

**Utredning sammenslåing av  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF og  
Finnmarkssykehuset HF**

## Forord

Endringer i organisering av store virksomheter kan ha flere begrunnelser. Det kan handle om å styrke det faglige tilbudet, det kan være ideologiske grunner, det kan være administrative eller økonomiske årsaker, eller kombinasjoner av disse. I utredningen om en sammenslåing av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarkssykehuset HF har vi søkt å belyse de viktigste temaer som påvirker muligheten for å styrke det desentraliserte helsetilbudet i Finnmark og styrke Universitetssykehuset Nord-Norge som region- og universitetssykehus.

I arbeidet har vi lagt vekt på å bruke dokumenterbar kunnskap der det er tilgjengelig. Helse Nord senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, har med sine analyser av pasientstrømmer og resultater fra nasjonale kvalitetsregistre, vært til stor hjelp. Forskning om sammenslåinger som er gjennomført, særlig internasjonalt, har Helseøkonomisk Analyse AS bidratt med en oppsummering av.

Gjennomføring av sammenslåinger og mulighet for å oppnå ønsket effekt, er tiltak en ikke kan regne seg frem til svaret på. Derfor har bidrag fra kompetente medarbeidere, ledere, tillitsvalgte, vernetjenesten og brukere i prosjektgruppen vært avgjørende i utarbeidelsen av rapporten. De har delt sin kunnskap, erfaringer og vurderinger, i gode dialoger, og sammen bidratt til en god prosess om et tema som er krevende å utrede.

Rapporten presenterer omfattende informasjon om de to helseforetakene og områder hvor det allerede er et samarbeid. Uansett resultat av denne prosessen, er dette kunnskap som kan brukes i den videre utvikling av spesialisthelsetjenesten til befolkningen på Svalbard og i Troms og Finnmark.

Prosjektgruppen står samlet bak anbefalingene og hovedkonklusjonene i rapporten. Enkeltformuleringer er prosjektledelsens ansvar.

31.10.2019

Liz Tandberg  
Prosjektleder

# Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Ordlister – forkortelser og definisjoner .....	4
Sammendrag og anbefaling .....	7
1. Innledning og bakgrunn .....	12
1.1 Oppdrag og mandat .....	12
1.2 Prosjektets organisering .....	14
1.3 Gjennomføring av prosjektets arbeid .....	15
1.4 Rapportens oppbygging.....	16
2. Beskrivelse av Helse Nord .....	17
2.1 Helse Nord RHF .....	18
2.2 Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven) .....	19
2.3 Finansiering og inntektsmodell.....	20
2.4 Funksjonsdeling .....	20
2.5 Fritt behandlingsvalg.....	23
2.6 Helseforetakenes opptaksområder, intern fordeling mellom sykehus .....	23
2.7 Utdanning.....	24
2.8 Forskning .....	24
3. Beskrivelse av de to helseforetakene .....	25
3.1 Finnmarkssykehuset HF.....	25
3.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF.....	34
3.3 Dagens samarbeid mellom de to helseforetakene .....	43
3.4 Samarbeid med andre regionale aktører og felleseide foretak.....	44
3.5 Helsetilbud til den samiske befolkningen.....	45
4. Dagens pasientstrømmer og kvalitetsindikatorer.....	49
4.1 Pasientstrømmer .....	49
4.2 Pasientstrømmer med sløyfe.....	50
4.3 Pasientstrømmer for bosatte i de samiske kommunene Kautokeino og Karasjok.....	50
4.4 Kvalitetsindikatorer .....	51
5. Erfaringer fra andre relevante prosesser .....	54
5.1 Nasjonale og internasjonale erfaringer .....	54
5.2 Hålogalandssykehuset – oppløsning og fusjonen inn i UNN .....	54
5.3 Erfaring med gjennomgående faglig ledelse i UNN .....	55
6. Sammenslåing – muligheter, konsekvenser og risikoer .....	57
6.1 Muligheter, konsekvenser og risikoer – samlet vurdering .....	57
6.2 Pasient og pårørende.....	58
6.3 Helsetilbud til den samiske befolkning.....	62
6.4 Utdanning og spesialisering.....	64
6.5 Rekruttering, stabilisering og fagutvikling.....	65
6.6 Forskning .....	69
6.7 Ledelse og organisasjon.....	70
6.8 Region- og universitetssykehusfunksjonene .....	74
6.9 Lokalsykehusfunksjonene og det desentraliserte tilbudet.....	76
6.10 Det prehospitalt tilbudet .....	78
6.11 Samhandling med kommunene.....	79
6.12 Foretaksgruppen i Helse Nord.....	80
7. Andre relevante forhold/problemstillinger .....	81
7.1 Sykehusapotek Nord HF .....	81
7.2 Helse Nord IKT HF.....	82
7.3 Sykehusinnkjøp HF .....	82
7.4 Pasientreiser HF.....	82
7.5 Regionale myndigheter og fylkesmann/fylkeslege .....	82
7.6 IKT-systemlandskapet.....	83
7.7 Økonomiske og juridiske vurderinger .....	84
8. Mulige risikoreducerende tiltak .....	84
9. Vedlegg.....	84
10. Referanser .....	85

## Ordliste – forkortelser og definisjoner

Forkortelse	Langt navn
• FIN	Finnmarkssykehuset HF
• FIN-AL	Finnmarkssykehuset Alta
• FIN-HM	Finnmarkssykehuset Hammerfest
• FIN-KI	Finnmarkssykehuset Kirkenes
• FIN-KA	Finnmarkssykehuset Karasjok
• UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
• UNN-HA	Universitetssykehuset Nord-Norge Harstad
• UNN-NA	Universitetssykehuset Nord-Norge Narvik
• UNN-TR	Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø
• NLSH	Nordlandssykehuset HF
• HSYK	Helgelandssykehuset HF
• SANO	Sykehusapotek Nord HF
• HNIKT	Helse Nord IKT HF
• HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
• DMS	Distriktsmedisinsk senter
• DPS	Distriktspsykiatrisk senter
• NPR	Norsk pasientregister
• RoP	Kommunal tjeneste for rus og psykiatri
• SIFER	Nasjonalt kompetansesenternetverk i sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri
• SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
• UiT	UiT Norges arktiske universitet
• VIVAT	Helsedirektoratets program for selvmordsforebygging
Begrep	Definisjon
• Universitets-sykehus	<p>Helseforetaket og/eller sykehuset må samarbeide med ett eller flere universitet(er) som uteksaminerer medisiner og annet helsepersonell ved at:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. det bidrar vesentlig i forskningsbasert utdanning i medisin og annen helsefaglig utdanning,</li> <li>2. kandidatene har det vesentlige av sin praktiske og teoretiske undervisning ved sykehuset,</li> <li>3. det bidrar vesentlig i doktorgradsutdanningen i de fleste kliniske fag innen medisin og andre helsefaglige disipliner,</li> <li>4. det kan dokumenteres at det utføres biomedisinsk og helsefaglig grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innenfor de fleste kliniske fagområder, og</li> <li>5. det kan dokumenteres forskningsaktivitet av høy internasjonal kvalitet og bredde.</li> </ol> <p><i>(Kilde: §3-2, Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, betegnelsen universitetssykehus m.m.)</i></p> <p>Det må søkes om godkjenning fra Helse- og omsorgsdepartementet for å bruke betegnelsen universitetssykehus. Vilkårene for godkjenning er nedfelt i «Forskrift av 17. desember 2010 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten». Alle regionsykehusene er godkjent som universitetssykehus.</p>
• Regionsykehus	<p>Det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. De fire regionsykehusene er Universitetssykehuset Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Disse sykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.</p> <p><i>(Kilde: Boks 5.6 (s. 43) og side 105, Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019))</i></p>
• Stort akutt sykehus	<p>Sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutt tilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.</p> <p><i>(Kilde: Boks 5.6 (s. 43) og side 105, Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019))</i></p>

Begrep	Definisjon
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akuttpsykehus</li> </ul>	<p>Sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønstre, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. (Kilde: Boks 5.6 (s. 43) og side 105, Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019))</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokalsykehus</li> </ul>	<p>Betegnelsen brukes både om store og små sykehus, men gir ingen presis beskrivelse av sykehusenes innhold. Brukes gjerne om alle sykehus som ikke er av typen universitetssykehus. (Kilde: Kapittel 5.6, Meld. St. 11 Nasjonal helse og sykehusplan (2016-2019))</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehus uten akuttfunksjoner</li> </ul>	<p>Sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner. (Kilde: Boks 5.6 (s. 43), Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019))</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distriktspsykiatriske senter</li> </ul>	<p>Desentralisert allmennpsykiatrisk tilbud, hovedsakelig poliklinisk eller ambulant, om utredning, behandling og akutt helsehjelp når det trengs, og i nært samarbeid med kommunene i opptaksområdet. (Kilde: Kapittel 8.1, Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019))</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distriktsmedisinske senter</li> </ul>	<p>En større helseinstitusjon utenfor sykehus der det ytes spesialisthelsetjenester. Ofte er disse spesialisthelsetjenestene samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester. Eksempler på DMS er lokalmedisinske senter, sykestue, spesialistpoliklinikk og spesialistlegesenter. (Kilde: Kapittel 5.6, Meld. St. 11 Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019))</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialistpoliklinikk</li> </ul>	<p>En type distriktsmedisinske senter der de fleste spesialistene ambulerer inn fra andre geografiske enheter.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spesialistlegesenter</li> </ul>	<p>En type distriktsmedisinske senter som har en kjerne med egne spesialister</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulering</li> </ul>	<p>Spesialister som reiser fra eget arbeidssted til andre lokaliseringer der spesialisthelsetjenesten yter tjenester. Ambulering kan skje internt i et helseforetak eller eksternt ved hjelp av spesialister som kommer fra andre helseforetak.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehus i nettverk</li> </ul>	<p>I hovedsak brukes begrepet om samarbeid og koordinering av tjenester og behandlingstilbud mellom enheter som tilhører forskjellige helseforetak, men det er også, som i Nasjonal helse- og sykehusplan brukt både om samarbeid i og mellom helseforetak.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonal og flerregional behandlingstjeneste</li> </ul>	<p>En nasjonal behandlingstjeneste skal kun etableres ved ett helseforetak i landet, mens en flerregional behandlingstjeneste skal kun etableres ved to helseforetak. (Kilde: Kapittel 4, Forskrift om krav til spesialisthelsetjenester, betegnelsen universitetssykehus m.m.)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kompetansesenter</li> </ul>	<p>En tverrfaglig organisasjon som har et særlig ansvar for å drive forskning, videreutvikling av feltet, veiledning og undervisning av fagfolk og eventuelt pasienter og deres pårørende. Et sykehus kan drive pasientrettet arbeid på det feltet en har kompetansesenterfunksjon, men dette er ikke en forutsetning. (Kilde: Regjeringen.no)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ISF</li> </ul>	<p>Innsatsstyrt finansiering - en del av inntektsmodellen der helseforetakene får penger fra staten ut i fra hvor mange pasienter som behandles, sykdommens kompleksitet og gjennomførte behandlingsprosedyrer.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjestepasientordning</li> </ul>	<p>Oppgjørsordning der et helseforetak kan fakturere pasientens hjemstedshelseforetak dersom pasienten sogner til et annet helseforetak enn der behandlingen ytes.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funksjonsdeling</li> </ul>	<p>Prosesser hvor en funksjon (diagnostikk, behandling og oppfølging innen et avgrenset område) fordeles til noen sykehus og ikke til andre. (Kilde: Helse Nord RHF)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desentralisert tilbud</li> </ul>	<p>Brukes i rapporten om det samlede desentrale spesialisthelsetilbud, inkluderer både behandling på lokalsykehus og distriktsmedisinske eller distriktspsykiatriske sentre eller sykestuer.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prehospitaltjenester</li> </ul>	<p>Akuttmedisinske oppfølging før pasienten ankommer sykehus. Det kan også være medisinske oppfølging i transport mellom sykehus eller hjem fra sykehus.</p>

Begrep	Definisjon
• Fjernledelse	Brukes gjerne om ledelsesutøvelse i organisasjoner med geografiske avstander. Det kan være mer enn geografisk avstand, for eksempel organisatorisk, kulturell, sosial eller kognitiv avstand.
• Gjennomgående faglig ledelse	Linjeansvar for flere geografiske lokaliseringer. Dette ansvaret inkluderer totalansvar for virksomhetsstyringen – administrativt, økonomisk og faglig. (Kilde: UNN)
• Stedlig ledelse	Ledelsesutøvelse der en leder er samlokalisert med personell og enhet som lederen har ansvar for.
• Enhetlig ledelse	Én leder har det overordnede og helhetlige ansvaret for virksomheten i en enhet, både administrativt og faglig.
• Lokalisering	Geografiske steder hvor et helseforetak har aktivitet (innleggelse og/eller poliklinisk aktivitet).
• Innleggelse	Det som i NPR er kodet som innleggelse og hvor liggetiden er lenger enn null døgn. I tillegg er sykehusepisoder med liggetid null dager og hvor pasienten er utskrevet som død, definert som innleggelse.
• Sykehusepisode	Alle avdelingsopphold med mindre enn tolv timers mellomrom teller som én sykehusepisode, uavhengig av om avdelingsoppholdene er på samme eller ulike sykehus. En sykehusepisode kan også bestå av kun ett avdelingsopphold eller kun én poliklinisk konsultasjon.
• Liggetid	En innleggelses varighet i antall døgn.
• Opptaksområde	De geografiske områdene som helseforetakene har ansvar for å betjene. Opptaksområdene er definert ut fra pasientens bostedskommune.
• Behandlende sykehus	For sykehusepisoder som består av mer enn en innleggelse og hvor pasienten er behandlet ved forskjellige sykehus defineres behandlende sykehus ut fra den innleggelsen med høyest DRG-vekt. Det vil si det tyngste oppholdet i sykehusepisoden.
• Pasientstrøm med sløyfe	Når øyeblikkelig hjelp behandling initieres ved et lokalsykehus, og pasienten sendes videre til et annet sykehus, gjerne regionsykehus, for mer spesialisert behandling.
• Finnmarksmodellen	Del av UiTs medisinstudieprogram der tolv studenter hvert år fullfører 6. studieår ved Finnmarkssykehuset. Det roteres mellom Hammerfest, Alta og Karasjok.

## Sammendrag og anbefaling

Helse Nord RHF fikk i foretaksmøte 7. mars 2019 i oppdrag å utrede en sammenslåing av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarkssykehuset HF. Formålet var å vurdere om dette kunne bidra til å nå målet om et styrket pasienttilbud i Troms og Finnmark ved å videreutvikle og styrke både det desentraliserte tilbudet i Finnmark, og Universitetssykehuset Nord-Norges posisjon som region- og universitetssykehus.

Utredningen ble organisert som et prosjekt med ekstern prosjektledelse og et bredt sammensatt prosjektstyre. Prosjektgruppen har bestått av representanter fra de to helseforetakene, arbeidstakerorganisasjonene og vernetjenesten, lederne for de to helseforetakenes brukerutvalg, samt UiT Norges arktiske universitet, Sametinget, og kommuner i de to helseforetakenes opptaksområde. Utredningen ender opp med en anbefaling til prosjekteier, administrerende direktør i Helse Nord RHF. Rapporten skal behandles av styrene i de to helseforetakene, før styret i Helse Nord RHF sluttbehandler rapporten og oversender den til Helse- og omsorgsdepartementet. Etter dette skal den sendes ut på høring.

