen på sikt i Tromsø. Det er tilfredsstillende rekruttering av leger til fagområdet.

Det er økende utfordringer med å rekruttere nok bioingeniører, selv om mangelen ikke er kritisk for driften nå. Audiografer er også en viktig yrkesgruppe det er svært

krevende å rekruttere til, noe som er medvirkende til svært lange ventelister og mange fristbrudd innen ØNH-faget. Både øyeleger og ØNH-leger er krevende å rekruttere, og det er et stort behov for økt bemanning som følge av økende antall eldre.

Ved DMS-ene er jordmorstillingene dekket. Ved DMS-et på Finnsnes er det noe mangel på sykepleiere og krevende å sikre god legebemanning til rehabilitering.

#### UNN Harstad

Medisinsk avdeling ved UNN Harstad har hatt ledige overlegestillinger over tid og stor mangel på sykepleiere med behov for personell fra innleiebyrå siste året. Det har den siste tiden bedret seg betydelig. Kirurgisk avdeling og Anestesi- og operasjonsavdelingen har stort sett tilfredsstillende rekruttering og stabil bemanning. Tilgang på spesialsykepleiere innen intensiv, anestesi og operasjon har i perioder vært utfordrende, men fra årsskiftet 2023-2024 er alle stillinger besatte.

Det er krevende å rekruttere til stillinger i ØNH, inkludert audiografer, og til øyeavdelingen. Andre enheter har i tillegg utfordringer med å rekruttere sykepleiere. Innen gynekologi og fødselshjelp er det vanskelig å rekruttere fastboende gynekologer. Det er ingen ledige jordmorstillinger, men avdelingen er sårbar mht. sykefravær og vaktberedskap.

#### UNN Narvik

Medisinsk avdeling har flere ledige overlegestillinger over tid med behov for innleie fra vikarbyrå og periodevis vanskelig å rekruttere LIS2/3 leger. Bra rekruttering av sykepleiere.

Kirurgisk avdeling har alle stillinger besatte. Pga. svært små fagmiljø (to urologer, fire generellkirurger, en plastikk-kirurg), så er de driftsmessig svært sårbare ved fravær. Ved seksjon for fødselshjelp og kvinnesykdommer er det krevende å rekruttere gynekologer. Fire av fem stillinger er besatt. Bra rekruttering av jordmødre. Det er ledig brøkstilling for ØNH-lege, og rekrutteringsutfordringer for audiografer. Alle anestesilegestillinger er besatt, men i perioder avhengig av vikarer.

Fordøyelsesfaget er spesielt utfordrende da det er få spesialister innen dette faget og økende behov (blant annet kreftscreening).

### 4.1.4 Nordlandssykehuset

#### Bodø

I Bodø er det stabil bemanning på ortopedisk sengepost, men det er en kritisk bemanningsutfordring på de to kirurgiske sengepostene. Det mangler ca. 17 sykepleiere og innleie fra firma har vært nødvendig for å opprettholde drift.

Rekruttering og stabilisering i akuttmottak, overvåkning og dagkirurgi på sykepleiersiden er per tiden god. Det har vært bemanningsutfordringer knyttet til intensivsykepleiere, men nå er de fleste budsjetterte stillinger besatt.

Grunnbemanningen er marginal ved flere enn fire intensivpasienter, og er ikke tilstrekkelig for å ta høyde for ferie og sykefravær.

Alle stillinger for operasjonssykepleiere, anestesisykepleiere er besatt, men det er marginal bemanning som ikke tar høyde for fravær. Alle anestesilegestillinger er besatt,



men vurderes styrket fordi flere skal dekke vaktlinjer prehospitalt. Alle ortopediske overlegestillinger og LIS er besatt, og vil økes med to stillinger grunnet betydelige restanser og fristbrudd. Tilsvarende gjelder for kirurgiske leger hvor alle stillinger er besatt. Det er elleve budsjetterte gynekologstillinger og alle er besatt.

### Lofoten

Sykepleiebemanningen ved kirurgisk sengepost i Lofoten er stabil. Bemanningen er marginal og planlegges økt i 2024. Ved medisinsk avdeling har tilgangen på sykepleiere blitt dårligere, men tilgangen til helsefagarbeidere er fortsatt god. Det er tre faste medisinske overleger. Rekrutteringen er utfordrende.

Lofoten har bemanningsutfordringer ved akuttmottak, overvåkning og dagkirurgi på sykepleiersiden, men mangelen skyldes ulike permisjoner. Budsjetterte stillinger har vært marginal, slik at forutsetning for stabil bemanning har vært utfordrende ved fravær av ulike årsaker. Det har medført noe innleie fra byrå, og det er utlyst nye stillinger for å øke robustheten. Alle stillinger for operasjons- og anestesisykepleiere er besatt.

Lofoten har ikke fullgod dekning av jordmødre, og benytter vikarer for å dekke alle vaktene. Det er fire sykepleiere under utdanning, hvorav to av dem er ferdige sommeren 2024, og to av dem er ferdige sommeren 2025. Robust egendekning av jordmødre forutsettes å være på plass innen to år.

Anestesilegedekningen er svært sårbar, og innleie benyttes for å opprettholde driften.

Det er to ortopedstillinger, og to kirurgiske legestillinger som er besatt og fordelt på tre overleger. Bemanningen er marginal og planlegges økt. Driften løses per nå av faste vikarer og innleie. I tillegg er det 0,25 pst urolog som dekkes av fast vikar.

En av to budsjetterte gynekologstillinger er besatt. Øvrig bemanning dekkes av faste vikarer eller innleie.

### Vesterålen

I Vesterålen har det vært utfordringer med å opprettholde akuttkirurgisk beredskap over tid, og driften løses ved hjelp av innleie. Anestesilegedekningen er også her svært sårbar, og dekkes med innleie. Alle stillinger for anesthesi- og operasjonssykepleiere er besatt. Vesterålen har også alle sine jordmorstillinger besatt.

Medisinsk avdeling har hatt god rekruttering av sykepleiere og helsefagarbeidere til sengeposten i 2023. Det er seks ansatte i overlegestillinger, hvorav en 60 pst. stilling. De faste overlegene har spesialiteter innen indremedisin, akutt og mottaksmedisin, lunge og kardiologi. Det mangler for tiden to av syv LIS2/3 stillinger.

Kirurgiske leger har 2,6 av fire er besatt, hvorav den ene skal ut i planlagt permisjon fra høsten 2023. I tillegg er det en overlegestilling som ivaretar palliativt team som ikke går i vakt.

Det er fire budsjetterte ortopedstillinger, men en stilling er planlagt ubesatt fordi sykepleiemangel har medført reduksjon i operasjon/ sengepostkapasiteten.

Ved kirurgisk klinikk er det fire ortopeder. En stilling har ikke vært utlyst pga. lavdrift på sengepost. 2,6 av fire kirurgstillinger er besatt. Av fire budsjetterte gynekologstillinger er to av disse besatt. Øvrig bemanning dekkes av faste vikarer eller innleie.

#### 4.1.5 Helgelandssykehuset

##### Mosjøen

Mosjøen står i interimfase med hensyn til strukturvedtak som gjelder flytting av akutt og heldøgns aktivitet fra Mosjøen til Sandnessjøen den 1. september 2024.

Medisinsk avdeling Mosjøen har mangler og fravær i både legestillinger og sykepleierstillinger. Det er generelt en utfordring å få tak i LIS 2/3 stillinger. Poliklinikkene har god sykepleierdekning.

Akuttmedisinsk avdeling Mosjøen er organisert med enhetene intensiv/akuttmottak, operasjon, anestesi og anestesileger. Det er per i dag få ledige stillinger, men erfaringsvis er det utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere og anestesileger.

Kirurgisk avdeling Mosjøen er organisert med enhetene kirurgiske leger, kirurgisk fem-dagers post, dagkirurgi, kirurgisk poliklinikk, hud og øye. Det mangler to LIS 2 stillinger i Mosjøen, men på grunn av vedtak om nedleggelse av døgn- og akutfunksjoner har man ikke ansatt nye leger ettersom man ikke kan garantere for fullføring av utdanningsløp. Avdelingen rekrutterer godt til sykepleierstillinger og alle stillinger er besatt. Dette gjelder også spesialsykepleiere innen fagområdene hud og øye, hvor en har videreutdannet egne sykepleiere.

Det er faste spesialister innenfor fagområdene hud og øye, men det er små sårbare miljø. Enhetene har tilknyttet seg faste vikarer.

##### Helgelandssykehuset Sandnessjøen

Medisinsk klinikk mangler flere stillinger i flere enheter, spesielt sykepleiere på sengeposter. Noen stillinger dekkes med helsefagarbeidere, men det er også et betydelig bruk av innleie. LIS2/3 er spesielt utfordrende.

Overtid, innleie og merarbeid knyttes til beredskap, men også i stor grad til venteliste og elektiv aktivitet. En utfordrende LIS2/3 situasjon har ført til at avdelingens egne overleger har gått vakante LIS2-vakter.

Akuttmedisinsk avdeling er organisert med enhetene intensiv, akuttmottak, operasjon, anestesi og anestesileger. Det er store utfordringer med mangel på intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og anestesileger. Det er spesielt utfordrende å rekruttere ferdig utdannende legespesialister og spesialsykepleiere. Intensivenheten har grunnet knapphet på intensivsykepleiere drevet oppgaveglidning fra intensivsykepleiere til sykepleiere gjennom flere år. Slik situasjonen er nå er det ikke mulig å utøve mer oppgaveglidning fra intensivsykepleiere til sykepleiere. Dette gjør at en ved rekruttering og utlysning av stillinger nå kun søker etter kompetanse som intensivsykepleier eller anestesisykepleier.

Kirurgisk avdeling er organisert med enhetene kirurgiske leger, inkludert ØNH- og gynekologiske leger, kirurgisk sengepost, dagkirurgi, kirurgisk poliklinikk inkludert

gynekologi, ØNH poliklinikk og kvinne- fødepost. I tillegg har avdelingen ansvar for fødestuen i Brønnøysund.

Det har over tid vært utfordrende å rekruttere LIS 2/3 i kirurgi, men noen nye ansatte vil begynne rundt nyttår 2023-2024. Rekruttering av gynekologer har også vært vanskelig over lang tid. Det er sårbart i forhold til at det er kun en fastboende gynekolog i vakt på Helgeland, i Sandnessjøen. De øvrige fast ansatte jobber komprimert og har friperioder på hjemstedet.

Det har over tid vært utfordrende å dekke alle jordmorstillinger. Sykehuset utdanner egne gjennom ABIOKJ utdanningsstillinger, men det har ikke vært tilstrekkelig. Det er flere spesialsykepleiere under utdanning, og en vil sannsynligvis i løpet av 2024 ha de fleste stillinger dekket.

#### Helgelandssykehuset Mo i Rana

Medisinsk klinikk rapporterer å ha god tilgang på helsepersonell og dermed god rekrutteringsevne med unntak av LIS2/3. I perioder har mangel på LIS2/3 påvirket driften i avdelingen betydelig. Det er leid inn overleger for å dekke manglende LIS2/3 vakter i vaktlinjen. Mangelen på LIS2/3 har også ført til at fast ansatte overleger har blitt omprioritert fra poliklinikk til for eksempel sengepost. Dette har igjen ført til en forverring av utfordringene på ventelistene.

I akuttmedisinsk klinikk er det per tid god dekning innenfor alle fagområder og det mangler ingen stillinger med unntak av anestesileger. Det mangler to overlegestillinger hvorav en er dekket opp av LIS som er konstituert i overlegestilling. Intensivheten har en dekningsgrad på 85 pst. på intensivsykepleiere. Enheten opplever generelt god rekruttering til stillinger og videreutdanninger. For tiden er det fem kandidater i videreutdanning innenfor intensiv, anestesi og operasjon.

Det har over tid vært utfordrende å rekruttere LIS 2/3 i kirurgi. Rekruttering av LIS i ortopedi har også vært krevende over tid, og ingen av de seks LIS stillinger har vært besatt siden starten av 2023. For å tilpasse seg situasjonen er en LIS-stilling omgjort til overlegestilling, og to LIS 3 stillinger er omgjort til fysioterapeuter.

Rekruttering av gynekologer har vært vanskelig over lang tid. Det er nylig ansatt to nye gynekologer i til sammen 1,2 årsverk i Mo i Rana, men situasjonen er fortsatt sårbar.

#### 4.1.6 Spesialisering

I 2019 ble det etablert en ny spesialiststruktur i Norge. Indremedisin er nå fordelt på ti spesialiteter (hjerne, lunge, nyre, fordøyelse, geriatri, hormon, blod, infeksjon, akutt og mottaksmedisin og indremedisin).

Kombinasjonen av behovet for generalistkompetanse og spisskompetanse innen indremedisin er utfordrende. Det er behov for begge deler både ved regionsykehus, store akuttisykehus og akuttisykehus for å gi pasientene det beste tilbudet. Spesielt er det behov for generalistkompetanse i vakt, mens på f.eks. poliklinikk/dagbehandling er det behov for spisskompetanse. Det er tilfeldig hvilken sammensetning de minste

sykehusene lykkes med å rekruttere, og ofte er det enespesialister innenfor de ti hovedspesialitetene som utgjør vaktlinjen.

Antall LIS2/3 stillinger har stort sett vært uendret før og etter den nye spesialistreformen i 2019. Dette til tross for at LIS 2/3 leger i dagens modell har et betydelig høyere antall kurs, krav til supervisjon og veiledning. Det er stor oppmerksomhet rettet mot læringsmål som ikke er direkte pasientbehandling. En konsekvens av dette er økt arbeidsmengde for overlegene. Samtidig er utdanningsløpet noe kortere enn tidligere slik at tiden fra LIS1 til overlege er blitt redusert. Det mangler nasjonale føringer på hvilke av de ti indremedisinske spesialiteter man skal prioritere. Det har ført til at de store sykehusene som utdanner flest spesialister fokuserer på sitt behov (hjerte, lunge, nyre, infeksjon, geriatri, fordøyelse, hormon og blod), mens de spesialitetene med mest generalistkompetanse som indremedisin og akutt og mottaksmedisin ikke blir prioritert.

En annen konsekvens av ny spesialistutdanning er at LIS 2 i indremedisinske fag er ferdig med den generelle, felles modulen allerede etter tre år, og deretter velger hovedspesialitet. Det innebærer at mange LIS 2/3 forlater lokalsykehusene tidligere enn de gjorde i gammel ordning. Det medfører en større gjennomstrømming, og behov for hyppigere rekruttering. Hvor mange år LIS 2/3 er borte fra «hjemmesykehuset» kan også redusere mulighetene for at de flytter tilbake.

Den nye spesialitetsstrukturen innebærer derfor tre faktorer som kan medvirke til at færre leger spesialisere seg i generell indremedisin: det er ikke lenger krav om indremedisin først, det tar betydelig lenger tid å oppnå dobbeltspesialitet enn tidligere og helseforetakene prioriterer i liten grad doble utdanningsløp.

Konsekvensene av endringer i spesialiseringsløpet har vi ikke ennå sett resultatet av, men allerede nå ser vi at det er få LIS3 stillinger i generell indremedisin og at dette vil resultere i at det utdannes få spesialister i generell indremedisin de neste årene. Fram mot 2030 vil 25 pst. av dagens spesialister i indremedisin pensjoneres [12].

Kirurgiske fag defineres her som de fagområdene som tidligere var innlemmet i spesialiteten generell kirurgi (gastroenterologisk kirurgi, urologisk kirurgi, bryst- og endokrinkirurgi, karkirurgi og thoraxkirurgi), og som nå har egne hovedspesialiteter etter den nye spesialistforskriften av 2019. Før 2019 eksisterte disse spesialitetene som tilleggsspesialisering etter gjennomført spesialitet i generell kirurgi. Dette betydde også for mange før 2019 at de kun på vakttid gjennomførte prosedyrer utenfor sin subspecialitet, mens de på dagtid hovedsakelig gjennomførte prosedyrer innenfor sin subspecialitet. Spesialiteten generell kirurgi eksisterer også etter 2019. I tillegg regnes med de spesialitetene med kirurgisk aktivitet som før 2019 var egne hovedspesialiteter (gynekologi, nevrokirurgi, øre- nese- hals, øye og plastikkirurgi). Under ortopedisk kirurgi medregnes også spesialiteten håndkirurgi.

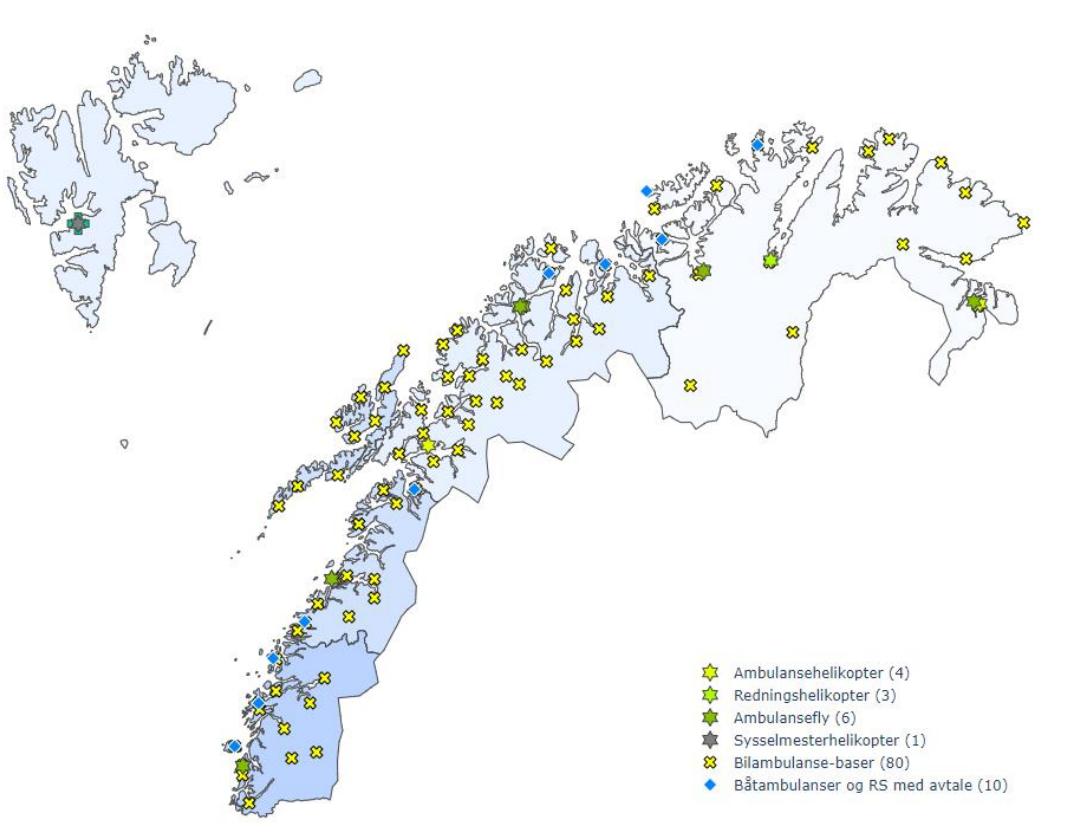
NOU 2023:4 «*Tid for handling*» trekker fram generalistkompetanse som en viktig faktor for helsevesenet framover, men man kan stille spørsmål om den nye spesialiststrukturen fra 2019 legger til rette for dette. Spesialiteten akutt- og mottaksmedisin er fortsatt relativt ny, og det er få spesialister godkjent i Norge. Det er

også svært varierende hvordan de forskjellige helseforetakene har satset på denne spesialiteten. Finnmarksykehuset har f.eks. ingen overleger eller LIS i akutt og mottaksmedisin. Utviklingen med økende andel eldre og pasienter med komplekse og sammensatte behov vil påvirke både behovet for planlagt behandling og akuttfunksjoner. Disse pasientene vil trenge indremedisinsk kompetanse i betydelig grad.

## 4.2 Delområde 1- Organiseringen av akuttfunksjoner

### Den akuttmedisinske kjeden

De akuttmedisinske tjenestene utgjør en sentral del av det å sørge for gode og likeverdige helsetjenester for befolkningen, uansett hvor de bor. Strategi for prehospitaler tjenester i Helse Nord 2024-2027 gir en god oversikt over ressursene i dagens tjeneste. Ved større strukturendringer må de prehospitaler tjenester og pasientreisetjenestene tilpasses og dimensjoneres riktig for å sikre en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Figur 2 viser en oversikt over de prehospitaler ressursene, slik de er lokalisert i dagens struktur.



Figur 2 Oversikt over de prehospitaler ressursene i Helse Nord.

Det er i tillegg et jetfly i Tromsø som brukes i den nasjonale ambulansflyflåten, som EU betaler for til 2026, som har som hovedoppgave å transportere høyrisikosmittepasienter i eller mellom EU landene ved behov.

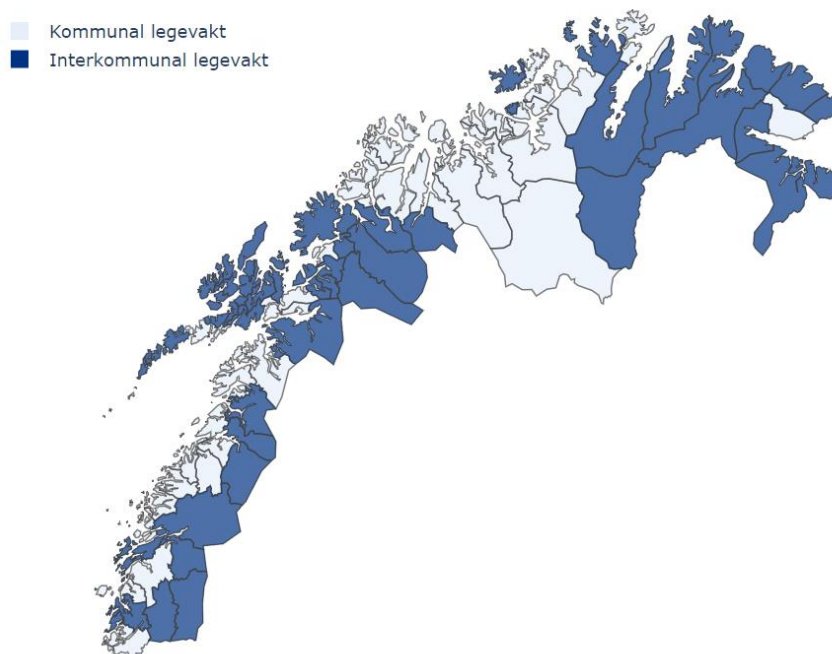
### Oversikt over legevaksordninger i Helse Nord

Legevakten er et viktig ledd i det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus. Kommunene har etter helse- og omsorgstjenesteloven ansvar for å sørge for døgntilgang til øyeblikkelig hjelp for alle som oppholder seg i kommunen.

Organisering av legevakten er blant annet avhengig av demografiske og geografiske faktorer, og vil variere mellom kommuner. For eksempel kan det inngås legevaktsamarbeid med andre nærliggende kommuner.

Interkommunalt samarbeid innebærer et samarbeid mellom flere kommuner om drift av legevakt. Flere kommuner som samarbeider om legevaktordningen, vil utgjøre et legevaktdistrikt. Et legevaktdistrikt kan ha én eller flere legevaktstasjoner. Hvert legevaktdistrikt skal være tilknyttet en legevaktsentral (LV-sentral). Figur 3 viser hvordan kommunene i Nord-Norge har valgt å organisere sine legevakter. Noen kommunale legevakter samarbeider kun om legevaktsentralen (116 117).

Interkommunale legevakter i Nord-Norge



Figur 3 Kommunal organisering av legevaktene.

Legevakten skal i hvert enkelt tilfelle vurdere om tiltak er nødvendig umiddelbart, eller om behandling kan avventes til neste dag slik at vedkommende kan oppsøke sin fastlege. Fastlegeordningen har over tid vært under press, og flere av kommunene har valgt å organisere legevakten gjennom samarbeid. Dette reduserer vaktbelastningen, og gir mer dagarbeidstid på legekantorene. Kommunene har gjennom dette vært tidlig ute med å ta grep for å sikre en bærekraftig tjeneste.

Noen av legevaktene i Helse Nord betjener store geografiske områder, og dette påvirker bruken av både bil- og luftambulans, som i enkelte områder er eneste akuttmedisinske ressurs kveld, natt og helg. Ambulansetjenesten må oftere transportere pasienter til legevakten, og legen rykker sjeldnere ut til pasient eller skadested.

Drosjene gjennomfører også et stort antall reiser som gjelder øyeblikkelig hjelp.

Fastlegene er ansvarlig for å yte øyeblikkelig hjelp til sine listeinnbyggere i kontortiden, mens kommunen er ansvarlig for at det er tilstrekkelig kapasitet i allmennlegetjenesten til å tilby øyeblikkelig hjelp til innbyggere som ikke har fastlege eller som ikke er fastboende i kommunen.

Helseforetakene i Helse Nord har inngått samarbeidsavtaler/tjenesteavtaler med kommunene i sitt opptaksområde. Det er etablert fastlegeråd med representanter for kommunene og helseforetakene, og utviklet rutiner for samarbeid mellom fastleger og sykehusleger. Det er påpekt at det er behov for bedre felles planlegging mellom kommuner og helseforetak basert på felles ROS-analyser.

### 4.3 Akuttfunksjoner i somatiske sykehus

Sykehus med akuttfunksjoner skal ha helsepersonell med kompetanse til å behandle akutt syke pasienter. Dette forutsetter at det er vaktlinjer innen spesialitetene generell indremedisin, generell kirurgi og anesthesiologi. Dersom sykehuset har fødeavdeling forutsettes vaktlinje for gynekologi og fødselshjelp. Ved sykehus uten akuttkirurgisk beredskap er det uansett behov for anestesilog i vakt.

Det er flest akuttinnleggelsener innenfor de medisinske fagene. Andelen medisinske akuttinnleggelsener i Mosjøen er vesentlig høyere enn i de andre sykehusene som følge av at sykehuset ikke har akuttkirurgisk funksjon eller fødetilbud.

Tabell 7 viser at sykehusene i stor grad håndterer akuttinnleggelsene selv, men de alvorligst syke pasientene overføres til UNN Tromsø eller Nordlandssykehuset Bodø. I noen tilfeller overføres pasientene til sykehus i andre regioner, for eksempel til Helse Bergen HF som har landsfunksjon for avansert brannskadebehandling.

Tabell 7 Primære akutttopphold ved sykehusene i Helse Nord, totaltall, antall og andel som overføres, og hvor de overføres til 2019-2022. Kilde: SKDE

Sykehus	Antall	Overføringer	Andel	Tromsø	Bodø	Eget HF	HN ellers	Ut av HN
Kirkenes	11 298	905	8,0%	840	5	47	1	10
Hammerfest	20 778	1 408	6,8%	1 352	3	20	10	23
Tromsø	65 698	726	1,1%	0	109	115	409	87
Harstad	18 626	514	2,8%	450	14	10	17	19
Narvik	13 687	570	4,2%	431	14	102	11	10
Vesterålen	14 614	1 132	7,7%	680	386	38	18	8
Lofoten	10 707	943	8,8%	454	440	33	4	12
Bodø	42 574	1 339	3,1%	908	0	140	166	125
Mo i Rana	14 302	1 304	9,1%	589	499	148	2	66

Mosjøen	5 833	724	12,4%	222	220	247	1	34
Sandnessjøen	14 715	1 296	8,8%	426	529	267	3	69
<b>Totalt</b>	<b>232 832</b>	<b>10 861</b>	<b>4,7%</b>	<b>6 352</b>	<b>2 219</b>	<b>1 167</b>	<b>642</b>	<b>463</b>

Anbefalinger i Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019) [13] viser til at et sykehus med akutt indremedisin (men uten akutt kirurgi) kan ha planlagt kirurgi.

Komplikasjoner hos opererte pasienter vil kunne medføre behov for en vakt- eller beredskapsordning for disse pasientene. Sykehus med planlagt kirurgi, men uten akutt kirurgi, kan rekruttere kirurger ut fra hvilke tjenester det er mest behov for, og trenger ikke stille krav om kompetanse i generell kirurgi.

Det varierer i hvor stor grad generelle kirurger har mulighet til å være oppdatert på en stor bredde av akuttkirurgiske prosedyrer. Akuttkirurgi er i betydelig utvikling som vil kreve mer spesialisert kompetanse og mer avanserte støttefunksjoner og utstyr i årene fremover. Ved de store sykehusene er selv hovedspesialiteten inndelt i underspesialisering på grunn av den faglige og teknologiske utviklingen.

Helse Nord sin organisering med mange små akuttsykehus med akuttfunksjon i kirurgi skiller seg fra veiledende nedre grense i nasjonal helse og sykehusplan på 60–80 000 innbyggere. Utfordringene knyttet til utdanning for spesialister innen kirurgi med små pasientvolum er kjent.