Hovedoppgavene til de to helseforetakene er pasientbehandling, forskning, utdanning av helsepersonell og undervisning av pasienter og pårørende. Finnmarkssykehuset yter i all hovedsak lokalsykehustjenester til sin befolkning på rundt 76 000 mennesker. Helseforetaket har en nasjonal rolle som ansvarlig for Samisk nasjonalt kompetansesenter. Universitetssykehuset Nord-Norge er region- og universitetssykehus for en befolkning på 470 000 mennesker i Nord-Norge og Svalbard, og lokalsykehus for om lag 170 000 mennesker i Troms og nordre Nordland. Begge helseforetakene, og i særlig grad Finnmarkssykehuset, preges av store geografiske avstander, desentrale tilbud til befolkningen med tjenesteytelse spredt over et veldig stort geografisk område. Finnmarkssykehuset har somatisk aktivitet fire steder og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på seks steder. UNN har somatisk aktivitet seks steder og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling på syv steder. Prehospitale tjenester er organisert med 17 ambulansestasjoner i Finnmark og 29 i Troms og nordre Nordland. Finnmarkssykehuset har samhandlingsavtaler med 19 kommuner. Universitetssykehuset Nord-Norge har avtaler med 30 kommuner.

Utredningen belyser de viktigste områder eller faktorer som har stor betydning for å nå målsettingene om en styrking av det desentrale helsetilbudet i Finnmark og Universitetssykehuset Nord-Norge som region- og universitetssykehus. Utredningen baseres på dokumentert kunnskap og fakta når det finnes. Det gjelder blant annet tilgjengelighet til spesialisthelsetjenestetilbud for befolkningen, kvalitet på tjenestene og studier om effekter av sammenslåing mellom sykehus. For andre områder, som er belyst i utredningen, er grunnlaget den kunnskap og erfaring som medlemmer i prosjektgruppen besitter.

Et generelt trekk ved flere av temaene som belyses er at det, teoretisk sett, kan tenkes at en sammenslåing vil kunne gi fordeler i ett samlet helseforetak. Erfaringer tilsier imidlertid at det på flere områder, er få eller ingen holdepunkter for at slike effekter vil kunne oppnås. Årsakene til dette er flere. Ledere og ansatte vil i en sammenslåingsprosess måtte prioritere omfattende administrative oppgaver på bekostning av drift og utvikling av pasienttilbudet. Den største risikoen er at både region- og universitetssykehusfunksjonene og lokalsykehusfunksjonene kan bli lidende. Det vil kunne svekke det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet i Nord-Norge.

Når organisasjoner slås sammen, er det ofte med formål å få økt kvalitet og operasjonell effektivitet, ved at funksjoner og ansvar omfordes og samles. For at en omorganisering i dette perspektivet skal lykkes, bør de som skal omorganiseres selv ha identifisert både behov og mulig løsning. Med bakgrunn i utredningens mandat, fikk Helse Nord RHF Helseøkonomisk analyse AS til å utarbeide en oppsummering fra internasjonale studier om sammenslåinger av sykehus. Her ble det konkludert med at sykehussammenslåinger kan gi effektivitetsgevinster. En forutsetning er at det skjer reelle endringer i sykehusenes organisasjon, enten ved samlokalisering eller ved endring i organisering av tjenestetilbud eller pasientstrømmer.

En sammenslåing av Universitetssykehuset Nord-Norge og Finnmarkssykehuset har ikke, i seg selv, som formål å endre den kliniske virksomheten, eksisterende funksjonsdeling eller lokaliseringer. Videre konkluderer rapporten fra Helseøkonomisk analyse AS med at Universitetssykehuset Nord-Norge og Finnmarkssykehuset allerede har et nettverkssamarbeid ved felles tilhørighet til det regionale helseforetaket. Potensielle gevinster kan derfor hentes ut ved nærmere samarbeid mellom foretakene innenfor dagens struktur.

Det er særlig for fire av temaene som er utredet, at prosjektgruppen mener en sammenslåing vil kunne gi negative effekter for målsettingen om et styrket desentralisert pasienttilbud og et styrket region- og universitetssykehus. Det er konsekvensene for region- og universitetssykehusfunksjonene, hvordan samarbeidet og samhandlingen med kommunene vil bli påvirket, et endret og mer komplekst fokus for ledelse og organisasjon, samt pågående utviklingsarbeid ved de to helseforetakene og i helseregionen. Hvordan hvert enkelt område vil bli påvirket av en sammenslåing er utdypet i avsnittene under.

### REGION- OG UNIVERSITETSSYKEHUSFUNKSJONENE

En styrket region- og universitetssykehusfunksjon er et av formålene med sammenslåingen. Etter prosjektgruppens mening, er det innenfor dette området at det er størst risiko for at en sammenslåing ikke vil føre til et styrket behandlingstilbud til den nordnorske befolkningen.

Universitetssykehuset Nord-Norge har de siste årene hatt en synkende andel av forskningsaktiviteten nasjonalt. Skal dette snus må det gjøres strategiske og praktiske grep. Et sammenslått helseforetak vil, sammenlignet med dagens Universitetssykehus Nord-Norge, ha en enda større overvekt av lokalsykehusfunksjoner. Ingen andre region- og universitetssykehus i Norge har en slik sammensetning av virksomheten. Styrking av undervisning, forskning og høyspesialisert virksomhet må konkurrere om oppmerksomhet med sammenslåingsprosessen og daglig drift. Erfaringene at operative oppgaver ofte vinner.

En sammenslåing kan bety at fagmiljøene i Tromsø i større grad må ivareta og følge opp lokalsykehusfunksjoner, istedenfor å ha oppmerksomheten mot regionsykehusoppgaver og det høyspesialiserte behandlingsansvaret. Det kan bli mindre attraktivt å jobbe ved et region- og universitetssykehus om man ikke får «dyrke» de høyspesialiserte delene av jobben.

Virksomheten vil bestå av mange lokaliseringer med betydelig virksomhet spredt på et område som er større enn Danmark, Nederland og Sveits til sammen. Både i en sammenslåingsfase og permanent, uansett valg av intern organisasjonsform, vil det kreve betydelig mer ledelsesoppmerksomhet enn i dag. Det handler både om strategisk arbeid og oppfølging.

En styrking av region- og universitetssykehusfunksjonene vil kreve innsats for å utvikle forsknings- og undervisningsfunksjonene, etablering av en strategi for de høyspesialiserte funksjoner og en målrettet innsats for å bidra i å utvikle de samlede helsetilbudet i nord. Etter prosjektgruppens vurdering representerer dette oppgaver av en helt annen karakter enn gjennomføring av en sammenslåingsprosess. Kontinuerlig styring og videreutvikling av et helseforetak vil stå i fare for å bli svært fragmentert. Et slikt spenn i ledelsesansvar vil kunne svekke helseforetakets samlede virksomhet. En region- og universitetssykehusfunksjon, uten et sterkt faglig fundament, både organisatorisk og ledelsesmessig, vil også ha problemer med å innfri kravet om et likeverdig behandlingstilbud til befolkningen i Nord-Norge, og som er på høyde med tilbudet i de andre tre helseregionene.

### SAMHANDLING

Samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten er, og vil være, avgjørende for å styrke det samlede helsetilbudet og bruke ressursene på en optimal måte. Begge helseforetakene har samhandling høyt på dagsorden. Den foregår både på klinisk nivå mellom fagfolk, og strategisk mellom ledelse i kommuner og helseforetak. Et sammenslått helseforetak skal samhandle med 49 kommuner, tilsvarende 12% av kommunene i landet og 35% av landets areal.



Den store utfordringen og risikoen vil, både i overgangsfasen og permanent, være at helseforetaket bruker store ressurser på å få til en samlet utvikling i samarbeidet med kommunene, uten at det gir effekter for samhandlingen om pasientene. De 49 kommunene er svært uensartet. En modell for samarbeid kan ikke alltid skaleres opp og ned, uavhengig av antall enheter, geografi, størrelse, kompetanse og avstander. Særlig vil dette bli tydelig når enkeltkommuners evne til å yte helsetjenester vil svekkes på grunn av befolkningssammensetning og folketall. Erfaringen er at samhandlingen, også på systemnivå, består av mye skreddersøm, ikke minst der det er mange sykehus og mange kommuner. Utvikling av en standardisert samhandlingsorganisasjon, der kommuner avgir myndighet til felles representanter, er eneste praktisk mulige løsning. Å realisere denne forutsetningen vil kreve enighet om målsettingen og omfattende ledelsesoppmerksomhet. Erfaringen er at når det oppstår problemstillinger i samhandlingen, blir dette ofte politiske saker i kommunene. Da involveres også toppledelsen i helseforetaket. 49 kommuner med ulike utfordringer som samarbeidsparter, vil medføre stor risiko for en vanskeligjøring og nedprioritering av dette samarbeidet.

### **LEDELSE OG ORGANISASJON**

Ledelse av enheter og medarbeidere på distanse er blitt stadig mer vanlig. Det kom i helsesektoren som følge av at flere enheter, lokalisert på ulike steder, ble samlet til helseforetak med én felles toppledelse. Slik har det vært i Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge over år nå. Det stiller lederne overfor spesielle utfordringer, ikke minst i en landsdel med store geografiske avstander og ofte med vær- og logistikkutfordringer. Ledelse i form av regelmessig fysisk tilstedeværelse, på de ulike enhetene, vil vanskelig kunne gjennomføres, særlig på de øverste ledernivåene. Da er bruk av teknologi og bevissthet om hvordan slik ledelse utøves helt avgjørende. I publikasjonen Fjernledelse i sykehus fra Nasjonalt topplederprogram for helseforetakene (2009), beskriver Vie m.fl. utfordringer og tiltak for å løse dette når lederen møter de samme forventninger som i en organisasjon som fysisk er samlokalisert. De understreker at fjernledelse kvalitativt ikke er noe annet enn «vanlig» ledelse, men det er vanskeligere og bevisstheten om utøvelse og hvilke grep som tas, må være stor. Det er en klar oppfatning at en sammenslåing vil medføre stor risiko for hvordan ledelse i en slik ny og kompleks helseforetaksstruktur kan organiseres og utøves på en god måte.

I sammenslåingsperioden er lederskapets tilstedeværelse og synlighet avgjørende faktorer for å trygge medarbeiderne, skape oppslutning og gjennomføre oppdraget. De to helseforetakene har ulik organisasjonsstruktur, og uavhengig av hvordan et sammenslått helseforetak organiseres, vil en reorganisering være nødvendig. Det er høy risiko for at utviklingsarbeid og kvalitetsforbedrende initiativ vil måtte nedprioriteres til fordel for oppgaver med omstruktureringen. Det er også bekymring for hva dette kan bety for trepartssamarbeidet, arbeidsmiljøet, og rekruttering og stabilisering av fagmiljøer, samt kanskje særlig for forskning og innovasjon. Fokuset på pasientsikkerhet vil, i tillegg til store IKT-innføringer og flere byggeprosjekter, også måtte konkurrere med en omfattende og langvarig sammenslåingsprosess.

For ledelsen vil en sammenslåing bety en utvidelse av lederspennet og økt kompleksitet i lederopp-gavene. Dette vil blant annet ha direkte konsekvenser for nødvendig oppmerksomhet om pasientbe-handling, forskning og høyspesialiserte oppgaver.

### **STORE GJENNOMFØRINGSPROSJEKTER PÅ BYGG OG IKT**

Begge helseforetakene står midt i prosesser med store bygge- og IKT-prosjekter. Nye sykehus i Ham-merfest og Narvik er under planlegging, og Universitetssykehuset Nord-Norge skal utrede fremtidige bygningsmessige løsninger for det psykiatriske tilbudet på Åsgård. Prosjektinnramming for oppføl-ging av arealplanen for sykehuset i Harstad står også på dagsorden. Begge helseforetakene må de neste tre årene involvere seg tungt i innfasingen av en ny versjon av det elektroniske pasientjournal-systemet, og innføringen av elektronisk kurve- og medikasjonsløsning. Implementeringsfasen er res-surskrevende fordi alt fagpersonell skal gjennom opplæring. Det skal også utvikles nye måter å ar-beide på slik at mulighetene i systemene kan tas i bruk. Det vil kreve betydelig ledelsesoppmerksom-het på alle nivå. Samtidig skal aktiviteten i pasientbehandlingen opprettholdes og utvikles.

Gjennomføring av et sammenslåingsprosjekt vil øke belastningen på organisasjonen og medføre stor risiko for disse prosjektene. Belastningen på organisasjonen blir for stor. I innføring av IKT-løsningene er helseforetakene vevd sammen i et finmasket nett der det er store interne avhengigheter. Økt risiko i gjennomføringsfasen vil kunne påvirke hele helseforetaksgruppen.

De overnevnte fire områdene, er de områdene prosjektgruppen i særlig grad mener vil bli negativt påvirket av en sammenslåing av Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge. I tillegg har prosjektgruppen vurdert fem andre temaer i sitt utredningsarbeid. Avsnittene under tar for seg hvert av disse område, før det konkluderes og prosjektets anbefaling presenteres.

#### **PASIENTTILBUDET**

SKDEs rapport konkluderer med at tilgjengelighet til pasientbehandling, målt som befolkningens forbruk av lokalsykehus og høyspesialisert behandling, er noenlunde likt fordelt i befolkningen. Det er ingenting som tyder på at befolkningen i noen deler av de to geografiske områdene har en tilgjengelighet som ikke er medisinsk begrunnet. I dagens situasjon er UNN Tromsøs kapasitet fullt utnyttet, både bemanningsmessig og fysisk. Det foreligger ingen mulighet til endring av opptaksområde for akutte pasientforløp som skal til lokalsykehus. Det er heller ikke dokumentert noe medisinsk grunnlag for slik endring.

Gjennomgangen av kvalitetsdata viser at det ikke er noen systematiske forskjeller mellom helseforetakene. Det er lite som tyder på at en tilknytning til et region- og universitetssykehus spiller noen avgjørende rolle for de kvalitetsmessige resultatene. I hele Helse Nord er det imidlertid på ulike områder utfordringer med å oppnå ønsket kvalitet. Dette må foretaksgruppen og de to helseforetakene arbeide med uavhengig av en sammenslåing.

En forventning til en sammenslåing til én organisasjon, er at løsninger kan breddes ut i hele organisasjonen, med samlet mindre bruk av arbeids- og ledelseskraft. Erfaringen fra sammenslåingsprosessen av sykehusene i Harstad og Narvik, da de i 2007 ble del av Universitetssykehuset Nord-Norge, underbygger ikke et slikt resonnement. Det er først og fremst den lokale forankringen som er avgjørende for implementering. Det behovet påvirkes i liten grad av en sammenslåing. Prosjektgruppen har heller ikke identifisert noen store fordeler eller ulemper for opplæring av pasienter og pårørende utover at løsninger kan gjenbrukes og samorganiseres.

#### **HELSEPERSONELL**

Prosjektet konkluderer med at en sammenslåing til ett helseforetak ikke vil ha noen betydning for utdanning og spesialisering av helsepersonell. Dette reguleres i stor grad på regionalt nivå, eller ved andre avtaler eller samarbeid uavhengig av foretaksstruktur. Heller ikke for rekruttering og stabilisering ansees en sammenslåing å gi særlig effekt i den ene eller andre retningen. Erfaringen er at det ikke blir noe lettere å rekruttere fagfolk ved sammenslåing av helseforetak. Rekrutteringen skjer til hvert enkelt sted med utgangspunkt i lokale fagmiljø og entusiastiske medarbeidere. Det er stedet og miljøet i seg selv, heller enn å være del av en overordnet «paraply» som et universitetssykehus, som tiltrekker.

Prosjektgruppen ser ingen grunner til at en sammenslåing, samlet sett, vil gi et økt fokus på forskning og utdanning. Prosjektgruppen mener at region- og universitetssykehusfunksjonen kan komme i skvis og bli nedprioritert fordi det økte ansvaret for lokalsykehusfunksjonen vil kreve mer kapasitet. Dette vil igjen kunne ha en negativ effekt på forskningsaktiviteten.