Ved vurdering av en nedre grense for akuttfunksjon i indremedisin må flere forhold vektlegges. Fagområdet har den vesentlig største aktiviteten og de mest tidskrisiske tilstandene. I forarbeidene til Nasjonal Helse- og sykehusplan 2016 ble opptaksområder under 20–30 000 innbyggere ikke anbefalt. I vår region er sykehusene i Kirkenes, Lofoten, Narvik, Mosjøen og Sandnessjøen i dette sjiktet. Det vil være for få akuttinnleggelses per døgn og dermed ikke bærekraftig å opprettholde en døgnkontinuerlig vaktordning.

Indremedisinske fag har de samme utfordringene som beskrevet for kirurgi.

Spesialisering i generell indremedisin er på lik linje generell kirurgi erstattet med hovedspesialiteter. Samtidig er det fortsatt behov for bred og generell kompetanse. Helsedirektoratet vil nå vurdere innholdet i spesialistutdanningen i indremedisin og kirurgi på nytt for å styrke den generelle kompetansen.

I vurderingen av akutttilbudet på det enkelte sykehus må det gjøres en totalvurdering der også faktorer som geografi og bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt og luftambulansetjenester, værforhold og samarbeid med kommunene inngår.

I dag har alle sykehus akuttfunksjon i indremedisin, kirurgi, fødselshjelp- og kvinnesykdommer og anestesilege i døgnvakt med unntak av sykehuset i Mosjøen som har akuttfunksjon i indremedisin og anestesilege i døgnvakt. Sykehuset har etablert kirurgisk vaktlinje med både LIS 2 og 3 og overlege 24/7, selv om de ikke har akuttkirurgisk funksjon, noe som påfører Helgelandssykehuset unødige kostnader.



Vedtaket i foretaksmøtesak 3-2020 *Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering*<sup>13</sup> medfører endringer i tilbudet i Mosjøen.

Betegnelsen sykehus uten akutfunksjoner brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akutfunksjoner. Vi har ingen slike sykehus i Helse Nord i dag.

Befolkningen i Nord Norge har også tilbud om et utvalg av spesialisthelsetjeneste utenfor sykehus i samarbeid med vertskommuner for distriktsmedisinske sentre ved Klinikk Alta, DMS Nord-Troms, DMS Midt-Troms og DMS i Brønnøysund. Sentrene er ulikt organisert og tilbyr ulike tjenester. Det tilbys ikke akutfunksjoner utover fødselshjelp ved DMS-ene.

Under følger en oversikt over opptaksområder og kommunene som sokner til hvert sykehus i regionen.

#### **Finnmarkssykehuset HF**

Finnmarkssykehuset har fire klinikker, hvorav to er sykehus. Sykehuset i Hammerfest sitt primære nedslagsfelt er kommunene Hammerfest, Hasvik, Loppa, Alta, Kautokeino – Guovdageaidnu, Porsanger - Porsángu - Porsanki, Karasjok – Kárášjohka, Gamvik, Lebesby, Nordkapp og Måsøy som utgjør en befolkning på ca. 50.000.

Sykehuset i Kirkenes sitt primære nedslagsfelt er kommunene Sør-Varanger, Tana, Nesseby, Vardø, Vadsø, Berlevåg og Båtsfjord som utgjør en befolkning på ca. 24 000.

Klinikk Alta sitt primære nedslagsfelt er kommunene Alta og Loppa og Kautokeino med om lag 25 000 mennesker. Deler av tjenestene til pasienter fra Kautokeino gis i Sámi klinikk.

Sámi klinikk sitt primære nedslagsfelt er kommunene Karasjok - Kárášjohka og Kautokeino – Guovdageaidnu som utgjør en befolkning på 5 390. I tillegg til disse to kommunene tilhører Nesseby – Unjárga, Porsanger - Porsángu - Porsanki og Tana – Deatnu forvaltningsområdet for samiske språk hvor samisk og norsk er likestilte språk.

#### **UNN HF**

UNN HF er regionsykehus og universitetets klinikk. UNN Tromsø sitt primære nedslagsfelt er kommunene Tromsø, Balsfjord, Bardu, Dyrøy, Karlsøy, Kvæangen, Kåfjord, Lyngen, Målselv, Nordreisa, Senja, Skjervøy, Storfjord, Sørreisa og Tjeldsund med om lag 127 000 mennesker.

UNN Harstad sitt primære nedslagsfelt er kommunene Harstad, Kvæfjord, Skånland, Lødingen, Ibestad og Tjeldsund som utgjør en befolkning på ca. 36 000.

UNN Narvik sitt primære nedslagsfelt er kommunene Narvik, Gratangen, Lavangen, Salangen, Ballangen og Evenes som utgjør en befolkning på ca. 30 000.

---

<sup>13</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/1acf18313d6545cb8a32fab0a83cd9f7/protokoll-foretaksmote-i-helse-nord-rhf-27.-januar-2020---helgelandssykehuset.pdf>

Distriktsmedisinsk senter på Finnsnes har et samarbeid mellom UNN og Senja kommune og tilbyr noen spesialisthelsetjenester for befolkningen i Sørreisa, Målselv, Dyrøy, Bardu, Lavangen, Salangen og Senja.

Distriktsmedisinsk senter på Storslett har et samarbeid mellom UNN og Nordreisa kommune og tilbyr noen spesialisthelsetjenester for befolkningen i Kvæningen, Skjervøy, Kåfjord og Nordreisa.

### Nordlandssykehuset

Salten består av kommunene Bodø, Fauske, Sørfold, Steigen, Saltdal, Hamarøy, Beiarn, Meløy, og Gildeskål med en befolkning på 82 873 som utgjør Nordlandssykehuset i Bodø sitt primære nedslagsfelt. Sykehuset i Bodø har fra tidligere sentralsykehusfunksjon for Nordland fylke og ivaretar fortsatt en del av tjenestetilbudet for pasienter fra Helgeland.

Vesterålen består av kommunene Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland og Andøy. Folketallet har vært relativt stabilt de siste tjue år. Ved utgangen av 2 kvartal var den 30 618.

Lofoten består av kommunene Moskenes, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Værøy og Røst. Ved utgangen av 2 kvartal var befolkningen 24 621. Værøy og Røst sokner til Bodø og den resterende del av befolkningen som i dag sokner til Lofoten sykehus utgjør 23 483.

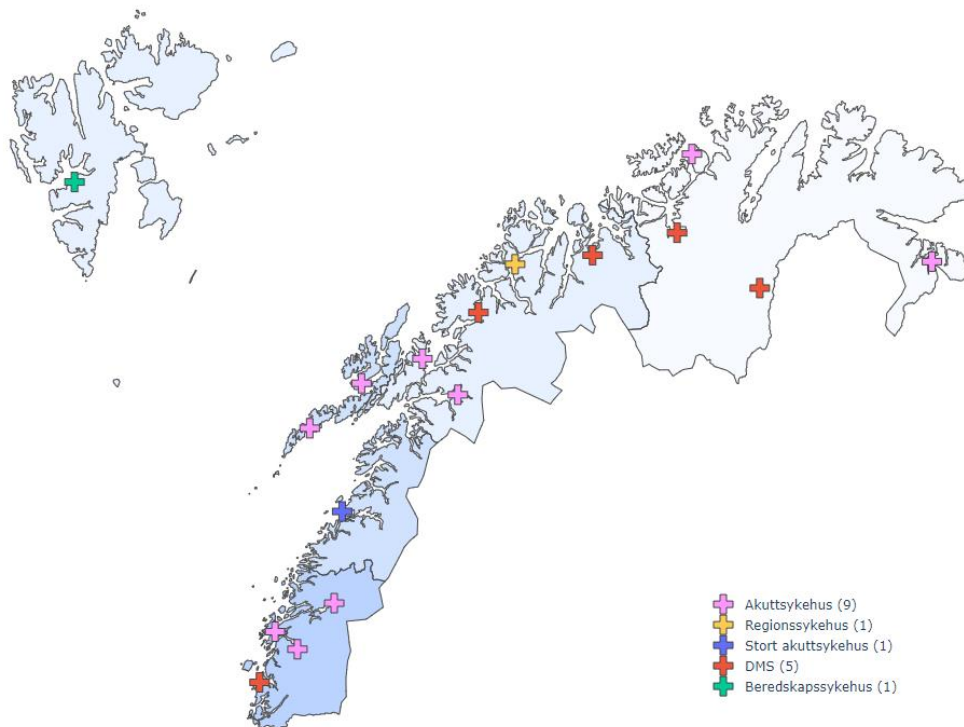
### Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset Mo i Rana har primært opptaksområde fra kommunene Rana, Nesna, Hemnes og Rødøy med til sammen 33397 innbyggere.

Helgelandssykehuset Mosjøen har i dag kommunene Vefsn, Aarborte-Hattfjelldal og Grane som primært opptaksområde med en befolkning på 16154 innbyggere.

Helgelandssykehuset Sandnessjøen er akutt sykehus for kommunene Alstadhaug, Brønnøy, Dønna, Herøy, Leirfjord, Lurøy, Sømna, Træna, Vega og Vevelstad med til sammen 26775 innbyggere. For kirurgisk akuttberedskap inkluderer en befolkning på 16154 innbyggere i tillegg fra kommunene Vefsn, Aarborte-Hattfjelldal og Grane. Til sammen for kirurgi 42929 innbyggere.

DMS Brønnøysund har Sør Helgeland som primært opptaksområde, Brønnøy (7816 innbyggere), Sømna (1976 innbyggere), Vevelstad (468 innbyggere) og Vega (1226 innbyggere). Til sammen 11486 innbyggere.



Figur 4 Lokalisering av somatiske sykehus og DMS i Helse Nord i dagens struktur.

#### 4.4 Indremedisinske funksjoner

Indremedisin som akuttfunksjon utgjør det bredeste fagområdet. Ved akuttsykehus og noen store akuttsykehus tar man imot pasienter fra flere fagområder f.eks. akutt nevrologi, kreft, barn, revmatologi og nevrologi for å nevne noen. Akutte indremedisinske pasienter håndteres i akuttmottak (innleggelse og poliklinisk), på overvåkning, ved intermediær og intensiv (i samarbeid med andre spesialiteter som f.eks. anestesileger) og på sengeposter. En stor del av arbeidstiden i indremedisin utføres som vakt, noe som fører til betydelig vaktbelastning spesielt ved de minste sykehusene. I det videre redegjøres det for hvordan fagfeltet er organisert ved sykehusene.

##### Finnmarksykehuset

Akutt indremedisin i Finnmarksykehuset er lokalisert ved sykehusene i Hammerfest og Kirkenes og klinikk Alta. Kirkenes er det en generell indremedisinsk avdeling med 22 senger uten seksjonering. LIS1 og LIS2-3 er til stede i døgneredskap, og overlegene er til stede på dagtid, men har hjemnevakt på kveld/natt.

I Hammerfest er det en generell indremedisinsk avdeling med 30 senger uten seksjonering. LIS1 og LIS2-3 til stede i døgneredskap, og overlegene er til stede på dagtid, men har hjemnevakt på kveld/natt. Sykehuset har barneavdeling der akutt syke barn håndteres av vakthavende barnelege.

I Alta er de ti somatiske senger sengeposten som i tillegg til sykepleierne betjenes av to leger på dagtid. Det er alltid en lege på hjemmevakt i døgnberedskap. Det foreligger prosedyre hvilke pasienttyper som kan ligge i Alta. Det kommer pasienter fra Hammerfest sykehus, UNN og direkte fra legevakt i Alta.

### Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)

Akutt indremedisin i UNN er organisert i Medisinsk klinikk og i Hjerte-lungeklinikken. Det er akutt indremedisin 24/7 på tre lokalisasjoner: Tromsø, Narvik og Harstad. I Narvik og Harstad håndterer indremedisin på vakt også hud, revmatologi, barn og nevrologi.

I Narvik er det generell indremedisinsk avdeling med 20 senger uten seksjonering. LIS1 er til stede 24/7, mens LIS2-3 og overleger er til stede på dagtid og noe utover kveld, men har hjemmevakt på natt.

I Harstad er det generell indremedisinsk avdeling med 32 senger uten seksjonering, og tre elektive senger for lindrende behandling. LIS1 er til stede 24/7, mens LIS2-3 og overleger er til stede på dagtid og noe utover kveld, men har hjemmevakt på natt (fra november 2023 blir det LIS2-3 til stede 24/7 i tillegg til LIS1).

I Tromsø er det indremedisinsk beredskap 24/7 med totalt 98 senger. LIS1 er til stede på dag og kveld, men ikke på natt. Erfaren LIS 2-3 og mindre erfaren LIS2-3 vakt er til stede i akuttmottak hele døgnet. I tillegg er det lege i vakt ved medisinsk Intensiv og hjerteoppvåkning hele døgnet. Det er seksjonerte bakvakter i alle de indremedisinske spesialitetene (utenom generell indremedisin og akutt og mottaksmedisin). Hjertemedisin har tre seksjonerte bakvakter (Hjerte-intensiv, hjerte generell og invasiv vakt). I Tromsø er det egne for- og bakvakter innen hud, revmatologi, barn og nevrologi.

### Nordlandssykehuset

Akutt indremedisin i Nordlandssykehuset er organisert i Medisinsk klinikk. Det er akutt indremedisin på tre lokasjoner ved sykehusene i Bodø, Vesterålen og Lofoten.

I Bodø er medisinsk avdeling delt inn i flere sengeposter med en delvis seksjonering med 76 senger. Det er medisinsk LIS2/3 i generell vakt med tilstedevakt hele døgnet, med overlege i hjemmevakt på natt. Det er kardiolog døgnvakt, og PCI-lab som er åpen i kjernetiden. Det er nyrelege i døgnvakt og beredskap for akutt dialyse. Slagalarm og annen akutt nevrologi håndteres av vakthavende nevrolog. Akutt syke barn håndteres av vakthavende barnelege.

I Vesterålen er det generell indremedisinsk avdeling med 25 senger uten seksjonering, og 4-5 slagrehabiliteringssenger. LIS1 er til stede hele døgnet, mens LIS2-3 og overleger er til stede på dagtid/kveld, men har hjemmevakt på natt.

I Lofoten er det generell indremedisinsk avdeling med 19 senger uten seksjonering. LIS1 er til stede hele døgnet, mens LIS2-3 og overleger er til stede på dagtid/kveld, men har hjemmevakt på natt.

### Helgelandssykehuset

Akutt indremedisin i Helgelandssykehuset er organisert i Medisinsk klinikk. I dag er det akutt indremedisin på tre lokasjoner: Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen. Akutt syke barn, akutt nevrologi og akutt revmatologi blir også lagt inn i medisinsk avdeling.

I Mo i Rana er det en generell indremedisinsk avdeling med 26 senger uten seksjonering. LIS1 er til stede hele døgnet, LIS2/3 og overleger er til stede på dagtid/kveld, men har hjemmevakt på natt.

I Sandnessjøen er det en generell indremedisinsk avdeling med 20 senger. LIS1 er til stede hele døgnet, og LIS2/3 og overleger til stede på dagtid/kveld, men har hjemmevakt på natt.

I Mosjøen er det en generell indremedisinsk avdeling med 13 senger uten seksjonering. LIS1 er til stede hele døgnet, og LIS2/3 og overleger til stede på dagtid/kveld, men har hjemmevakt på natt.

I tråd med strukturvedtaket i Helse Nord RHF (styresak 137/2019) og protokoll fra Foretaksmøtet (sak 9/2020) vedtok Helgelandssykehuset HF (styresak 9/2023) overflytting av alle akutt- og døgnfunksjoner fra Mosjøen til Sandnessjøen. Dato for overflytting er satt til 1.september 2024 (styresak 58/2023).

#### 4.4.1 Aktivitet

SKDE har levert data på akutte innleggelser og akutte polikliniske konsultasjoner fordelt på kjernetid og kveld/natt/helg for de forskjellige foretakene i Helse Nord.

*Medisinske fag* inkluderer i tallene fra SKDE følgende fagområder: generell indremedisin, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, blodsykdommer, nyresykdommer, fordøyelsesykdommer, onkologi, endokrinologi, hjertesykdommer, geriatri, hudsykdommer, nevrologi, pediatri, revmatologi og fysikalsk medisin. Det presiseres at disse samlekategoriene inneholder spesialiserte avdelinger på de større sykehusene, noe som gjør direkte sammenligninger av volum og innhold utfordrende.

Tabell 8 Gjennomsnittlig antall ukentlige akuttinnleggelser ved sykehusene i Helse Nord for perioden 2019-2022. Totaltall, og antall/andel etter fagområde. Kilde: SKDE

Sykehus	Totalt	Medisinsk	Kirurgisk	Ortop.kirurgi	Føde/barsel
Kirkenes	59	32 (54.5%)	14 (23.5%)	5 (8.7%)	8 (13.4%)
Hammerfest	106	55 (51.5%)	18 (17.0%)	14 (13.3%)	19 (18.2%)
Tromsø	326	172 (52.8%)	69 (21.3%)	23 (7.1%)	61 (18.8%)
Harstad	92	49 (52.8%)	17 (18.5%)	14 (15.5%)	12 (13.3%)
Narvik	68	36 (52.7%)	13 (19.5%)	9 (13.7%)	10 (14.1%)
Vesterålen	76	41 (53.8%)	15 (20.3%)	6 (7.7%)	14 (18.2%)
Lofoten	56	32 (57.0%)	14 (24.6%)	6 (9.9%)	5 (8.6%)
Bodø	213	111 (51.9%)	40 (18.6%)	22 (10.2%)	41 (19.3%)
Mo i Rana	76	35 (46.0%)	15 (19.5%)	15 (19.7%)	11 (14.7%)
Mosjøen	32	26 (79.8%)	5 (16.5%)	1 (3.6%)	0 (0.1%)
Sandnessjøen	77	36 (46.8%)	25 (32.8%)	2 (2.4%)	14 (18.0%)

#### Medisinske akuttinnleggelser

Andelen akuttinnleggelser i medisinske fag utgjør 46–79,8 pst. av alle akuttinnleggelser i somatikken. Ved sykehuset i Mosjøen er andelen medisinske akuttinnleggelser vesentlig høyere enn i de andre sykehusene som følge av at sykehuset ikke har akuttkirurgisk funksjon eller fødetilbud.

Antall medisinske akuttinnleggelser per uke er knyttet til sykehusets opptaksområde og funksjonsdeling. Antall ukentlige medisinske akuttinnleggelser varierer fra 26 på det minste sykehuset til 172 på det største sykehuset.

På nær samtlige sykehus i Helse Nord foregår i overkant av halvparten av de medisinske akuttinnleggelsene utenfor kjernetiden. Antallet akuttinnleggelser er litt høyere i starten på uka og litt lavere lørdag/søndag.

Nesten 80 pst av de medisinske akuttinnleggelsene varer >24 timer, og gjennomsnittlig liggetid er 3,5-5,1 døgn.

#### [Medisinsk akuttpoliklinikk](#)

I motsetning til akuttinnleggelsene foregår det meste av den medisinske akuttpolikliniske virksomheten på dagtid, med nesten 80 pst. av aktiviteten i kjernetiden.

Tabell 9 Gjennomsnitt antall ukentlige akutte polikliniske konsultasjoner ved sykehusene i Helse Nord for perioden 2019-2022. Antall totalt, og antall på de fire spesifikke fagområdene (andel av akutte polikliniske konsultasjoner totalt).

Sykehus	Totalt	Medisinsk	Kirurgisk	Ortop.kirurgi	Føde/barsel
Kirkenes	40	10 (24.5%)	9 (23.1%)	18 (45.7%)	3 (6.7%)
Hammerfest	59	11 (18.4%)	10 (16.9%)	30 (51.4%)	8 (13.3%)
Tromsø	286	140 (48.9%)	27 (9.6%)	82 (28.7%)	37 (12.8%)
Harstad	110	25 (22.7%)	19 (16.9%)	53 (48.3%)	13 (12.1%)
Narvik	69	14 (20.4%)	12 (17.8%)	34 (50.2%)	8 (11.6%)
Vesterålen	58	15 (25.4%)	12 (20.8%)	22 (38.4%)	9 (15.3%)
Lofoten	28	8 (27.4%)	7 (24.4%)	12 (41.2%)	2 (7.0%)
Bodø	154	61 (39.4%)	16 (10.3%)	63 (41.1%)	14 (9.2%)
Mo i Rana	103	31 (30.0%)	22 (21.1%)	34 (32.9%)	17 (16.0%)
Mosjøen	39	14 (35.9%)	15 (39.0%)	9 (23.6%)	1 (1.6%)
Sandnessjøen	50	16 (32.6%)	15 (30.2%)	11 (21.4%)	8 (15.8%)
Kjernetid (mandag-fredag kl.8-17)					
Andel	69,5%	78,8%	68,0%	64,6%	59,7%
Kirkenes	29	8 (27.2%)	6 (21.5%)	14 (46.2%)	1 (5.1%)
Hammerfest	43	8 (18.3%)	8 (18.4%)	22 (51.6%)	5 (11.7%)
Tromsø	221	120 (54.1%)	20 (8.9%)	61 (27.4%)	21 (9.7%)
Harstad	65	20 (30.4%)	10 (16.1%)	26 (40.2%)	9 (13.4%)
Narvik	42	10 (22.7%)	8 (19.1%)	20 (46.1%)	5 (12.2%)
Vesterålen	41	11 (26.9%)	9 (21.2%)	16 (38.7%)	5 (13.2%)
Lofoten	18	5 (28.5%)	4 (24.7%)	7 (40.2%)	1 (6.6%)
Bodø	104	47 (45.0%)	11 (10.1%)	40 (37.9%)	7 (7.1%)
Mo i Rana	61	19 (31.4%)	13 (21.0%)	20 (32.3%)	9 (15.4%)
Mosjøen	28	11 (37.3%)	11 (38.8%)	6 (21.8%)	1 (2.1%)
Sandnessjøen	38	13 (34.5%)	12 (31.5%)	8 (21.1%)	5 (12.9%)
Utenfor kjernetid (kveld, natt og helg)					
Andel	30,5%	21,2%	32,0%	35,4%	40,3%
Kirkenes	11	2 (16.9%)	3 (27.7%)	5 (44.3%)	1 (11.1%)
Hammerfest	16	3 (18.5%)	2 (12.8%)	8 (50.7%)	3 (17.9%)
Tromsø	65	20 (31.2%)	8 (12.1%)	22 (33.4%)	15 (23.3%)
Harstad	45	5 (11.7%)	8 (18.1%)	27 (59.9%)	5 (10.3%)
Narvik	26	4 (16.5%)	4 (15.8%)	15 (57.0%)	3 (10.7%)
Vesterålen	17	4 (21.8%)	3 (20.0%)	6 (37.8%)	3 (20.4%)
Lofoten	10	3 (25.4%)	2 (23.9%)	4 (42.9%)	1 (7.9%)
Bodø	50	14 (27.6%)	5 (10.8%)	24 (47.9%)	7 (13.7%)
Mo i Rana	42	12 (28.0%)	9 (21.2%)	14 (33.9%)	7 (17.0%)
Mosjøen	11	3 (32.0%)	4 (39.5%)	3 (28.3%)	0 (0.2%)
Sandnessjøen	12	3 (26.6%)	3 (26.1%)	3 (22.2%)	3 (25.0%)

## 4.5 Kirurgiske fag, ortopedi og operasjonskapasitet

De kirurgiske fagområdene har aktivitet knyttet til både beredskap og planlagt virksomhet. Dette innbefatter poliklinikk, sengepost og operativ aktivitet. Til den operative aktiviteten kreves både areal, utstyr, anestesi- og operasjonspersonell, intensiv- og oppvåkningsavdeling/personell, sterilforsyningsfunksjon og spesialrenhold. Kapasiteten til kirurgisk virksomhet må derfor innbefatte alle disse ressursene.

Nåværende organisering og funksjonsfordeling bærer preg av en spredt aktivitet på mange sykehus, hvor volum på pasienter er lavt. Dette gjelder også der aktiviteten hovedsakelig er planlagt. Innenfor nåværende struktur og organisering er det en generell mangel på viktig støttepersonell slik som spesialsykepleiere innen anestesi, operasjon og intensiv.

Utviklingstrekkene innenfor de kirurgiske fagene og ortopedi peker i retning av en mer avansert diagnostikk, bruk av høyteknologisk og kostnadsdrivende utstyr. Eksempler på dette er bruk av operasjonsrobot, mini-invasive og hybride teknikker. Utviklingen vil kreve et høyt volum der avansert behandling kan tilbys for å oppnå tilstrekkelig kompetanse, kvalitet og produktivitet. Videre vil det i dagens struktur være behov for en økning av LIS2-3 på de fleste sykehus som både har ortopedisk og kirurgiske vaktlinjer med bakgrunn i forskjellige utdanningsløp (ulike hovedspesialiteter). Det kan også her bli behov for økt tilstedeværelse på kveld, natt og helg som ledd i myndighetskrav og aktivitetsøkning.

### Finnmarkssykehuset HF (FIN)

Sykehusene i Hammerfest og Kirkenes er akutt sykehus med generell kirurgisk og ortopedisk beredskap, akutt gynekologisk beredskap samt planlagt kirurgi. Det gjøres planlagte inngrep innenfor fagområdene gastroenterologisk kirurgi, gynekologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, urologisk kirurgi, øye og ØNH. Sykehusene tilbyr anestesistøttet til tannbehandling etter avtale med Fylkestannhelsetjenesten i Troms og Finnmark.

For å få et bedre inntrykk av den operative aktiviteten i sykehusene har arbeidsgruppen valgt å se på data som beskriver hva som opereres som øyeblikkelig hjelp (akutt), og hva som sorterer under det planlagte programmet. Data er hentet fra DIPS operasjonsmodul i perioden 2019-2022<sup>14</sup>.

Sykehuset i Hammerfest har fem operasjonsstuer. Antallet ø-hjelps operasjoner i perioden 2019-2022 er i gjennomsnitt 750 inngrep i året, men har økt noe i perioden 2021-2022. Tilsvarende tall for planlagte operasjoner i samme periode varierer noe mer. Sykehuset ble stengt ned i to omganger under pandemien og redusert elektiv aktivitet reflekterer dette.

Sykehuset i Kirkenes har fire operasjonsstuer med et lavt volum av operasjoner. Antallet ø-hjelps operasjoner i perioden 2019-2022 er i gjennomsnitt 430 inngrep i året, og antall planlagte operasjoner ligger i gjennomsnitt på 1100 inngrep.

---

<sup>14</sup> DIPS operasjonsmodul, 2019-2022



Ved klinikk Alta er det ikke ansatt fast kirurgisk personell, og det gjøres planlagt dagkirurgi i 14 uker per år innenfor fagområdene gastroenterologisk kirurgi, og ortopedisk kirurgi. I perioden 2019-2022 er det totalt gjennomført 494 dagkirurgiske inngrep. Virksomheten gjennomføres ved hjelp av ambulering fra Hammerfest som også stiller med anestesi for disse operasjonene. Alta har egen ØNH lege og i perioden er det gjennomført ca. 100 inngrep innenfor dette fagområdet. Alta har en operasjonsstue og en skiftestue fra høsten 2023.

Det er avtalespesialist i øyesykdommer i Alta som håndterer en del akutte tilstander innenfor dette fagområdet uten at det gjennomføres øyekirurgi.

### Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN)

UNN har kirurgisk virksomhet ved sykehusene i Harstad, Narvik og Tromsø. Regionsfunksjonene innen kirurgi gjennomføres som hovedregel ved sykehuset i Tromsø, som har de aller fleste kirurgiske subspecialiteter. Sykehuset i Tromsø er også regionalt traumesenter. UNN Tromsø har separate kirurgiske vaktlinjer innenfor fagene; Gastroenterologisk kirurgi, urologisk kirurgi, plastikkirurgi, gynekologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, nevrokirurgi, ØNH, øye og thoraxkirurgi. Som eneste sykehus i UNN har Tromsø to operasjonsroboter til robotassistert kirurgi. Sykehuset gjennomførte ca. 16500 operasjoner i 2022. Sykehuset i Tromsø har 20 operasjonsstuer.

Sykehusene i Harstad og Narvik er akutttsykehus med akutt generell kirurgisk og ortopedisk beredskap. Sykehusene gjør planlagte inngrep innenfor fagområdene gastroenterologisk kirurgi, gynekologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, urologisk kirurgi og ØNH. Ved Narvik sykehus gjennomføres også noe plastikkirurgi.

Begge sykehus gir anestesistøttet tannbehandling etter avtale med henholdsvis Fylkestannhelsetjenesten i Troms og Finnmark (Harstad) og Fylkestannhelsetjenesten i Nordland (Narvik).

### Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset har kirurgisk virksomhet ved sykehusene i Bodø, Lofoten og Vesterålen. Sykehuset i Bodø ivaretar sentralsykehusfunksjon innenfor ortopedi, øye, ØNH og kirurgi, i tillegg til regional funksjon for operasjon ved sykkelig overvekt. Sykehuset har tilnærmet alle kirurgiske subspecialiteter, med unntak av nevrokirurgi og hjertekirurgi. Bodø er kategorisert som et stort traumesykehus. Det foreligger i Bodø vaktlinje for anestesi, ortopedi, ØNH, øye, gynekologi, generell kirurgi, karkirurgi i tillegg til beredskap innenfor urologi og bryst/endokrinkirurgi på dager etter større operasjoner. Det er definert en vakthavende som har traumevakt, for dager hvor ingen av vakthavende har særskilt traumekompetanse er det egen traumevakt i tillegg. Bodø har en operasjonsrobot for robotassistert kirurgi.