#### **SPESIALISTHELSETJENESTER FOR DEN SAMISKE BEFOLKNINGEN**

Prosjektet konkluderer med at en sammenslåing til ett helseforetak, forutsatt videreføring av de oppdrag som Finnmarkssykehuset har i dag, vil kunne øke oppmerksomheten om helsetilbudet til den samiske befolkning. Det vil også kunne stimulere til utvikling av en organisering av dette området i et nytt helseforetak. Risikoen vil samtidig være at et slikt tema kan «bli borte» i et stort helseforetak med fokus på somatikk og høyspesialiserte funksjoner.

### **FORETAKSGRUPPEN HELSE NORD**

For Helse Nord vil balansen i helseforetaksgruppen endres. Et sammenslått helseforetak vil utgjøre 65% av virksomheten i Helse Nord. Antall helseforetak, som er involvert i en rekke prosesser, vil endres fra fire til tre. I det møysommelige arbeidet det er å utvikle og drive en foretaksgruppe, er det å ha krefter som balanserer hverandre både oppgave- og størrelsesmessig viktig, ikke minst i prioriteringsprosesser. Ved en sammenslåing må det forventes at spørsmålet om en gjennomgang av hele foretaksstrukturen i Helse Nord kommer på dagsorden.

### **ØKONOMI**

Arbeid og tiltak i selve sammenslåingsprosessen, særlig når det gjelder organisasjonsutvikling, vil øke kostnadene. Det er også all grunn til å tro at endret ledelsesoppmerksomhet vil svekke kostnadskontrollen. I tillegg vil det være direkte kostnader, blant annet på IKT-siden, som forberedelse til sammenslåingen. Hvorvidt en greier å opprettholde pasientbehandlingsaktiviteten og sikre ISF-inntektene vurderes som usikkert.

Prosjektet vurderer at en sammenslåing vil gi betydelig økte kostnader på kort og mellomlang sikt, og at det er usikkerhet når det gjelder de langsiktige økonomiske effektene.

### **SAMLET VURDERING OG ANBEFALING**

Samlet anbefaler prosjektgruppen at helseforetakene Universitetssykehuset Nord-Norge og Finnmarkssykehuset ikke slås sammen. En sammenslåing vil over mange år ta ledelseskapasitet og -oppmerksomhet. En slik prosess vil påvirke fagfolkenes mulighet for å gjøre jobben sin. Det er ikke funnet noen indikasjon på at pasienttilbudet til befolkningen i Troms og Finnmark vil bli styrket ved en sammenslåing, på en slik måte at det forsvarer risikoen. Prosjektgruppen mener også at det er stor risiko for at Universitetssykehuset Nord-Norges posisjon som region- og universitetssykehus vil bli svekket. Dette vil kunne få betydning for tilgjengeligheten til et likeverdig høyspesialisert behandlingstilbud for befolkningen i hele Nord-Norge og det vil kunne svekke Universitetssykehuset Nord-Norges viktige rolle som sentral aktør i den faglige utvikling i Helse Nord.

Etter prosjektgruppens vurdering, vil målsettingen om å styrke det desentraliserte tilbudet i Finnmark og det spesialiserte tilbudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge, best kunne oppnås innenfor dagens foretaksstruktur. Det bør skje ved å videreutvikle det regionale samarbeidet i Helse Nord, samarbeidet mellom de to helseforetakene og det pågående organisasjonsutviklingsarbeidet internt i de to helseforetakene. På den måten reduseres risikoen for potensielt uheldige sider ved en sammenslåing både på kort og lang sikt.

# 1. Innledning og bakgrunn

Helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning, jmfør Lov om helseforetak 2001 §1.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) og Finnmarkssykehuset HF (FIN) har forskjellige rammer med hensyn til geografi, demografi, størrelse, fagområder og samfunnsoppdrag. I denne utredningen har oppgaven vært å få tak i, og ta hensyn til hva som er viktig, for at begge helseforetakene kan utføre sine samfunnsoppdrag med de premissene som er gitt, og om en sammenslåing av de to vil innebære en forbedring i leverte helsetjenester i form av tilgjengelighet og kvalitet for innbyggerne i Troms og Finnmark.

I Regjeringens politiske plattform, Granavolden-plattformen, som ble vedtatt 17. januar 2019, fremgår det at regjeringen vil:

*«(...) i forbindelse med vurderingen av den nye regionreformens konsekvenser for inndelingen av helseforetaket, foreslå at Finnmarkssykehuset blir en del av UNN.»*

Helse Nord RHF fikk på foretaksmøtet med Helse- og omsorgsdepartementet 7. mars 2019, i oppgave å utrede en sammenslåing av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarkssykehuset HF:

*«Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF om å utrede en sammenslåing av Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarkssykehuset HF og, herunder om dette kan bidra til å nå målet om et styrket pasienttilbud i Troms og Finnmark gjennom å videreutvikle og styrke både det desentraliserte tilbudet i Finnmark og Universitetssykehuset Nord-Norges posisjon som regionsykehus og universitetssykehus. Effekter for faglig utvikling, forskning og rekruttering skal vurderes. Videre skal det vurderes om det nasjonale ansvaret for samisk helse kan ivaretas bedre gjennom en sammenslåing. Som del av utredningen skal det gjennomføres en risiko- og sårbarhetsanalyse.»*

For å svare ut dette oppdraget, etablerte Helse Nord et prosjekt, med ekstern prosjektledelse, som fikk i oppgave å utrede problemstillingen. Dette dokumentet presenterer prosjektets funn, drøftinger, konklusjoner og om en sammenslåing anbefales.

## 1.1 Oppdrag og mandat

I protokollen fra foretaksmøtet heter det følgende om utredningen som skal gjennomføres:

*«Foretaksmøtet viste til de spesielle utfordringer knyttet til tilbudet av spesialisthelsetjenester i de to nordligste fylkene. Store arealer som til dels er tynt befolket medfører behov for et desentralisert tilbud og omfattende prehospitale tjenester, spesielt i Finnmark. Universitetssykehuset Nord-Norge er det minste regionsykehuset i Norge, noe som gir ekstra utfordringer når det gjelder å tilby spesialiserte tjenester og ellers fylle rollen som universitetssykehus. Helsetilbudet i hele Nord-Norge er avhengig av et faglig sterkt UNN som har ressurser til å drive forskning og utvikling.»*

*Det er en klar målsetning at både det desentraliserte tilbudet i Finnmark og det spesialiserte tilbudet ved UNN skal videreutvikles og styrkes. Det er i dag et omfattende samarbeid mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Finnmarkssykehuset HF, og befolkningen i Finnmark benytter tilbudet ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF i stor utstrekning. Foretaksmøtet ønsket å få en grundig vurdering av om det samlede tjenestetilbudet kan styrkes ved å slå sammen de to helseforetakene. Dette kan gi grunnlag for et enda bedre samarbeid og mer sømløse pasientforløp, og også muligheter for å utnytte personellressursene bedre.»*

Helse Nord RHF utarbeidet i etterkant av foretaksmøtet et styringsdokument med prosjektets mandat. Der er følgende mål definert:

### **1.1.1 Virksomhetsmål**

Både det desentraliserte tilbudet i Finnmark og det spesialiserte tilbudet ved UNN skal videreutvikles og styrkes.

### **1.1.2 Effektmål**

Utredningen med høringsuttalelser skal gi kunnskapsgrunnlag for å kunne treffe en beslutning i spørsmålet om sammenslåing av UNN og FIN.

### **1.1.3 Resultatmål**

1. Vurdere fordeler og ulemper for pasienttilbudet, og hvorvidt sammenslåingen kan bidra til å løfte kvaliteten på pasientbehandlingen i UNN og FINs geografiske ansvarsområder.
2. Vurdere hvilke effekter en sammenslåing kan få for faglig utvikling, forskning, rekruttering, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende.
3. Vurdere om en sammenslåing kan bidra til å styrke UNNs posisjon som region- og universitetssykehus.
4. Vurdere om det nasjonale ansvaret for spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen kan ivaretas bedre gjennom en slik omorganisering.
5. Vurdere hvilke organisatoriske- og ledelsesmessige konsekvenser en eventuell sammenslåing får.
6. Risikovurdere om en sammenslåing bidrar til økt måloppnåelse av nasjonale og regionale styringsmål:
  - a. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
  - b. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
  - c. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
  - d. Sikre god pasient- og brukermedvirkning
  - e. Bedre samhandling med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp
  - f. Sikre gode arbeidsforhold og tilstrekkelig kvalifisert personell
  - g. Innfri de økonomiske mål i perioden
7. Vurdere konsekvenser for foretaksgruppen Helse Nord.

Prosjektet har med bakgrunn i utredningen kommet med en anbefaling om hvor vidt sammenslåing av de to helseforetakene bør gjennomføres.

Utredningen har, på de områder det finnes, så langt som mulig lagt fakta til grunn for de vurderinger som gjøres av fordeler og ulemper ved en eventuell sammenslåing. Mange av vurderingene vil være av kvalitativ art fordi det for flere områder ikke finnes objektive uttrykk for viktige temaer eller premisser som må vurderes.

Utredningen har i hovedsak fokusert på følgende områder:

- Tilgjengelighet og kvalitet, og ikke effektivisering, er bakgrunnen for forslaget om sammenslåingen. Hvordan kan det desentraliserte tilbudet i Finnmark og det spesialiserte tilbudet ved UNN videreutvikles og styrkes som følge av en sammenslåing?
- Sammenlignet med i dag, vil det å etablere én organisasjon bidra til å styrke behandlingstilbudet til befolkningen i Troms og Finnmark? Og vil UNNs region- og universitetssykehusfunksjon styrkes som følge av en sammenslåing?
- Hvilke utfordringer har helseforetakene i dag som følge av å være to organisasjoner?

## 1.2 Prosjektets organisering

Det er opprettet et prosjektstyre bestående av:

Navn	Funksjon
Lars Vorland	Administrerende direktør, Helse Nord RHF (prosjekteier)
Eva Håheim Pedersen	Administrerende direktør, Finnmarkssykehuset HF
Anita Schumacher	Administrerende direktør, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Espen Mælen Hauge	Administrerende direktør, Sykehusapoteket - Nord HF
Hilde Rolandsen	Eierdirektør, Helse Nord RHF
Geir Tollåli	Fagdirektør, Helse Nord RHF
Anne May Knudsen	Kommunikasjonsdirektør, Helse Nord RHF
Olav G. Klausen	Administrerende direktør, Helse Fonna HF
Jan Frich	Viseadministrerende direktør, Helse Sør-Øst RHF
Bengt-Ole Larsen	Konsernverneombud Helse Nord
Ulrika Larsson	Konserntillitsvalgt Helse Nord
Baard Einar Martinsen	Konserntillitsvalgt Helse Nord
Leif Birger Mækinen	Representant Regionalt brukerutvalg Helse Nord

Prosjektledelsen og sekretariatet har bestått av:

Navn	Funksjon
Liz Tandberg	Deloitte (prosjektleder)
Kristian Fanghol	Direktør, Helse Nord RHF (prosjektkoordinator)
Trine Olsen	Direktør Fag og forskning, Helse Nord RHF (sekretariat)
Helge Torgersen	Deloitte (sekretariat)
Arne Magnus Krokeide	Deloitte (sekretariat)

Prosjektgruppen er bredt satt sammen og har bestått av:

Navn	Funksjon
Marit Lind	Viseadministrerende direktør, UNN
Einar Bugge	Kvalitets- og utviklingssjef, UNN
Harald Gunnar Sunde	Medisinsk fagsjef, FIN
Jørgen Nilsen	Klinikkjef prehospitale tjenester, FIN
Tordis Sørensen Høifødt	Klinikkjef PHR, UNN
Rolf-Ole Lindsetmo	Klinikkjef K3K, UNN
Karl Ivar Lorentzen	Avdelingsleder ortopedi, UNN
Hanne Mathilde Frøyshov	Avdelingsleder medisin Harstad, UNN
Hanne Rikstad Iversen	Overlege anestesi, FIN
Kåre Arild Hansen	Overlege indremedisin, FIN
Robert Kechter	Klinikkrådgiver PHR, FIN
Siv Kvernmo	Representant, Sametinget
Tone Kristin Amundsen	Rådgiver samiske tjenester, Helse Nord RHF
Terje Steigen	Prodekan, Helsefakultetet UiT Norges arktiske universitet
Øyvind Roarsen	Kommuneoverlege Nordreisa
Kenneth Johansen	Kommuneoverlege Alta
Britt Larsen Mehmi	Kommuneoverlege Vadsø
Kjell-Magne Johansen	Brukerutvalget leder, FIN
Kirsti Baardsen	Brukerutvalget leder, UNN
Rigmor Frøyum	Foretakstillitsvalgt Fagforbundet, UNN
Ole I Hansen	Foretakstillitsvalgt Fagforbundet, FIN
Kicki Eriksson Nytnun	Foretakstillitsvalgt Norsk sykepleierforbund, FIN
Mai-Britt Martinsen	Foretakstillitsvalgt Norsk sykepleierforbund, UNN
Hanne Karin Vang	Foretakstillitsvalgt Fellesorganisasjonen, FIN (vara)
Lillian Haugen	Yngre legers forening, UNN (vara FTV representanter)
Runa Leistad	Foretakshovedverneombud
Einar Rebni	Foretakshovedverneombud
Eirik Palm	Kommunikasjonssjef, FIN (observatør)
Hilde Annie Pettersen	Kommunikasjonssjef, UNN (observatør)

Illustrasjonen under viser prosjektets organisering.



Figur 1: Prosjektorganisering

### 1.3 Gjennomføring av prosjektets arbeid

Det vises til mandatet for arbeidet. Prosjektstyret, som har hatt syv møter, og har hatt som rolle å følge opp at arbeidet skjer i tråd med mandatet. Det har vært viktig for å få avklart problemstillinger underveis, gi tilbakemelding og råd vedrørende ulike temaer og problemstillinger. Prosjektstyret har godkjent endelig leveranse.

Utredningen har hovedsakelig blitt gjennomført med to-dager samlinger for prosjektgruppen. Her har temaer relevant for utredningen blitt presentert av og for prosjektgruppen og dannet grunnlag for diskusjoner og vurderinger. Mellom samlingene har utredningens rapport blitt bearbeidet og prosjektets medlemmer har så kommet med innspill som prosjektledelsen har tatt inn i videre arbeid med utredningen.

Prosjektet har innhentet en analyse av pasientstrømmer og indikatorer fra kvalitetsregistre fra Helse Nord's Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE. Tidligere relevante utredninger og evalueringer utført ved de to helseforetakene, samt faglitteratur om andre sammenslåinger av sykehus er blitt brukt i arbeidet. Professor Terje P. Hagen ved Helseøkonomisk analyse AS og Institutt for helse og samfunn ved det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, ble bedt om å sammenstille relevant forskningsdokumentasjon om sykehusfusjoner og konsekvenser for ledelse og organisasjon.

Prosjektet har hatt en rekke informasjons- og dialogmøter med eksterne interessenter som representanter fra fylkeskommunene og kommuner i Troms og Finnmark, Fylkesmannen i Troms og Finnmark og Sametinget. Det har vært informasjons- og dialogmøter med brukerutvalgene og ungdomsrådene ved de to helseforetakene. Ansatte og andre interessenter har kunnet følge prosjektets arbeid på helseforetakenes intranett eller Helse Nord's eksterne nettside.

Illustrasjonen under viser prosjektets møteplan og forankringsmøter med andre interessenter.





## 2. Beskrivelse av Helse Nord

Helse Nord RHF ble etablert 1. januar 2002 og eier seks helseforetak. Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er regionens fullverdige region- og universitetssykehus. Nordlandssykehuset HF (NLSH) skal ha et bredt tilbud, mens Helgelandssykehuset HF (HSYK) og Finnmarkssykehuset HF (FIN) er helseforetak med lokalsykehustjenester. I tillegg har Helse Nord Sykehusapotek Nord HF (SANO) og Helse Nord IKT HF (HNIKT) som leverer tjenester og støtte til de fire kliniske helseforetakene.

Med Helse Nord menes alle helseforetakene og Helse Nord RHF, helseforetaksgruppen Helse Nord. Der det regionale helseforetaket omtales, benevnes dette Helse Nord RHF.

Foretaksgruppen har over 19 000 medarbeidere og et budsjett i 2018 på 18 milliarder kroner. Specialisthelsetjenester ytes i egne helseforetak og gjennom avtaler for kjøp av tjenester fra private institusjoner og lege- og psykologspesialister. Noen oppgaver, som for eksempel luftambulansetjenester, løses av nasjonale helseforetak som de fire helseregionene eier sammen.

Helse Nords visjon er «Helse i nord, der vi bor» og «Forbedring gjennom samarbeid» er strategien foretaksgruppen vedtok i 2002. Helse Nord har et eget investeringsregime, og i 2003 ble en IKT-strategi besluttet og definert som et regionalt ansvar. En modell for fordeling av inntektene mellom helseforetakene i nord ble tatt i bruk fra 2008.

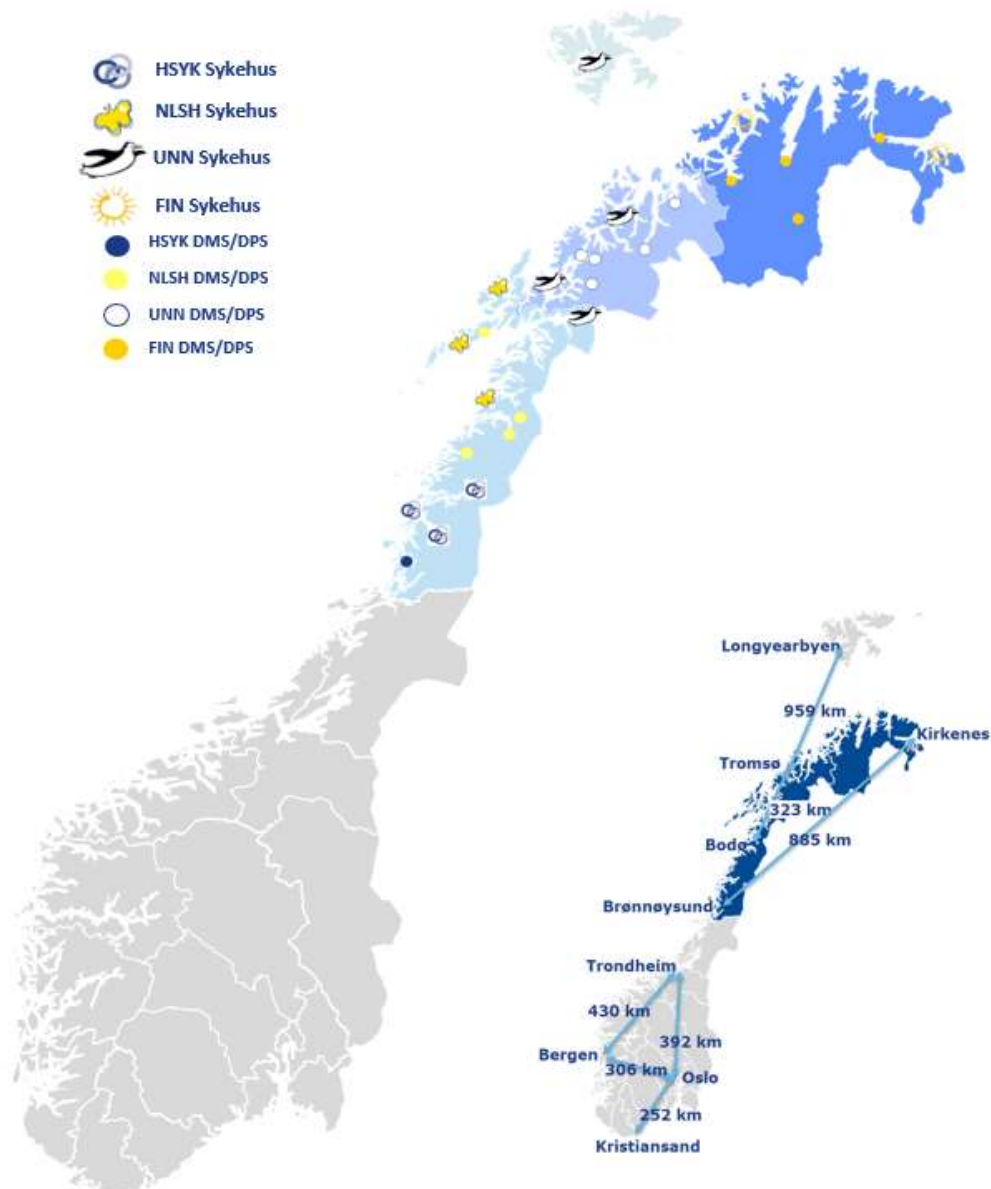
De fire helseforetakene som behandler pasienter, har alle lokalsykehusfunksjoner for sine opptaksområder, og skal alle samarbeide med utdanningsinstitusjonene om utdanning av helsepersonell. UNNs regionsykehusfunksjon innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Som regionsykehus skal UNN stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen slik at kvaliteten på tjenestetilbudet er likeverdig. UNN, som universitetssykehus, har også et særskilt ansvar for å drive utdanning og forskning i nært samarbeid med UiT Norges arktiske universitet (UiT).

Organiseringen av helseforetakene, og ansvarsdelingen mellom dem, er bestemt av geografi og befolkningsstørrelse, funksjonalitet, og tjenesteansvar. Helse Nord har prioritert å bygge et desentralisert tilbud der de vanligste lidelsene og/eller situasjoner hvor det haster, i størst mulig grad skal behandles lokalt. Høyspesialisert og/eller ressurskrevende diagnostikk og behandling, for eksempel kreft, er samlet til de større sykehusene, primært UNN Tromsø og i noen grad NLSH Bodø.

Helse Nord omfatter fylkene Nordland, Troms og Finnmark, samt Svalbard (45 % av Norges areal). Dette er et stort geografisk område, der avstander skaper utfordringer i å sikre god og forsvarlig helsetjeneste. Avstanden fra Brønnøysund i sørlig Nordland til Kirkenes i østlige Finnmark er 885 km i luftlinje, mens fra Longyearbyen til Tromsø er det 959 km. Til sammenligning er avstanden fra Oslo til Bergen eller Trondheim henholdsvis 306 km og 392 km i luftlinje.

Oftest er luftlinjeavstanden ikke lang, men kjøreavstanden og -tiden kan være svært lang fordi Nord-Norge er preget av fjorder og øyer. Oftest må det kjøres rundt en fjord eller man er avhengig av ferge. Et godt eksempel er Vadsø som i luftlinje ligger 40 km fra Kirkenes, men som blir 173 km når det kjøres bil. Dette er av særlig betydning for befolkningens tilgjengelighet og de prehospitaltjenester

Kartet under viser Helse Nords kliniske helseforetak med tilhørende sykehus og polikliniske lokaliseringer. I Tromsø og Bodø er det både et somatisk sykehus og et eget psykiatrisk sykehus. Kartet til høyre viser avstandene i Helse Nord i forhold til tilsvarende avstander i resten av Norge.



Figur 3: Helse Nord's helseforetak og deres sykehus der det skjer pasientbehandling. Det viser samtidig UNNs samlede ansvarsområde som Helse Nord's region- og universitetssykehus.

## 2.1 Helse Nord RHF

Helse Nord RHF skal «sørge for» at befolkningen i Nord-Norge får god tilgjengelighet til likeverdige spesialisthelsetjenester. Det er et mål at tjenestene er så gode og tilgjengelige at folk velger behandling i nord. Helse Nord RHF yter ikke selv tjenestene, men yter dem gjennom helseforetak de eier eller hos private tjenesteytere som Helse Nord RHF har avtale med. Organiseringen og funksjonsdelingen skal sikre at en samlet dekker befolkningens behov.

Helse Nord RHF skal oppfylle de sektorpolitiske målsettingene i nasjonale helsepolitiske, forskningspolitiske og utdanningspolitiske vedtak og planer. Virksomheten skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Hensynet til brukerne skal legges til grunn for foretakets samlede virksomhet.

Helse Nord RHF skal samordne virksomheten i de helseforetakene det eier, med sikte på en, samlet sett, hensiktsmessig og rasjonell ressursutnyttelse. Dette innebærer funksjonsdeling av høyspesialiserte behandlingstilbud, sikre samarbeid internt mellom helseforetakene og eksternt med andre aktører i helse- og omsorgssektoren, samt delta og bidra i nasjonale fora.

Helse Nord RHF eies av den norske stat og styringen ivaretas av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) blant annet gjennom myndighetsvedtak, foretaksmøter og det årlige oppdragsdokumentet. I foretaksmøtene fastlegges styrings- og prestasjonskrav for økonomi- og organisasjonsområdet, og årsregnskap, årsberetning og årlig melding behandles. I oppdragsdokumentet er det gitt styringskrav for innholdet i spesialisthelsetjenesten gjennom mål og rammer for bruk av tildelte midler.

Både Helse Nord RHF og de underliggende helseforetakene i Helse Nord er egne rettssubjekter med oppnevnte styre og administrative ledelser.

## **2.2 Lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)**

Helseforetaksloven gjelder for regionale helseforetak og helseforetak. Lovens formål er å bidra til å oppfylle de målsettinger som er nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven §1-1, og pasient- og brukerrettighetsloven §1-1. Følgende bestemmelser er av særlig relevans som bakgrunn i en utredning om sammenslåing av helseforetak.

*Et regionalt helseforetak er virksomhet som eies av staten alene og som er opprettet i medhold av §8. Et regionalt helseforetak legger til rette for spesialisthelsetjenester, forskning, undervisning og andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette eller er pålagt i lov.*

*Helseforetak er virksomhet som eies av ett eller flere regionale helseforetak eller helseforetak og som er opprettet i medhold av §9. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning, samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten.*

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

Lov om helseforetak sier videre i §9s bestemmelser om opprettelse av helseforetak:

*«Utøvende virksomhet skal organiseres som helseforetak. Styret selv i regionale helseforetak eller helseforetak treffer vedtak om å opprette helseforetak. Vedtaket skal uttrykkelig benevne foretaket som helseforetak og inneholde foretakets vedtekter. Det skal dessuten inneholde bestemmelser om ...»*

I tillegg omhandler §30 Saker av vesentlig betydning:

*«Foretaksmøtet i regionalt helseforetak treffer vedtak i saker som antas å være av vesentlig betydning for foretakets virksomhet eller løsningen av fastsatte målsettinger eller oppgaver. Det samme gjelder vedtak i andre saker som antas å ha prinsipielle sider av betydning eller som antas å kunne ha vesentlige samfunnsmessige virkninger, som:*

- 1. Vedtak som kan endre virksomhetens karakter*
- 2. Vedtak om nedleggelse av sykehus.*
- 3. Omfattende endringer i sykehusstrukturen i helseregionen.*
- 4. Omfattende endringer i tjenestetilbudet.*
- 5. Vedtak om endringer i antallet helseforetak i helseregionen.*
- 6. Vedtak om vesentlige endringer i opptaksområdet for helseforetak.*

*Hvilke saker foretaksmøtet i regionalt helseforetak skal fatte vedtak i etter denne bestemmelsen, kan det fastsettes nærmere bestemmelser om i vedtektene.*

*Saker som nevnt i første og annet ledd skal forelegges departementet av styret i det regionale helseforetaket».*

## 2.3 Finansiering og inntektsmodell

Finansieringsordningen for norske helseforetak er i hovedsak todelt: en basisbevilgning og en aktivtetsbasert finansiering (ISF-ordningen). Størrelsen på basisbevilgningen er uavhengig av produksjon av tjenester, men bestemmes blant annet av antall innbyggere og alderssammensetningen i en region. Ved ISF får de regionale helseforetakene penger fra staten ut i fra hvor mange DRG-poeng behandlingsaktiviteten utgjør.

Helse Nords inntektsfordelingsmodell er foretaksgruppens prinsipper for å fordele inntekter mellom helseforetakene, og inneholder tre hovedkomponenter:

- *Behovskomponenten* fordeler inntekter basert på antall innbyggere og deres forventede behov for helsetjenester,
- *Kostnadskomponenten* ivaretar kostnadsulempere som det enkelte helseforetak ikke selv kan påvirke, som for eksempel avstand, klima, struktur og funksjonsdeling, særlig forskning og høyspesialisert medisin, og
- *Mobilitetskomponenten* sørger for at det helseforetaket som utfører behandlingen også får inntekten.

I tillegg korrigeres det for forskjeller i utdanningsoppgaver og noen få spesielle oppgaver, for eksempel tjenester på Svalbard.

Pasienter behandles ikke alltid på det helseforetaket pasienten sogner til ut i fra bostedstilørighet (funksjonsdeling, Fritt behandlingsvalg, etc.). Når en pasient behandles i et annet helseforetak enn sitt «eget» defineres man som en gjestepasient, og faller inn under en oppgjørsordning. Døgnopphold i ett helseforetak faktureres pasientens hjemstedshelseforetak. Gjestepasientoppjøret skal i hovedsak dekke de direkte kostnader ved behandling av én pasient ekstra (marginalkostnad). I Helse Nord er kostnadsdekningen på gjestepasientoppjøret satt til 100% av definert gjennomsnittskostnad (100% DRG). I tillegg er det lagt inn 3% for UNNs beregnede høyere kostnadsnivå i basisrammen til UNN. Pasientens reisekostnader dekkes av det helseforetaket pasienten sogner til.

## 2.4 Funksjonsdeling

Alle helseforetakene i Helse Nord har ansvar for og dekker i hovedsak ordinære lokalsykehusfunksjoner for sine pasienter. UNN Tromsø er et fullverdig region- og universitetssykehus og yter tjenester på alle områder og nivåer. NLSH Bodø skal ha et bredt tilbud ut over lokalsykehusfunksjonen. Problemstillingen med lite pasientvolum og sårbare fagmiljøer er svært aktuell i Helse Nord. Pasienter fra hele landsdelen har UNN som regionsykehus. Det er et mål at befolkningen i Nord-Norge, i hovedsak, skal kunne få dekket sine behov for sykehustjenester i landsdelen. Den samlede selvforsyningsgraden i regionen er på om lag 93%, og den er høy også i det enkelte helseforetak. Det er en betydelig stabilitet i pasientstrømmene i Helse Nord.

Funksjonsdeling er prosesser hvor en funksjon, det vil si diagnostikk, behandling og oppfølging innen et avgrenset område, fordeles til noen sykehus og ikke til andre. Enkelte behandlingstilbud av mer høyspesialisert karakter, på grunn av behov for særlig kompetanse og/eller utstyr, eller lavt volum og/eller høye kostnader, og funksjonsdeles til ett eller få steder. Slike behandlingstilbud er funksjonsdelt til UNN Tromsø som gjør det meste av avansert utredning og behandling, med unntak av noen få funksjoner som nasjonalt er funksjonsdelt til Oslo universitetssykehus eller Helse Bergen. Til NLSH Bodø, som skal ha et bredt tilbud, er det funksjonsdelt flere oppgaver av høyspesialisert karakter eller som krever et visst volum. For noen funksjoner har Helse Nord bestemt at et sykehus i hvert helseforetak skal kunne utføre enkelte funksjoner.

Under er en oppsummering av noen av de viktigste funksjonsdelingene:

### FØDETILBUD

Fødselsomsorg er delt inn i tre nivåer ut i fra risikoene identifisert for den enkelte graviditet.