Ved sykehusene i Lofoten og Vesterålen foreligger akutt generell kirurgisk beredskap og begge er kategorisert som fullverdige akutttsykehus. For begge sykehusene er det vaktlinje for anestesi, generell kirurgi og gynekologi. Ved begge sykehusene gjennomføres det planlagte inngrep innenfor fagområdene gastroenterologisk kirurgi, gynekologisk kirurgi, ortopedisk kirurgi, urologisk kirurgi. For Lofoten utføres det i tillegg planlagte inngrep innenfor ØNH og karkirurgi.

## Helgelandssykehuset HF (HLSH)

Helgelandssykehuset har kirurgisk aktivitet ved sykehusene i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. I nåværende organisering foreligger det en funksjonsdeling mellom de tre sykehusene.

Sykehusene i Mo i Rana og Sandnessjøen er akuttisykehus med generell kirurgisk beredskap, mens ortopedi er funksjonsdelt til Mo i Rana. I Mo i Rana gjøres planlagte inngrep innen fagområdene; gastroenterologisk kirurgi, enklere karkirurgi, gynekologisk kirurgi, ortopedi og tannbehandling i narkose.

Sykehuset i Mosjøen har ikke akuttkirurgisk funksjon, men har kirurgiske vaktlinjer for å ivareta pasienter innlagt på kirurgisk 5-dagers post. Urologi er funksjonsdelt til Mosjøen. I Mosjøen gjøres planlagte inngrep innen fagområdene; gastroenterologisk kirurgi, urologisk kirurgi, ortopedi og plastikkirurgi. Den ortopediske virksomheten ivaretas med ambulering fra Mo i Rana.

I Sandnessjøen gjøres planlagte inngrep innen fagområdene; gastroenterologisk kirurgi, gynekologisk kirurgi, ØNH og tannbehandling i narkose.

Tabell 10 Oversikt over tilgjengelige operasjonsstuer i sykehusene, antall anestesi- og operasjonskapasiteter for dagkirurgi og heldøgnskirurgi, åpningstider på elektive anestesi- og operasjonskapasiteter, Øhj-team og beredskapskapasitet utenfor dagtid og organisering med aktive (tilstedevakt) eller passive (tilkallingsvakt) anestesi- og operasjonsteam.

Sykehus	Antall operasjonsstuer*	Elektiv kapasitet		Øhj kapasitet ukedager					Øhj kapasitet helg	
		Antall operasjonsteam per uke	"Åpningstid" operasjonsteam	Antall egne Øhj team dagtid (man-fre)	Antall Øhj team (1500-2300)	Aktiv vakt	Antall Øhj team (2300-0800)	Aktiv vakt	Antall Øhj team (lør-søn)	Aktiv vakt
Kirkenes	4	10	08-15.30	0	1	ja	1	nei	1	4 t lørdag
Hammerfest	5	14	07.45-15.30	0	1	ja	1	ja	1	ja
Alta	1	5 (14 uker per år)	07.30-15.30	0	0	nei	0	nei	0	nei
Tromsø	20	83	08-15.30, -17 og -19	9 per uke	2	Ja	1	ja	1	Ja
Hørstad	8	23	08-15.30	0	1	Ja	1	ja	1	Ja
Narvik	5 (6)*	12	08-15.30	0	1	Ja	1	nei	1	6 t lør og søn
Vesterålen	4	12	08-15.30	2 per uke	1	Ja	1	nei	1	4 t lør og søn
Lofoten	3	10	07.30-15.30	0	1	Nei	1	nei	1	nei
Bodø	14	38	07.45-15.30	9 per uke	1	Ja	1	ja	1	ja
Rana	4	18	08-16	0	1	Ja	1	ja	1	Ja
Mosjøen	3	14	08-16, -18	0	1	til kl 18	1	nei	1	nei
Sandnessjøen	4	14	08-15:30	0	1	til kl 18	1	nei	1	4 t søndag

\*Ved nye UNN Narvik vil det være 6 operasjonsstuer.

### 4.5.1 Aktivitet

Følgende kirurgiske fag er inkludert i tabell 8; generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, thoraxkirurgi, urologi, karkirurgi, plastikkirurgi, brystkirurgi- og endokrinkirurgi, nevrokirurgi, kjevekirurgi eller barnekirurgi. Ortopedisk kirurgi presenteres utenom generell kirurgi.

#### Kirurgiske akuttinnleggelser

Andelen akuttinnleggelser i kirurgiske fag utgjør 16,5- 32,8 pst. av alle akuttinnleggelser i somatikken. Ortopediske akuttinnleggelser utgjør 3,6-19,7 pst. og fødeområdet utgjør 8,6-19,7 pst. av alle akuttinnleggelser.

Antall kirurgiske akuttinnleggelser per uke er knyttet til sykehusets opptaksområde og funksjonsdeling. Ved sykehuset i Mosjøen er andelen kirurgiske akuttinnleggelser lav som følge av at sykehuset ikke har akuttkirurgisk funksjon eller fødetilbud.

Det presiseres at disse samlekategoriene inneholder spesialiserte avdelinger på de større sykehusene, noe som gjør direkte sammenligninger av volum og innhold utfordrende. Det er derfor en variasjon i andelen ortopediske akuttinnleggelse mellom 3,6 –19,7 pst. mellom sykehusene i landsdelen.

På sykehusene i Helse Nord foregår 68 pst. av alle akuttinnleggelser innenfor kirurgi, 64,6 pst. Av akuttinnleggelser innenfor ortopedi, og 59,7 pst. av fødeinnleggelsene innenfor kjernetiden, som vist i tabell 11.

Det er få akutttopphold som krever kirurgi ved lokalsykehusene. Seks av lokalsykehusene har under 10 akutttopphold per uke som krever kirurgi.

Tabell 11 Antall akutttopphold med antatt operasjonsstuekrevende kirurgi ved sykehusene i Helse Nord i perioden 2019-2022. Årlig og ukentlig gjennomsnitt. Totalt, innlagt i og utenfor kjernetid (mandag-fredag kl.8-17), samt liggetid over og under ett døgn. Kilde: SKDE

Sykehus	Totalt		Kjernetid		Utenfor kjernetid		Liggetid ≥ 24t		Liggetid < 24t	
	Pr. år	Pr. uke	Pr. år	Pr. uke	Pr. år	Pr. uke	Pr. år	Pr. uke	Pr. år	Pr. uke
Kirkenes	341	6,5	164	3,1	177	3,4	256	4,9	84	1,6
Hammerfest	592	11,3	252	4,8	340	6,5	474	9,1	118	2,3
Tromsø	3 009	57,6	1 398	26,8	1 611	30,8	2 672	51,1	337	6,4
Harstad	613	11,7	264	5,1	349	6,7	500	9,6	113	2,2
Narvik	334	6,4	142	2,7	193	3,7	245	4,7	89	1,7
Vesterålen	294	5,6	144	2,8	150	2,9	241	4,6	53	1,0
Lofoten	225	4,3	109	2,1	116	2,2	188	3,6	37	0,7
Bodø	1 305	25,0	579	11,1	726	13,9	1 105	21,1	200	3,8
Mo i Rana	690	13,2	280	5,4	410	7,8	553	10,6	137	2,6
Mosjøen	82	1,6	50	0,9	33	0,6	37	0,7	45	0,9
Sandnessjøen	305	5,8	145	2,8	160	3,1	247	4,7	59	1,1

#### 4.5.2 Traumesystemet

Et traumesystem er en organisering av alle ressurser i den kjeden som behandler den alvorlig skadde pasienten [13]. Et akuttisykehus med traumefunksjon skal ha kapasitet til å ta seg av majoriteten av skadde pasienter og skal kunne gi riktig initial behandling til de hardest skadde pasientene. Akuttisykehuset skal ha overflyttingsrutiner for de pasientene som overstiger sykehusets kompetanse og ressurser. Det forutsetter at akuttisykehus med traumefunksjon oppfyller et minstekrav til beredskap, kompetanse, infrastruktur og organisering. Sykehus uten akuttkirurgisk beredskap oppfyller ikke kravene for å ivareta traumefunksjon. Alle akuttisykehus bortsett fra Mosjøen har traumefunksjon i Helse Nord. UNN Tromsø er regionalt traumesenter og mottar de hardest skadde pasienter i regionen. Prosedyre for kommunikasjon ved alvorlig skadde i Helse Nord (PR 51127) [15] beskriver avtalt arbeidsflyt ved håndtering av alvorlig

skadde pasienter og bygger på nasjonal traumeplan. Pasienter med alvorlig skade skal triageres prehospitalt, transporteres til riktig sykehus og tas imot av et traumeteam.

Alle pasienter med alvorlig skade eller mistenkt alvorlig skade, tatt imot med traumeteam inkluderes i Nasjonalt traumeregister (NTR). Traumeregister utarbeider årsrapporter, og rapporten for 2022 viser at dødeligheten 30 dager etter innleggelse for nordnorske traumepasienter er lavere enn landsgjennomsnittet<sup>15</sup>.

## 4.6 Intensivmedisin

Alle sykehus i Helse Nord har i dag tilbud om overvåkning og behandling til pasienter utover vanlig sengepost. Med unntak av sykehusene i Vesterålen og Lofoten er sykehusene organisert for å håndtere kategori 3 pasienter.

Få alvorlig syke intensivpasienter spredt utover et stort geografisk område utfordrer muligheten for å opprettholde og vedlikeholde kompetanse. Pasienter som må ha pustestøtte i form av respirator krever spesialisert kompetanse og tilstrekkelig volum for å beherske utstyr og eventuelle komplikasjoner som kan oppstå.

De viktigste årsakene til behov for intensivbehandling er akutt respirasjonssvikt, akutt sirkulasjonssvikt, og blodforgiftning. Slike tilstander utgjør 2/3 av alle innleggelser. Pasienter med blodforgiftning på intensivavdelingene i Helse Nord vil sannsynligvis øke da tilstanden først og fremst rammer personer over 65 år. I fremtiden vil intensivavdelingene behandle flere eldre pasienter med sammensatte lidelser.

Det har vært en utfordring over tid å komme fram til en felles metode for å beregne intensivkapasitet. På bakgrunn av manglende metode og nye krav fra Helse- og omsorgsdepartementet utarbeidet interregionalt fagdirektørmøte mandat til et arbeid for å komme fram til en omforent beskrivelse av intensivkapasitet.

[\*Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet\*](#)<sup>16</sup> ble levert i mai 2022 og inneholder blant annet definisjon av sengekategorier som beskriver intensivkapasitet.

---

<sup>15</sup> Årsrapport 2022, s. 48, <https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2023-07/%C3%85rsrapport%202022%20Nasjonalt%20traumeregister.pdf>

<sup>16</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/859ef0b02c3248568fa820e4bcccc1ab/vedlegg-1-rapport-interregional-arbeidsgruppe-for-intensivkapasitet-mai-2022.pdf>

<p><b>Sengekategori 2- overvåkningseng</b></p> <p><b>Definisjon</b></p> <p><i>Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av to organ. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutt hjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365)</i></p> <p>Pasienteksempler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infusjon av vasoaktive medikamenter og inotropika</li> <li>- Kontinuerlig non-invasiv mekanisk ventilasjon (NIV)</li> <li>- Basal organsunderstøttende behandling eller monitorering og i tillegg delirios og/ eller agitert</li> <li>- Alvorlig fysiologisk eller biokjemisk forstyrrelse som krever kontinuerlig overvåkning og behandling</li> </ul> <p><b>Sengekategori 3- intensivseng</b></p> <p><b>Definisjon</b></p> <p><i>Sengeplass som skal ha ressurser i forma av utstyr, kompetanse, og bemanning til fullverdig intensivmedisinsk behandling inkludert sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og annen nødvendig organstøttende behandling. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutt hjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365)</i></p> <p>Pasienteksempler</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invasiv mekanisk ventilasjon</li> <li>- Avansert organunderstøttende behandling</li> </ul>
---

Sengekategoriene ved sykehuset skal understøtte avdelingenes behov for intensivkapasitet og inngår som en del av sykehusets generelle beredskap.

Kapasiteten og tilgjengelig kompetanse må derfor tilpasses sykehusets øvrige behandlingstilbud. Krav til behandlingstilbud ved en sengekategori 3 er harmonisert til å tilpasses de ulike sykehuskategoriene.

Tabell 12 Antall kategori 2 og 3 senger ved normal drift.

Sykehus	Antall Intensivsenger, kategori 3	Antall senger overvåknings senger, kategori 2
Kirkenes	1	1
Hammerfest	1	2
Tromsø	10*	7
Harstad	1	3
Narvik	1	2
Bodø	5	6
Lofoten	0	2
Vesterålen	0	2
Mo i Rana	1	2
Mosjøen	1	1
Sandnessjøen	1	1

\*8 senger generell intensiv og 2 senger medisinsk intensiv og hjerteroppvåkning

### Finnmarkssykehuset

Ved Kirkenes sykehus er akuttmottak, dagkirurgi, intermediaær og intensivbehandling samlokalisert. Enheten ivaretar også kommunal legevakt etter ordinær arbeidstid.

Intensivenheten ved Hammerfest sykehus har postoperativ, intensiv og intermediasenger. Begge enhetene har både kategori 2 og 3 senger.

#### Universitetssykehuset Nord-Norge

UNN Tromsø har regionale funksjoner og er det høyest spesialiserte behandlingsnivået i Helse Nord. Intensivbehandlingen ved UNN Tromsø er organisert i to klinikker: Operasjon -og intensivklinikken (OpIn) og Hjerte- og lungeklinikken (HLK). Intensivavdelingen behandler alle fagområder, inkludert barn fra to måneder og flere typer organunderstøttende intensivbehandling.

Medisinsk intensiv og hjerteoppvåkning (HLK) behandler indremedisinske og thoraxkirurgiske pasienter som trenger overvåkning eller intensivbehandling.

Intensivavdelingene ved UNN Harstad og UNN Narvik er organisert i OpIn- klinikken. Intensivenhetene består av intensiv, intermedias og postoperative senger. Deler av personalet drifter også dagkirurgisk enhet i Narvik. Avdelingene kan ferdigbehandle intensivpasienter med svikt i ett og to organsystem og har kategori 2 og kategori 3 senger i en tidsavgrenset periode.

#### Nordlandssykehuset

I Nordlandssykehuset er intensiv, intermedias og oppvåkning organisatorisk plassert i Klinikkk for kirurgi. Nordlandssykehuset har sengekategori 2 og 3 i Bodø. Ved intensivenheten i Bodø ivaretar intensive postoperative pasienter, og yter behandling til pasienter fra alle kliniske avdelinger i hele opptaksområdet. Medisinsk overvåkning, som er organisert i medisinsk klinikk, har intermediasplasser og overvåkning.

I Lofoten er akuttmottak og overvåkning én enhet, og de har kategori 2 senger. I Vesterålen er intermedias, postoperativ, dagkirurgi og mottak organisert i én enhet. I Vesterålen har kategori 2 senger. Organiseringen for Lofoten og Vesterålen er tilrettelagt for at intensivpasientene skal stabiliseres og overflyttes til Nordlandssykehuset Bodø eller UNN Tromsø, og ingen av sykehusene har kategori 3 senger.

#### Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset har intensivavdelinger med kategori 2 og 3 senger ved alle sine tre sykehus; Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Helgelandssykehuset har nylig etablert gjennomgående klinikkstruktur. Intensivavdelingene er organisatorisk plassert i Akuttmedisinsk klinikk. Avdelingene har tilbud til medisinske og kirurgiske kritisk syke pasienter som kan motta behandling ved lokalsykehus i tillegg til postoperative pasienter.

### 4.6.1 Aktivitet

Det er generelt få pasienter som mottar respiratorbehandling ved akuttinnleggelse i lokalsykehus. Kun sykehusene i Tromsø og Bodø mottar ukentlig pasienter som har behov for respirator. For de resterende sykehusene forekommer ikke dette ukentlig.

Sykehusene i Lofoten og Vesterålen skiller seg ut med kortest liggetid og få pasienter da de alvorlig syke pasientene som trenger respiratorstøtte stabiliseres og overføres raskt til Bodø.

Tabell 13 Antall akuttinnleggelser der respiratorbehandling har vært gitt ved sykehusene i Helse Nord i perioden 2019-2022. Årlig og ukentlig gjennomsnitt. Antall innleggelser med respiratorbehandling, antall unike pasienter behandlet på respirator og antall liggedøgn pr. innleggelser med respiratorbehandling. Kilde: SKDE

Sykehus	Årlig			Ukentlig	
	Antall	Pasienter	Liggetid	Antall	Pasienter
Kirkenes	15,5	14,5	6,5	0,30	0,28
Hammerfest	28,5	27,3	7,8	0,55	0,52
Tromsø	342,3	331,8	13,2	6,55	6,35
Harstad	31,0	28,8	9,3	0,59	0,55
Narvik	16,5	16,0	7,4	0,32	0,31
Vesterålen	5,5	5,0	1,7	0,11	0,10
Lofoten	8,0	7,8	2,1	0,15	0,15
Bodø	123,8	117,0	12,3	2,37	2,24
Mo i Rana	31,5	30,0	8,9	0,60	0,57
Mosjøen	13,3	13,3	4,3	0,25	0,25
Sandnessjøen	15,5	14,8	6,7	0,30	0,28

Tabellen viser at det er flest pasienter som mottar respiratorbehandling i forbindelse med planlagt behandling i Tromsø og Bodø. Det er her de mest kompliserte inngrepene utføres. Oftest er dette knyttet til postoperativ intensivbehandling etter planlagte operasjoner. Kirkenes, Lofoten, Vesterålen og Sandnessjøen har ikke pasienter med behov for planlagt respiratorbehandling.

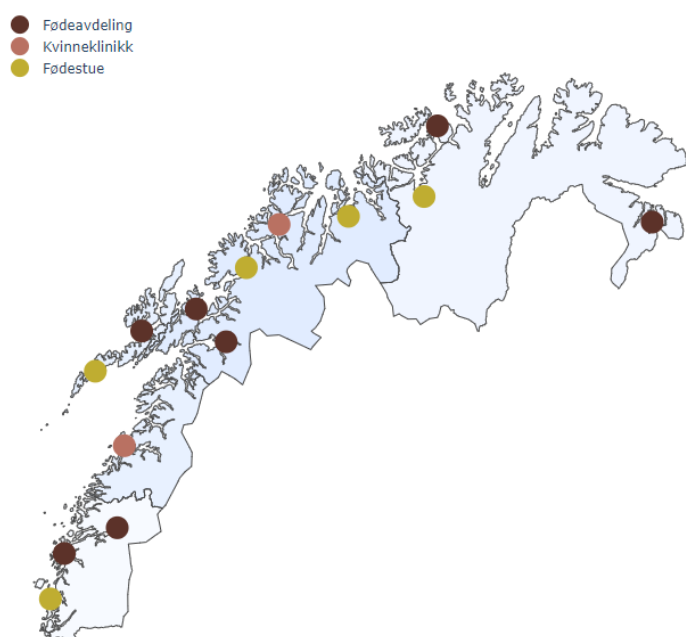
Tabell 14 Antall elektive innleggelser der respiratorbehandling har vært gitt ved sykehusene i Helse Nord i perioden 2019-2022. Årlig og ukentlig gjennomsnitt. Antall innleggelser med respiratorbehandling, antall unike pasienter behandlet på respirator og antall liggedøgn pr. innleggelser med respiratorbehandling. Kilde: SKDE

Sykehus	Årlig			Ukentlig	
	Antall	Pasienter	Liggetid	Antall	Pasienter
Kirkenes	0,3	0,3	4,1	0,00	0,00
Hammerfest	1,3	1,3	7,2	0,02	0,02
Tromsø	119,0	116,8	13,8	2,28	2,23
Harstad	6,3	6,3	12,7	0,12	0,12
Narvik	1,3	1,3	28,6	0,02	0,02
Vesterålen	1,5	0,5	0,1	0,03	0,01
Lofoten	0,8	0,8	6,8	0,01	0,01
Bodø	24,3	23,8	14,3	0,46	0,45
Mo i Rana	2,8	2,8	17,9	0,05	0,05
Sandnessjøen	0,5	0,5	32,7	0,01	0,01

## 4.7 Organisering av fødselsomsorgen i Helse Nord

Fødselsomsorgen i Helse Nord er preget av at vi har mange små fødeinstitusjoner som betjener et stort geografisk område med synkende befolkningstall og fødselstall.

Fødselsomsorgen er organisert etter nivåinndeling. Total er det 14 fødeinstitusjoner fordelt på to kvinneklinikker, syv fødeavdelinger og fem fødestuer i Helse Nord. Fødested besluttes i stor grad etter seleksjon som er beskrevet i nasjonale faglige retningslinjer [16].



Figur 5 Oversikt over fødeinstitusjoner i Helse Nord

### Kvinneklinikker

Kvinneklinikkene i Tromsø og Bodø er de største fødeinstitusjonene med tilgang til spesialkompetanse innen fødselshjelp. De skal kunne ivareta både de normalt fødende og de med stor risiko for komplikasjoner. Kvinneklinikkene har tilgang til kompetanse i nyfødtmedisin og flere andre relevante spesialiteter. Både forvakt og spesialist i bakvakt skal ha tilstedevakt ved kvinneklinikken. Kvinneklinikken ved UNN Tromsø har ansvar for de ekstremt premature fra hele region og regionale funksjoner for fostermedisin og IVF behandling.

### Fødeavdeling

Fødeavdelingene tar hånd om kvinner med normale forløp og pasienter med moderat risiko tilpasset avdelingens kompetanse. Fødeavdelinger som har nyfødtafdeling i sykehuset og barnelege i tilstedevakt gjør det mulig å tillate flere risikofødsler enn de



som ikke har dette tilbudet. I vår region har vi fødeavdelinger med barnelege i vakt ved sykehusene i Hammerfest, Tromsø og Bodø.

### Fødestue

Fødestue er et fødetilbud til friske kvinner med et normalt svangerskap som ønsker å føde der. Fødestuene ivaretar både kommunale og spesialisthelsetjenesteoppgaver. Jordmødrene tilbyr svangerskapsomsorg og gjør en fortløpende vurdering og seleksjon til fødested i samarbeid med kvinnens fastlege og spesialisthelsetjenesten. I distriktet representerer fødestuene en jordmorfaglig beredskap og kompetanse for alle gravide, fødende og barselkvinner, også for dem ikke føder på fødestuen. Jordmødrene på fødestuene ivaretar også følgetjeneste og tilbyr barselopphold og oppfølging til kvinner som føder på fødeavdeling eller kvinneklinikk. Det antas at ca. 30-40 pst. av fødepopulasjon kan føde på fødestue jamfør seleksjonskriterier.

Lofoten fødestue er en forsterket fødestue som har mulighet til å utføre keisersnitt.

### Nyfødtintensiv

Ved Nordlandssykehuset i Bodø, UNN Tromsø og Hammerfest sykehus finnes nyfødtavdelinger som tar imot fortidig fødte barn og syke nyfødte. Behandling av ekstremt fortidig fødte barn fra svangerskapsuke 22 -26 er funksjonsfordelt til UNN Tromsø. I Hammerfest finnes barneavdeling som tar imot syke nyfødte og for tidlig fødte barn fra svangerskapsuke 32 der barnet er antatt friskt.

Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø har kontinuerlig vakt for hvert sitt henteteam som rykker ut ved behov for behandling og overflytting av syke nyfødte eller for tidlig fødte barn.

### Følgetjeneste

Ansvaret for følgetjeneste og nødvendig beredskap for gravide og fødende ble overført til de regionale helseforetakene 1. januar 2010. Beredskapen innebærer organisering av vaktberedskap med kvalifisert helsepersonell (lege eller jordmor) og skal gi vurdering og mulighet til følge for kvinner i aktiv fødsel og gravide med risikotilstander til fødeinstitusjon. Følgetjenesten skal organiseres i samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. De fleste fødende tar seg til fødeinstitusjonen uten bruk av følgetjeneste. Følgetjenesten skal være et døgnkontinuerlig tilbud der det er halvannen times reisevei til fødestedet. Helsedirektoratet utreder nå konsekvenser ved å endre retten til følgetjenester fra 90 minutter til 60 minutters reisevei.

Fritt sykehusvalg er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-4 og gir den fødende rett til å velge behandlingssted/fødested. Som hovedregel kan kvinnen velge hvor hun vil følges opp i svangerskapet, og hvor hun ønsker å føde. Rett til fritt sykehusvalg oppstår i forbindelse med planlagt undersøkelse og behandling. Ved øyeblikkelig hjelp har fødekvinne ikke rett til å velge sykehus.

#### 4.7.1 Tilgang til kompetanse

Rekruttering av et tilstrekkelig antall spesialister innen fødselshjelp og kvinnesykdommer har vært vanskelig over lang tid. Krav til bemanning jamfør nasjonale kvalitetskriterier anbefaler at fast ansatte spesialister utgjør hoveddelen

av bemanningen og at vikarstafetter unngås. Flere av fødeavdelingene i Helse Nord har i en årrekke hatt rekrutterings- og bemanningsproblemer og dermed en ustabil driftssituasjon. Utstrakt bruk av vikarer kan påvirke kvalitet og pasienttilfredshet. Allerede i 2010 ble rekrutterings- og bemanningsproblemer med få faste ansatte og utstrakt vikarbruk omtalt som en risiko ved mindre fødeavdelinger i nasjonal veileder *Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødeinstitusjoner* [17]. Mangel på personell har de siste årene ført til sommerstengte fødeavdelinger i forbindelse med ferieavvikling i UNN HF og ved Helgelandssykehuset.

For å bøte på personellmangelen har det i 2023 vært forsøkt å lyse ut kombinerte stillinger med arbeidsted UNN og Hammerfest for å bedre rekrutteringen av spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer til Finnmarkssykehuset uten hell.

En foreløpig framskrivning av behovet for spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer viser at det vil være en relativt stor avgang blant legespesialister de nærmeste fem til ti årene. Beregninger viser at det vil være nødvendig å utdanne fem til seks legespesialister årlig for å fylle behovet fram mot 2040. Da behovet er størst mot 2030 bør det sannsynligvis utdannes flere de neste fem til ti årene. Kapasiteten i Helse Nord er per tiden to spesialisere per år.

Nesten en av tre jordmødre er over 55 år eller eldre og cirka én av ti med jordmorutdanning jobber utenfor helse- og omsorgstjenestene. Norge har hatt god tilgang til jordmorvikarer fra våre naboland, men fra 2017 sees en nedgang i antall søknader om autorisasjon som jordmor fra andre nordiske land.

Universitetet i Tromsø har de siste årene uteksaminert 16-18 jordmorkandidater pr. år, men måltallet er 20 kandidater. Dette er trolig for lavt for å sikre tilstrekkelig kompetansetilførsel i regionen. Den viktigste kapasitetsbegrensningen for å øke kandidattallet er begrenset tilgang til praksisplasser i regionen pga. lave fødselstall, noe som ikke gir nok undervisningsmuligheter for jordmorstudenter.

#### 4.7.2 Drivere for økt behov for kompetanse

Nye pasienttilbud har de senere år økt behovet for jordmødre.

Kommunene er lovpålagt å organisere svangerskaps- og barselomsorg. Det har vært en satsning på jordmorstillinger i kommune blant annet for å ivareta anbefalingen om at barselkvinner skal få tilbud om hjemmebesøk 1-3 dager etter fødsel i tillegg til den etablert ordningen med hjemmebesøk av helsesykepleier.

Nye pasientrettigheter som innebærer tilbud om NIPT (non invasiv prenatal test) til utvalgte grupper gravide og tidlig ultralyd til alle gravide har også ført til økt behov for leger med spesialkompetanse og jordmødre med tilleggsutdanning i ultralyd.