- *Kvinnesklinikk* – dette er de største fødeinstitusjonene og kan ivareta både normalfødsler og fødsler det er stor risiko for kjente komplikasjoner. Her er det tilgang til spesialkompetanse innen fødselshjelp. I Helse Nord er det kvinnesklinikk i UNN Tromsø og NLSH Bodø

- *Fødeavdeling* – dette er enheter som kan ta hånd om fødende kvinner med vurdert moderat risiko i henhold til avdelingens kompetanse. Alle lokalsykehusene i Helse Nord, bortsett fra UNN Tromsø, NLSH Bodø og NLSH Lofoten, faller inn under denne kategorien. Fødeavdelingen ved FIN Hammerfest har en særstilling i regionen, da den er den eneste fødeavdelingen med en tilknyttet barneavdeling som også har nyfødttintensivsenger. Det er derfor medisinsk forsvarlig at FIN Hammerfest kan ivareta noen oppgaver som ellers kun ivaretas av kvinneklinikker.
- *Fødestue* – dette er enheter som kan tilby et fødetilbud til friske kvinner med normale svangerskap og som ønsker å føde der. I Helse Nord finnes det fødestuer ved HSYK Brønnøysund, NLSH Lofoten, UNN Finnsnes, UNN Sonjatun og FIN Alta.

## TRAUME

Begrepet «traumepasient» benyttes om en alvorlig skadd pasient, eller en pasient med mistanke om alvorlig skade. Eksempler er pasienter som har pådratt seg åpenbart alvorlige skader og/eller er sirkulatorisk/ respiratorisk ustabil og/eller har vært utsatt for fall fra stor høyde, kollisjon/utforkjøring i stor fart etc. Alle sykehus som har kirurgisk akuttberedskap skal ha kapasitet og kompetanse til å motta og utføre stabiliserende/livreddende behandling når pasienten ikke kan transporteres direkte til sykehusene som utfører endelig behandling.

I Helse Nord er det gjort en avveining som tar hensyn til bosettingsmønster, transportavstander, eksisterende kompetanse og infrastruktur ved det enkelte helseforetak. I Nord-Norge er det et lavt antall alvorlig skadde pasienter. Alle sendes så raskt som mulig til det sykehuset som skal yte endelig (definitiv) behandling av den alvorligste skaden hos pasienten. Dette betyr at de aller fleste traumepasienter skal behandles i UNN Tromsø eller NLSH Bodø

UNN Tromsø er definert som regionalt traumesenter (traumenivå 3) og skal ha kompetanse til endelig behandling av alle traumepasienter, med unntak av pasienter som trenger behandling ved sykehus med landsfunksjoner, som for eksempel brannskadeavdelingen i Bergen. NLSH Bodø er definert som traumenivå 2, og skal kunne sluttbehandle traumepasienter som ikke trenger behandling ved UNN Tromsø. Begge sykehusene i FIN har akutfunksjon og skal kunne ta imot alvorlig skadde pasienter for å gi initial diagnostikk, livreddende behandling og stabilisering.

## INTENSIVBEHANDLING

Intensiv behandling er av de mest kompliserte og kostnadskrevene behandlingene i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord's handlingsplan for intensivmedisin skal sikre best mulig kvalitet på behandlingen av de alvorligst syke pasientene og gi pasientene en trygghet for at det finnes et intensivtilbud innen rekkevidde i de enkelte helseforetak.

Det er vedtatt tre nivåer for intensivbehandling:

- *Nivå 1 (intermediærenhet)* - behandler pasienter som trenger ekstra behandlings- og pleieressurser, samt overvåkningsutstyr/ overvåking. Pasienter som ikke trenger intensivbehandling lenger, men er for dårlige til å ligge på vanlig sengepost, kan også samles i intermediærposten (også kalt step-down unit)
- *Nivå 2 (intensivt lokalsykehus)* – behandler pasienter med begrenset organsvikt (respirasjon/sirkulasjon) over et gitt tidsrom på respirator og avvenne pasienter fra respirator.
- *Nivå 3 (3a og 3b, intensiv)* - pasienter som er akutt, kritisk syke, som ofte er ustabile og med svikt i flere organsystemer. Intensivenheten kan tilby en total behandling av multiorgansvikt, herunder akutt respiratorbehandling av intuberte/trakeotomerte pasienter. Intensivpasienter har behov for avansert overvåkings- og behandlingsutstyr, samt spesiell lege- og sykepleierkompetanse.

Alle sykehusene i Helse Nord har en intensivenhet. UNN Tromsø og NLSH Bodø er de mest avanserte og de er definert som henholdsvis nivå 3b og 3a. UNN Tromsø er med sin kompetanse innen nevrokirurgi og thoraxkirurgi klassifisert som et nivå 3b. FIN Hammerfest, UNN Harstad og HSYK Mo i Rana er definert som nivå 2 mens de andre sykehusene er definert som nivå 1.

## KREFTKIRURGI

Det meste av kreftkirurgi i Helse Nord ble funksjonsdelt i 2005, og dagens fordeling ble vedtatt i Regional kreftplan 2014-2021. UNN Tromsø behandler alle typer kreftkirurgi. Behandling av kreft i tarm, urologi, bryst og lunge kan også utføres av NLSH Bodø. Ved tykktarmskreft kan også FIN Hammerfest, UNN Harstad, HSYK Mo i Rana og HSYK Sandnessjøen utføre kirurgi.

## ORTOPEDI

Det utføres planlagt ortopedi ved alle sykehusene i Helse Nord. Det er regionalt besluttet at det skal være døgnkontinuerlig ortopedisk vaktberedskap ved FIN Hammerfest, UNN Harstad, UNN Tromsø, NLSH Bodø og HSYK Mo i Rana. Ved regionens andre sykehus, som ikke har døgnkontinuerlig ortopedisk vaktberedskap, er det utarbeidet retningslinjer for håndtering av akutte situasjoner.

De mest høyspesialiserte ortopediske inngrep er funksjonsdelt til UNN Tromsø og i noen grad NLSH Bodø. I tillegg er det et prinsipp at innleide vikarer kun kan utføre høyspesialiserte inngrep når de spesifikt er engasjert for å utføre en spesiell type behandling. Det skal skje i samråd med den faglige ansvarlige ledelsen i helseforetaket.

I 2011 vedtok Helse Nord RHF følgende fordeling av kirurgi innen ortopedi:

- *Ryggkirurgi* – all avansert ryggkirurgi, det vil si ryggkirurgi med skruer/implantater og all cervical- og thoracalkirurgi gjøres i UNN
- *Håndkirurgi* – avansert kirurgi skal utføres ved et håndkirurgisk senter i UNN
- *Barneortopedi* – skal hovedsakelig utføres ved UNN Tromsø, men NLSH Bodø kan bidra ved kapasitetsutfordringer. Ved enkle prosedyrer som for eksempel konservativ behandling av klumpfot, kan alle ortopediske miljøer utføre inngrepet.
- *Revmakirurgi* - Alle sykehus kan gjennomføre denne typen kirurgi dersom de har mulighet for tverrfaglig behandling med revmatolog der det er nødvendig. Unntak er proteser i ankel, albu og håndledd, disse skal kun opereres ved UNN Tromsø. Behandling av barnerevmatologi er sentralisert på nasjonalt plan til Rikshospitalet.
- *Artrioskopi* – slike inngrep i albue skal kun gjøres ved UNN Tromsø eller NLSH Bodø.
- *Bløtdelssarkomer* - utredning og behandling av bein- og bløtdelssarkomer skal skje ved UNN Tromsø i samarbeid med et nasjonalt senter.
- *Revisjoner* – all slik kirurgi skal utføres av UNN Tromsø eller NLSH Bodø. Unntakene er tidlige revisjoner av proteseinfeksjoner og luksasjoner samt ukomplisert utskifting fra Uniprotese til totalproteser i kne som kan utføres ved alle sykehus. I tillegg er det kun ved UNN Tromsø at komplekse kneligamentskader og sekveler behandles, og avansert bruskkirurgi og revisjon av korsbånd utføres. Sistnevnte kan også utføres ved NLSH Bodø.

Fordeling av kirurgi innen ortopedi er under revisjon på nåværende tidspunkt.

## PSYKISK HELSEVERN BARN OG UNGE

Alle helseforetakene i Helse Nord har poliklinikker, døgnenheter og spesialiserte fagenheter som tilbyr helsehjelp til barn og unge innen psykisk helsevern. Dette fagfeltet kjennetegnes av tverrfaglighet og teamarbeid og har flerfaglig kompetanse med lege, psykolog, sosionom, pedagog og sykepleier for å møte barn og unge og deres familiers sammensatte behov.

Rundt 95 prosent av pasientene behandles poliklinisk eller ambulant. Det er 19 polikliniske enheter i regionen. Det er døgnenheter for barn og unge i alle helseforetak i Helse Nord og UNN og NLSH har i tillegg døgnenheter for øyeblikkelig hjelp og tvang (akuttenheter) og skal håndtere dette for hele helseregionen.

UNN Tromsø har et regionalt ansvar for behandling av spiseforstyrrelser for barn og unge. NLSH Bodø har regionalt fagteam for autisme samt spiseforstyrrelser

## PSYKISK HELSEVERN VOKSEN

Som for barn og unge, skjer størsteparten av behandlingen for voksne innen allmennpsykiatri ved et av regionens 14 distriktpsikiatriske sentre (DPS). I tillegg er det psykiatriske sykehus ved NLSH Bodø og UNN Åsgård (Tromsø). Sykehusfunksjonene omfatter akuttpsykiatri med tvungent psykisk

helsevern, og tilbud til pasienter med særlig vanskelige og kompliserte lidelser som trenger opphold i lukket avdeling, sikkerhetspsykiatriske og alderspsykiatriske døgntilbud.

UNN Tromsø har et regionalt ansvar for tvangslidelser (OCD), medikamentfritt behandlingstilbud for psykoselidelser og bipolar lidelse. Det blir i løpet av 2019 etablert regionale sikkerhetsplasser i Tromsø. NLSH Bodø har regionale funksjoner for spiseforstyrrelser hos voksne, regional enhet for psykosebehandling (REFP) og et regionalt innsatsteam (PIT) for personer med psykisk utviklingshemning eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelser, som har alvorlig psykisk ledelse og/eller alvorlige atferdsproblemer. Det planlegges en utbygging av regionale sikkerhetsplasser ved NLSH Bodø.

Helse Nord har et nasjonalt kompetansesenter for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for den samiske befolkningen (SANKS) i FIN Karasjok.

UNN har ansvar for drift av regionalt kompetansesenter for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri (KPS Nord) og RVTS Nord, et regionalt kompetansesenter innen flyktningehelse, selvmordsforebygging, vold og traumatisk stress. I tillegg har UNN ansvar for Helsedirektoratets program for selvmordsforebygging (VIVAT).

NLSH har regional kompetansesenter for spiseforstyrrelser hos voksne, og kompetansesenter for arbeid og psykisk helse. Regionalt senter for spiseforstyrrelser har også norsk kvalitetsregister for behandling av spiseforstyrrelser (NorSpis).

#### **TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING**

Behandlingstilbudet innen rusbehandling inkluderer akuttbehandling og avrusning som krever tett medisinsk oppfølging, samt vurdering, utredning og kartlegging av behandlingsbehov og legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Behandlingen kan være døgnbasert, poliklinisk eller ambulant.

Det er etablert egne rusteam som jobber poliklinisk og ambulant ved alle Helse Nord's DPS. Dette inkluderer LAR-behandling. I Finnmarkssykehuset er det etablert et PUT-team som jobber med unge med sammensatte rus- og psykiatriutfordringer.

Når det gjelder døgnbehandling har alle fire helseforetakene egne sengeposter, men hovedtyngden av døgnkapasiteten er i UNN. I tillegg benyttes fire private døgninstitusjoner. UNNs døgnplasser og de private avtaleplassene benyttes av pasienter fra hele regionen, mens døgntilbudet i de øvrige helseforetakene i stor grad benyttes av pasienter fra egne opptaksområder. UNN har ansvar for drift av Kompetansesenter rus, Nord-Norge (KoRus-Nord) som holder til i Narvik.

## **2.5 Fritt behandlingsvalg**

Fritt behandlingsvalg (tidligere fritt sykehusvalg) betyr at pasienten, dersom det ikke er øyeblikkelig hjelp, står fritt til selv å velge helseforetak og hvilket sykehus man ønsker behandling ved. Behandlingsstedene har plikt til å ta imot pasienter uavhengig av bosted og prioritere dem på lik linje med pasienter fra eget opptaksområde.

Det finnes noen unntak fra retten til fritt behandlingsvalg:

- Behandlingssteder kan unntaksvis avvise pasienter, fra andre regioner som benytter retten til fritt behandlingsvalg, hvis de må prioritere å oppfylle retten til vurdering/ undersøkelse/ behandling for pasienter fra egen region.
- Pasienter som henvises til behandling og undersøkelse kan velge behandlingssted, men ikke behandlingsnivå. Retten til fritt behandlingsvalg gir ikke rett til å velge mer spesialisert behandling enn det pasienten er henvist for.

## **2.6 Helseforetakenes opptaksområder, intern fordeling mellom sykehus**

Størrelsen på det geografiske området et helseforetak har ansvar for, og intern fordeling mellom helseforetakets sykehus, avhenger av geografi, størrelse, kompetanse og kapasitet. Pasientgrunnlag og rekruttering skal sikre forsvarlige, bærekraftige og stabile tilbud, samtidig som innbyggernes avstand til et sykehus og behov for spesialisthelsetjenester også vektlegges.

Helse Nord RHF beslutter hvert enkelt helseforetaks opptaksområder, mens helseforetakene selv i stor grad kan bestemme hvordan befolkningen i helseforetakets geografiske område, fordeles mellom egne sykehus. For eksempel bruker UNN sin totale kapasitet for planlagt behandling, og når det er svært fullt på et av sykehusene, rutes også øyeblikkelig hjelp pasienter til det av sykehusene i UNN det er kapasitet. Fylkesgrensene, og naturlige geografiske områder i et fylke, har vært benyttet ved defineringen av opptaksområdene for helseforetakene i Helse Nord. I stor grad ligger denne historiske fordelingen fortsatt til grunn, men den praktiseres mer dynamisk, for eksempel har UNN ansvar for Ofoten som er nordre del av Nordland.

Det er først og fremst ved øyeblikkelig hjelp at sykehusenes opptaksområde er førende. Ved planlagt behandling er grensene mer flytende og fritt behandlingsvalg har innvirkning på hvor en pasient behandles. Endringer i et helseforetaks opptaksområde kan ha betydelige konsekvenser for økonomien til helseforetaket og aktivitetsgrunnlaget ved sykehusene.

## 2.7 Utdanning

Sykehusene er kunnskapsvirksomheter, og en av hovedoppgavene er utdanning av helsepersonell. For å sikre riktig kompetanse og nok helsepersonell i helsetjenesten, har Helse Nord et utstrakt samarbeid med særlig UiT, men også Nord universitetet. Helseforetakenes bidrag i utdanning av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten omfatter grunnutdanning, videre- og etterutdanning, turnustjeneste og spesialistutdanning. De helsefaglige virksomhetene i Helse Nord er praksisarenaer for alle disse utdanningene. UNN som universitetssykehus har en særskilt rolle i utdanning av medisinstudenter.

Helse Nord har, sammen med Helse Midt-Norge, de mest omfattende utdanningsoppgavene i spesialisthelsetjenesten, sett i forhold til helseregionenes størrelse. Hvert år får et stort antall studenter praksisutdanningen sin i et av helseforetakene i nord. De fleste av praksisstudentene fra høyere utdanning kommer fra sykepleier- og medisinstudenter. Videreutdanning for sykepleiere er også viktig (anestesi-, barne-, intensiv-, kreft, operasjonssykepleier og jordmor). I tillegg er det radiografi-, ergoterapi-, fysioterapi-, ernæringsstudenter, samt studenter fra barnevernspedagogikk- og sosionomutdanning.