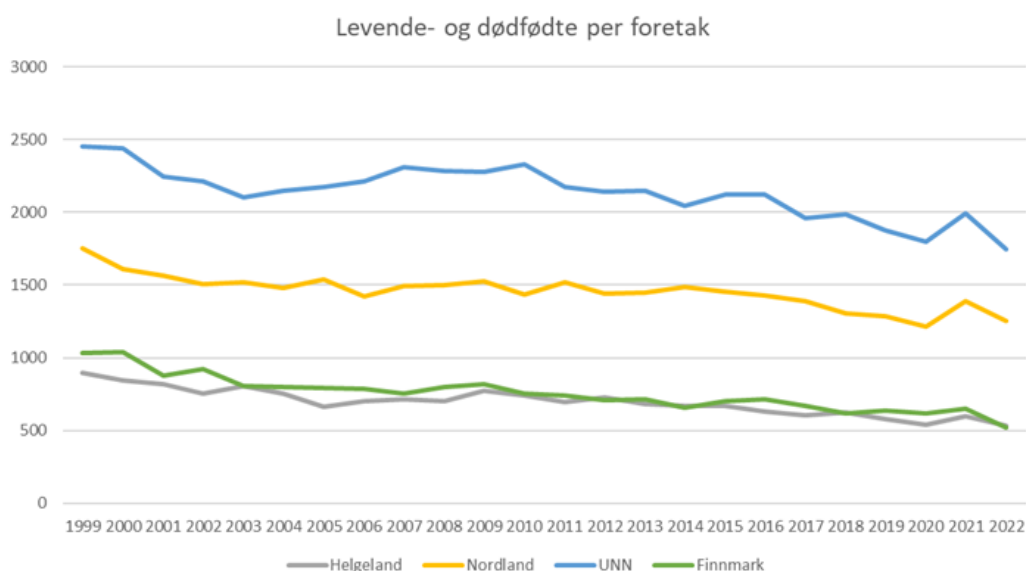
Sammensetning og kompleksitet i gruppen av fødekvinne har endret seg over tid. I 2020 publiserte Helsedirektoratet en rapport som beskrev kompleksiteten i dagens fødepopulasjon og hvilke konsekvenser dette kan ha for kompetansebehov og

bemanning [18]. Det vises til en nedgang i antall fødsler i perioden 2008-2018, samtidig har kompleksiteten i fødepopulasjonen økt. De viktigste endringene er økning i mors alder og KMI (kroppsmasseindeks) og en økt andel gravide med sykdommer i svangerskapet som diabetes og høyt blodtrykk. I forbindelse med fødsel har andel med inngrep og komplikasjoner også økt. Det er registrert flere gravide med fødeland utenfor Norge, noe som i enkelte tilfeller bidrar til endret risikoprofil. I sum har endringene i fødepopulasjon ført til et større behov for kompetanse ved fødeinstitusjonene, spesielt ved kvinneklinikkene som mottar kvinner med økt behov for overvåkning i svangerskapet og under fødsel.

I oktober 2022 sendte Helsedirektoratet et høringsutkast av revidert nasjonal faglig retningslinje på høring. I høringsutkastet foreslås blant annet en bemanningsnorm for jordmødre [16]. Revidert retningslinje er forventet publisert ved utgangen av 2023. En eventuell endring i rett til følgetjeneste for gravide fra 90 til 60 minutters reisevei og innføring av bemanningsnorm på fødeavdelingene vil sannsynligvis kreve flere jordmorstillinger.

### 4.7.3 Fødselstall

Medisinsk fødselsregister rapporterte i januar 2021 om et oppsving i antall fødsler for første gang på tretti år. For Nordland var det en økning fra 2020 til 2021 på 11,5 pst. I Troms og Finnmark var økningen på 9,2 pst. Fødselstall for 2022 viser en nedadgående trend som forgående år med færre fødsler i landsdelen.



Figur 6 Utvikling i antall fødsler 1999-2022 per HF i Helse Nord.

Oversikt over fødsler per fødeinstitusjon viser at flere enheter i Helse Nord har svært få fødsler per år. Hovedaktiviteten ved fødestuene er beredskap for følgetjeneste/fødselshjelp og kommunale oppgaver.

Tabell 15 Oversikt over fødeinstitusjoner og fødselstall. Antall fødsler er alle levendefødte, samt dødfødte  $\geq 500$  gram eller  $\geq 22$  uker. Kilde: Medisinsk fødselsregister.

	Antall fødsler 2019	Antall fødsler 2020	Antall fødsler 2021	Antall fødsler 2022
Fødeavdeling i Kirkenes	186	188	184	161
Fødeavdeling i Hammerfest	381	356	394	346
Fødestue i Alta	68	75	75	60
Finmarkssykehuset HF	635	619	653	567
Kvinneklinnikk i Tromsø	1264	1227	1401	1196
Fødeavdeling i Harstad	264	271	284	265
Fødeavdeling i Narvik	243	219	214	209
Fødestue på Storslett	24	24	27	14
Fødestuen i Midt Troms	59	54	68	62
UNN HF	1854	1795	1994	1746
Kvinneklinnikk i Bodø	905	844	1006	904
Fødeavdeling i Vesterålen	311	315	297	288
Forsterket fødestue i Lofoten	59	58	86	72
Nordlandssykehuset HF	1275	1217	1389	1264
Fødeavdeling i Mo i Rana	248	249	278	236
Fødeavdeling i Sandessjøen	312	268	298	280
Fødestue i Brønnøysund	23	23	23	15
Helgelandssykehuset HF	585	540	599	531

Basert på SSB sin befolkningsframskriving kan vi beskrive bostedskommune til kvinner i fertil alder i 2030. Da vil 26 pst av kommunene stå for 80 pst av fødslene i Helse Nord. Det vil være flest fødende i Tromsø, Bodø, Mo i Rana og Alta i 2030. Seleksjonskriterier som anbefaler fødested etter medisinske vurderinger, vil også påvirke hvor fødselen faktisk finner sted. Ved økende alder og økt KMI hos fødepopulasjon vil flere gravide ha behov for overvåkning i fødsel og vil derfor selekteres til fødeavdeling eller kvinneklinnikk.

## 4.8 Dagens elektive kirurgiske aktivitet

Det er et økende antall pasienter som utsettes for fristbrudd. For fagområdet øre-nese-halssykdommer manglet 25 pst. av de som ventet på behandling tilbud innen fristen, 6000 pasienter venter på behandling og gjennomsnittlig ventetid er 119 dager.

I 2019 var gjennomsnittlig ventetid i somatiske fag ca. 60 dager, mens den i september 2023 var 85 dager. Det er variasjon mellom fagområdene, men denne utviklingen gjelder

mange av de fagområdene som utfører planlagt kirurgi. Ventetiden for pasientbehandlingen øker. En av årsakene til denne utviklingen er mangel på leger og sykepleiere. For å redusere konsekvensene for pasientene suppleres tilbudet til pasientene med kjøp fra det private, samt å tilsette avtalespesialister i de hjemlene som er ledige.

Planlagt kirurgisk aktivitet utføres ved alle sykehus i Helse Nord. Driftsformen er en kombinasjon av operasjoner som er planlagt og øyeblikkelig hjelp. Dette er en krevende driftsform som gir vanskeligheter med å benytte arealer, utstyr og personelt optimalt for å gi mest mulig pasientbehandling innenfor rammene.

De fleste sykehusene tilbyr et bredt faglig repertoar, noe som medfører lave volum innenfor hvert fagområde og lave volum for de ulike typer prosedyrer. Mindre enheter med få ansatte er også sårbare ved fravær.

Dagens organisering og funksjonsdeling utfordrer muligheten til høy produktivitet, samt muligheten til standardisering og gjennomgående faglig ledelse. Behovet for en bred utstyrsparke og lagerbeholdning er kostnadsdrivende sett i et regionalt perspektiv. Enkelte fagområder og pasientgrupper er funksjons- og oppgavefordelt. Kreftkirurgi er et eksempel på dette.

I Styresak 125–2022 *Radiologi- og operasjonsstuekapasitet – kartlegging*<sup>17</sup> ble styret orientert om innhold og anbefalinger fra intern arbeidsgruppe og eksternt konsulenthus knyttet til kapasitetsutnyttelse og mulige forbedringer for kapasitetsutnyttelse for radiologi og operasjonsstuer i regionen. Bedre virksomhetsstyring, planlegging, bemanning, samt utnyttelse av areal og utstyr ble løftet frem som kritiske suksessfaktorer.

Tabell 16 Gjennomsnittlig antall planlagt poliklinikk per år 2019 til 2022. Per sykehus, hastegrad og kategorisert ved planlagt generell- og ortopedisk kirurgi. Kildegrunnlag: NPR Vedlegg: 7

Sykehus	Kirurgisk Planlagt	Ortoped.kirurgi Planlagt	Totalt
Alta	675	1 171	1 846
Bodø	12 814	10 684	23 498
Hammerfest	3 719	3 515	7 234
Harstad	5 686	4 971	10 657
Kirkenes	2 630	1 827	4 457
Lofoten	3 069	2 435	5 503
Mo i Rana	2 723	6 203	8 926
Mosjøen	5 480	587	6 066
Narvik	3 568	2 959	6 527
Sandnessjøen	2 608	753	3 361
Tromsø	16 048	10 970	27 018
Vesterålen	3 960	3 892	7 852
<b>Totalt</b>	<b>62 978</b>	<b>49 966</b>	<b>112 944</b>

<sup>17</sup> <https://www.helse-nord.no/499ffb/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2022/20220928/styresak-125-2022-radiologi--og-operasjonsstuekapasitet---kartlegging.pdf>

Tabell 17 Elektive kirurgiske sykehusopphold med DRG på sykehus, 2019 til 2022. Kategorisert for dag- og døgnbehandling pr. helseforetak og sykehus. Kildegrunnlag: NPR Vedlegg 7

Sykehus	Dagkir.	Døgnkir.	Total kir.	Snitt Dagkir./år	Snitt Døgnkir./år	Snitt Total/år	Andel Dagkir.
<b>FIN HF</b>							
Kirkenes	3 352	1 076	4 428	838	269	1 107	75,7%
Hammerfest	4 018	1 983	6 001	1 005	496	1 500	67,0%
Alta	1 030	24	1 054	258	6	264	97,7%
<b>UNN HF</b>							
Tromsø	22 157	21 075	43 232	5 539	5 269	10 808	51,3%
Narvik	4 420	1 098	5 518	1 105	275	1 380	80,1%
Harstad	7 004	2 823	9 827	1 751	706	2 457	71,3%
<b>NLSH HF</b>							
Vesterålen	3 743	1 455	5 198	936	364	1 300	72,0%
Lofoten	2 146	1 201	3 347	537	300	837	64,1%
Bodø	14 536	9 224	23 760	3 634	2 306	5 940	61,2%
<b>HSYK HF</b>							
Sandnessjøen	3 495	1 136	4 631	874	284	1 158	75,5%
Mosjøen	3 250	822	4 072	813	206	1 018	79,8%
Mo i Rana	3 524	1 751	5 275	881	438	1 319	66,8%
<b>Total</b>	<b>72 675</b>	<b>43 668</b>	<b>116 343</b>	<b>18 169</b>	<b>10 917</b>	<b>29 086</b>	<b>62,5%</b>

I Helse Nord ble det i perioden 2019-2022 utført rundt 1900 kirurgiske pasientbehandlinger til private tilbydere. I denne perioden har antallet av kirurgisk pasientbehandling utført av private økt fra 1677 til 2541 som er en økning på rundt 50 pst. Det er innenfor fagområdene ortopedi, øre-nese-hals sykdommer og plastikk-kirurgi at kjøpene er størst.

Tabell 18 Antall elektive sykehusopphold med kirurgisk drg på private sykehus for pasienter tilhørende opptaksområdet til Helse Nord fordelt på opptaksområdene til HN foretak i perioden 2019-2022. Kildegrunnlag: NPR Vedlegg 7

HF Opptaksområde	Dagkir	Døgnkir	Snitt Dagkir.	Snitt Døgnkir.	Dagkir. Andel
Finnmarkssykehuset HF	1 085	24	271	6	97,8%
UNN HF	3 725	55	931	14	98,5%
Nordlandssykehuset HF	1 566	78	392	20	95,3%
Helgelandssykehuset HF	937	56	234	14	94,4%
<b>Total</b>	<b>7 313</b>	<b>213</b>	<b>1 828</b>	<b>53</b>	<b>97,2%</b>

#### 4.8.1 Avtalespesialister

Avtalespesialistene bidrar til å ivareta RHF-enes «sørge-for ansvar» og er viktige bidragsytere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten ved å bidra til økt tilgjengelighet.

Avtalespesialistene yter en betydelig andel (20 pst.) av de polikliniske spesialisthelsetjenestene i Helse Nord, og ordningen oppfattes å være godt tilrettelagt

for et høyt pasientvolum, da det meste av avtalespesialistenes tid går med til direkte pasientbehandling. Avtalespesialistene i Helse Nord utfører også noe planlagt kirurgisk behandling. I tabell 19 vises gjennomsnittlig antall polikliniske kontakter og kirurgi per HF. Det utføres flest kontakter innenfor fagområdene øye, hud og øre-nese-hals sykdommer.

Tabell 19 Gjennomsnittlig antall polikliniske og kirurgiske opphold hos avtalespesialister per opptaksområde i Helse Nord (HN) fra 2019-2022. Totaltallene representerer summen av alle opptaksområder. Kildegrunnlag: NPR. Vedlegg 7

Opptaksområde	Poliklinikk Snitt	Kirurgi Snitt
Finnmark	4 884	234
UNN	39 843	2 095
Nordland	43 204	2 699
Helgeland	13 993	556
Utenfor HN	686	28
<b>Totalt</b>	<b>102 610</b>	<b>5 612</b>

#### 4.8.2 Fristbrudd til Helfo

Dersom spesialisthelsetjenesten ikke klarer å finne et tilbud til pasienten innen fristen for når helsehjelp senest skal gis, har spesialisthelsetjenesten plikt til å varsle Helfo<sup>18</sup> gjennom Fristbruddportalen. Kostnadene for behandlingen i regi av Helfo avtaler blir belastet helseforetaket pasienten hører til. Under vises en oversikt over fagområder fra somatikk som har fått behandling gjennom Helfo ordningen. Det er flest pasienter innenfor ortopedi, øre-nese-hals og gastroenterologisk kirurgi.

Tabell 20 gir oversikt over pasienter som fikk et behandlingstilbud i regi av Helfo 2019-2022 fordelt på fagområde.

Tabell 20 Antall opphold Helfo formidlet opphold ved fristbrudd fra 2019 til 2022 for pasienter fra Helse Nord's opptaksområde. Debitor kode 70. Kildegrunnlag: NPR. Vedlegg: 7

Fagområde	2019	2020	2021	2022
Ortopedisk kirurgi (inkl. revmakirurgi)	7	270	770	1 009
Øre-nese-hals sykdommer	3	1	903	1 124
Gastroenterologisk kirurgi	24	29	387	694
Hjertesykdommer	190	29	377	442
Øyesykdommer	26		20	300
Nevrokirurgi	15	15	105	138
Kvinnesykdommer og elektiv fødselshjelp			1	140
Lungesykdommer	5	2	98	34
Hud og veneriske sykdommer	2	3	6	101
Urologi			30	9
Alle andre	16	1	20	64
<b>Totalt</b>	<b>288</b>	<b>350</b>	<b>2 717</b>	<b>4 055</b>

<sup>18</sup> Helfo er Helsedirektoratets ytre etat. Helfo arbeider for at pasienter skal få oppfylt sine helserettigheter, og at behandlere, leverandører og tjenesteytere får økonomisk oppgjør i henhold til folketrygdlovens kapittel 5.

I løpet av 2022 ble totalt 4055 pasienter henvist til eksterne tjenesteleverandører gjennom HELFO på grunn av fristbrudd. Den virkelige kostnaden forbundet med disse pasientenes behandling er ca. 42 millioner kroner. Kostnad for behandling av disse pasientene innenfor sykehusvesenet kan estimeres ved bruk av diagnoserelaterte grupper (DRG) og enhetspris for 2022 sammenlignet mot faktisk kostnad betalt til HELFO-leverandører for denne pasientgruppen. Basert på en forenklet beregningsmodell<sup>19</sup>, og forutsatt finansieringsmodellens antagelse om uniform kostnadsvekt på tvers av helseregionene, estimeres sykehusbehandling av fristbruddspasienter i 2022 somatikk å kunne ha kostet omtrent 22,1 MNOK. Dette indikerer at kostnadene ved å behandle somatiske pasienter gjennom HELFO-leverandører er dobbelt så dyrt som i våre sykehus og vil i den forenklete analysen, alt annet like, i 2022 medført en besparelse på anslagsvis 20 MNOK.

---

<sup>19</sup> Somatikk i Helse Nord 2022: Estimert Kostnad av å behandle fristbruddspasienter i våre sykehus, Helse Nord RHF



## 5 Forslag til alternativer for funksjons- og oppgavedeling med konsekvenser for avhengigheter og forutsetninger

Dette kapitlet redegjør for arbeidsgruppens anbefalinger, og konsekvenser for avhengigheter og forutsetninger. Det er foreslått to nye alternativer hvor alternativ 1 gir minst måloppnåelse, og alternativ 2 foreslår mer omfattende funksjons- og oppgavedeling som gir større måloppnåelse.

Tabell 21 Alternativ 0-2 per helseforetak

<b>Finmarkssykehuset</b>	<b>0-alternativ</b>	<b>Alternativ 1</b>	<b>Alternativ 2</b>
Kirkenes	Akuttsykehus	Akuttsykehus	Akuttsykehus
Hammerfest	Akuttsykehus	Akuttsykehus	Akuttsykehus
Alta	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon, fødestue og dagkirurgi	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon, fødestue og dagkirurgi	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon og fødestue
Sami klinihkka	Polikliniske tjenester	Polikliniske tjenester	Polikliniske tjenester
<b>UNN</b>	<b>0 - alternativet</b>	<b>Alternativ 1</b>	<b>Alternativ 2</b>
Storslett	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon* og fødestue.	DMS m/ polikliniske tjenester, svangerskaps- og barseltilbud og døgnfunksjon*	DMS m/ polikliniske tjenester, svangerskaps- og barseltilbud og døgnfunksjon*
Tromsø	Region- og universitetssykehus	Region- og universitetssykehus	Region- og universitetssykehus
Harstad	Akuttsykehus	Akuttsykehus - økt aktivitet kirurgi, ortopedi	Stort akuttsykehus
Narvik	Akuttsykehus	Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, økt aktivitet i planlagt kirurgi og fødestue	Sykehus uten akuttfunksjoner (fødestue opprettholdes) med betydelig økt aktivitet innen poliklinikk, planlagt kirurgi, og mulighet for andre fagområder.
Finnsnes	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon* og fødestue.	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon* og fødestue.	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon* og fødestue.
Longyearbyen	Akuttmedisinsk beredskapssykehus	Akuttmedisinsk beredskapssykehus	Akuttmedisinsk beredskapssykehus
<b>Nordlandssykehuset</b>	<b>0-alternativ</b>	<b>Alternativ 1</b>	<b>Alternativ 2</b>

Stokmarknes	Akuttsykehus	Akuttsykehus - økt aktivitet kirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer	Akuttsykehus - økt aktivitet alle fagområder
Gravdal	Akuttsykehus	Akuttsykehus med akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavt, økt aktivitet planlagt kirurgi og fødestue	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnavt* og fødestue.
Bodø	Stort akuttsykehus	Stort akuttsykehus	Stort akuttsykehus

\*Døgnavt må vurderes i samarbeid med kommunene i opptaksområdet til DMS

Helgelandssykehuset	0- A-alternativet	0-B-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
Rana	Akuttsykehus	Akuttsykehus	Akuttsykehus-funksjonsdelt ortopedi - fødestue	Stort akuttsykehus
Mosjøen	Akuttsykehus*	Polikliniske tjenester	Polikliniske tjenester	
Sandnessjøen	Akuttsykehus	Akuttsykehus	Akuttsykehus - funksjonsdelt fødeavdeling	
Brønnøysund	DMS m/ polikliniske tjenester, fødestue	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnavt, fødestue	DMS m/ polikliniske tjenester og døgnavt**	DMS m/ polikliniske tjenester og døgnavt**

\*0A: Helgelandssykehuset Mosjøen er i dag et akuttsykehus med akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavt og planlagt kirurgi. 0B: I foretaksrådet 27.01.2020 ble det vedtatt ny lokalisering og struktur for Helgelandssykehuset. \*\* Døgnavt må vurderes i samarbeid med kommunene i opptaksområdet til DMS

Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2. Et mindretall på fem medlemmer kan ikke stille seg bak anbefalingen om alternativ 2 som framtidig struktur for Helse Nord. Ett medlem av mindretallet ønsker ikke å ta stilling til noen av de foreslåtte alternativene. To av mindretallet anbefaler alternativ 1 for Helgelandssykehuset, som innebærer at den vedtatte strukturen fattet i foretaksrådet i 2019 realiseres. En fra mindretallet støtter alternativ 2 for Helgelandssykehuset. Mindretallet på tre mener 0-alternativet skal være utgangspunktet for den videre utviklingen av UNN, Nordlandssykehuset og Finnmarksykehuset. En fra mindretallet anbefaler alternativ 1 for Nordlandssykehuset.

Alternativene til funksjons- og oppgavedeling i regionen beskrives med utgangspunkt i mål, hovedretninger og øvrige kriterier for delområdene akutfunksjoner i sykehus, fødselsomsorgen og planlagt kirurgi. I tillegg er det vurdert faktorer som geografi, bosettingsmønster, avstand mellom sykehus og værforhold. Nåsituasjonen (0-

alternativet) er beskrevet i kapittel 4. Redegjørelse for mål, og hovedretninger i arbeidsgruppens mandat ligger i kapittel 2.

SKDE har gjennom analyser fremskaffet aktivitetsdata for akuttfunksjoner for perioden 2019-2022. Disse dataene, sammen med virksomhetsdata fra DIPS for samme periode, danner grunnlaget for forslag til endringer.

I det videre redegjøres det for alternativ 1 og 2, og deretter følger det en mer detaljert beskrivelse av hvordan disse vil påvirke hvert helseforetaksområde sett opp mot konsekvenser, avhengigheter og forutsetninger.

Endret funksjons- og oppgavedeling vil øke muligheten for en omprioritering av personellressurser fra akutt- og døgnfunksjoner innenfor medisin, anestesi/intensiv, kirurgi, ortopedi og fødselsomsorgen med lav aktivitet til sykehus med mer aktivitet, for å øke planlagt pasientbehandling på dagtid som er i tråd med hovedretningene i mandatet.

Endret funksjons- og oppgavedeling vil øke muligheten for å bygge robuste og fleksible fagmiljø som beskrevet i mandatets hovedretninger. Økt antall medarbeidere i et fagområde gir mindre sårbarhet ved sykefravær og permisjoner, økt mulighet til faglig utvikling og redusert arbeidsbelastning knyttet til vakthypighet, og et lavere behov for vikarer. Dette gjelder for begge de foreslåtte alternativene. Denne effekten vil i liten grad oppnås for fagområdet indremedisin og anestesi/intensiv der samling av funksjoner ikke foreslås.

#### Utdyping av forslagene i alternativ 1

I alternativ 1 foreslås det at akutt- og døgnfunksjonene innenfor fagområdene kirurgi, ortopedi og fødselshjelp og kvinnesykdommer ved UNN Narvik samles ved UNN Harstad, og for Nordlandssykehuset Lofoten samles ved Nordlandssykehuset Vesterålen. Akuttfunksjonene i indremedisin med anestesilege i beredskap, planlagt kirurgi og fødestue opprettholdes ved UNN ved begge sykehus.

På Helgeland foreslås det å følge strukturvedtaket fra 2020 med ett sykehus på to lokalisasjoner i Rana og Sandnessjøen, men det foreslås en endret funksjons- og oppgavedeling med overgang fra to til en fødeavdeling. Det anbefales å beholde akutt- og døgnfunksjoner i Finnmark med bakgrunn i særskilte utfordringer med avstand mellom sykehusene.

Et sykehus med indremedisinsk akuttberedskap, støttet av anestesi, vil kunne ta imot og behandle pasienter med de vanligste akutte lidelsene. Dette er i tråd med anbefalingene fra Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 [13]. Den demografiske utviklingen vil medføre en ytterligere økning av pasientbehandling innenfor det indremedisinske fagområdet.

For intensivområdet foreslås det i alternativ 1 at det gjennomføres en funksjons- og oppgavedeling som tilpasses og dimensjoneres i forhold til den øvrige aktiviteten i sykehusene. Konkret foreslås det at sykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i beredskap og økt planlagt kirurgi justerer den intensivmedisinske virksomheten i tråd med dagens tilbud ved sykehusene i Lofoten og Vesterålen (ikke kapasitet til å behandle pasienter i behov av kategori 3-seng jf. 0-alternativet).

Det forutsettes en økning av poliklinikk og planlagt kirurgi (hovedsakelig dagkirurgi) som konsekvens av endrede akutfunksjoner for sykehusene i Lofoten og Narvik. Omfordeling og bedre bruk av tilgjengelige ressurser gir bedre pasientforløp. På sikt vil endringen kunne gi reduksjon i ventetider og fristbrudd. Kortere ventetider har betydning for pasientene, og målet er at flere velger behandling ved sykehusene i Nord-Norge.

Arbeidstid som i dag bindes opp i vaktberedskap blir frigjort til økt planlagt aktivitet på dagtid. Konsekvensene er at kapasitet for planlagt behandling øker med den effekt at flere pasienter som får behandling av private tilbydere gjennom både anbudsavtaler og fristbruddordningen (HELFO) kan få sin behandling innen frist i sykehusene i regionen.

Mulighetsrommet for å øke pasientbehandlingen innenfor planlagt kirurgi er betydelig. Arbeidsgruppen har gjennom utredningen fått tilgang til data fra Røros sykehus som viser at de på to operasjonsstuer med planlagte dagkirurgiske operasjoner gjennomfører om lag 2200 operasjoner per år (46 ukers drift) med svært lav strykningsandel. Til sammenligning viser tall fra egen virksomhet uten rene elektive kirurgiske enheter en klart lavere produktivitet. Forskjellen har flere årsaker, men erfaring viser at blandingen av elektiv og akutt kirurgi gir utfordringer ved operasjonsenhetene, fordi det akutte ofte fortrenger det planlagte programmet, noe som medfører strykninger. Konsekvensen av forslaget er reduksjon av strykninger, fordi det planlagte programmet ikke blir forstyrret av akutte operasjoner. Det vil kunne øke pasientsikkerheten.

Dette inkluderer også en flytting av dagkirurgi fra Bodø og Tromsø for å frigjøre ressurser til mer spesialisert dag- og døgnkirurgi. Der det i dag gjennomføres kirurgi med små volum, kan disse samles på færre enheter som ikke har akutfunksjoner.

Ved økning av akuttkirurgisk virksomhet må kapasitet til øyeblikkelig hjelp på dagtid styrkes, samt separate vaktlinjer for kirurgi og ortopedi vurderes for leger i spesialisering ved de sykehusene som skal øke sin akuttkirurgiske virksomhet. Ved å samle akuttkirurgi på færre sykehus oppnås anbefalt størrelse på opptaksområde med et nedslagsfelt på 60- 80 000, som angitt i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 [13].

#### Utdyping av forslagene i alternativ 2

I alternativ 2 foreslås en mer omfattende funksjons- og oppgavedeling. Akutfunksjonene og døgnaktivitet samles i større grad. UNN Narvik endres til et sykehus med betydelig økning i planlagt behandling og fødestue. Nordlandssykehuset Lofoten endres til et DMS med poliklinikk, fødestue og døgnfunksjoner. Dette medfører behov for en større oppbygging av akutt- og døgnfunksjoner i UNN Harstad og Nordlandssykehuset Vesterålen enn beskrevet i alternativ 1, da også disse funksjoner innenfor indremedisin og intensiv samles ved disse sykehusene. På Helgeland foreslås ett stort akuttsykehus. Det anbefales som i alternativ 1 å beholde akutt- og døgnfunksjoner i Finnmark med bakgrunn i særskilte utfordringer med avstand mellom sykehusene. Det foreslås at det for intensivområdet i alternativ 2 gjennomføres en funksjons- og oppgavedeling i som tilpasses og dimensjoneres i forhold til den øvrige aktiviteten i sykehusene jf. alternativ 1.

Effektene ved omprioritering av personell for å oppnå mer robuste og fleksible fagmiljø og større kapasitet i pasientbehandling på dagtid vil gi mindre fristbrudd og ventetider. Dette er i beskrevet under alternativ 1 og gir ytterligere effekter i alternativ 2.

Det krever at aktiviteten fordeles bedre mellom sykehus med akuttkirurgisk funksjon og sykehus med ren planlagt kirurgisk funksjon ut fra kapasitetshensyn. UNN Tromsø og UNN Harstad må overføre deler av planlagt poliklinisk aktivitet og dagkirurgi til sykehuset i UNN Narvik. En omfordeling vil gi bedre kapasitet til mer spesialiserte behandlingstilbud som lokalsykehusene ikke tilbyr. Blant annet vil dette kunne gi bedre måloppnåelse på kreftforløpene. En annen konsekvens er at bedre planlegging av pasientforløpene skaper bedre logistikk for støttefunksjoner og diagnostiske avklaringer. Det gir bedre utnyttelse av tilgjengelig infrastruktur og medisinsk teknisk utstyr.

Et stort elektivt sykehus i Narvik vil også kunne håndtere pasienter fra de andre sykehusene i regionen innenfor fagområder hvor det er lange ventelister og fristbrudd. Eksempel på slike fagområder er ortopedi, øre-nese-hals og øyesykdommer.

Samling av sykehusfunksjoner i Helgelandssykehuset vil kunne medføre økt kapasitet, noe som vil redusere pasientstrøm mot Nordlandssykehuset Bodø og ut av regionen.