Det er opprettet et regionalt samarbeidsorgan (SAMUT) som skal sikre at universitetenes behov for undervisning, opplæring og veiledning av studenter ivaretas og at utdanningene er i tråd med behovene til spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det et eget regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering (RegUt). Det er organisert som del av UNN, og skal koordinere og sikre forutsigbare og helhetlige utdanningsløp på tvers av helseforetakene for alle leger i spesialisering i Helse Nord. Formålet er å bedre kvalitet, effektivitet, forutsigbarhet og progresjon i legenes spesialistutdanningsløp.

Det skjer også en omfattende kompetanseutvikling av egne ansatte. Helse Nord har utdanningsprogram for spesialister innen barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri, geriatri, revmatologi og fysikalsk habiliterings- og rehabiliteringsmedisin. Formålet er å sikre nok spesialister innen enkelte fag. Programmet gjennomføres som internundervisning, fagdager, samlinger og veiledning, i legenes arbeidstid.

Helse Nord har utarbeidet en strategisk kompetanseplan for å jobbe målrettet med å sikre nok helsepersonell. I planen er det skissert fremtidige kompetanseutfordringer for helseforetakene i Helse Nord, og det er utarbeidet tiltak for å møte behovene. Dette inkluderer effektive rekrutteringsprosesser og tiltak som legger til rette for at helsepersonell vil bli værende i Nord-Norge.

## 2.8 Forskning

Helse Nord er avhengig av ny kunnskap og innovative løsninger for å møte pasientenes behov, yte kvalitetsmessig gode tjenester, og møte de bemanningsmessige og økonomiske utfordringene regionen står ovenfor. Innovasjonsarbeidet må forsterkes. Resultater må etterspørres og formidles videre i regionen. Innovasjonsarbeid bidrar også til økt trivsel blant de ansatte og vil virke attraktivt i en rekrutteringssituasjon. Innovative løsninger må også til for å sikre kvaliteten i de desentraliserte spesialisthelsetjenestemiljøet. I Helse Nord Regional utviklingsplan 2035 er det identifisert ni punkter



som det skal arbeides særskilt med for å fremme forskning og innovasjon. Det skal til økt forskningsaktivitet ved alle Helse Nords helseforetak. Det skal legges til rette for at flere pasienter deltar i forskningsprosjekter, økt samarbeid med universitetene, samt drive tjenesteinnovasjon ved bruk av ny teknologi for å begrense unødvendig reisevirksomhet både for pasienter og ansatte.

Forskning er et av spesialisthelsetjenestens fire ansvarsområder, og er avgjørende for videreutvikling av spesialisthelsetjenestens andre primære ansvarsområder: kvalitet i pasientbehandling, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende. Forskning er viktig for å heve det kollektive kunnskapsnivået i helsesektoren. Det virker også motiverende på Helse Nords ansatte, og er en faktor av betydning for rekruttering. Forskning er nødvendig for å dokumentere og evaluere virkningen av kliniske og organisatoriske tiltak, forbedring og utvikle tjenestene videre. Samarbeidet med UiT er her sentralt da kun UiT kan tildele doktorgrader i Helse Nord.

Et helseforetaks forskningsvirksomhet er avhengig av finansiering, samarbeid med andre helseforetak og universitet, men også i stor grad ved at helseforetaket fremmer en kultur for forskning og lar sine ansatte prioritere forskning. Det meste av forskningen skjer ved universitetssykehusene og de har et tett samarbeid med et universitet. Dette bekrefte ved å se på driftskostnader til forskning i forhold til de totale driftskostnadene. For UNN var dette i 2017 3,3%, mens for de tre andre helseforetakene som driver pasientbehandling var dette under 1%.

Helse Nord RHF forvalter midler til helseforskning, som skal komme pasientene til gode. Rundt halvparten av midlene kommer over statsbudsjettet som følge av tidligere oppnådd forskningsaktivitet. Den andre halvparten bevilges av styret i Helse Nord RHF. Totalt forvalter Helse Nord RHF 154 millioner til forskning, 104 av disse utlyses til forskningsprosjekter. I tillegg inngår det i inntektsfordelingsmodellen et element for finansiering av utdanning og forskning.

Det er utarbeidet en strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord. I planen er det seks satsningsområder som er de strategisk viktigste for å oppnåelse av resultater. Helse Nords forskning skal resultere i økt kunnskap og kompetanse av høy kvalitet for å videreutvikle regionens tjenester og ansatte. Tverrfaglig forskning skal prioriteres der problemstillingene krever det. Formidling og bruk av forskningsresultater som omsettes til klinisk praksis eller endret organisering av helsetjenestene og pasientbehandlingen. Strategien skal i tillegg bidra til at UNN er i stand til å ivareta sine oppgaver som universitetssykehus.

### **3. Beskrivelse av de to helseforetakene**

Dette kapitlet har som mål å gi en grundig presentasjon av de to helseforetakene. Her beskrives Finnmarkssykehusets og UNNs nåværende behandlingssteder og -tilbud, bemanningssituasjonen, og deres organisasjons- og ledelsesstruktur, samt samhandling med primærhelsetjenesten og pasientene og deres pårørende. I tillegg beskrives det eksisterende samarbeidet mellom de to helseforetakene og med andre regionale aktører.

#### **3.1 Finnmarkssykehuset HF**

Finnmarkssykehuset yter spesialisthelsetjenester til de omlag 76 000 innbyggerne i 19 kommuner (18 fra og med 2020) i Finnmark fylke. Det vil si ansvar for tjenestene til 15% (49 000 km<sup>2</sup>) av Norges areal og 1,5% av landets befolkning.

Helseforetakets visjon er at Finnmarkssykehuset skal være førstevalget for spesialisthelsetjenester til befolkningen i Finnmark. Det skal ytes spesialisthelsetjenester av høy faglig standard. Pasientens behov er utgangspunkt for all behandling, og kjernen i all pleie. Helseforetakets møte med pasienter, pårørende, kollegaer og eksterne samarbeidspartnere skal preges av kvalitet, trygghet og respekt.

Finnmarkssykehuset har drift i varierende omfang ved en rekke lokaliseringer i Finnmark. Helseforetaket har for tiden store investeringsprosjekter som nettopp er ferdigstilt, underveis eller i planleggingsfasen. Under er en kort beskrivelse av helseforetakets sykehus og klinikker og opprustningen av disse, mens kapittel 3.1.1 beskriver Finnmarkssykehusets behandlings- og tjenestetilbud.

## **FIN HAMMERFEST**

Hammerfest sykehus stod ferdig i 1956 og er lokalsykehus for cirka 49 000 mennesker som bor i Vest-Finnmark. Hammerfest sykehus har akuttfunksjon med anestesi, operasjon og intensiv, og en foretaksovergrepene funksjon innen barnemedisin og barnehabilitering. Et oppgradert sykehuset stod ferdig i 1979.

Hammerfest skal få nytt sykehusbygg. Forprosjektfasen ble godkjent av FINs styre i september. Byggestart planlegges i 2020, og det nye sykehusbygget skal etter planen stå ferdig i 2024. Nye Hammerfest sykehus vil være 32 000 m<sup>2</sup>. Behandlingstilbud for somatikk, psykisk helsevern og rus vil da bli samlokalisert. Det nye sykehuset vil ha 89 senger og 78 poliklinikkrom. Kommunale helsetjenester og UiT vil benytte deler av det nye sykehusets arealer. Dette vil bli et unikt fireparts samarbeid mellom FIN, Sykehusapotek Nord, UiT og Hammerfest kommune. Hammerfest sykehus har fra 2018 til 2019 foreløpig hatt litt over 5% økning i antall somatiske polikliniske konsultasjoner.

## **FIN KIRKENES**

Kirkenes har hatt eget sykehus siden 1955 og er lokalsykehus for cirka 27 000 mennesker i Øst-Finnmark. Kirkenes sykehus har akuttfunksjon med anestesi, operasjon og intensiv. Helseforetakets felles funksjon innen rehabilitering og habilitering for voksne er del av Klinikk Kirkenes.

I oktober 2018 stod Nye Kirkenes sykehus med et bygg på 20 000 m<sup>2</sup> ferdig. Det inneholder 54 somatiske senger og 63 poliklinikkrom. Polikliniske tjenester for somatikk, psykisk helsevern og rus er nå samlokalisert i samme bygg. Kirkenes sykehus har fra 2018 til 2019 foreløpig hatt nesten 9% økning i antall somatiske polikliniske konsultasjoner.

## **FIN KARASJOK**

Finnmarkssykehuset har i dag et spesialistlegesenter og et distriktpsykiatrisk senter (DPS) med døgnfunksjoner for både barn og voksne i Karasjok. Her finner man også Samisk nasjonal kompetansetjeneste (SANKS) som jobber særskilt med å utvikle et tilpasset og likeverdig tilbud innen psykisk helsevern og rus til den samiske befolkningen.

I 2019 ble det besluttet å opprette en egen samisk klinikk, Sámi Klinihkka, med egen klinikksejef, og 1. oktober i år startet klinikkens drift. Klinikken samlokaliserte tjenester i somatikk, psykisk helsevern og rus i Karasjok og vil ha særlig oppmerksomhet på det samiske spesialisthelsetjenestetilbudet. Den nye samisk klinikken er 2 700 m<sup>2</sup>. Her er også SANKS, en regional tolketjeneste og en enhet for forskning lokalisert. Spesialistlegesenteret i Karasjok har fra 2018 til 2019 foreløpig hatt nesten 6% økning i antall somatiske polikliniske konsultasjoner.

## **FIN ALTA**

Finnmarkssykehuset har i dag en spesialistpoliklinikk og et DPS med døgnfunksjoner for voksne i Alta. Etter utredningen av spesialisthelsetilbudet for befolkningen i Alta og Vest-Finnmark, ble det besluttet å utvide spesialisthelsetjenestetilbudet i Alta. Spesialistpoliklinikken er organisatorisk underlagt sykehuset i Hammerfest. Det er under utredning om Alta skal bli en egen klinikk fra 1. januar 2020, på linje med Hammerfest, Kirkenes og Sámi Klinihkka.

Høsten 2019 vil Klinikk Alta, med en utbygging av den gamle spesialistpoliklinikken, stå ferdig. Også her vil somatikk, psykisk helsevern og rus bli samlokalisert. Klinikk Alta vil gradvis øke sengekapasiteten og vil fra høsten 2020 ha tyve somatiske senger, hvorav seks kommunale. Her vil det være operasjonsstuer, to fødesenger, to barselsenger, femten voksenpsykiatriske senger og åtte senger til rusbehandling. Det etableres døgntilbud i radiologi, samt spesialistpoliklinikk med egne og ambulerende spesialister fra særlig Hammerfest. Klinikk Alta har fra 2018 til 2019 foreløpig hatt 7% økning i antall somatiske polikliniske konsultasjoner.

## **ØVRIGE STEDER – BERLEVÅG, LAKSELV, TANA OG VADSØ**

FIN har i tillegg til det overnevnte, psykiatrisk poliklinikk og dialyse i Lakselv, en psykiatrisk poliklinikk med sengepost i Tana, og et dialysetilbud i Vadsø. Til Vadsø ambulerer også spesialister fra sykehuset i Kirkenes. Et dialysetilbud i Berlevåg er under etablering.

På grunn av de store geografiske avstandene satser helseforetaket mye på teknologi, med blant annet telemedisin, robotassistert ultralyd, hjemmedialyse, videokonferanse/Skype og annen avstandskom-penserende teknologi.

Kartet og tabellen under viser helseforetakets lokaliseringer og type tjenester på det enkelte sted, samt nøkkeltall fra 2018.



Figur 4: FINs behandlingssteder

### Nøkkeltall 2018

Budsjett (2019)	1,59 mrd kr
Årsverk, totalt	1 659
Leger	171,5
Sykepleiere, jordmødre	539
Sykefravær	8,4%
Innleggelser/døgnoophold (SO, PS, TSB)	10 924 opphold
Gjennomsnittlig liggetid SO	3,9 døgn
Senger SO	144 senger
Senger PS, TSB	45 senger
Pol. konsultasjoner/ dag-behandling (SO, PS, TSB)	106 656
Nedslagsfelt	76 000 innbyggere
Forskningsartikler	24
Doktorgrader	0
Studenter i praksis	173

Tabell 1: FIN nøkkeltall fra 2018

#### 3.1.1 Helsetjenestetilbudet

Dette kapittelet vil presentere FINs kliniske tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rus, samt en egen helsetjeneste til den samiske befolkningen og en økende grad av desentraliserte tjenester som inkluderer sykestueplasser og dialyse.

##### TJENESTETILBUD SOMATIKK

Helseforetaket har to somatiske akuttsykehus med indremedisin, kirurgi og fødselsomsorg i Hammerfest og Kirkenes. Geografi, bosettingsmønstre og avstander gjør dette nødvendig. Dette er avklart i Helse Nord's Regionale utviklingsplan 2035 og i Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019. Det finnes en intensivpost begge steder (Hammerfest er nivå 2, Kirkenes er nivå 1). Begge sykehusene har et bredt poliklinisk tilbud innen de fleste somatiske fagområdene. Det utføres enten med egne spesialister eller ambulerende spesialister fra andre deler av helseforetaket, og i noen grad fra UNN Tromsø. Barnemedisin og barnehabilitering er funksjonsdelt til Hammerfest, mens voksenhabilitering og fysikalsk medisin og rehabilitering er funksjonsdelt til Kirkenes. Hammerfest har en barneavdeling med nyfødttintensivsenger, og har derfor et utvidet ansvar og ivaretar noen oppgaver som ellers kun ivaretas av kvinneklinikkene i UNN Tromsø og NLSH Bodø. Dette gjelder blant annet risiko-fødsler fra 32. uke.

I Alta utvides spesialistpoliklinikken til blant annet å ha døgnkontinuerlig kapasitet til diagnostikk og initial behandling av hjerneslag ved trombolysse og blodproppopløsende behandling. Det vil også ha en sengepost med tyve medisinske senger, hvorav seks kommunale, og to fødesenger, samt radiologiske tjenester (røntgen, CT, MR og ultralyd). I Karasjok har spesialistlegesenteret et særlig fokus på spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen. Begge stedene har en veletablert poliklinisk og dagkirurgisk virksomhet, med stedlige eller ambulerende spesialister, innen de viktigste somatiske fagområdene. Karasjok har radiologisk tjeneste for skjelettrøntgen.

Videre er det desentralisert dialysetjeneste i Lakselv og Vadsø, og det arbeides med å få samme tilbud i Berlevåg. Til Vadsø ambulerer spesialister innen hud og nyre, samt audiograf.

##### TJENESTETILBUD PSYKISK HELSEVERN OG RUS

Helseforetakets Klinikk Psykisk helsevern og rus har hovedsete i Alta. Klinikken er organisert i tre DPSer med poliklinisk aktivitet for både barn og voksne. DPS Vest-Finnmark har virksomhet i Alta og

Hammerfest. DPS Midt-Finnmark har aktivitet i Karasjok og Lakselv, mens DPS Øst-Finnmark har tjenester i Kirkenes og Tana.

DPS Vest har sengeplasser for voksenpsykiatri og rus i Alta og legemiddelassistert rusbehandling (LAR). DPS Midt har sengeplasser for barn, ungdom og voksne i Karasjok, en familieenhet og et psykiatrisk ungdomsteam (PUT-team). De arbeider aktivt med unge med sammensatte rus- og psykiatriutfordringer og SANKS. DPS Øst har sengeplasser for voksne i Tana.