De store endringene i alternativ to for å skape robuste og fleksible fagmiljø som styrker rekrutteringen til utdanningskapasiteten har noen forutsetninger. Endret funksjons- og oppgavedeling kan i en interimperiode kunne svekke pasienttilbudet. Det kan ikke forutsettes at fagfolk som arbeider i et sykehus som mister akutfunksjoner vil pendle eller flytte til nytt arbeidssted. Det gir også risiko for at noen velger å flytte ut av landsdelen. En viktig forutsetning er god medvirkning og samarbeid med tillitsvalgte og verneombud i prosesser som endrer arbeidsvilkår for de som blir involvert.

## 5.1 Overordnede konsekvenser for avhengigheter og forutsetninger

Tabellen viser generelle områder som påvirker hele foretaksgruppen. Disse vil bli utdypet i tekst senere i kapitlet.

Tabell 22 Generelle avhengigheter og forutsetninger som har konsekvenser

Avhengighet og forutsetning	Generelle konsekvenser
Konsekvenser for den samiske spesialisthelsetjenesten	Foreslåtte endringer i foretaksgruppen vil ikke endre på forutsetningene for å følge opp planlagte satsninger for den samiske befolkningen
Konsekvenser for pasienttilbudet i kommunehelsetjenesten	Må tilpasses endringene som foreslås gjennom de etablerte samarbeidsorganene.
Konsekvenser for utdanning	Mindre ressurskrevende å drive utdanning på færre steder. Mindre sårbare fagmiljø. En negativ konsekvens kan være svekket rekruttering av helsefaglig kompetanse til lokalsykehusområdene.
Konsekvenser som påvirker pasientreiser og prehospitaltjenester	Pasientreiser vil bli påvirket av endringen som foreslås i både alternativ 1 og 2. Dette gjelder for Helgeland, UNN og Nordlandssykehuset. I Finnmarks foreslås minimale endringer, og det vurderes at disse ikke vil påvirke dette området.  Prehospitaltjenester vil bli påvirket av endringen som foreslås i både alternativ 1 og 2. Dette gjelder for Helgeland, UNN og Nordlandssykehuset. I Finnmarks foreslås minimale endringer, og det vurderes at disse ikke vil påvirke dette området.

Samfunnssikkerhet og beredskap	Spesialisthelsetjenesten må sørge for tilstrekkelig infrastruktur i den foreslåtte tiltakssonen i Troms og Finnmark. Arbeidsgruppen har hensyntatt dette ved å opprettholde to akuttstusykehus i Finnmark.
Arealmessige tilpasninger	Ved UNN Harstad og UNN Vesterålen må det gjøres bygningsmessige tilpasninger og det kan bli behov for leie av areal eller modulbygg.
Økonomisk bærekraft	Overordnet økonomisk estimat for alternativ 1 og 2

### 5.1.1 Konsekvenser for den samiske spesialisthelsetjenesten

Helse Nord har et særskilt ansvar for å ivareta utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, og dette må tas hensyn til i arbeidet med å utrede nye funksjons – og oppgavedeling.

Helse Nord RHF har utarbeidet et strategidokument i samarbeid med de andre regionale helseforetakene og Sametinget, *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen* (2020)<sup>20</sup>. Strategidokumentet konkluderte med at det er behov for en betydelig kompetanseheving i spesialisthelsetjenesten, for å sikre at samiske pasienter får et tilfredsstillende tilbud tilpasset samisk språk og kultur. Foreslåtte endringer i foretaksgruppen vil ikke endre på forutsetningene for å følge opp planlagte satsninger for den samiske befolkningen.

### 5.1.2 Konsekvenser for pasienttilbudet i kommunehelsetjenesten

Arbeidsgruppens deltagere fra kommunene har fremstilt hvilke konsekvenser de mener strukturendringer bortfall av akuttfunksjoner får både for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Tabell 23 Konsekvenser for kommunene ved lengre avstand til akuttstusykehus

Avhengighet og forutsetning	Konsekvenser for kommunene
Pasienten må håndteres lengre i den prehospitalen fasen på grunn av lengre avstand til akuttstusykehus	Lege må følge pasient oftere, og over lengre tid. Medfører behov for flere leger i vaktssystemet for å sikre tilstedeværelse av lege lokalt. Økt kompetanse blant leger og sykepleiere i legevakt fordi pasientene må stabiliseres/behandles lokalt.
Vaktbelastning	Økt vaktbelastning på fastleger. Må være flere leger i vaktssystemet. Kan utfordre rekruttering.
Øyeblikkelig hjelp døgnopphold i kommune (ØHD)	Behov for høyere kapasitet. Pasienter vil være mer krevende og kompleksiteten av sykdommer øker fordi vi får flere eldre, og man vil forsøke å behandle flere lokalt på grunn av lang reisevei. Dette kan medføre økt bemanning døgnbemanning. Dette vil igjen føre til økt kompetansebehov i kommunen knyttet til ØHD.
Lengre liggetid	Pasienter som tidligere ble utskrevet til lokalsykehus, vil måtte ligge lengre ved behandlende sykehus hvis ikke det bygges opp kompensierende tiltak i samarbeid med kommunene.
Utdanning av leger	Dersom Nordlandssykehuset Lofoten blir omgjort til DMS og UNN Narvik blir et elektivt sykehus, vil ikke LIS1 legene få utført hele tjenesten sin der. Ved å fjerne institusjoner som utdanner LIS 1 leger, vil dette påvirke rekrutteringen i distriktene fordi utdanningen sentraliseres.

<sup>20</sup> <https://www.helse-nord.no/499f57/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/samiske-helsetjenester/11.-mars-rapport-regional-arbeidsgruppe.pdf>

Det vil bli behov for økt kunnskap og ressurser til håndtering av akutte pasienter prehospitalt. Det vil bli behov for flere leger fordi de vil bli involvert i flere akutte pasienter, og bakvaktleger (kapasitetsbakvakter) fordi legene i perioder vil måtte forlate distriktet for å følge pasienter til sykehus. I tillegg vil det bli et økt behov for sykepleiere fordi pasientbelastningen og kompleksiteten av pasienter øker.

Kompetansen blant legevaktleger og sykepleiere må heves for oftere å kunne ivareta hendelser som tidligere har gått direkte til akuttmottak.

Slik akuttmedisinforordningen<sup>21</sup> er per dags dato med kompetansebakvaksordning vil det økte behovet for kapasitetsbakvakter legge ytterligere press på en fastlegetjeneste som allerede i dag er kjent for å ha svært mange arbeidstimer per uke, fordi legevakt kommer på toppen av ordinær arbeidstid.

Seleksjonskriteriene for gravide må følges nøye for de områdene som mister mulighet for akutt keisersnitt. Det vil også bli økt behov for følgetjenester for fødekvinner.

En annen konsekvens for kommunene kan være at kapasiteten for ØHD senger blir for lav. En aldrende befolkning med økt kompleksitet kan føre til økt belastning på helsetjenestene for kommunene.

Tildelingskontor, korttidsavdeling og hjemmesykepleie må forholde seg til sykehus lengre unna med dårligere lokalkunnskap for planlegging av utskrivningsklare pasienter.

### 5.1.3 Konsekvenser som pasientreiser og prehospitaltjenester

#### Pasientreiser

Flytting av funksjoner i regionen har en ikke ubetydelig kostnad knyttet til pasientreiser. Kostnadsberegning av endrede pasientstrømmer omfatter svært mange faktorer og høy kompleksitet. Ulike pasientgrupper har ulike behov og det er ulike reisemuligheter på ulike strekninger og tidspunkt, blant annet. Hovedregelen i pasientreiseforskriften er refusjon etter standardsats, men en betydelig andel av volumet er rekvisisjonsbasert tilrettelagt transport, og den genererer størstedelen av pasientreisekostnaden for helseforetakene.

Det finnes ikke tilgjengelige data som henfører kostnadene til den enkelte pasient eller konsultasjon, eller til det enkelte behandlingssted. Det må derfor benyttes nøkkeltall på overordnet nivå. Utfra rammene for dette arbeidet er det gjort grove anslag av de overordnede endringsforslagene i samarbeid med rådgiver for pasientreiser i Helse Nord RHF og interne ressurser. Vurderingene må betraktes som det de er, grove estimater, og det bør gjøres en nærmere vurdering av konsekvensene knyttet til pasientreiser ved realisering av forslagene. Samlet anslås en kostnadsøkning for pasientreiser i størrelsesorden 50 millioner kroner i alternativ 2. For alternativ 1 vil den samlede kostnadsøkningen knyttet til pasientreiser være vesentlig mindre, vurdert til under 15 millioner kr per år.

---

<sup>21</sup> [akuttmedisinforordningen](#)

Nye faste ruter med helseekspress kan redusere konsekvensen på økonomi på strekninger med litt volum, forutsatt at en vesentlig andel av volumet er drosjereiser. Økningen i antall reiser ved endringene som er foreslått i alternativ 2 tilsier at dette bør vurderes, og utredes nærmere av helseforetakene.

Kapasitetsutfordringer vil ikke være avgjørende i noen av forslagene. Helseforetakene løser økt behov for tilrettelagt transport gjennom drifts- og rammeavtaler, eventuelt transport i egen regi.

#### Mulige økonomiske konsekvenser for pasientene

Pasientreiseforskriften gir ikke full dekning av alle kostnader for pasient. Det kan medføre at noen pasienter vil få økte kostnader ved endringer av funksjonsfordelingen, i tillegg til økt reisebelastning. Endringsforslagene vil gi økt reisevei for mange pasienter og kan gi økte kostnader for pasientene i tilfeller hvor støtten etter pasientreiseforskriften ikke dekker den reelle kostnaden. Den største økonomiske konsekvensen for pasientene oppstår ved behov for overnatting på reisen, hvor pasienten gis refusjon etter sats, for tiden kr 655 per døgn. Det er et betydelig gap mellom denne refusjonen og hotellprisene. Når flere pasienter må reise lengre til behandling kan det bli flere som må reise til sykehus dagen i forveien og dermed flere som må overnatte på reisen. For pasienter som reiser ofte og må overnatte kan egenbetalingen bli betydelig.

Ved flytting av akutfunksjoner vil det i tillegg til lengre reisevei til sykehus ved øyeblikkelig hjelp være en viss risiko for at flere pasienter opplever utfordringer med hjemreise etter akutte sykehusopphold når det er manglende kollektivtilbud. Når reisene blir lengre, mer kompliserte og til steder pasientene ikke kjenner så godt fra før, vil flere pasienter også trenge ledsager, med tilhørende økte reisekostnader.

Pasientene må som hovedregel legge ut for reisen selv, og søke refusjon. Noen har ikke likviditet til dette og det er en viss iboende risiko for at de dermed ikke kan motta helsetjenester. Denne risikoen kan øke med økt reiseavstand.

#### Konsekvenser for prehospitale tjenester

Alternativ to gir konsekvenser for prehospitale tjenester i Narvik, Lofoten og på Helgeland. Det vil bli behov for å øke antall ambulanserbiler i alle områder. Justering av luftambulansestructuren må vurderes. Det kan bli aktuelt å vurdere båtambulansetjenesten som følge av endringene. I dag er det midlertidig plassering av et ambulanshelikopter i Harstad. Permanent baselokaliserings må landes når ny oppgave- og funksjonsdeling er endelig besluttet.

#### 5.1.4 Konsekvenser for utdanning

Målsettingen i omstillingen av Helse Nord må være å opprettholde dagens høye utdanningskapasitet og øke kvaliteten i utdanningene. Helse Nord har tatt i bruk stort sett alle tilgjengelige og egnede læringsarenaer i utdanningen av helsepersonell. Desentralisering av utdanningene er viktig ikke bare for å sikre tilstrekkelig kapasitet, men også for å sikre rekruttering til de ulike lokasjonene.

Ved endring i strukturen vil utdanningsoppgavene normalt følge med de øvrige oppgavene som flyttes. Dersom man samler fagmiljø på færre lokasjoner vil det innebære at utdanningsoppgavene også samles mer enn tilfellet er i dag. Det vil totalt



sett redusere personellbehovene fordi det er mindre ressurskrevende å drive utdanning på færre steder. Større fagmiljø vil også være mindre sårbare i løsningen av utdanningsoppgaver. På den andre side er det slik at desentralisert utdanning er viktig for tilførselen av helsefaglig kompetanse til distriktene, så dette momentet må også vurderes.

Flytting av funksjoner som intensivavdeling, akuttkirurgi, indremedisin og fødeavdeling vil ha konsekvenser for sykehuset som praksisarena. Redusert antall studenter i praksis innebærer redusert rekrutteringsgrunnlag for sykehusene som mister slike funksjoner. Hvordan flytting av funksjoner påvirker den totale utdanningskapasiteten i regionen må utredes i mer detalj, og det må innhentes innspill fra utdanningsinstitusjonene.

### 5.1.5 Konsekvenser for samfunnssikkerhet og beredskap

Helse- og omsorgsdepartementet har ikke gitt noen føring på særskilte hensyn i et bredere samfunnssikkerhet- og beredskapsperspektiv for denne utredningen, utover sektoransvaret. Det er imidlertid et hovedmål at Helse- og omsorgssektoren er forberedt i møte med kriser og katastrofer.

Helse Nord er en sentral samfunnsaktør i Nord-Norge. Helse Nord RHF har, i tråd med gjeldende strategi en nøkkelrolle i arbeidet med helhetlig beredskap i nært samarbeid med andre kritiske samfunnsinstitusjoner. Forsvaret har flere avhengigheter til spesialisthelsetjenesten i hele krisespekteret, fred-krise-krig. Det pågår et arbeid med å utvikle operative beredskapsplaner mellom Helse Nord RHF og Forsvaret, der behov og forventninger blir avklart. Forsvaret har gitt uttrykk for behov når det gjelder infrastruktur knyttet til våre sykehus, men har ikke gitt uttrykk for noen forventninger til hvilke funksjoner og oppgaver som bør eksistere ved noen spesifikke sykehus.

Når det gjelder Totalberedskapskommisjonens rapport [19] så vises det bl.a. til at kommisjonen anbefaler at nasjonal sikkerhet og forsvarsevne må inngå i vurderingsgrunnlaget når sykehusstruktur og helseberedskap i Troms og Finnmark vurderes. Høringsinnspill til rapporten ble behandlet av styret i Helse Nord RHF 21.09.23. Styret i Helse Nord RHF støtter anbefalingen fra kommisjonsrapporten, om at det er viktig med en avklaring når det gjelder spesielle hensyn i den foreslåtte tiltaksplanen i Troms og Finnmark. Arbeidsgruppen har hensyntatt dette ved å opprettholde to akutt sykehus i Finnmark.

### 5.1.6 Arealmessige tilpasninger

Konsekvensene for arealmessige tilpasninger gjelder i hovedsak alternativ 2. Det vil kreve ombygging av eksisterende bygninger av ulikt omfang i Harstad og Vesterålen. Det kan også bli behov for modulbygg/leie, men ikke nye sykehusbygg. For Helgelandssykehuset vil det bli behov for nybygg. For mer detaljerte beskrivelser for sykehusene Harstad og Vesterålen vises det til henholdsvis kapittel 5.2.2 og 5.2.3. Ungdomsrådene har påpekt at en omstilling som medfører lengre reisevei og mer fravær fra skole, betyr at sykehuskolene må tilføres ressurser og areal. Dette vil gjelde for alle lokasjonene, men spesielt Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø.

### 5.1.7 Økonomisk bærekraft

Omstillingsutfordringen for foretaksgruppen er foreløpig anslått ett samlet omstillingsbehov for 2024 til om lag 900 mill. kroner som utgjør ca. 4,5 prosent av driftsinntektene i sykehusforetakene, og fordeler seg som følger.

Helse Nord er avhengig av å sikre økonomisk bærekraft for å videreutvikle tilbudet i helsetjenesten. Dette gjelder for daglig drift, investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr, samt å følge de medisinske utviklingstrekkene som persontilpasset medisin.

Med bakgrunn i rammevilkårene for utredningen er det benyttet en enkel modell for å estimere personellberegninger og økonomiske konsekvenser (vedlegg 8). Det anbefales at arbeidet oppdateres og justeres dersom en beslutning foreligger. Da bør en også velge å analysere enkeltkomponenter grundigere. Tabell 24 og 25 viser estimatene for endringer i personell og økonomisk effekt for henholdsvis alternativ 1 og 2.

De grove estimatene viser en mulig styrket økonomisk bærekraft på 41 millioner kroner i alternativ 1, og 218 millioner kroner i alternativ 2. Det er ikke lagt inn investeringskostnader for arealmessige tilpasninger i UNN Harstad, NLSH Vesterålen eller ved behov for endret kapasitet på ambulansestasjoner i tabell 24.

Tabell 24 Effekter for økonomisk bærekraft samlet for alternativ 1

Beregning Alternativ 1	Årsverk	Est endring bemanningskostnad (kr, millioner)
Bemanningsendring NLSH - Lofoten <sup>22</sup>	-10	(11)
Bemanningsendring NLSH - Vesterålen <sup>2</sup>	10	11
Bemanningsendring UNN - Harstad	10	11
Bemanningsendring UNN - Narvik	-10	(11)
Bemanningsendring FIN - Alta	0	-
Bemanningsendring FIN - Kirkenes	0	-
HSYK <sup>23</sup>		(45)
<b>A = Sum est. direkte besparelse</b>		<b>(45)</b>
Reduksjon merforbruk (30%) NLSH - Lofoten		(5,5)
Reduksjon merforbruk (0%) UNN - Harstad		-
Reduksjon merforbruk (30%) UNN - Narvik		(8,5)
Reduksjon merforbruk (0%) FIN - Alta		-
Reduksjon merforbruk (0%) FIN - Kirkenes		-
<b>B = Sum est. indirekte besparelse</b>		<b>(14)</b>
Økte prehospitale kostnader		28
Pasientreiser		15
Redusert merkostnad HELFO		(20)
<b>C = Sum est. andre endringer</b>		<b>18</b>
<b>D = Sum est. endringer (A + B + C)</b>		<b>(36)</b>

<sup>22</sup> Personellendringer på Lofoten og Vesterålen i Alternativ 1 setter likt UNN da det er relativt like endringer i funksjons- og oppgavedeling

<sup>23</sup> Styresak 137-2019: Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering: 50 mill besparelse Alternativ 1

Tabell 25 Effekter for økonomisk bærekraft samlet for alternativ 2

Beregning Alternativ 2	Årsverk	Est endring bemanningskostnad (kr, millioner)
Bemanningsendring NLSH - Lofoten	-198	(217)
Bemanningsendring NLSH - Vesterålen	87	95
Bemanningsendring UNN - Harstad	65	71
Bemanningsendring UNN - Narvik	-106	(116)
Bemanningsendring FIN - Alta	0	-
Bemanningsendring FIN - Kirkenes	0	-
HSYK (ett stort akuttsykehus) <sup>24</sup>		(100)
<b>A = Sum est. direkte besparelse</b>		<b>(267)</b>
Reduksjon merforbruk (90%) NLSH - Lofoten		(16)
Reduksjon merforbruk (20%) UNN - Harstad		(2)
Reduksjon merforbruk (75%) UNN - Narvik		(21,4)
Reduksjon merforbruk (0%) FIN - Alta		-
Reduksjon merforbruk (0%) FIN - Kirkenes		-
<b>B = Sum est. indirekte besparelse</b>		<b>(40,8)</b>
Økte prehospitale kostnader		60
Økte pasientreisekostnader		50
Redusert merkostnad HELFO		(20)
<b>C = Sum est. andre endringer</b>		<b>90</b>
<b>D = Sum est. endringer (A + B + C)</b>		<b>(218)</b>

24 Styresak 137-2019: Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering: 45 mill. besparelse hvis to akuttsykehus (alternativ 1). 100 mill. besparelse hvis ett stort akuttsykehus (Alternativ 2)

## 5.2 Fremtidig funksjons- og oppgavedeling – konsekvenser for avhengigheter og forutsetninger per helseforetak

I det videre beskrives avhengigheter og forutsetninger som har betydning for pasienttilbudet i helseforetakene.

### 5.2.1 Finnmarkssykehuset

#### Arbeidsgruppens anbefaling:

**Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2 for Finnmark, mens et mindretall anbefaler alternativ 1.**

Tabell 26 Alternativer for Finnmarkssykehuset

<b>Finnmarkssykehuset</b>	<b>0-alternativ</b>	<b>Alternativ 1</b>	<b>Alternativ 2</b>
Kirkenes	Akuttsykehus	Akuttsykehus	Akuttsykehus
Hammerfest	Akuttsykehus	Akuttsykehus	Akuttsykehus
Alta	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon, fødestue og dagkirurgi	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon, fødestue og dagkirurgi	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon og fødestue
Sami klinihkka	Polikliniske tjenester	Polikliniske tjenester	Polikliniske tjenester

#### Konsekvenser som påvirker pasientreiser og prehospitale tjenester

Det er værhardt i Finnmark og i vinterhalvåret er veiene stengt i perioder. Det utfordrer mulighetene for å transportere pasienter fra de ulike kommunene inn til spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet i den akuttmedisinske kjede hvor ambulanspersonellet kan bistå legevaktslegen er avgjørende når disse tingene inntreffer.

Det er heller ikke alltid luftambulansetjenesten er tilgjengelig når veiene er stengt, men data fra Luftambulansetjenesten HF for akutte oppdrag fra Kirkenes med ambulansfly i perioden november 2021 til juni 2023, viser at ett oppdrag ble avvist på grunn av vær i Kirkenes, og ett på grunn av vær i Tromsø av totalt 103 oppdrag som var rekvirert til Kirkenes. Det ene oppdraget ble kansellert av rekvirent, mens det andre ble løst med andre ressurser. Dette betyr at tross perioder med utfordrende værforhold i nedslagsfeltet, anses dekningsgraden av luftambulansetjenesten hovedsakelig å være god.

- ett ambulansfly med base i Kirkenes
- ett ambulanshelikopter med base i Kirkenes
- to ambulansfly med base i Alta

AW 101 (SAR Queen) som er stasjonert på Banak er en betydelig styrking av beredskapen i Finnmark, som kan fly også når været er dårlig.

Kirkenes ligger langt øst og 50 mil langs vei fra Hammerfest som har fødeavdeling og barneavdeling. Generelt er Kirkenes det sykehuset som har lengst avstand til andre sykehus som skissert nedenfor. Avstandskriteriet er vektet tungt, og det foreslås derfor minimale endringer.

Avstandene er tilsvarende for prehospitale tjenester og pasientreiser. De lange avstandene gjør at det er kostbart både å sende pasienter og ambulere for fagfolk. Det er også lang reisevei for mange pasienter internt i Finnmark til lokasjoner hvor spesialisthelsetjenester tilbys. Pasienter som må reise ut av Finnmark for behandling, og da primært til UNN benytter i hovedsak fly. Det er mulig å kjøre til Tromsø, men ikke et foretrukket alternativ for pasienttransport.

- Fly Kirkenes- Hammerfest- 40 min
- Fly Kirkenes Tromsø- 60 min
- Ambulansebil Kirkenes- Hammerfest 480 km- ca. 7 timer kjøretid
- Ambulansebil Kirkenes- Tromsø 790 km- 10 timer og 20 min kjøretid

Finnmarkssykehuset har en godt utbygd ambulansetjeneste sett opp mot størrelsen på fylket, og svært spredt bosetning. Endringene som foreslås påvirker ikke dagens organisering.

Finnmarkssykehuset er storforbruker av pasientreiser grunnet lange avstander både langs vei og i luften. Dette er transporter som går fra kommunene inn til de fire klinikkene i Finnmarkssykehuset, til UNN Tromsø eller ut av regionen. Erfaring viser at mange pasienter velger sin planlagte behandling i andre regioner. En mulig årsak kan være at de ofte må vente på siste fly når de har hatt poliklinisk behandling ved UNN Tromsø, og det er ikke uvanlig at det tar opptil 20 timer på reise for en poliklinisk time.

#### Konsekvenser for robuste og fleksible fagmiljø

Den operative aktiviteten er lav ved Kirkenes sykehus med sårbare vaktlinjer. Det anbefales å øke den planlagte aktiviteten i Kirkenes. Ved å ta bort det dagkirurgiske tilbudet i Alta, legges det til rette for dette. Ved å endre vaktberedskap i ortopedi til dagarbeid i Kirkenes øker kapasitet til pasientbehandling, som reduserer ventelister og fristbrudd.

Kirkenes og Hammerfest sykehus har få alvorlig syke respiratorpasienter i kategori 3. om en konsekvens av dette har styret i Finnmarkssykehuset vedtatt arbeidsutveksling mellom sykehusene internt, og mot store sykehus for å sikre kompetanse. Hvis Finnmarkssykehuset ikke lykkes med tiltaket, er en konsekvens at intensivberedskapen bør justeres til tilsvarende nivå som sykehusene i Lofoten og Vesterålen. Ved disse sykehusene stabiliseres de dårligste pasientene og sendes videre til sykehuset i Bodø.

#### Konsekvenser for utdanning

Desentralisert medisinerutdanning i Hammerfest og desentralisert sykepleierutdanning i Alta, Kautokeino og Kirkenes er en viktig forutsetning for å stabilisere og rekruttere kvalifiserte fagfolk som vil bli i Finnmark. Det er i tillegg fulltidsstudier for sykepleiere i Hammerfest. Samarbeidet med UIT er en viktig forutsetning.

## Økonomisk bærekraft

Finnmarkssykehuset har en omstillingsutfordring på 178 millioner i 2024. Det foreslås i denne rapporten kun mindre endringer innen funksjons- og oppgavedeling. Dette fordrer desto større endringer innen elektiv funksjons og oppgavedeling internt i helseforetaket. Konsekvensen er alvorlig og påvirker investeringer av medisinskteknisk utstyr og handlingsrommet for driften av sykehuset.

### 5.2.2 UNN

#### Arbeidsgruppens anbefaling:

**Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2 for UNN, mens et mindretall anbefaler alternativ 0.**

Tabell 27 Alternativer for Universitetssykehuset Nord-Norge

UNN	0 - alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
Storslett	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon* og fødestue.	DMS m/ polikliniske tjenester, svangerskaps- og barseltilbud og døgnfunksjon*	DMS m/ polikliniske tjenester, svangerskaps- og barseltilbud og døgnfunksjon*
Tromsø	Region- og universitetssykehus	Region- og universitetssykehus	Region- og universitetssykehus
Harstad	Akuttsykehus	Akuttsykehus - økt aktivitet kirurgi, ortopedi	Stort akuttsykehus
Narvik	Akuttsykehus	Akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt, økt aktivitet i planlagt kirurgi og fødestue	Sykehus uten akuttfunksjoner (fødestue opprettholdes) med betydelig økt aktivitet innen poliklinikk, planlagt kirurgi, og mulighet for andre fagområder.
Finnsnes	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon* og fødestue.	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon* og fødestue.	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnfunksjon* og fødestue.
Longyearbyen	Akuttmedisinsk beredskapssykehus	Akuttmedisinsk beredskapssykehus	Akuttmedisinsk beredskapssykehus

#### Alternativ 1

Akuttfunksjonene og døgnaktiviteten i kirurgi og ortopedi foreslås flyttet fra UNN Narvik til UNN Harstad. Dette for å frigjøre personellressurser fra vaktordninger og døgnaktivitet til dagtid. Dette vil medføre behov for økt kapasitet ved UNN Harstad (ca.15 senger med beleggsprosent 80-90 pst., det må også påregnes noe økning av

personell i akuttmottak/poliklinikk). Dette vil medføre en økning på ca. ett akuttkirurgisk inngrep og ca. ett døgnkirurgisk inngrep per døgn i Harstad.

Denne økningen i Harstad kan også medføre at det bør etableres separate primærvaktlinjer innen generell kirurgi og ortopedi. I Narvik vil det være mulig å øke aktivitet innenfor poliklinikk og planlagte dagkirurgiske inngrep i fagområdene kirurgi og ortopedi ved å flytte arbeidstid fra beredskapstid til dagtid.

Det foreslås med bakgrunn i den faglige utviklingen innenfor fødselsomsorgen og reduksjonen i antall fødsler en organisering med en fødeavdeling i opptaksområdet til Harstad og Narvik. Dette vil medføre at ca. 60% av de fødende vil bli selektert til sykehuset i Harstad og medføre noe behov for økt kapasitet da antallet fødsler vil øke med ca. 1,5 per uke. Det opprettholdes et føde- og barseltilbud i Narvik som fødestue, samt muligheten til å øke aktivitet innenfor poliklinikk og planlagt dagkirurgi i fagområdet generell gynekologi. Narvik justerer den intensivmedisinske virksomheten i tråd med dagens tilbud ved sykehusene i Lofoten og Vesterålen (ikke kapasitet til å behandle pasienter i behov av kategori 3-seng jf. 0-alternativet).

Med bakgrunn i den faglige utviklingen innenfor fødselsomsorgen og reduksjonen i antall fødsler foreslår gruppen at fødestuen på Storslett omgjøres til et poliklinisk tilbud for svangerskaps- og barselomsorg i samarbeid med kommunene, samt følgetjeneste. Endringen anbefales ikke med utgangspunkt i å frigjøre personellressurser, men med bakgrunn i et lavt antall fødsler over tid.

Det foreslås ingen konkrete endringer i akuttfunksjoner for Tromsø. Bredden i akuttfunksjoner må opprettholdes for å ivareta funksjonen som regions- og universitetssykehus både med hensyn til behandlingstilbud og utdanning av helsepersonell til hele regionen. Med bakgrunn i kapasitet bør det vurderes i det videre arbeidet fordeling av akutte pasienter innenfor ortopedi og generell kirurgi mellom Harstad og Tromsø.

Det vil i dette alternativet også ligge til rette for å flytte dagkirurgiske inngrep fra både Harstad og Tromsø til Narvik og med dette frigjøre kapasitet til både akuttfunksjoner og regionsfunksjoner. Det vil også være mulig å redusere ventetider og fristbrudd innenfor pasientbehandlingen for disse fagområdene, samt redusere kjøp fra private tilbydere.

## Alternativ 2

Akuttfunksjonene og døgnaktiviteten i indremedisin, anestesi/intensiv, kirurgi og ortopedi foreslås flyttet fra Narvik til Harstad. Dette vil frigjøre personellressurser fra vaktordninger og døgnaktivitet. For å drifte spesialistpoliklinikk og spesialisert dagkirurgi vil en slik modell være avhengig av at noen personellgrupper (subspesialiserte leger) blir ansatt i en «Hus-Hyttmodell» for eksempel mellom Tromsø/Harstad og Narvik. Dette vil også medføre behov for økt kapasitet i Harstad (15-20 senger indremedisin, 10-15 senger kirurgi og ortopedi og 2-3 intensivsenger.

Akuttmottak og poliklinikk må styrkes noe med helsepersonell. I Narvik vil muligheten til å øke aktivitet innenfor poliklinikk og planlagt operasjoner i fagområdene kirurgi og ortopedi være betydelig. Som i alternativ 1 foreslås det med bakgrunn i den faglige utviklingen innenfor fødselsomsorgen og reduksjonen i antall fødsler en organisering



med en fødeavdeling i opptaksområdet til Harstad og Narvik. Det foreslås at arbeidsgruppe 3, ut fra hensynet til rasjonell bruk av arealer i sykehusene, vurderer mulighetsrommet for å videreutvikle tilbud innen fysikalsk medisin og rehabilitering i Narvik med døgnaktivitet. Dimensjoneringen, økonomiske effekt og mulighet til å "hente hjem" aktivitet vurderes ut fra AG3s analyser. Av kapasitetshensyn på areal i Harstad må det vurderes om døgnaktivitet i nevnte fagområde flyttes til Narvik.

Fødestuen på Storslett omgjøres til et poliklinisk tilbud for svangerskaps- og barselomsorg i samarbeid med kommunene, samt følgetjeneste som beskrevet under alternativ 1.

Det foreslås ingen endringer i akutfunksjoner for Tromsø. Bredden i akutfunksjoner vurderes nødvendig å opprettholde for å ivareta funksjonen som regions- og universitetssykehus både med hensyn til behandlingstilbud og utdanning av helsepersonell til hele regionen.

Det vil i dette alternativet ligge til rette for å flytte dagkirurgiske inngrep fra både Harstad og Tromsø til Narvik for å frigjøre kapasitet til både akuttkirurgi og regionsfunksjoner. Det vil også være mulig å redusere ventetider og fristbrudd innenfor pasientbehandlingen for disse fagområdene, samt redusere kjøp fra private tilbydere.

Døgnetenhetene for psykisk helse og rus må etablere gode samarbeidsflater mot Narvik kommune og akutfunksjoner i Harstad/Tromsø. Styrkning av legevakt og øyeblikkelig-hjelp døgnenger i Narvik kommune vil være svært viktig for å redusere pasienttransport og gi tilbud til den eldre befolkningen lokalt. Dette vil kreve godt samarbeid mellom UNN og Narvik kommune. Arbeidsgruppe 5 utreder mulighetsrommet for samarbeid.

#### Konsekvenser for pasienttilbudet i kommunene

I dag er den interkommunale legevakten i Narvik for kommunene Ballangen og Gratangen samlokalisert med akuttmottaket i sykehuset. Dette danner et godt grunnlag for å videreutvikle et godt faglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Lengre avstand til nærmeste akuttisykehus vil naturlig påvirke kommunehelsetjenesten både i vertskommunene og omliggende kommuner for transportvei. Behovet for kompetent prehospitalet behandling fra kommunal legevakt og ambulansetjeneste er avgjørende for gode behandlingsresultat. Kompetanse og personell i legevaktstjenesten må vurderes styrket. Den kommunale legevakten vil måtte ta hånd om flere tilstander enn ved nærhet til et akuttisykehus.

Det er også naturlig at mulighetsrommet innenfor etablering og utnyttelse av kommunale øyeblikkelig-hjelp senger videreutvikles i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

#### Konsekvenser som påvirker pasientreiser og prehospitale tjenester

Endringene foreslått i alternativ 2 vil medføre at befolkningen i Narvik sitt opptaksområde vil få lengre reisevei til tjenester som krever akutt- og døgnbehandling i Harstad. Samtidig vil utviklingen av akutt- og døgntilbud i Harstad kunne medføre at noe av pasientstrømmen fra opptaksområdet til Narvik går til Harstad i stedet for til UNN

Tromsø. I tillegg vil pasientstrømmen fra Harstad til Tromsø likeledes reduseres noe. Kostnadene vil øke for noen pasienter ved behov for hotellovernatting, og videre gi økt tidsbruk på reiseaktivitet.

Kostnadene for pasientreiser på grunn av endrede pasientstrømmer mellom Narvik, Harstad og Tromsø vil øke. Det har ikke vært mulig gjennom denne utredningen å gjøre detaljerte kvantitative beregninger av dette. Med bistand fra Helse Nord RHF og UNN HF er det gjort grove estimater for pasientreisekostnader som viser en økning av kostnader på ca. 11 millioner kroner per år. Usikkerheten i disse beregningene er stor, og det bør gjennomføres mer detaljerte estimater avhengig av hvilke alternativer som den helhetlige planen beskriver og besluttede organer anbefaler. Dette er i hovedsak knyttet til flytting av akutte tjenester fra Narvik til Harstad, og ikke minst oppbygging av elektiv kirurgi i Narvik som vil medføre anslagsvis 5000 flere pasientreiser til sykehuset i Narvik. Faste ruter eller helseekspress til og fra sykehuset i Narvik bør vurderes dersom dette forslaget realiseres.

Styrkning av legevakt, flere kommunale øyeblikkelig-hjelp senger og økt bruk av digitale konsultasjoner kan redusere behovet for pasienttransport.

### Prehospitale tjenester

Som for pasientreiser vil endringer foreslått i alternativ 2 medføre at befolkningen i Narvik sitt opptaksområde får lengre reisevei til tjenester som krever akutt- og døgnbehandling. Styrkingen av akutt- og døgnfunksjoner i Harstad kan føre til at noen flere pasienter fra opptaksområdene de to sykehusene kan sluttbehandles i Harstad. Dette kan redusere pasientstrøm mot Tromsø.

70 pst. av pasientene kommer til akuttinnleggelse i sykehus med egen transport. Kun 30 pst. av alle akutte oppmøter involverer prehospitale tjenester. I opptaksområdet til UNN nås 84 pst. av innbyggerne av bil- eller båtambulansse innen de definerte responstidene. De øvrige innbyggerne nås av helikopter innen 45 minutter.

Ambulanseberedskap aksene Narvik til Harstad i dag:

- Narvik 2 døgn og 1 dag (ukedager 8-16)
- Harstad 2 døgn og 1 dag (ukedager 8-22)
- Tjeldsund 1 døgn og 1 dag (ukedager 8-16)

De senere årene er syke-transportbiler introdusert i pasienttransporten. Dette er biler som er utstyrt med bære og brukes når pasienten ikke har behov for medisinsk overvåking eller behandling under transport. UNN HF har per i dag 1 syke-transportbil stasjonert i Tromsø.

Narvik ligger 10 mil langs vei fra Harstad, og 23 mil langs vei fra Tromsø. Kjøretid fra Narvik til Harstad er beregnet til 1 time og 30 minutter. Fra Kjøpsvik vil kjøretid til Harstad være 3 timer og for Setermoen 2 timer.

Kjøretid fra Narvik til Tromsø er beregnet til 3 timer og 15 minutter. Ved et oppdrag fra Narvik til Tromsø vil ambulansse være fraværende fra Narvik i minimum 8 timer og ved oppdrag til Harstad være ambulanssen være fraværende fra Narvik i minimum 4,5 timer.

Den nærmeste tilgjengelige luftambulanseressurs for befolkningen i Narvik er Airbus H 145 T2 stasjonert på Stangnes.

- Flytid Narvik - Harstad ca. 15-20 minutter med Airbus H 145 T2 (Harstad)
- Flytid Narvik- Tromsø ca. 30-40 minutter med Airbus H 145 T2 (Harstad)
- Flytid Narvik - Tromsø ca. 30 min med Agusta Westland AW 139 (Tromsø)

Narvik har per i dag tilrettelagt landingsplass ved sykehuset. Nytt sykehus bygges med helikopterplass. Landingsplass for AW101/Sar Queen vil være Evenes lufthavn. For Harstad vil landingsplass for AW101/ Sar Queen være helikopterbasen på Stangnes.

Ved en omlegging fra fødeavdeling til fødestue i Narvik vil ca. 60 - 80 gravide i opptaksområdet fortsatt føde i Narvik. Ved reisevei over 90 minutter vil den fødende ha rett til kvalifisert følgetjeneste. Erfaringer viser at de fleste fødende tar seg til fødeinstitusjon på egenhånd. Et flertall av de gravide vil ha behov for en vurderingskompetanse i forkant av transport for å avgjøre rett tidspunkt for reise og valg av transport. Ved risiko for fødsel underveis til fødeinstitusjon vil det være behov for følge av jordmor.

Endringer foreslått i alternativ 2 vil medføre behov for styring av bilambulansetilbudet i opptaksområdet til UNN Narvik. Omlegging av dagens oppgave og funksjonsdeling vil også få konsekvenser for akuttransport fra indre Troms. Ambulanser fra innlandet vil få øket kjørelengde med 136 km og da øket oppdragstid med minimum 2 timer

Det vil kreve en større utredning å få full oversikt over eventuelle konsekvenser for omliggende ambulansestasjoner. En økning i ambulanse kapasitet må baseres på relevante aktivitetsdata. Et grovt overslag viser behov for styrking med ca. 25 stillinger og 2-3 nye ambulanser. I tillegg bør det vurderes å etablere en liggende syke transportbil stasjonert i Narvik.

#### [Konsekvenser for arealmessige tilpasninger](#)

Helse Nord RHF har bedt UNN HF om en vurdering på grove estimater av mulighetsrommet til å øke antall senger ved sykehuset i Harstad (og ev. Tromsø) ved foreslåtte endringer i Narvik i alternativ 2, samt en kvalitativ vurdering av behovet for ombygging hvis så skulle realiseres.

Endret bruk av arealene må utredes, både med tanke på effektiv og funksjonell klinisk drift, tilstrekkelig støttearealer til klinisk drift, samt arealer til øvrige funksjoner tilknyttet økt antall medarbeidere. Slike endringer vil kreve en utredning som må inkludere rokader, utvidelser, muligheter og løsninger for byggetekniske forhold, sikkerhet og nye krav, samt kostnadsoverslag.

For å skissere et *mulighetsrom* har vi tatt utgangspunkt i dagens bygningsmasse. Tidligere har sykehuset i Harstad drevet med et betydelig høyere antall pasientsenger. Disse arealene benyttes i dag til kontorer, møterom etc. Det er imidlertid ikke gjort endringer i infrastrukturen for store deler av arealer som er omgjort fra sengearealer til annet bruk, og det vil derfor være mulig å omgjøre tilbake til sengearealer. Vi har listet

opp noen eksempler på det vi vurderer som mulighetsrommet arealmessig dersom det blir aktuelt:

- Føde kan utvide med 5-6 senger
- Medisinsk sengepost kan utvide med om lag 8 senger.
- Fysikalsk medisin og rehabilitering kan omgjøres til å utvide kirurgisk sengepost med opptil 18-20 senger (ligger nært). Dette forutsetter at fysikalsk medisin og rehabilitering flytter til annet tilpasset areal i eller utenfor sykehuset. (AG3) vurdere dette)
- Intensiv og oppvåkning kan utvides med totalt 2-3 senger ved å omgjøre lager/pårørenderom til sengearealer.
- Pasienthotellvirksomhet kan flyttes ut og arealet kan omgjøres til 10-15 senger. For eksempel til bruk til økt dagkirurgi/oppvåkning/intensivvirksomhet.
- Akuttmottaket er allerede utvidet ifm. pandemien og vil kunne ta imot et økt antall pasienter.
- Totalt utgjør dette 36-41 senger

I denne modellen blir det en kombinasjon av enerom, 2-sengsrom og 4-sengsrom.

Endringene over forutsetter intern rokade av lager/oppholdsrom/kontorer. Merkantilt personell (og ev. egnet virksomhet) må flyttes ut enten ved å leie kontorer eller ved å sette opp modulbygg, som vil medføre investeringskostnader. Det er mulig å sette opp modulbygg på foretakets tomt, både med og uten tørrskodd tilknytning til sykehuset. Det vil medføre blant annet flytting av parkeringsplasser (m/tørr gjennomgang) eller rivning av boliger/barnehager (u/tørr gjennomgang).

Endret bruk av arealer krever ofte ombygginger/større tilpasninger med påfølgende tekniske oppgraderinger (iht. nye krav). Det er ikke mulig å anslå omfang av ombygging og oppgradering av infrastruktur på dette stadiet. Men erfaringsmessig vil utvidelse, omrokering og flytting medføre ombyggingsbehov. Ved endringer må også tekniske installasjoner og infrastruktur oppgraderes til dagens lovkrav.

Vi har ikke kunnet vurdere mulighetsrommet for UNN Tromsø pga. manglende beskrivelse av konsekvensene for UNN Tromsø i de to alternativene som foreligger. Det er begrensede arealer som kan frigjøres til økt sengekapasitet. Generelt gjelder samme vurdering som for Harstad; utredning av eventuelle ombygginger og rokader vil kreve noe tid. Kostnadsestimater avhenger av omfang, samt behov for oppgradering av tekniske anlegg, infrastruktur og generelle ombygginger.

#### Økonomisk bærekraft

UNN har en omstillingsutfordring på 260 millioner i 2024. Det foreslås her endringer innen funksjons- og oppgavedeling som medfører en sannsynlighet for noe styrkning av økonomisk bærekraft som vist i tabell 24 og 25 (kap. 5.1.7).

### 5.2.3 Nordlandssykehuset HF

#### Arbeidsgruppens anbefaling:

**Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2 for Nordlandssykehuset, mens et mindretall på fire anbefaler alternativ 0, og en anbefaler alternativ 1.**

Tabell 28 Alternativer for Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset	0-alternativ	Alternativ 1	Alternativ 2
Stokmarknes	Akuttsykehus	Akuttsykehus - økt aktivitet kirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer	Akuttsykehus - økt aktivitet alle fagområder
Gravdal	Akuttsykehus	Akuttsykehus med akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavt, økt aktivitet planlagt kirurgi og fødestue	DMS m/ polikliniske tjenester, døgnavt* og fødestue.
Bodø	Stort akuttsykehus	Stort akuttsykehus	Stort akuttsykehus

\*Døgnavt må vurderes innhold og tilbud i DMS

#### Alternativ 1

Akutfunksjonene og døgnavt i kirurgi og ortopedi foreslås flyttet fra Nordlandssykehuset Lofoten til Nordlandssykehuset Vesterålen. Dette for å frigjøre personellressurser fra vaktordninger og døgnavt til dagtid i Lofoten. Dette vil medføre behov for økt kapasitet i Vesterålen (12-14 senger). Det må også regnes med noe økning av personell i akuttinntak og poliklinikk. Dette vil gi en økning på ca. to operasjoner per døgn.

I Lofoten kan aktivitet innenfor poliklinikk og planlagte dagkirurgiske inngrep i fagområdene kirurgi og ortopedi økes. I tillegg mener gruppen at keisersnittberedskapen ved sykehuset bør avvikles da denne ordningen ikke er anbefalt gjennom faglige retningslinjer og heller ikke eksistere noe annet sted i Norge. Det er svært få pasienter per år som får utført keisersnitt og gjennom dialog med Nordlandssykehuset er det ikke dokumentert at værforhold har vært medvirkende årsak til manglende overflytting i disse tilfellene i perioden 2015-2022.

Fødestuen vil ikke bli påvirket av endringen, og aktivitet innenfor poliklinikk og planlagt kirurgi i fagområdet gynekologi kan økes. Lofoten opprettholder den intensivmedisinske virksomheten i tråd med dagens tilbud (ikke kapasitet til å behandle pasienter i behov av kategori 3-seng jf. 0-alternativet).

Gruppen foreslår ingen endringer i akutfunksjoner for Bodø. Bredden i akutfunksjoner vurderes nødvendig å opprettholde for å ivareta funksjonen som stort akuttstusykehus både med hensyn til behandlingstilbud og utdanning av helsepersonell.

Det vil i dette alternativet også ligge til rette for å flytte dagkirurgiske inngrep fra både Vesterålen og Bodø til Lofoten. Det vil gi mulighet for å redusere ventetider og fristbrudd innenfor pasientbehandlingen for disse fagområdene, samt redusere kjøp fra private tilbydere.

### Alternativ 2

I alternativ 2 foreslås det at Nordlandssykehuset Lofoten omgjøres til et DMS. Alle akutfunksjoner og de fleste døgnaktivitetene foreslås flyttet fra Lofoten til Vesterålen. Det anbefales at det etableres døgnfunksjon i samarbeid med kommunene i opptaksområdet til DMSet. Antallet senger må sees opp mot sammenlignbare DMS. Det anbefales at fødestuen beholdes som i alternativ 1, da det er begrenset effekt av å frigjøre personell ved å endre dette til et poliklinisk tilbud. Fødestue vil opprettholde et godt desentralt tilbud til befolkningen.

Dette vil medføre behov for betydelig økt kapasitet i Vesterålen (25-30 senger innenfor medisin og kirurgi, 2-3 overvåkingsenger). Sengeposter, akuttmottak, overvåking, operasjon- og anestesi og poliklinikk må styrkes med helsepersonell. Med tilpasning av arealene i Vesterålen vurderes kapasiteten å være tilstrekkelig. Det vil fortsatt være pasientoppdrag som går til sykehuset i Bodø som i dag.

En forutsetning av endret funksjon ved sykehuset i Lofoten er at sykehuset i Vesterålen primært, men også sykehuset i Bodø har kapasitet til å operere pasienter fra Lofoten. Per i dag opererer Nordlandssykehuset med en samlet kapasitet på 21 operasjonsstuer fordelt geografisk mellom Bodø (14), Lofoten (3) og Vesterålen (4).

Sykehusene i Vesterålen og Lofoten har opplevd en gradvis økning i antallet akutte kirurgiske inngrep de siste årene, samtidig som det totale antallet operasjoner har forblitt stabilt. Fra 2019 har Lofoten hatt en økning på 68 pst. i antallet akutte kirurgiske inngrep, mens Vesterålen tilsvarende har hatt en økning på 111 pst. Den kirurgiske aktiviteten i Lofoten blir ifølge Nordlandssykehuset ikke redusert gjennom sommeren. Dette kan ha sammenheng med økt tilstrømming av turister.

Tall fra SKDE (tabell 8, kap. 4.4.1) viser at Lofoten det gjennomsnittlig ukentlige antallet akuttinnleggelse er 56, hvorav 32 (56.8 pst) er medisinske pasienter, 14 (24.7pst) er kirurgiske pasienter, 6 (10.0 pst) er ortopediske pasienter og 5 (8.6 pst) er føde/ barsel pasienter.

En gjennomgang av data viser at det gjennomføres om lag 1200 kirurgiske inngrep i Lofoten per år i perioden 2019-2022. I lys av dette, vil en samling av de akuttkirurgiske og planlagte operasjonene medføre en økning på 3-4 inngrep per dag i Vesterålen som i dag opererer om lag 1700 pasienter årlig på fire stuer. Behov for samlet kapasitet i Vesterålen blir ca. 2900 inngrep per år. Vesterålen benytter i dag 12 operasjonsteam per uke, som må økes betydelig. Det kan bli behov for at Nordlandssykehuset Bodø håndterer noe av pasientstrømmen på operative inngrep.

Et DMS vil i forslaget ha et bredt tilbud innenfor poliklinisk aktivitet som ut kan ivareta om lag 50 pst. av behovet til befolkningen, døgnfunksjon og fødestue. Det er naturlig å se til regionens øvrige DMS for å videre beskrive innhold og aktivitet.

Det foreslås ingen endringer i akuttfunksjoner for Bodø. Bredden i akuttfunksjoner må opprettholdes for å ivareta funksjonen som stort akutt sykehus både med hensyn til behandlingstilbud og utdanning av helsepersonell.

#### Konsekvenser for pasienttilbudet i kommunehelsetjenesten

Alternativ 2 er en vesentlig endring som vil påvirke kommunehelsetjenesten og medføre pasientstrøm ut av Lofoten for akuttfunksjoner, primært mot Vesterålen. Vestvågøy legevakt har interkommunalt ansvar for kommunene Vestvågøy, Flakstad og Moskenes. Legevakten er lokalisert på Gravdal. Det interkommunale samarbeidet inkluderer også tre KAD-senger, som er lokalisert i tilknytning til sykehjem og legevakt, Vågan har egen legevakt i Svolvær med to KAD-senger og to senger til lindrende behandling.

Legevakten sammen med ambulanspersonellet utgjør det lokale akuttmedisinske teamet i henhold til akuttmedisinforordningen. I distriktene kan ansatte i pleie- og omsorgstjenesten være en ressurs i akuttmedisinsk samhandling. En forutsetning er at samtrening og øvelser vil bli viktige kompenserende faktorer. En annen forutsetning er tilstrekkelige økonomiske rammer for å organisere og drifte kommunale akuttmedisinske team med pleie- og omsorgstjenesten. Dette forutsetter tydelig organisering og ledelse både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

#### Konsekvenser som påvirker pasientreiser og prehospitale tjenester

En viktig forutsetning for å vurdere konsekvenser av endret funksjon ved Lofoten sykehus er hvor lang avstanden blir for pasienter som trenger akutt hjelp eller planlagt behandling. Avstand fra kommunene i Lofoten til Nordlandssykehuset Vesterålen må beregnes ut fra om det skal benyttes ferge eller fastlandsforbindelse.

Tabell 29 Tid og avstand til Vesterålen sykehus fra kommuner i Lofoten. Kilde: Google maps.

Fra Kommune	Til Lofoten sykehus antall km	Tid	Til Vesterålen sykehus via Fiskebøl-Melbu med ferge antall km	Tid inkluderer 30 min fergetid	Til Vesterålen sykehus via fastlandsforbindelse Lofast antall km	Tid
Moskenes	55,8	01:01	177	03:36	266	04:25
Flakstad	30,3	00:31	151	03:05	233	03:46
Vestvågøy	5,5	00:06	124	02:37	210	03:18
Vågan	73,4	01:14	56	01:26	143	02:11

Fergen mellom Fiskebøl som ligger i Vågan kommune og Melbu som ligger i Hadsel kommune bruker 30 minutter på overfarten, og det er ca. 1 time og 20 minutter mellom hver avgang på begge sider. Første avgang fra Fiskebøl går kl. 0710 og siste avgang er 2210. Fergen ligger på Melbu om natten. Det foreligger ikke beredskapsavtale med Nordlandssykehuset om å rykke ut utover de fastsatte tidene. Dersom denne ruten velges gir den kortest kjøretid, men ventetid på ferge må beregnes i tillegg.

Velges fastlandsforbindelsen Lofast er kjørelengden om lag 86,8 km lengre enn via fergeforbindelsen.

Tall fra SKDE viser at det gjennomsnittlig er 56 pasienter i uken som blir innlagt akutt ved sykehuset i Lofoten. Det må regnes med at en stor andel av disse vil transporteres med bilambulansse. Ambulansetjenesten i Vågan har to biler i døgnvakt som dekker en befolkning på 9 743, og er den tjenesten som vil bli minst påvirket av endringen sett opp mot reisevei både i tid og avstand. Transporter fra kommunene i Vest-Lofoten vil øke som vist i tabell 25.

I praksis vil det si at fravær fra det primære dekningsområdet blir minimum fem timer når det er tatt høyde for avlevering av pasient, supplering av utstyr med mer i alternativet med ferge, slik rutetidene er i dag. Potensielt lengre dersom det blir venting på en eller begge sider av anløpet. Langs vei blir fraværet minimum inntil åtte timer fra Vestvågøy og inntil 10 timer fra Moskenes som får lengst transportvei.

Det er to døgnbiler lokalisert på Gravdal og en døgnbil på Moskenes, og personellet ruller mellom disse stasjonene. De tre døgnbilene i Vest-Lofoten dekker en befolkning på henholdsvis (Vestvågøy 11 552), (Flakstad 1 218), og (Moskenes 970).

Tall fra Nordlandssykehuset viser aktiviteten på de ulike stasjonene fordelt på hastegrad i 2022.

Tabell 30 Aktivitet bilambulanser i Lofoten fordelt på hastegrader akutt, haster og vanlig 2022.

2022	A	H	V	SUM
Gravdal	788	777	628	2193
Svolvær	636	710	205	1551
Moskenes	133	147	44	324
<b>SUM</b>	<b>1557</b>	<b>1634</b>	<b>877</b>	<b>4068</b>

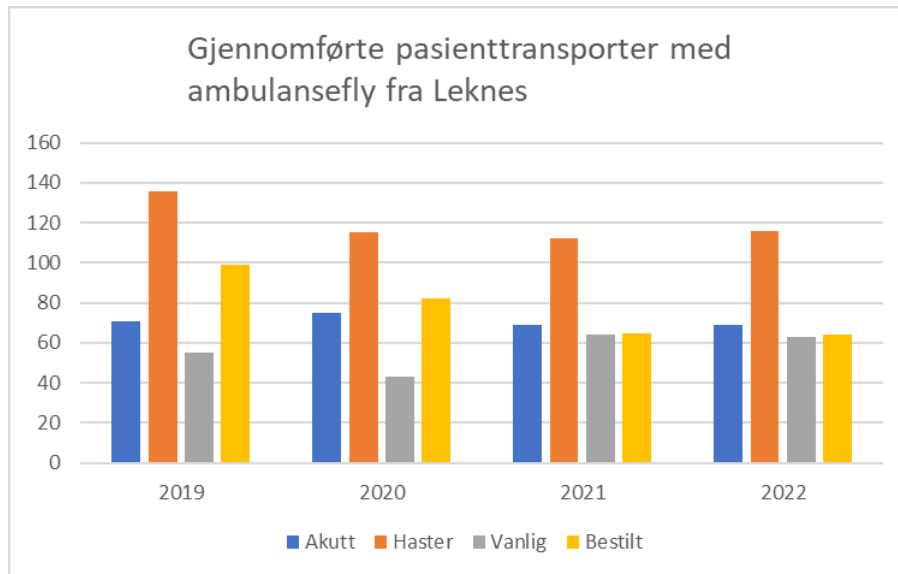
Tallene viser at tjenesten på Gravdal har høyest aktivitet noe som kan henge sammen med at Vestvågøy er den største kommunen. I snitt gjennomføres seks oppdrag per døgn i året. For tjenesten i Svolvær er i snittet 4,2 per døgn. Tjenesten i Moskenes har i underkant av ett oppdrag per døgn. Det må regnes med at en del av disse oppdragene medfører stabilisering av pasienter ved sykehuset i Lofoten før videre transport med ambulansfly til Bodø eller Tromsø. Det er behov for ambulansbiler i hver ende av disse flytransportene. Lokale kortere transportoppdrag til legevakt med mer inngår i disse tallene.

Det vil bli nødvendig å øke antall ambulansbiler i Vest-Lofoten for å sikre god nok beredskap ved fravær fra det primære dekningsområdet. Styrkingen bør vurderes lagt til Gravdal som kan kjøre ut å ha fremskutt beredskap dersom ambulansbilen i Moskenes har et oppdrag til Vesterålen. Møtekjøring med biler fra Vesterålen kan vurderes. Estimert behov for økning er to døgnambulanser og 16 stillinger. En forutsetning for økningen er å rekruttere personell som kan bemanne ambulansene. En annen forutsetning er at det må bygges ny ambulansstasjon som har tilstrekkelig kapasitet for biler og personell. Kostnaden er estimert til 20 millioner.



Ambulansebåt kan vurderes, men det er nødvendig å gjøre en grundigere utredning av de samlede prehospitale ressursene for å sikre forutsigbare pasientforløp.