Det finnes et spesialpsykiatrisk tilbud innen alderspsykiatri med en ambulerende spesialist fra UNN.

Finnmarkssykehuset etablerte i 2017 et akuttpsykiatrisk tilbud med en psykiater i bakvaksordning for å sikre innleggelser innen 24 timer. Dette har redusert behovet for øyeblikkelig hjelp innleggelser som er funksjonsdelt til UNN Tromsø. Det samme gjelder tvangsbehandling og andre spesialpsykiatriske tilbud.

### SÁMI KLINIHKKA

Finnmarkssykehusets geografiske område omfatter de samiske kjerneområdene i Norge. Helseforetaket ivaretar Helse Nord RHF's særskilte nasjonale ansvar for utvikling av spesialisthelsetilbudet til den samiske befolkningen. Dette ansvaret innebærer å veilede og tilrettelegge for at den samiske befolkningens særskilte problemstillinger ivaretas på en slik måte at det fremmer et likeverdig helsetjenestetilbud. Dette gjelder blant annet betydningen av språk og kultur i møte med helsetjenesten.

I Sámi Klinihkka er spesialistlegesenteret for somatiske tjenester og DPSet, med tjenester innen psykisk helsevern og rus for den samiske befolkningen samlokalisert. Dette vil gi FIN mulighet til ytterligere å sette fokus på og videreutvikle tilbudet tilpasset den samiske befolkningens behov når det gjelder helsetjenester. Klinikken ble operativ fra 1. oktober 2019.

På klinikken vil også SANKS, den Samiske nasjonale kompetansetjeneste for psykisk helsevern og rus, ha tilholdssted. SANKS er ikke bare et kompetansesenter. Her drives det også utredning og behandling av barn, unge og voksne innenfor psykisk helsevern og rus på den samiske befolkningens premisser. SANKS en høy forskningsaktivitet med mål å utvikle kulturtilpassede behandlingsmetoder som er «skreddersydd» for og til samiske pasienter. De driver også veiledning om slike behandlingstilbud på et nasjonalt nivå.

Samisktalende pasienter i det samiske forvaltningsområdet har en lovfestet rett til å benytte eget språk i møte med spesialisthelsetjenesten, og som del av SANKS er det en tolketjeneste for det nord-samiske språket. Tjenesten er tilgjengelig regionalt, og kan benyttes av alle Helse Nord's helseforetak ved behov for å oversette mellom norsk og nordsamisk. FIN har videre satt av egne midler til å utdanne tolker.

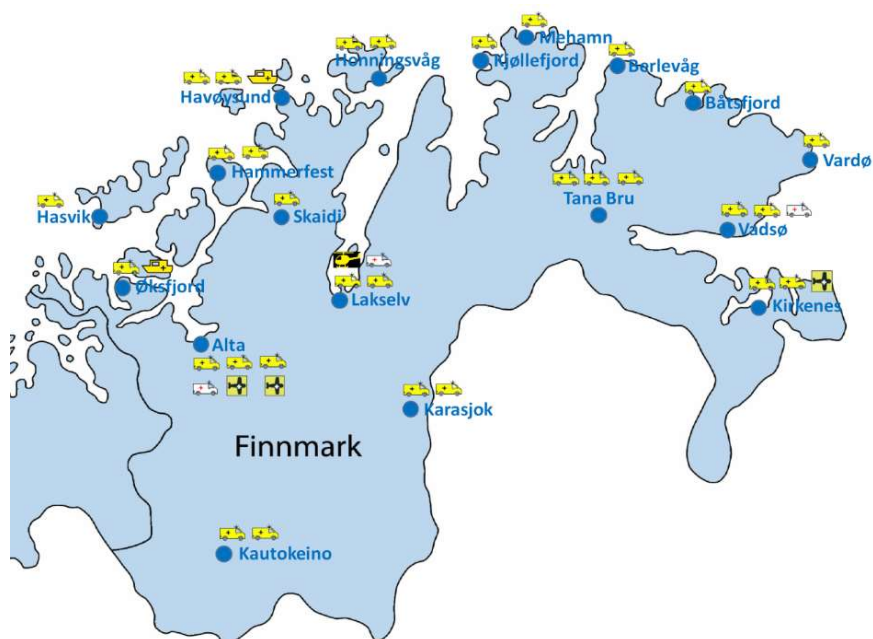
Effekten av etableringen av Sámi Klinihkka vil ikke kunne beskrives her da klinikken nylig åpnet. Det er grunn til å anta at samisk helse-, språk-, og kulturforståelse vil få et økt og vedvarende fokus. Det er også grunn til å tro at dette vil øke rekrutteringen av samisktalende helsepersonell.

#### 3.1.2 Prehospitale tjenester

Det prehospitale tilbudet til Finnmarks befolkning er preget av store avstander, vær- og klimautfordringer, og spredt befolkning med begrensede tilgjengelighet til lokale ressurser, særlig ved store hendelser. AMK-Finnmark, dens styring av ressurser og detaljerte kjennskap til lokale forhold, er av avgjørende betydning. Halvparten av befolkningen (54,3%) er samlet i kommunene Alta, Hammerfest og Sør-Varanger (Kirkenes), mens bosettingen i resten av fylket er spredt langs kyst og innland. Navet i den prehospitale tjenesten er AMK-Finnmark i Kirkenes. Her koordineres de prehospitale ressursene for Finnmark. Dette gjøres via 17 ambulansestasjoner med til sammen 31 ambulanserbiler, to ambulansebåter og tre helsetransportbiler. I tillegg benyttes tre ambulansefly, der to er stasjonert i Alta og ett i Kirkenes. Alle flyene er bemannet med FINs anestesilege eller intensivsykepleiere og flyet i Kirkenes fikk i september 2019 også anestesilege i vakt. I Lakselv er det et redningshelikopter (Sea King) som Hammerfest sykehus bemanner med anestesilege. Til sammen er det rundt 19 000 utrykninger i året, og bilambulansetjenesten kjører cirka 1,7 millioner kilometer.

Det er et nasjonalt mål at 90% av alle utrykninger i griségrendte strøk skal ta under 25 minutter fra AMK varsles til ambulanse er på hendelsesstedet. I Finnmark er responstiden i snitt, for befolkningen samlet, under 20 minutter. Dette klarer Finnmarkssykehuset etter målrettet arbeid over mange år, blant annet ved å ha stabil arbeidsstyrke og stort fokus på kunnskap om lokale forhold. AMK-sentralen ivaretar også legevaktsentralfunksjon (116 117) for 11 av Finnmarks 19 kommuner.

Illustrasjonen under viser organiseringen av de prehospitaltjenestene i Finnmark. Det er også inkludert noen kjøreavstander og kjøretid med ambulansebil for å gi et bedre bilde av den prehospitaltjenesten i Finnmark.



	Avstand	Tid		Avstand	Tid
Alta - Hammerfest	140 km	2t 9min	Kautokeino - Alta	132 km	1t 46min
Hasvik - Hammerfest	282 km	5t 22min	Kautokeino - Lakselv	202 km	2t 33min
Honningsvåg - Hammerfest	177 km	2t 43min	Vadsø - Kirkenes	173 km	2t 40min
Kjøllefjord - Hammerfest	375 km	5t 29min	Mehamn - Kirkenes	328 km	4t 35min

Figur 5: Oversikt over prehospitaltjenester i Finnmark. (Avstand og tid er beregnet kjøretid når fartsgrensen holdes og inkluderer fergetid, men ikke ventetid for ferge)

Helse Nord har inngått samarbeidsavtaler med Finland og Russland og det betyr at ambulansetjenesten og redningshelikopteret også utfører oppdrag over grensen.

Som en del av investeringene i Finnmarkssykehuset, skal også AMK-sentralen i Kirkenes moderniseres. I første kvartal 2020 vil den bli samlokalisert med brannvesen og politi i Kirkenes.

### 3.1.3 Samhandling med primær- og kommunehelsetjenesten

Finnmarkssykehuset har et utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten i Finnmarks 19 kommuner. Samarbeidet er både på overordnet strategisk nivå gjennom tjenesteavtaler og samarbeidsorganer som OSO og KSU, og pasientnært ved å samarbeide med fastleger, legevakt og i noe grad med pleie- og omsorgstjenester. Målet er at pasientene skal oppleve å bli ivaretatt på en helhetlig måte. Tjenestetilbudet skal være sammenhengende og koordinert mellom alle ledd i behandlingsskjeden fra kommune til spesialisthelsetjeneste.

Overordnet samarbeidsorgan, OSO, er et rådgivende organ mellom kommunene og FIN. Det skal jobbe for å legge til rette for gode og sammenhengende pasientprosesser når FIN og kommunene skal samarbeide om pasientbehandlingen. Det har beslutningsmyndighet i saker som faller inn under samarbeidsavtalen. Saker som har vesentlige økonomiske eller strukturelle konsekvenser må behandles på ordinær måte i helseforetaket og de respektive kommunene. Under OSO er det etablert to

lokale faglige samarbeidsorgan, ett i øst og ett i vest. Disse har utarbeidet handlingsplaner om etablering og utvikling av helhetlige pasientforløp. Dette og flere pasientforløpsprosjekt, i somatikk, psykisk helsevern og rus, er samlet i et 3-årig overordnet program for helhetlige pasientforløp.

Etablering av oppfølgingsteam for personer med store helse- og omsorgsbehov er et slikt prosjekt. Det gjøres i samarbeid med vertskommunene til de to sykehusene i første omgang og med andre kommuner på sikt. Prosjektet skal være proaktivt og legge vekt på hva som er viktig for pasientene. Cirka 5% av pasientene, som benytter rundt halvparten av ressursene i helse- og omsorgstjenestene, omfattes av arbeidet. Etablering av to forprosjekt for digitale, fleksible og aktivt oppsøkende team for personer med alvorlige psykiske lidelser inngår også i programmet. Det ene forprosjektet har et samisk og nasjonalt fokus og det andre gjelder for øvrig befolkning i Finnmark.

Klinisk samarbeidsutvalg, KSU, opprettes av OSO når det er behov for å utrede spesifikke problemstillinger i samarbeidet mellom FIN og kommunene. OSO har også opprettet et eget fastlegeråd for å skape en møteplass for helseforetaket og fastlegene. Dette fagrådet behandler de sakene hvor FIN ønsker å flytte oppgaver fra sykehusene til fastlegene, eller hvis FIN ønsker å etablere nye rutiner. Det er også et organ der fastlegene kan komme med innvendinger mot eller forslag til rutiner og tilbud i FIN.

Tilbakemeldingen er at fastleger og kommuneoverleger opplever et tett samarbeid med legene på sykehusene i Kirkenes og Hammerfest. Sykehusene tilbyr opplæring og trening, i blant annet akuttmedisin, til legene i primær- og kommunehelsetjenesten. Bruk av kompetansen til ambulerende spesialister bidrar også til stedlig kompetanseheving og økt trygghet for legene ute i distriktene.

I psykisk helsevern og rus samarbeider den kommunale tjenesten for rus og psykiatri (RoP) tett med Finnmarkssykehusets DPSer, og med UNN Åsgård. Målet er å tilby et koordinert og sammenhengende tilbud gjennom samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og andre kommunale tjenester.

Sykestuer er et særegent tjenestetilbud i Nord-Troms og Finnmark. I praksis er sykestuene en «halvannenlinjetjeneste» hvor leger i primærhelsetjenesten legger inn egne pasienter, pasienter med uavklarte tilstander som venter på tilgjengelig transport, eller pasientene som skal ivaretas i en periode før hjemreise etter et sykehusopphold. Sykestuene har sykepleier til stede hele døgnet og lege på tilkallingsvakt. Løsningen var grunnlaget for dagens KAD-senger som er innført nasjonalt i forbindelse med samhandlingsreformen. Finnmark har i dag til sammen 40 sykestuesenger og KAD-senger.

Finnmarkssykehuset har samarbeidsavtaler med og yter et fast økonomisk tilskudd til driften av sykestueplasser i de kommunene der det ikke er sykehus. Dette bidrar til å avlaste kapasiteten til sykehusene i Kirkenes og Hammerfest og reduserer behovet for reising til sykehus for enkelte pasientgrupper. Sykestuene har en viktig plass i pasientforløpene, spesielt for gamle og skrøpelige pasienter, men også for kreftpasienter. I helseforetakets utviklingsplan nevnes det spesifikt at det er viktig å bidra til videreutvikling av sykestuemodellen, basert på kompetansebygging og faglige nettverk. I de nye byggene i Hammerfest og Alta samlokaliseres helseforetakets og kommunens tjenester for ytterligere å fremme samarbeid for å sikre helhetlige pasientforløp på tvers av nivåene. Det er etablert samhandlingskoordinatorer i Hammerfest og Kirkenes for å styrke samhandlingen mellom helseforetaket og kommunene.

### **3.1.4 Samhandling med pasient og pårørende**

Det står i Finnmarkssykehusets stiftelsesprotokoll at man skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter fra pårørende og pasienter skal gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og drift av virksomheten. Dette ivaretas blant annet gjennom et brukerutvalg. I februar 2019 ble også et eget ungdomsråd opprettet. Disse er rådgivende organer der saker tas opp på et generelt grunnlag. Ungdomsrådet skal ha et særlig fokus på hvordan tilbudet til unge brukere og deres pårørende kan forbedres. Brukerutvalget er representert i bygge- og utviklingsprosjekter og bidrar ved deltakelse i ulike styrever, råd og utvalg. Brukerutvalget møtes

seks-åtte ganger i året, mens ungdomsrådet møtes fire-seks ganger. Leder i brukerutvalget deltar på styrets møter med uttalelse- og forslagsrett.

Finnmarkssykehuset tilbyr pasienter og deres pårørende kurs i å lære å leve med og mestre hverdagen når man er syk. Dette er tilbud som ofte blir benyttet, og tilbakemeldingene er gode. For personer med kroniske eller langvarig sykdom får pasientene en egen koordinator som skal veilede pasienten gjennom behandlingsforløpet.

### **3.1.5 Bemanning, rekruttering og stabilisering**

For å yte spesialisthelsetjenester av høy faglig standard er Finnmarkssykehuset avhengig av å tiltrekke seg og beholde godt kvalifisert helsepersonell. Innen noen fagområder har dette vært en utfordring, mens helseforetaket har hatt en stabil spesialistdekning på andre områder. Finnmarkssykehuset tar mål av seg å være førstevalget for helsepersonell, og har jobbet målrettet med rekruttering over mange år.

I 2005 ble et rekrutteringsprosjekt igangsatt. Da var 57% av legestillingene i helseforetaket ubesatte, og det var utstrakt bruk av vikarer og ekstern ambulering. Gjennom prosjektet ble det satt fokus på å rekruttere og beholde leger ved at helseforetaket hadde en aktiv holdning overfor studenter og LIS1-leger. Rekrutteringsstillinger ble benyttet i påvente av at ordinære legestillinger ble ledig, og man tilbød stipend og økte muligheter for hospitering og forskning. I august 2019, etter at prosjektet ble en del av daglig drift, hadde Finnmarkssykehuset 18% vakante legestillinger. Dette tilsvarer 30,5 stillinger av totalt 171,5 budsjetterte legestillinger.

Det kontinuerlige fokuset på rekruttering er nødvendig fordi det er vanskelig å rekruttere ferdige spesialister eksternt og det er god erfaring med å utdanne lokalt. Til LIS1-stillinger rekrutteres det godt. Noen av fagmiljøene er små og sårbare. Det blir lagt økt vekt på å drive langtidspanlegging og målrettet arbeid med å finne erstatninger for personer man vet skal gå av med pensjon, ha spesialiseringsopphold ved UNN Tromsø eller lignende. Utviklingen av Finnmarksmodellen, der tolv studenter hvert år fullfører 5. og 6. studieår ved Finnmarkssykehuset, har styrket rekrutteringen. Etter bare to år med prøveprosjekt er årets kull med 6. års-medisinstudenter fulltallig. Studentene ønsker å studere og deretter jobbe i Finnmark etter studiet.