Værforholdene i Lofoten er i deler av året preget av sterk vind. Gimsøystraumen bru har hittil i 2023 vært stengt fire ganger, samlet 19 timer, og ytterligere 14,5 timer knyttet til andre forhold. I hele 2022 var denne brua stengt ved seks anledninger i til sammen 53,5 timer. Sterk vind var årsak ved tre anledninger i til sammen 8 timer. Andre årsaker som ulykker og vedlikeholdsarbeid utgjorde 45,5 timer<sup>25</sup>. Som kompenserende tiltak benyttes i dag «losing» av utrykningskjøretøy over brua i ly av tyngre kjøretøy som for eksempel en brannbil.



Figur 7 Gjennomførte pasienttransporter med ambulansfly fra Leknes. Kilde: Luftambulansetjeneste HF, LABAS.

Figur 7 viser det samlede antallet ambulansflytransporter som er gjennomført i perioden 2019-2022. Snittet per år ligger rett over 300 oppdrag som flys til Bodø eller Tromsø. I forbindelse med oppfølging av ambulansflytilsynet er akutte oppdrag med ambulansfly registrert fra november 2021. per juni 2023 er det tre oppdrag som ble avvist av ambulansflyene grunnet vær av totalt 121 oppdrag. Alle tre oppdrag ble løst med ambulanshelikopter og redningshelikopter. Ved endring av akutttilbudet i Lofoten bør det vurderes om dagens plassering av ambulanshelikopter bør justeres.

Det estimeres økte pasientreisekostnader for Nordlandssykehuset på 15 millioner kr per år ved flytting av alle akuttfunksjoner til sykehuset i Vesterålen, med 50 pst polikliniske konsultasjoner. Reduksjonene i polikliniske konsultasjoner forutsetter at befolkningen i Vågan får sitt tilbud ved sykehuset i Vesterålen. Et kompenserende tiltak som kan redusere kostnadene er å etablere en helseekspress- buss. Denne ordningen har fungert bra på Helgeland og bør vurderes. Et annet kompenserende tiltak vil være å undersøke mulighetene for å inngå en beredskapsavtale med fergeoperatøren. Det må likevel forventes at en del av pasientene vest i Lofoten vil velge elektiv behandling ved

<sup>25</sup> Meddelelse fra Vegdirektoratet

sykehuset i Bodø (eller sykehus i andre helseforetak) dersom behandlingstilbudet i Lofoten flyttes til Vesterålen.

Etter 1. april 2024 vil maksprisen på FOT-rutene<sup>26</sup> halveres, og kostnadsdifferansen mellom reise Lofoten-Bodø og Lofoten-Stokmarknes blir mindre.

Det må legges til grunn en betydelig økning i pasienttransport ved realisering av DMS i Lofoten, og det må etableres økt kapasitet for å håndtere dette. Omfang og kostnad vil være vanskelig å anslå før innhold og aktivitet i et DMS er spesifisert.

#### Konsekvenser for utdanning

Det vil ikke være grunnlag for å utdanne legestudenter i Lofoten, og utdanningen vil måtte konsentres til de andre sykehusene i Vesterålen og Bodø.

#### Konsekvenser for arealmessige tilpasninger som følge av anbefalingen

Sykehuset i Lofoten har i dag en kapasitet på 14 kirurgiske senger og 19 medisinske senger. I tillegg er det fire senger på overvåkingen som benyttes til pasienter med behov for et høyere overvåkningsnivå. Sykehuset i Vesterålen har i dag en kapasitet på 17 kirurgiske senger og 25 medisinske senger og fire senger til overvåking. Det er kapasitet til å kunne bruke ytterligere et rom til overvåking. En forutsetning for å flytte funksjoner fra Lofoten er at sengepostene og overvåkingen i Vesterålen har kapasitet til å håndtere økt volum. Dette vil kreve arealmessig tilpasning. Akuttmottak og legevakt er i dag samlokalisert. En konsekvens for å tilgjengeliggjøre tilstrekkelig areal kan bli at legevakten må flytte ut. Vesterålen legevakt har i dag en leieavtale med Nordlandssykehuset som løper noen år til.

En annen forutsetning er tilstrekkelig tilgang til polikliniske undersøkelsesrom i Vesterålen, selv om 50 pst av de polikliniske tilbudene ivaretas på DMS et i Lofoten vil det bli behov for å styrke denne kapasiteten.

Nordlandssykehuset har på forespørsel redegjort til flere av arbeidsgruppene om mulighetsrommet for å utvide sin sengekapasitet. Det er knyttet forutsetninger og begrensninger til tilsvaret og det er skissert en teoretisk kapasitet, som vil kreve et langt mer omfattende utredningsarbeid for å realitetsbehandle at arealene faktisk kan utnyttes til formålet.

Dersom disse arealene tas i bruk er konsekvensen at de vil de fortrenge deler av dagens aktivitet, det er derfor kalkulert med tilrettelegging for den fortrengte aktiviteten enten som driftskostnad ved leie, eller investeringskostnad i egne bygg. Den absolutte nødvendigheten for å erstatte fortrengt virksomhet må ikke undervurderes, uten dette vil ikke sengekapasitetene være tilgjengelige. Endringen i Vesterålen medfører at pasienthotellet slik det driftes i dag bortfaller, og nødvendig kapasitet til dette formålet må kjøpes på det private markedet.

Teoretisk sengetall mulighetsrom for økning i Vesterålen er i sum 29 en sengs-rom. Basert på prisnivå pr. oktober 2023 er tilpasning av arealene i Vesterålen foreløpig estimert til å utgjøre 5,4 millioner. Det er også mulig å gjøre tilpasninger i Bodø, dersom kapasiteten i Vesterålen ikke blir tilstrekkelig. Endringen i Vesterålen medfører at

---

<sup>26</sup> FOT-rutene er anbudsutsatte flyruter som får offentlig driftsstøtte for å ivareta det regionale flytilbudet.

pasienthotellet slik det driftes i dag bortfaller, og nødvendig kapasitet til dette formålet må kjøpes på det private markedet.

#### Økonomisk bærekraft

Nordlandssykehuset har en omstillingsutfordring før tiltak på 307 millioner i 2024.

Oppsummert ser Nordlandssykehusets tilbakemelding på grove estimater for tilrettelegging av areal i Vesterålen slik ut:

Teoretisk sengetall mulighetsrom for økning i Vesterålen er i sum 29 en sengs-rom. Estimert kostnad sum total 5,4 millioner.

Kompenserende tiltak som følge av endringen, er kostnader grovt anslått til:

- Økning med to ambulanserbiler og 16 ambulanspersonell: 16 millioner
- Ny ambulansstasjon med kapasitet til fire biler: 20 millioner
- Økning pasientreiser: 15 millioner

Samlet gir dette et økt investeringsbehov på 29,4 millioner. Effekter for økonomisk bærekraft samlet for alternativ 2 er redegjort for i kap. 5.1.7, tabell 25.

#### 5.2.4 Helgelandssykehuset HF

##### Arbeidsgruppens anbefaling:

**Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2 for Helgelandssykehuset, mens et mindretall på tre medlemmer anbefaler alternativ 1 for Helgelandssykehuset. Alternativ 1 innebærer en justering av strukturvedtak fattet i foretaksmøte i 2020 med ett sykehus på to lokalisasjoner i Rana og Sandnessjøen, men det foreslås en endret funksjons- og oppgavedeling med overgang fra to til en fødeavdeling.**

Tabell 31 Alternativer for Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset	0- A-alternativet	0-B-alternativet	Alternativ 1	Alternativ 2
Rana	Akuttsykehus	Akuttsykehus	Akuttsykehus-funksjonsdelt ortopedi - fødestue	Stort akuttsykehus
Mosjøen	Akuttsykehus*	Polikliniske tjenester	Polikliniske tjenester	
Sandnessjøen	Akuttsykehus	Akuttsykehus	Akuttsykehus - funksjonsdelt fødeavdeling	
Brønnøysund	DMS m/ polikliniske tjenester, fødestue	DMS m/ polikliniske tjenester, døgntjenestefunksjon, fødestue	DMS m/ polikliniske tjenester og døgntjenestefunksjon**	DMS m/ polikliniske tjenester og døgntjenestefunksjon**

\*0A: Helgelandssykehuset Mosjøen er i dag et akuttsykehus med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnavtatt og planlagt kirurgi. 0B: I foretaksmøtet 27.01.2020 ble det vedtatt ny lokalisering og struktur for Helgelandssykehuset. \*\* Døgntjenestefunksjon må vurderes i samarbeid med kommunene i opptaksområdet til DMS

I alternativ 2 forslås det ett stort akuttisykehus på ett sted. Arbeidsgruppen foreslår ikke lokasjon for det store akuttisykehuset. Bakgrunnen for at arbeidsgruppen ikke foreslår lokasjon for ett stort akuttisykehus er at de vedtatte hovedretninger for utredningen er utarbeidet for oppgave- og funksjonsfordeling, og at en endring fra tre til ett sykehus er mer kompleks og krever en bredere tilnærming.

Det vises til at det siden midten av 1990-tallet er gjort flere utredninger av sykehusstruktur på Helgeland, der den siste utredningen som ble gjennomført for få år siden også anbefalte ett stort akuttisykehus. Arbeidsgruppen er av den oppfatning at ett stort akuttisykehus på Helgeland er tilstrekkelig utredet. Utgangspunktet for prosessen som startet i 2013 var klare tilbakemeldinger fra fagmiljøene om at Helgelandssykehuset ville ha problemer med å rekruttere spesialisert personell.

Styret i Helgelandssykehuset vedtok i november 2019 ett stort akuttisykehus, men styret i Helse Nord omgjorde vedtaket i desember 2019 og vedtok ett sykehus på to lokasjoner.

I ROS-analysen ble det også vurdert å ha særskilt risiko i den situasjonen der beslutning om lokalisering for ett stort akuttisykehus fattes, uten at det er handlingsrom til å implementere endringen i løpet av en relativt begrenset tidsperiode. Helgelandssykehuset er i interimperioden avhengig av at sykehusene er i stand til å ivareta befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.

Ett stort akuttisykehus vil medføre behov for nybygg. Avhengig av plassering vil det kunne bli behov for ytterligere et DMS utover DMS Brønnøysund. Med bakgrunn i den faglige utviklingen innenfor fødselsomsorgen og reduksjonen i antall fødsler foreslår gruppen at fødestuen i Brønnøysund omgjøres til poliklinisk tilbud for svangerskaps- og barselomsorg i samarbeid med kommunene, samt følgetjeneste. Endringen anbefales ikke med utgangspunkt i å frigjøre personellressurser, men med bakgrunn i et lavt antall fødsler over tid.

#### Konsekvenser for pasienttilbudet i kommunene

En sentralisering av akutte sykehusfunksjoner vil naturlig påvirke kommunehelsetjenesten både i vertskommunene, men også i andre kommuner som får lengre transportveg til et akuttisykehus. Behovet for kompetent prehospital behandling fra kommunal legevakt og ambulansetjeneste er avgjørende for gode behandlingsresultat. Erfaringene fra befolkningstette områder uten sykehus tilsier at den kommunale legevakten tar hånd om flere tilstander enn ved nærhet til et akuttisykehus. Alta er et godt eksempel på dette. Lange avstander fra Sør-Helgeland og øyriket og økningen i antall eldre og kronikere, gjør det nødvendig å videreføre desentrale helsetilbud som DMS Sør-Helgeland.

Helgelandssykehuset må i samarbeid med kommunehelsetjenesten ta i bruk ny teknologi og nye kommunikasjonsmuligheter som gjør at diagnostikk og behandling i størst mulig grad kan foregå i hjemmet, i kommunehelsetjenesten eller i desentrale polikliniske tilbud fra spesialisthelsetjenesten. Det er også naturlig at mulighetsrommet innenfor etablering og utnyttelse av kommunale øyeblikkelig-hjelp senger videreutvikles i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

### Konsekvenser som påvirker pasientreiser og prehospitale tjenester

Bosetningen er spredt, og fordelene ved en eventuell sentralisering av akutt-tilbudet, vil måtte veies opp mot økte transporttider inn til sykehus. Dagens geografiske fordeling av ambulansestasjoner i Helgeland oppfyller nasjonale responskrav. Responstiden er avhengig av ambulansetjenestens basestruktur og kapasitet, og er i utgangspunktet uavhengig av sykehusstruktur. Ved tilstander som krever innleggelse i sykehus, er den initiale innsatsen til fastleger/kommunale legevaktsleger og de prehospitale tjenester, ev. i dialog med sykehusspesialister, helt avgjørende for et godt sluttresultat.

Responstiden<sup>27</sup> for prehospitale tjenester som ambulanse og kommunal legevakt blir i mindre grad berørt, men lengre transportveg til sykehus medfører behov for større kapasitet i ambulansetjenesten i noen områder avhengig av endelig lokalisering av sykehusfunksjonene

Enten akutt-tilbudet sentraliseres til ett eller to steder, vil transporttiden inn til akuttsykehus øke for noen (20). Dette forsterker betydningen av stabilisering og behandling prehospitalt og vil kreve tilpasning og utvikling av det prehospitale tilbudet både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten sin side. Det vil være tema for en utredning og beslutning når grunnstrukturen for akuttsykehus er fastlagt.

Helglandsbrua til Sandnessjøen er eksponert for vind, og har hittil i 2023 vært stengt i tre perioder til sammen 14,5 timer. Det er ikke rapportert om alvorlige pasienthendelser som følge av dette. I hele 2022 var Helglandsbrua stengt ved en anledning (1,5 time) som følge av strek vind. Ved fem anledninger var brua stengt i til sammen 9,5 timer som følge av vegarbeid, ulykker og teknisk feil<sup>28</sup>. Som kompenserende tiltak benyttes i dag «losing» av utrykningskjøretøy over brua i ly av tyngre kjøretøy som for eksempel en brannbil.

Mange gravide og fødende i Helgelandssykehusets nedslagsfelt har allerede i dag lang vei til fødeavdeling. Forutsetningen for å lykkes med alternativ 2 med en felles fødeavdeling på Helgeland, er en god, tilgjengelig følgetjeneste med jordmor fra hele Helgeland. Det gir utfordringer både for prehospitale tjenester og pasienttransport

Reiseavstandene for planlagte pasientreiser og for besøksreiser til sykehuset vil være lengre i en situasjon med ett akuttsykehus enn i dagens situasjon med tre akuttsykehus. Hvor omfattende reiselengden i praksis blir ved en ny sykehusstruktur, avhenger i stor grad av hvor omfattende poliklinisk, dagmedisinsk og diagnostisk tilbud som etableres lokalt på de stedene som ikke lenger skal ha sykehus.

Det er gjort flere typer beregninger for å finne ut hvilke av lokaliseringene som totalt sett gir kortest reisevei når hele befolkningen på Helgeland sees under ett. Mo i Rana gir lengst gjennomsnittlig reisetid, men er også det stedet der en høyest andel av befolkningen når sykehus i løpet av den første timen ved akutt skade/sykdom. Leirfjord gir kortest gjennomsnittlig reisetid (20).

---

<sup>27</sup> Responstid: Tid fra oppringing til AMK sentral til ambulanse ankommer skadested.

<sup>28</sup> Meddelelse fra Vegdirektoratet

For Helgelandssykehuset anslås økte pasientreisekostnader på 20-25 millioner kr dersom alternativ 2 (ett stort akuttisykehus) realiseres og øvrige sykehus endres til DMS. Størrelsen avhenger av lokalisering og er derfor svært usikker, og eventuelle tiltak må vurderes ut fra valg av lokalisering. Det må forutsettes at kollektivtilbudet tilpasses ny sykehusstruktur når den er etablert.

Pasientreiseforskriften gir ikke full dekning av alle kostnader for pasient. Det kan medføre at noen pasienter vil få økte kostnader ved endringer av funksjonsfordelingen, i tillegg til økt reisebelastning. Den største økonomiske konsekvensen for pasientene oppstår ved behov for overnatting på reisen, hvor pasienten gis refusjon etter sats, for tiden kr 655 per døgn. Det er et betydelig gap mellom denne refusjonen og hotellprisene.

#### Konsekvenser for utdanning

Ny ordning for spesialistutdanningen av leger gjør at mer av utdanningen kan skje lokalt. Legene skal dokumentere ferdigheter, ikke tid brukt på utdanning. Et lite sykehus har et begrenset tilbud. Det betyr at Helgelandssykehusets leger må tilbringe mer tid ved større sykehus i Bodø og/eller Tromsø, noe som øker faren for at de flytter for godt. Ett stort akuttisykehus på Helgeland vil kunne ivareta en større del av utdanningen selv.

Også i forhold til utdanning av øvrige helseprofesjoner vil et stort akuttisykehus ha volum og tilgjengelig kompetanse til rasjonell utdanning av nødvendig helsepersonell på flere områder. Dermed vil mulighetene til rekruttering av dette personellet bli bedre.

Samlet vurderes det slik at både kvalitet og kapasitet for utdanning av helsepersonell styrkes med ett stort sykehus.

#### Konsekvenser for robuste og fleksible fagmiljø

Helgelandssykehuset kjennetegnes generelt av små fagmiljøer. Det er krevende å rekruttere ferdige spesialister – herunder legespesialister og spesialsykepleiere. Sykehuset er fortsatt avhengig av vikarer, innleie fra firma og å utdanne egne. Samlet sett har de somatiske enhetene 72 vakante faste budsjetterte stillinger.

Arbeidsgruppen mener at rekrutteringssituasjonen representerer en kritisk utfordring for Helgelandssykehuset fremover; behovet for helsepersonell øker samtidig som rekrutteringsbasen går ned og netto arbeidsinnvandring er negativ. Samtidig øker kampen om helsepersonell. Behovet for helsepersonell i kommunehelsetjenesten er også sterkt økende. Konkurransen om kompetanse er ikke bare lokal, men også fra spesialist- og kommunehelsetjenesten nasjonalt.

Økt vaktbelastning i vaktgående fag er foretakets største utfordring i 2023. Siste året har foretaket erfart en særlig utfordrende situasjon med å rekruttere og beholde LIS2/3 i vaktbærende fag, noe som 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. Begge fødeavdelingene har i perioder hatt utfordringer med rekruttering av gynekologer.

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. Økt

vaktbelastning er ikke stabiliserende, og helseforetaket opplever nå at leger velger seg bort fra sykehus på Helgeland.

Arbeidsgruppen mener det er helt avgjørende at større og robuste fagmiljøer med levelige vaktordninger er en av de viktigste faktorene for å beholde og rekruttere helsepersonell fremover. Dette realiseres best i ett sykehus på Helgeland.

Arbeidsgruppen vil også peke på at for Helgelandssykehuset med begrenset tilgang på økonomiske midler, vil redusere investeringsbehovet for medisinsk teknisk utstyr og andre teknologiske løsninger betydelig ved at midlene konsentreres til ett sted. Dette vil bidra til å øke bærekraften.

Fødetilbudet på Helgeland er organisert i to likestilte fødeavdelinger i Sandnessjøen og i Mo i Rana, samt en fødestue i Brønnøysund. I likhet med mange andre regioner går fødselstallet ned (reduert med 28 pst. siden 1980) og det er utfordrende å rekruttere nødvendig antall gynekologer og jordmødre til å holde forsvarlig og stabil drift på to fødeavdelinger gjennom hele året.

En arbeidsgruppe i Helgelandssykehuset gikk allerede i 2019 inn for en fødeavdeling for å skape et større fagmiljø innen alle profesjoner med flere fødsler med mulighet for å videre utvikling av fagtilbudet og begrense behovet for vikarer og innleie fra byrå. Et større fagmiljø gir mindre vaktbelastning og legger bedre til rette for å rekruttere og beholde spesialister.

Fødestuen i Brønnøysund har gjennom de siste årene hatt lavt antall fødsler. I 2022 var det 15 fødsler ved DMS Brønnøysund. Svært lave fødselstall over tid gir grunnlag for å vurdere fødefunksjonen. De gravide med tilknytning til DMS Brønnøysund vil fortsatt kunne ha et tilbud for svangerskaps- og barselomsorg.

### Økonomisk bærekraft

Helgelandssykehuset har en omstillingsutfordring før tiltak på 146 millioner i 2024.

Tilstanden for sykehusbygningene på Helgeland tilsier at det er behov for omfattende investeringer i bygningsmassen enten en velger renovering eller nybygg på en eller to lokalisasjoner.

Utfordringene med å utvikle helsetilbudet er at investeringene må skje over tid, på en måte som sikrer at foretaksgruppe både har økonomisk bæreevne, planleggings- og gjennomføringsevne, og evne til å finansiere nye bygg.

En fremtidig sykehusstruktur på Helgeland som klarer å rekruttere fast ansatt personell, og ha lav andel innleid helsepersonell, vil ha lavere driftskostnader.

Helgelandssykehuset har gjort overordnede resonnement om at det er mulig å redusere netto somatiske driftskostnader før avskrivning med om lag 45 millioner per år om en reduserer fra tre til to sykehus, og med 75-100 millioner per år fra tre til ett sykehus (styresak Helse Nord 137/2019).

Ved begge modellene vil det oppstå besparelser knyttet til at en ikke trenger å dublere medisinsk teknisk utstyr, og høyest ved en ettsykehusmodell.

Investeringskostnader for nytt stort akuttsykehus antas å være uavhengig av lokalsiering.



## 6 ROS-analyse på alle tre alternativer (0, 1 og 2)

En ROS-analyse er i utgangspunktet en kvalitativ risikovurdering 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 negativt. En ROS-analyse gjennomføres for å forstå og evaluere risikoer og konsekvenser knyttet til en planlagt endring, et prosjekt, en aktivitet eller en situasjon. Hensikten er å oppnå bedre informasjon og innsikt, slik at en kan gjøre velinformerte beslutninger, og håndtere risikoer på en proaktiv måte.

Deloitte har på vegne av Helse Nord RHF ledet arbeidet med ROS-analysene, men selve risikovurderingene er gjort av arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen har også foreslått risikoreduserende tiltak hvor det har vært uakseptabel høy risiko i alternativ 1 og 2. Det er ikke foreslått risikoreduserende tiltak for nåsituasjonen, da alternativ 1 og 2 er å anse som forslag til tiltak for å forbedre nå situasjonen.

Når ROS-analysen leses er det viktig å være oppmerksom på at ROS-analysen er en skjønnsmessig vurdering gjort av arbeidsgruppen, og at ROS-analysen ble gjennomført på et tidspunkt der nødvendigvis ikke all grunnleggende dokumentasjon og analyser av ulike forhold forelå. ROS-analysen skulle aller helst vært det siste en burde gjøre i utredningsarbeidet, men på grunn av en kort tidslinje måtte analysen gjennomføres før all dokumentasjon var klar. Dette har medført at ikke alle vurderingene nødvendigvis er faktabasert, og noe usikkerhet i forhold til vurderingene.

ROS-analysen er gjort på et overordnet nivå hvor hele regionen er vurdert under ett. I mange av de indentifiserte risikoene er det slik at både sannsynlighet og konsekvens naturlig varierer med geografi, foretak, sykehus, pasientgruppe eller funksjon. Arbeidsgruppen har da 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 steder, enkelte foretak, eller enkelte pasientgrupper sin situasjon. Når dette er tilfelle, er dette er forsøkt beskrevet.

Arbeidsgruppen anfører at det var krevende å gjennomføre analysen for regionen samlet, og at enkelte deler av faktagrunnlaget ikke fullt ut var tilgjengelig for hele gruppen før oppstart.

Hele analysen ligger i vedlegg 1<sup>29</sup>.

### Resultater

Det er i denne ROS-analysen identifisert 30 ulike risikofaktorer i seks risikoområder som er vurdert og kategorisert for de tre ulike alternativene. 21 av disse faktorene er kategorisert med høy risiko i 0-alternativet. Det er ikke funnet risikoreduserende tiltak for nåsituasjonen, da den er ansett å være sammenligningsgrunnlaget. 0-alternativet har

---

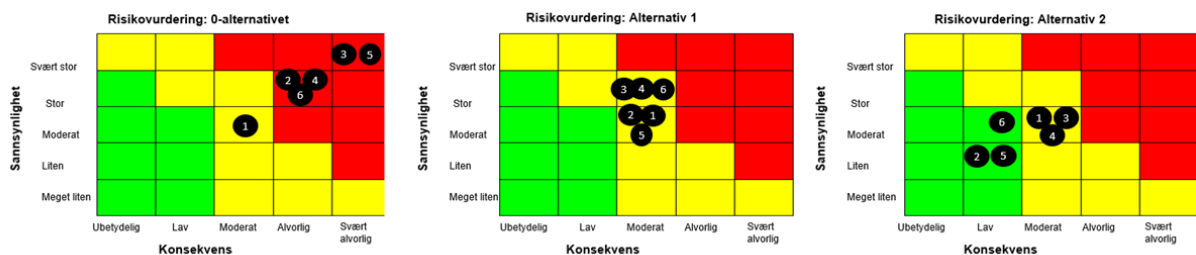
<sup>29</sup> Endelig ROS-rapport ettersendes. Rapport er mottatt 13.11.2023 fra ekstern oversendt gruppen. ROS er en støtte til beslutning, men gir ikke beslutningen alene. Det er vurdert at gruppens medlemmer ikke endrer sine anbefalinger etter mottatt ROS-analyserapport.

videre 1 faktor med lav risiko profil, og 8 faktorer med moderat profil. Alternativ 1 har 3 faktorer som er kategorisert som lav, mens alternativ 2 har hele 21. Hovedtyngden av risikofaktorene er moderat i alternativ 1 (25 stk.).

Risikoområder som var utarbeidet av arbeidsgruppen i forkant av analysen var som følger;

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

Figur 8 viser gjennomsnittlig risiko for hvert risikoområde, i hvert av alternativene. Dette er de fastslåtte gjennomsnittlige risikonivåene etter at en har foreslått risikoreducerende tiltak for risikoer med uakseptabel høy risiko. Det er verdt å merke seg at de ulike risikoområdene ikke er tillagt noe vekt, og er her fremstilt som likeverdige. Det vil være opp til beslutningstakeren å eventuelt tillegge noen områder mer vekt enn andre.



Figur 8 Heatmap, gjennomsnittlig risiko for hvert risikoområde, i hvert av alternativene.

I null alternativet er det høyest gjennomsnittlig risiko forbundet med bemanning og organisatoriske forhold. Begge disse områdene har et svært høyt risikonivå i 0-alternativet. Risikoområdene behandlingstilbud, kapasitet og økonomi er forbundet med høy risiko i 0-alternativet, mens risikoområdet for brukerne av tjenestene er forbundet med lavest gjennomsnittlig risiko. Risikoområdet for brukeren av tjenestene har et gjennomsnittlig risikonivå som er moderat. Dette er gjennomgående for alle alternativene.

I alternativ 1 er det ingen av risikoområdene som er forbundet med høy eller svært høy gjennomsnittlig risiko. Samtlige risikoområder har en moderat risikoprofil. Gjennomsnittlig sannsynlighet er noe høyere for risikoområdene bemanning, kapasitet og økonomi.

Gjennomsnittlig risiko for de ulike områdene reduseres ytterligere i alternativ 2, med unntak av området for brukeren av tjenestene som fortsatt er uendret. Halvparten av risikoområdene har et lavt gjennomsnittlig risikonivå. Dette gjelder økonomi, organisatoriske forhold og behandlingstilbud. Det er noe gjennomsnittlig høyere

sannsynlighet for risikoene under økonomi, enn for de to øvrige områdene. Resterende risikoområder har et moderat gjennomsnittlig risikonivå, dette gjelder da brukeren av tjenestene, bemanning og kapasitet.

Denne overordnede analysen viser at dagens situasjon helt klart er preget av utfordringer og høy risiko forbundet med nesten samtlige områder. Alternativ 2 har lavest gjennomsnittlig risikoprofil, og om man skulle velge alternativ utelukkende ut fra ROS-analysen vil dette alternativet være å foretrekke. Alternativene er noe justert etter ROS-analysen som kan påvirke risikobildet. Arbeidsgruppen mener det ikke er behov for å gjennomføre en fornyet analyse. Bakgrunnen for dette er at ROS-analysen er gjort på et overordnet nivå og at det er planlagt en ny ROS-analyse av helhetlig plan i neste trinn av utredningen.

## 7 Konklusjon med begrunnet anbefaling for valgt alternativ

Oppdraget til arbeidsgruppe 1 var å utrede akuttfunksjoner i somatiske sykehus og fødselsomsorgen, samt kapasitet og drift av planlagt kirurgi.

Framskrivning av behovet for pasientbehandling viser en økning på 13% for liggedøgn. Antallet senger for pasientbehandling reduseres ikke i dette alternativet, men det er heller ikke laget en konkret oppbygging for kommende behov. Det vurderes slik at muligheten for å løse denne utfordringen ikke blir svekket i valgt alternativ.

I dagens oppgave- og funksjonsdeling er foretaksgruppen i en krevende situasjon. Tilbudet til pasientene er satt under press med økende ventetider og fristbrudd. Det er alvorlige budsjettoverskridelser, og hovedårsaken til dette er personellkostnader. Betydelig bruk av variabel lønn og ekstern innleie har en høy økonomisk kostnad, og er et symptom på manglende kompetent arbeidskraft i regionen. Våre fast ansatte må arbeide langt utover planlagt arbeidstid som medfører økt belastning, påvirker arbeidsmiljøet og utfordrer pasientsikkerheten. Merarbeid og innleie fra eksterne firma er nødvendig for å opprettholde beredskap og gjennomføre pasientbehandling. Omfattende bruk av innleie og vikarer påvirker arbeidsmiljøet, utdanning og pasientsikkerhet negativt.

Helse Nord sin andel av befolkningen reduseres år for år. Dette medfører nedtrekk av økonomiske rammer og de siste fem årene har dette medført en reduksjon på ca. 450 millioner kroner. Dette svekker Helse Nord sine muligheter til å følge opp de medisinske utviklingstrekkene. Eksempler på dette er utsettelsen av store byggeprosjekter som nytt sykehus på Helgeland og Åsgård, manglende evne til fornyelse av medisinskteknisk utstyr (90 pst. byttes ut ved brekkasje) og mindre satsning på områder som persontilpasset medisin enn øvrige regioner.

Det er utfordringer med samarbeidet med kommunene der spesielt UNN HF har betydelige utfordringer med et høyt volum av utskrivningsklare pasienter. Dette svekker pasientsikkerhet og pasientbehandling for dem som venter. Samarbeidet om og bruken av kommunale øyeblikkelig-hjelp senger er samlet sett lav.

Dagens struktur er ikke bærekraftig. Den overordnede risiko- og sårbarhetsanalysen viser at dagens situasjon er preget av utfordringer og høy risiko forbundet med nesten samtlige områder. Alternativ 2 har lavest risikoprofil.

Endret funksjons- og oppgavedeling kan likevel i en interimperiode svekke pasienttilbudet. Det kan ikke forutsettes at fagfolk som arbeider i et sykehus som mister akuttfunksjoner, vil pendle eller flytte til nytt arbeidssted. Det gir også risiko for at noen velger å flytte ut av landsdelen. En viktig forutsetning er god medvirkning og samarbeid med tillitsvalgte og verneombud i prosesser som endrer arbeidsvilkår for de som blir involvert.

Muligheten for å følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin ansees av flertallet i arbeidsgruppen som best i alternativ 2. Årsaken er bedret økonomisk bærekraft som gir anledning til nyinvestering i bygg, medisinteknisk utstyr

og annen teknologi som i dagens struktur begrenses av budsjettunderskudd. Prioritering av faglige satsninger som kommer pasientene til nytte som persontilpasset medisin innenfor spesielt kreftområdet vil kunne prioriteres ved bedret økonomisk bærekraft. Dette vil være av stor betydning for regions- og universitetssykehusfunksjonen til foretaket.

Arbeidsgruppens flertall anbefaler derfor alternativ 2 som vurderes å samlet gi best måloppnåelse jf. mandatet. Et mindretall (5) er uenig og anbefaler ulike alternativer i helseforetakene. Deres uenighet i valg av alternativ ligger som vedlegg 2. Det er i tillegg kommet en anførsel (vedlegg 2) fra et av medlemmene som ikke kommer med en konkret anbefaling på alternativ. Utfordringene gjelder alle foretakene i regionen, men mulighetsrommet er vurdert ulikt for hvert av dem. Resten av konklusjonen begrunner anbefalt alternativ for helseforetakene.

## 7.1 Finnmarkssykehuset HF

Det foreslås ingen endringer i akuttfunksjoner i Finnmark. Flertallet i arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2 som tilsvarer dagens organisering, mens et mindretall ønsker alternativ 1 som betyr at dagkirurgien i Alta opprettholdes. Hovedårsaken er lange avstander, og sykehusets beliggenhet. I Sámi klinihkka foreslås det ingen endringer, men det må jobbes aktivt med å rekruttere samisktalende spesialister.

Den operative aktiviteten er spredt på tre steder med en befolkning på om lag 74 000 mennesker. Aktivitet som krever vaktlinjer, er konsentrert til sykehusene. Utredningen viser at Finnmarkssykehuset har flere sårbare spesialiteter og vaktlinjer med lav fleksibilitet, spesielt innenfor ortopedi og kirurgi i Kirkenes, og delvis innenfor indremedisin i Hammerfest. Legeforeningen har anbefalt at en robust vaktlinje minimum bør bestå av seks til åtte spesialister for å være tilstrekkelig. I 0-alternativet er dette krevende å innfri i Finnmark av to årsaker; utfordringer med å rekruttere fagfolk, og lite volum operasjoner grunnet lavt befolkningsgrunnlag. Høy vaktbelastning over tid er heller ikke stabiliserende eller rekrutterende. Dette gjelder også for rekruttering av LIS2/3.

Den operative aktiviteten er lav ved Kirkenes sykehus med sårbare vaktlinjer. Det anbefales å øke den planlagte aktiviteten i Kirkenes. Ved å ta bort det dagkirurgiske tilbudet i Alta, legges det til rette for dette. I perioden 2019-2022 ble det totalt gjennomført 494 dagkirurgiske inngrep i Alta. Den kirurgiske aktiviteten avvikles for å øke aktiviteten ved sykehusene. Reisebelastningen for pasientene ved å kutte dette tilbudet anses som lav. Ved å endre vaktberedskap i ortopedi til dagarbeid i Kirkenes øker kapasitet til pasientbehandling, som reduserer ventelister og fristbrudd. Dagens vaktordning som praktiseres med 2- og 1- delt vakt er ikke robust og lite fremtidsrettet. Vaktordning for ortopedier foreslås derfor avviklet for å øke tilgjengelig arbeidstid på dagtid. På denne måten tilføres sykehuset økt volum, samtidig som operasjonsstuekapasiteten utnyttes bedre.

Sykehuset i Kirkenes er viktig for beredskapen i Finnmark og regjeringen har med dette som bakteppe foreslått å gi en varig bevilgning på 20 millioner for å trygge helsetilbudet

for hele Finnmark. Dette kommer i tillegg til tidligere styrking av intensivberedskapen ved sykehuset på 15 millioner i revidert budsjett.

Øvrig tilbud i Alta videreføres med poliklinisk tjenester, døgnfunksjon og fødestue. I tråd med forslag i statsbudsjettet med en varig styrking på 25 millioner, bør Finnmarkssykehuset videreutvikle spesialisthelsetjenestene i Alta. Spesielt prioritert er tiltak for å hindre unødig reisevei for eldre og kronisk syke. Gode samhandlingsløsninger med kommunene og en satsing på geriatri, vil stå sentralt. Forslaget muliggjør økt volum på dag- og polikliniske tilbud til eldre og kronisk syke, som f.eks. dialyse, kreftbehandling og biologisk behandling. Finnmarkssykehuset har pågående omstillingstiltak blant annet innenfor fagområdet radiologi med felles vaktordninger.

Ved at den generelle kirurgien overføres til sykehuset i Hammerfest, gir det mer tilgjengelig arbeidstid innenfor fagområdene ortopedi, kirurgi og anestesi. Avvikling av fritid knyttet til ambulering mot Alta, tilbakeføres til klinisk drift.

Dersom man skal opprettholde dagens akutt og beredskap i fremtiden bør det etableres samarbeidsavtaler enten innad i Finnmarkssykehuset eller med andre helseforetak om en «hus-hyttemodell» for å sikre faglig kvalitet og kontinuitet.

Det anbefales at Finnmarkssykehuset selv videreutvikler en hensiktsmessig funksjonsdeling innenfor sine lokasjoner, hvor tjenestetilbudet til den samiske befolkningen må tillegges særlig vekt for å sikre kultur og språkforståelse.

Arbeidsgruppen vurderte underveis i prosessen å omgjøre tilbudet ved sykehuset i Kirkenes til fødestue. Begrunnelsen var lave fødselstall, å øke volumet for en fødeavdeling i Finnmark, ta ned antall vaktlinjer (sykehuset innfrir per nå minimumskravene til vaktlinje for gynekologer), og opprettholde et desentralt fødetilbud. Det var da naturlig at sykehuset i Hammerfest, som har det største nedslagsfeltet, opprettholdt fødeavdelingen for å sikre et fødetilbud på dette nivået i Finnmark. Sykehuset har i tillegg den eneste barneavdelingen.

Kompenserende tiltak for å redusere risiko i de tidligere forslagene, var vurdert til å omhandle kapasitet til å overflytte fødekvinne akutt. Primært omhandler det tilgang på luftambulansse. Kirkenes har baser for ett ambulanssefly og ett ambulansseheliokopter. I tillegg er det redningsheliokopter på Banak. Strukturen på ambulanssebiler i nedslagsfeltet ligger fast inntil videre, og anses ikke å bli berørt av endringen. Samlet sett vurderes tilgang på prehospitale ressurser å være god.

Avstanden mellom sykehusene i Finnmark utfordrer endringer innenfor akutt- og døgnfunksjoner. Avstandskriteriet vektlegges tyngre enn identifiserte sårbarheter, og inntil videre anbefaler arbeidsgruppen at akutt- og fødestrukturen i Finnmarkssykehuset opprettholdes, selv om antall fødsler er lavt og har gått ned over tid.

Fødestuen i Alta videreføres. Avstanden til Hammerfest sykehus er mindre, og legger bedre til rette for transport både langs vei og i luften ved behov, enn fra Kirkenes. Seleksjonskriteriene gir en god utvelgelse av hvem som kan føde ved fødestuen og risikoen for komplikasjoner er små. Komplikasjoner kan og vil oppstå der hvor

mennesker er involvert og ikke minst ved en fødsel. Tall fra fødedataprogrammet PARTUS viser at resultatene fra Alta fødestue er gode for mor og barn. Befolkningsgrunnlaget for Kirkenes sykehus er sammenlignbart med nedslagsfeltet for fødestuen i Alta, og Finnmarkssykehuset bør følge utviklingen med lave fødselstall videre fremover, og vurdere om det blir nødvendig å gjøre endringer på et senere tidspunkt.

## 7.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Det foreslås ingen endringer i akutfunksjoner for Tromsø. Bredden i akutfunksjoner vurderes nødvendig for å ivareta funksjonen som regions- og universitetssykehus både med hensyn til behandlingstilbud og utdanning av helsepersonell til hele regionen.

Et flertall av arbeidsgruppen anbefaler at det ved UNN Harstad samler akutt- og døgnaktivitet fra UNN Narvik sitt opptaksområde. Dette vil redusere antallet vaktlinjer som er sårbare i foretaket (2/4-delte vaktlinjer). Dette vil redusere behovet for personell i parallelle vaktlinjer for leger, og redusere behovet for sykepleiere og annet personell i vakt- og døgnfunksjoner samlet for sykehusene. Det vil også gi bedre muligheter for robuste og fleksible fagmiljø. Økt antall medarbeidere i et fagområde gir mindre sårbarhet ved sykefravær og permisjoner, økt mulighet til faglig utvikling og redusert arbeidsbelastning knyttet til vakthypighet og et lavere behov for vikarer. Dette er i tråd med Legeforeningens beskrivelse av robuste fagmiljø<sup>30</sup>.

Et flertall av arbeidsgruppen foreslår at sykehuset i Narvik utvikles til å drive med planlagt behandling. Det er likevel foreslått å beholde et døgntilbud innen fødselsomsorgen i form av en fødestue. Dagbehandling og polikliniske tilbud videreføres i anbefalt alternativ. I så henseende faller forslaget inn under helseforetaksloven § 30.

Planlagt dagkirurgi i nytt sykehus kan økes betydelig med full utnyttelse av kapasitet. Det vil være tilgjengelig areal som konsekvens av at akutt- og døgnaktivitet flyttes til Harstad. Det kan være formålstjenlig at dette benyttes til å bygge opp egen kapasitet innenfor andre fagområder ut fra behov. Dette ligger utenfor denne gruppens mandat.

Alternativ 2 vil gi en tydelig arbeidsdeling mellom sykehusene i UNN HF med Narvik som et viktig sykehus for å øke aktivitet innenfor planlagt kirurgi. Behovet for personell vil reduseres ved overgang til planlagt behandling på dagtid. I tillegg vil variable lønnskostnader og innleie kunne reduseres. Fristbrudd og ventetider innenfor kirurgiske fagområder, samt kostnader til HELFO-ordningen kan reduseres. Det vil også kunne tas ned kjøp fra private leverandører for å bedre egendekning av pasientbehandling i foretaket, samt ta tilbake gjestepasienter som får behandling utenfor regionen. Pasienter i behov for dagkirurgisk behandling i opptaksområdene for sykehusene i Harstad og Tromsø vil kunne benytte seg av denne økte kapasiteten.

---

<sup>30</sup> <https://www.legeforeningen.no/contentassets/cf8e041d600f45d79962bb0ffdbce8bc/statusrapport-sykehus-for-fremtiden.pdf>

Arbeidsgruppen vurderte tidligere i prosessen muligheten for å benytte UNN Narvik som lokalisasjon for samling av akutt- og døgnfunksjoner. Det ble vurdert at dette brøt med mandatets hovedretning; *Omprioritering av ressurser fra døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling.* I tillegg utføres vesentlig mer pasientbehandling ved Harstad sykehus enn i Narvik i dag. Fagmiljøene innenfor flere områder er også større. Det er samlet 557 medarbeidere i Harstad og 339 medarbeidere i Narvik for somatiske tjenester, habilitering og rehabilitering, ambulansse, radiologiske tjenester og laboratorietjenester. Det fremstår heller ikke gjennomførbart å samle alle akutt- og døgnfunksjoner i nye UNN Narvik sykehus med bakgrunn i begrenset areal, uten at dette i stor grad påvirker planlagte arealer for psykisk helse og rus, samt kommunen.

Samlet sett mener et flertall av arbeidsgruppen at måloppnåelsen er best for alternativ 2 for UNN HF. Med bakgrunn i rammene for utredningen har det ikke vært mulig å detaljere ut effektene av hovedretningene kvantitativt utover et overordnet estimat. Likevel mener gruppen at behovet for personell reduseres med endret oppgave- og funksjonsdeling i foretaket. Antallet fast ansatte vurderes ikke samlet å kunne endres i særlig grad, men en reduksjon i vaktlinjer for leger og annet helsepersonell vil inntreffe. I tillegg vil det kunne oppnås effekter på flere områder som kan gi reduksjon i behovet for ledere, og annet støttepersonell.

Kostnadene per legeårsverk vil være lavere uten døgnkontinuerlig drift. Innleie og merarbeid på egne ansatte vil kunne reduseres ved endring til planlagt virksomhet ved UNN Narvik og muligens noe for UNN Harstad. Den økonomiske bærekraften vil mest sannsynlig styrkes, men økte pasientreisekostnader og oppbygging av prehospitale tjenester vil påvirke omfanget.

Samarbeidet med kommunene må videreutvikles uavhengig av valgt alternativ for oppgave- og funksjonsdeling. Det er rom for forbedring i samhandlingen rundt pasienter som er vurdert til å kunne overføres til kommunehelsetjenesten. UNN HF og Helse Nord har det høyeste volumet av utskrivningsklare pasienter i landet. Videre er det lavt forbruk av kommunale øyeblikkelig-hjelp senger. En utvikling av dette tilbudet vil kunne medføre betydelig mindre transport av eldre og skrøpelige pasienter, og samtidig være et godt behandlingstilbud i kommunene. Det er naturlig at UNN HF bistår Narvik kommune med råd og veiledning (ved behov) for å tilpasse den kommunale helsetjenesten (inkl. legevakt) til den endrede oppgave- og funksjonsdelingen for Narvik sykehus. En endring av de akutte og elektive funksjonene i sykehusene vil påvirke kommunehelsetjenesten både i vertskommunene, og også i de andre kommunene som får lengre transportveg til akuttisykehus. Kompetent behandling fra kommunal legevakt og ambulansetjeneste er av stor betydning for pasientbehandling.

Samlet sett mener et flertall av arbeidsgruppen at måloppnåelsen er best for alternativ 2 for UNN HF, mens et mindretall på tre anbefaler alternativ 0. Med bakgrunn i rammene for utredningen har det ikke vært mulig å detaljere ut effektene av hovedretningene kvantitativt utover et overordnet estimat. Likevel mener gruppen at behovet for personell reduseres med endret oppgave- og funksjonsdeling i foretaket. Antallet fast ansatte vurderes ikke samlet å kunne endres i særlig grad, men en reduksjon i vaktlinjer



for leger og annet helsepersonell vil inntreffe. I tillegg vil det kunne oppnås effekter på flere områder som kan gi reduksjon i behovet for ledere, og annet støttepersonell.

### 7.3 Nordlandssykehuset HF

I Nordlandssykehuset foreslås det å endre dagens funksjon ved Lofoten sykehus til et DMS med polikliniske funksjoner, døgnfunksjon og fødestue i alternativ 2. Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler dette, mens et mindretall på fire anbefaler alternativ 0, og en anbefaler alternativ 1. Sykehuset i Bodø vil være et stort akutt sykehus som i dag, og det foreslås ingen endringer.

Endringen antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet, begrunnet i at funksjon og innhold endres fra et akutt sykehus til et distriktsmedisinsk senter. I så henseende faller forslaget inn under helseforetaksloven § 30.

Et distrikts medisinsk senter (DMS) skal tilrettelegge for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene ved å etablere et tilgjengelig, utvidet og bedre koordinert helsetilbud nærmere pasientens hjemsted. Tanken bak er å distribuere de vanligste polikliniske spesialisthelsetjenestene, og dermed spare pasienten for reisen inn til et sykehus. Det er vanlig å tilby diagnostiske tjenester med radiologi samt laboratorietjenester.

Et DMS i Lofoten vil kunne videreføre den brede polikliniske aktiviteten som i dag tilbys ved Nordlandssykehuset Lofoten. Det omfatter behandling innen generell indremedisin (f. eks hjertesykdommer, lungesykdommer, fordøyelsessykdommer og diabetes), dialyse og avansert medikamentell behandling for kreft og betennelsesykdommer i ledd, hud og tarm (biologisk behandling), gynekologi og fødselsomsorg med fødestue.

Flere spesialister har i dag ambulerende spesialistpoliklinikk fra Bodø til Lofoten sykehus innenfor fagområdene øre-nese-hals, revmatologi, barnesykdommer, nevrologi, og hjertemedisin. Endringen i funksjon vil fortsatt legge til rette for videre ambulerende fra flere spesialister.

Et DMS kan også være en del av beredskapen for akutt behandling av hjerneslag (slagalarm som ved DMS Midt-Troms) sammen med ambulansetjenesten før videre transport til en spesialavdeling.

I samarbeid med kommunene kan DMS også ha døgnplasser for utredning og behandling av andre medisinske tilstander som trenger innleggelse. Det kan være akutt sykdom eller medisinsk etterbehandling og rehabilitering etter sykehusopphold. Dette forutsetter at det er et antall tilgjengelige senger, og tilstrekkelig personell.

En endring av de akutte og elektive funksjonene i sykehusene vil påvirke kommunehelsetjenesten både i vertskommunene, og også i de andre kommunene som får lengre transportveg til akutt sykehus. Behovet for kompetent behandling fra kommunal legevakt og ambulansetjeneste er av stor betydning for behandlingsresultatet. Erfaringene fra befolkningstette områder uten sykehus viser at den kommunale legevakten og KAD funksjonen tar hånd om flere tilstander enn ved større nærhet til et akutt sykehus. Legevakten i Alta er et godt eksempel på dette. I

distriktene kan ansatte i pleie- og omsorgstjenesten være en ressurs i akuttmedisinsk sammenheng. Denne yrkesgruppen kan utnyttes bedre og være et viktig supplement ved akuttmedisinske hendelser. En forutsetning er at samtrening og øvelser vil bli viktige kompenserende faktorer.

Den gynekologiske vaktfunksjonen for keisersnittberedskap ved fødestuen foreslås tatt bort. Det er ingen andre fødestuer i Norge som har en tilsvarende løsning.

Endringen vil redusere behovet for personell i parallelle vaktlinjer for leger i sykehusene. Det vil også gi bedre muligheter for robuste og fleksible fagmiljø med en struktur som lar seg bemanne.

Det er nødvendig å iverksette en rekke kompenserende tiltak. Ambulansebilkapasitet må økes for å ivareta den totale beredskapen i Lofoten tilstrekkelig. Tilsvarende må pasientreiseområdet styrkes, og det bør vurderes behov for en helsekspress etter modell fra Helgelandssykehuset. Basestrukturen for ambulanshelikopter må vurderes når ny funksjons- og oppgavedeling er besluttet, slik at prehospital struktur kan tilpasses eventuelle endringer.

Samlet sett mener et flertall av arbeidsgruppen at måloppnåelsen er best for alternativ 2 for Nordlandssykehuset HF. Med bakgrunn i rammene for utredningen har det ikke vært mulig å detaljere ut effektene av hovedretningene kvantitativt utover et overordnet estimat. Likevel mener gruppen at behovet for personell reduseres med endret oppgave- og funksjonsdeling i foretaket på sikt. Antallet fast ansatte vurderes ikke å kunne endres i særlig grad, men en reduksjon i vaktlinjer for leger og annet helsepersonell vil inntreffe. I tillegg vil det kunne oppnås effekter på flere områder som kan gi reduksjon i behovet for ledere, og annet støttepersonell.

## 7.4 Helgelandssykehuset HF

Et flertall av arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2 med ett stort akuttsykehus på Helgeland, et mindretall på to anbefalte alternativ 1. I styremøte 28. november 2019 anbefalte også styret i Helgelandssykehuset en ettsykehusmodell (styresak 115/2019 *Helgelandssykehuset 2025: Anbefaling om struktur og lokalisering*<sup>31</sup>).

De fordelene som en samling av sykehusfunksjoner gir, må veies opp mot ulempene ved at noen får lengre transportveier til det ene store akuttsykehuset. Selv om reiseavstandene for deler av Helgeland er store, er vurderingen likevel at geografi, bosettingsmønster, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester legger til rette for et stort sykehus. Arbeidsgruppen mener at et stort sykehus lar seg lettere bemanne sammenlignet med flere mindre enheter. Alternativ 2 legger best til rette for å bygge et robust og fleksibelt fagmiljø.

Ett stort akuttsykehus tilrettelegger bedre for utdanning av helsepersonell.

---

<sup>31</sup> <https://www.helse-nord.no/499ffd/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2019/20191218/styresak-137-2019-03-vedlegg-3-styresak-115-2019-fra-helgelandssykehuset.pdf>

Økt antall ansatte ved de ulike fagområdene reduserer sårbarhet ved fravær og gir større mulighet for faglig utvikling. Etablering av større og robuste fagmiljøer med levelige vaktordninger antas å være en viktig faktor for å beholde og rekruttere helsepersonell også i fremtiden.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016) begrunner hvorfor et helseforetak på størrelse med Helgelandssykehuset i utgangspunktet bør samle sykehus tilbudet i ett stort akutt sykehus. Krav til teknologi, beredskap og kompetanse samt sammensmeltningen av kirurgiske teknikker og billedveiledet intervensjon er faktorer som bidrar til at et stort robust akutt sykehus må ha et volum tilsvarende befolkningsunderlaget i hele Helgeland.

Reduksjon av vaktlinjer og effekter med samlokalisering som kan gi behov for færre ledere og annet støttepersonell som vurderes å gi økt økonomisk bærekraft. Investeringer i medisinsk teknisk utstyr og andre teknologiske løsninger optimaliseres ved at midlene konsentreres til ett sted.

## 7.5 Brukerperspektivet

Prehospitaltjenester og pasientreiser er viktig for pasientsikkerheten, og grunnleggende nødvendig for å sikre likeverdige helsetjenester for alle som bor her i nord. Brukerne forventer at dette følges opp av Helse Nord i forbindelse med pågående utredningsarbeid.

I arbeidet med å sikre en bærekraftig helsetjeneste i fremtiden forventes det tilrettelegging for gode pasientforløp og sammenhengende tjenester. Disse må være koordinerte og forutsigbare, samt utvikles gjennom god medvirkning med brukerne. Pårørende og pasienter må slippe å være sin egen koordinator. Det tar tid og krefter vekk fra det å være familie og pårørende. Pårørende i fremtiden kommer til å måtte ta mer ansvar. Det må tenkes helhetlig om pasienten og pårørendes situasjon og ressurser.

Det er lett å bli opptatt av enkelttjenester, også i omstillingsarbeid. Ved å kategorisere tilbud kan man miste det helhetlige perspektivet pasienter trenger for å få bedre helse. Det er behov for et godt tverrfaglig tilbud som favner hele menneskets behov i vår felles helsetjeneste.

## 8 Referanseliste

1. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
2. Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038 <https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/regional-utviklingsplan-for-helse-nord-2023-2038/>
3. Revidert framskrivningsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester (*avventes publisering*)
4. NOU 2020:15 Det handler om Norge — Utredning om konsekvenser av demografiutfordringer i distriktene  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2020-15/id2788079/>
5. Hjerte- og karregisteret – Rapport for 2022, Folkehelseinstituttet  
<https://www.fhi.no/publ/2023/hjerte--og-karregisteret-rapport-for-2022/>
6. Cancer in Norway 2022, Kreftregistret  
[https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2022/cin\\_report-2022.pdf](https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2022/cin_report-2022.pdf)
7. NOU 2023:4 Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
8. Framskrivninger av fastlegebruk mot 2040 - Kunnskapsgrunnlag til Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten  
<https://www.fhi.no/contentassets/74c101b9c764446298ba0c69b9c22c3f/framskrivninger-av-fastlegebruk-mot-2040-notat-2023.pdf>
9. Ellen Rabben Svedahl mfl.: Effects of GP characteristics on unplanned hospital admissions and patient safety. A 9-year follow-up of all Norwegian out-of-hours contacts. Family Practice, 2021. Doi.org/10.1093/fampra/cmab120
10. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway  
Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg, Steinar Hunskaar  
British Journal of General Practice 2022; 72 (715): e84-e90. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0340  
<https://bjgp.org/content/72/715/e84.long>
11. Virkning av brudd i kontinuitet mellom fastleger og pasienter på helsetjenestebruk, Folkehelseinstituttet, 2023  
<https://www.fhi.no/publ/2023/virkning-av-brudd-i-kontinuitet-mellom-fastleger-og-pasienter-pa-helsetjene/>
12. Indremedisinen, Fagtidsskrift for Norsk Indremedisinsk Forening, 1:2022  
<https://indremedisinen.no/indremedisinen/pdf/2022-01-indremedisinen.pdf>
13. Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019)  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
14. Traumeplan, Nasjonal Kompetansetjeneste for traumatologi  
<https://traumeplan.no/>

15. Kommunikasjon ved alvorlig skadde Helse Nord – flytskjema, Docmap (PR 51127)
16. Fødselsomsorgen, Nasjonal faglig retningslinje (høringsutkast)  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/fodselsomsorgen-horingsutkast>
17. Et trygt fødetilbud – kvalitetskrav til fødeinstitusjoner, IS-1877, Helsedirektoratet  
<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/13edf7e-477e-47bb-89d6-faa94bf80e28:809189312f88f05db5207d671c1f34f38adbc7cd/Et%20trygt%20f%C3%B8detilbud.%20Kvalitetskrav%20til%20f%C3%B8dselsomsorgen%20%E2%80%93%20Veileder.pdf
18. Endring i fødepopulasjon og konsekvenser for bemanning og finansieringssystem, IS- 2895, Helsedirektoratet  
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/endring-i-fodepopulasjon-og-konsekvenser-for-bemanning-og-finansieringssystem/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf> /attachment/inline/3435df20-ea13-4d9f-99ed-f711d6ffbef0:51f3f1f4a94cd0893d94f09f3c7663d150ae61b0/Rapport%20om%20f%C3%B8depopulasjonen.pdf
19. NOU2023:17 Nå er det alvor — Rustet for en usikker fremtid  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-17/id2982767/>
20. Helgelandssykehuset 2025, Rapport fra ekstern ressursgruppe, 2019  
<https://www.helgelandssykehuset.no/om-oss/nye-helgelandssykehuset/helgelandssykehuset-2025/endelig-rapport-fra-ekstern-ressursgruppe>

## 9 Vedlegg

1. Risiko og sårbarhetsanalyse – sluttrapport, Arbeidsgruppe 1 Akutte og elektive funksjoner (*Endelig ROS-rapport ettersendes. Rapport er mottatt 13.11.2023 fra ekstern aktør.*)
2. Uenigheter i valg av anbefalt alternativ
3. Beskrivelse av dagens situasjon og organisering Finnmarkssykehuset
4. Beskrivelse av dagens situasjon og organisering Nordlandssykehuset
5. Beskrivelse av dagens situasjon og organisering Helgelandssykehuset
6. Beskrivelse av dagens situasjon og organisering Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)
7. Aktivitet for pasienter i Helse Nord 2019-2022
8. Metodenotat – beregninger og estimer
9. Analysenotat- Hvordan dekkes behov for arbeidskraft i Helse Nord?
10. Kartlegging av operasjonskapasitet og vaktberedskap i HFene, fra operasjonsmodul i DIPS.