Selv om antall vakante legestillinger er redusert, er rekruttering fortsatt en utfordring og særlig innen enkelte fagmiljøer. Spesielt har det indremedisinske miljøet i Hammerfest og Alta, psykisk helsevern og rus, og radiologisk avdeling i Hammerfest rekrutteringsutfordringer, med henholdsvis 11, 5,2 og 5,1 vakante stillinger. Klinikkviss fordeler ledigheten seg slik Klinikkk psykisk helsevern og rus 5 (11,2%) ledige stillinger, Klinikkk Hammerfest, inkludert Alta og Karasjok, 18 (23,7%), og Klinikkk Kirkenes 7 (13,7%).

Andre fagmiljøer har klart å bli stabile og tiltrekke seg erfarne LIS-leger og overleger. I Kirkenes gjelder det spesielt i indremedisin, kirurgi, gynekologi og radiologi, mens i Hammerfest er det sterke miljøer i kirurgi, anestesi og gynekologi. I psykisk helsevern er det spesielt barne- og ungdomspsykiatrien i Karasjok som klarer seg bra. Det nye sykehuset i Kirkenes ser ut til å ha hatt en positiv effekt på rekrutteringen. Et stabilt fagmiljø med lokale entusiaster er en viktig driver for å klare å skape et godt arbeidsmiljø og kultur, som igjen gjør rekruttering og stabilisering lettere.

For overleger håper man at ved å tilrettelegge for ytterligere veiledning, hospitering og mer forskning vil det bli mer attraktivt å bli værende i Finnmarkssykehuset. Det jobbes også med miljøer utenfor sykehusene med tanke på jobbmuligheter for partner.

For å kunne ivareta målet om tjenesteyting så nært pasientene som mulig, er ambulering en del av hverdagen og kulturen i FIN. All intern ambulering skjer frivillig og FIN er nå tilnærmet selvforsynt (95%) med spesialister som ambulerer. Det er langt bedre enn tidligere. Den største delen av intern ambulering (63%) skjer fra Hammerfest til Alta, og det forventes å øke ytterligere for å nå målene ved oppstart av Klinikkk Alta. Ambulering skjer fast på følgende områder:

- Barnelege i Hammerfest reiser til Alta, Kirkenes og Karasjok
- Hudlege i Karasjok reiser til Alta og Hammerfest

- Hudlege i Kirkenes reiser til Vadsø
- Revmatolog i Kirkenes reiser til Karasjok og Vadsø
- Kirurg, ortoped, gynekolog og anestesilege i Hammerfest reiser til Alta
- Øre-nese-halslege i Kirkenes reiser til Alta.
- I tillegg er det ekstern ambulerung fra UNN på følgende områder:
  - Hammerfest: nevrologi, nyre, plastikkirurgi og øre-nese-hals
  - Kirkenes: allergologi og øye
  - Alta: nevrologi og nyre
  - DPSene: alderspsykiatri

For spesialsykepleiere (barn, anestesi, operasjon og intensiv) er situasjonen for tiden rimelig god i Finnmarkssykehuset. Av totalt 105,5 spesialsykepleierstillinger, er det kun 2,4 av dem som er vakkante. De 103,1 fylte stillingene inkluderer innleie.

### 3.1.6 Utdanning og spesialisering

Det er et mål at alle enhetene og fagområdene i helseforetaket skal være baser for utdanning, forskning, fagutvikling, kompetansebygging og -overføring til kommunene. Dette krever tilrettelegging og god kontakt mellom fagmiljøer.

FIN tar imot både medisinstudenter, sykepleierstudenter og studenter fra andre helsefaglige utdanninger. Samarbeidet med UiT og UNN er viktig for å få dette til. UiT har nå tolv legestudenter som tar 5. og 6. år av medisinstudiet i Finnmarkssykehuset. Dette vurderes å ha stor betydning for helseforetaket, da dette både kan bidra til bedre rekruttering av leger, og til mer forskning og utvikling av nye og attraktive fagmiljøer.

Helseforetaket har samarbeidsavtale om praksisplasser for helsefagutdanninger, og tilbyr derfor praksisplasser innen ergoterapi (7), fysioterapi (8), radiografi (30), sykepleie deltid (10), sykepleie fulltid (70), jordmor (9), anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (13), psykologi (4), medisin 5. år (10), og medisin 6. år (12). Sett i forhold til foretakets størrelse tas det imot et stort antall studenter. I tillegg hadde FIN i 2018 helsefagarbeidere (9) og ambulansfagarbeidere (20) under utdanning, samt at det var fysioterapeuter i turnustjeneste og leger i LIS1-tjeneste.

Helseforetaket har LIS2- og LIS3-legestillinger i 17 spesialiteter. Det er inngått 17 fagavtaler med UNN og to med henholdsvis Nordlandssykehuset og Oslo universitetssykehus. Det er også planer om å inngå samarbeidsavtaler med UNN i spesialiteter som øre-nese-hals og øye som Finnmarkssykehuset ikke har godkjent utdanningsvirksomhet for. Det satses på kompetanseheving ved at LIS1 og LIS2 sjelden må vente på å få delta på obligatoriske kurs. De blir prioritert ved interne kurs og treninger, samtidig som sykehusenes spesialistbehov kommuniseres tydelig.

### 3.1.7 Fagutvikling og forskning

Forskning er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. I Finnmarkssykehusets strategi fremgår det at helseforetaket skal bidra til innovasjon, utvikling og bedre helsetjenester. FIN har en lang historie med et aktivt forskningsmiljø på enkeltområder, og ønsker å markere seg i nasjonal sammenheng innen forskning og fagutvikling av samhandling, akuttmedisin, telemedisin, helsetjenester til den samiske befolkningen og arktisk kompetanse.

FIN mottar forskningsmidler fra Helse Nords samlede midler og har to egne forskningsfond, ett øremerket SANKS og et generelt. FIN prioriterer forskningsaktivitet som er med på å utvikle behandlingsmetoder med et fokus på lokale og arktiske forhold. Det satses spesielt på tre områder; en multi-etnisk befolkningsforhold til helsevesenet, akuttbehandling for en spredt befolkning og opprettholdelse av kompetanse i helsevesenet, og helsehjelp i skjæringspunktet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det finnes en egen forskningsavdeling som følger forskningsprosjektene tett opp.

FINs forskningsstyre delte i 2018 ut 2,8 millioner kroner i støtte til tolv ulike forskningsprosjekter. Helse Nord bidro med midler til finansieringen av tre doktorgrader og ett postdoktorprosjekt. I tillegg hadde forsknings- og utviklingsavdelingen ved SANKS to millioner kroner til fordeling gjennom en nasjonal utlysning til prosjekter som berører den samiske befolkning.



En viktig del av helseforetakets forskning skjer ved SANKS. Det skal ved formidling av kunnskap og utvikling av ny forskning, bidra til økt kompetanse om samers særskilte behov for språklig og kulturrelt tilrettelagt diagnostikk og behandling. Det forskes blant annet på hvordan økt brukermedvirkning, for samiske brukere, kan forstås og utøves i møte med helsetjenesten. Hvordan kan den psykiske helsen til samiske reindriftsutøvere påvirkes av utfordringer og påkjenninger, i forhold til å utøve god reindrift, er et annet tema.

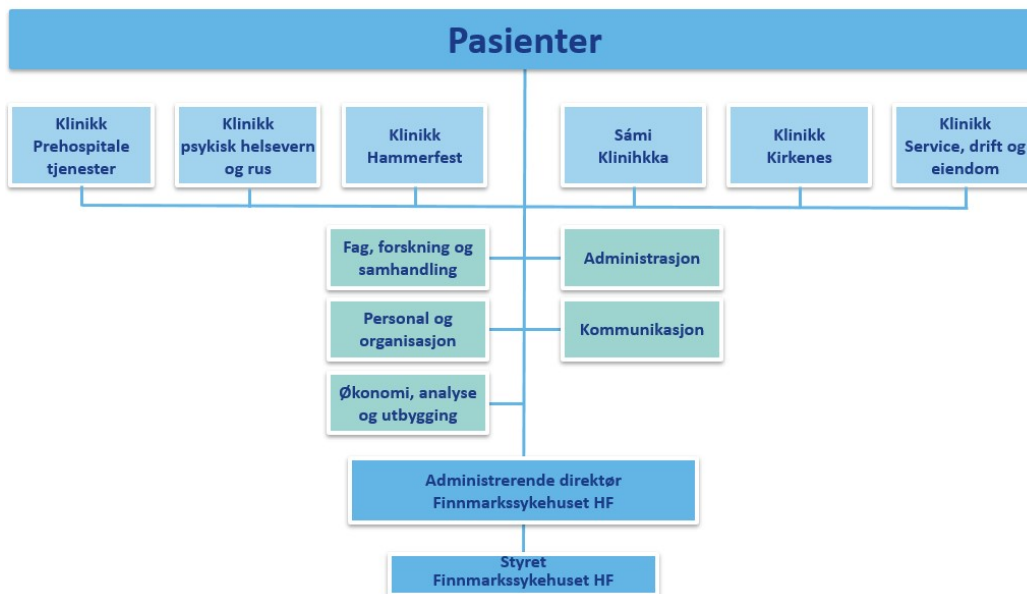
### 3.1.8 Organisasjon og ledelse

FIN har i dag organisert sin kliniske drift i seks klinikker med hver sin klinikk sjef. Det er Prehospitaltjenester, Psykisk helsevern og rus, Hammerfest, Kirkenes, Sámi Klinikk og Service, drift og eiendom. Felles administrasjons- og driftsfunksjoner er organisert under administrerende direktør.

Foretaksledelsen er i stor grad samlet i Hammerfest. Begge sykehusene har en stedlig klinikk sjef med ansvar for all drift av somatiske fag. De distriktsmedisinske sentrene i Alta og Karasjok har vært underlagt klinikk sjefen i Hammerfest, med en stedlig avdelingsleder. Karasjok ble egen klinikk da Sami Klinikk gikk i drift fra 1. oktober 2019. Det et utredes nå om Alta skal bli en egen klinikk fra 1. januar 2020. I tillegg er det stedlige enhetsledere for legetjenesten, sengepostene og poliklinikkene. Psykisk helsevern og rus er organisert under en klinikk sjef som er lokalisert i Alta med egne avdelingsledere ved DPSene. De har det stedlige ansvaret for drift og personell.

Som følge av etableringen av Sámi Klinikk har administrerende direktør igangsatt et prosjekt for å utrede og anbefale ny klinikkstruktur i Finnmarkssykehuset. Hvis den nye strukturen vedtas er det planlagt at den skal innføres fra 1. januar 2020. I den nye strukturen legges det opp til seks klinikker: Hammerfest, Kirkenes, Sámi Klinikk og Alta der somatikk, psykiskhelsevern og rus samorganiseres og samlokaliseres. Prehospitaltjenester og Service, drift og eiendom videreføres som i dagens struktur.

Illustrasjonen under viser dagens administrative organisering av Finnmarkssykehuset.



Figur 6: Finnmarkssykehusets nåværende administrative organisering

### 3.1.9 Økonomi og aktivitet

I økonomisk langtidsplan 2018-2021 ble det lagt opp til et årlig overskudd på 24 millioner kroner. Finnmarkssykehuset endte 2018 med et negativt resultat på 17,9 millioner kroner, noe som er 41,9 millioner kroner lavere enn budsjettet. Hovedårsakene forklares med en lavere ISF-inntekt enn budsjettet, høyere kostnader til medikamenter, gjestepasienter og innleie av arbeidskraft. Det var en noe bedre likviditetssituasjon for 2018 enn 2017. Som nevnt i underkapitlene over, er helseforetaket midt opp i større investeringsprosjekter i egen bygningsmasse. I 2018 ble det investert 485 millioner

kroner i nye Kirkenes sykehus, Klinikk Alta og Sámi Klinihkka, pluss oppstart av forprosjektet for nytt sykehus i Hammerfest.

For 2019 har helseforetaket et budsjett på 1,59 milliarder kroner. I august ble det rapportert om et foreløpig negativt resultat på 23,1 millioner kroner, 39,1 millioner lavere enn budsjettet. Helseforetaket opprettholder foreløpig prognosen om et negativt resultat på 10 millioner kroner for 2019.

Helseforetaket hadde i 2018 en mindre nedgang i behandlingsaktiviteten (1,2%). Det skyldes i hovedsak innflytting i nytt sykehus i Kirkenes. Helseforetaket har vridd aktiviteten fra heldøgn mot polikliniske tjenester. ISF-inntekten for 2019 er foreløpig lavere enn budsjettet som følge av lavere poliklinisk aktivitet enn planlagt og det er overforbruk av innleid arbeidskraft.

Andel pasienter som ble behandlet etter fristen var 1,2% i 2018, en nedgang på 0,8%-poeng fra 2017. De fleste fristbruddene i 2018 var innenfor psykisk helsevern og rus som imidlertid har hatt en betydelig reduksjon i fristbrudd, med et snitt på 6,2% fristbrudd i 2018 mot 14,4% i 2017. Det er også reduksjon i ventetider fra 2017 til 2018, der ventetid totalt for Finnmarkssykehuset var 54 dager og 55, 46, 46 og 46 dager for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern voksen, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og psykisk helsevern barn og unge. Foreløpig i 2019, som rapportert i virksomhetsrapport 8/2019, er ventetiden henholdsvis 60, 49, 42 og 52 dager.

### 3.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), tidligere Regionsykehuset i Tromsø, ble etablert i forbindelse med sykehusreformen i 2002, og bestod inntil 2007 av sykehuset i Tromsø, det psykiatriske sykehuset på Åsgård, Troms militære sykehus på Bardufoss, sykehuset i Longyearbyen, samt flere DMS og DPS. 1. januar 2007 ble Hålogalandssykehuset oppløst og sykehusene i Narvik og Harstad ble del av UNN. Sykehuset i Vesterålen ble del av Nordlandssykehuset. Troms Militære sykehus ble vedtatt nedlagt i 2014.

UNN har lokalsykehusansvaret for befolkningen i Troms, og nordre Nordland (seks kommuner lengst nord i Nordland), med til sammen 193 000 innbyggere. I tillegg har UNN ansvaret for primær- og spesialisthelsetjenestene på Svalbard. Som region- og universitetssykehus, har UNN ansvar for innbyggerne i Nord-Norge og på Svalbard. Dette utgjør til sammen 477 000 innbyggere. Det betyr region- og universitetssykehusansvar for en tredjedel av Norges areal og rett i underkant av 10% av Norges befolkning. UNN har tilsvarende utfordring som Finnmarkssykehuset med lokalisering av helsetjenester til en befolkning som er geografisk spredt over et stort område. UNN har 30 kommuner i sitt nedslagsfelt.

UNNs visjon er «*Det er resultatene for pasienten som teller! Vi gir den beste behandling*» Det innebærer å gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt. UNN er universitetssykehuset for nordområdene og skal ha kompetente medarbeidere som trives, og samarbeide med utdanningsinstitusjoner for å utdanne motiverte og kompetente helsearbeidere.

#### UNN TROMSØ

UNN har to sykehus i Tromsø, henholdsvis et somatisk sykehus i Breivika og et psykiatrisk sykehus på Åsgård. Tromsø har hatt et eget somatisk sykehus siden midten av 1800-tallet da *Senjen og Tromsø Sygehus* ble grunnlagt. Sykehuset flyttet inn i nytt bygg i 1922. I 1991 var dagens sykehus i Breivika klart for innflytting. I 1966 stod det psykiatriske sykehusbygget i Åsgård ferdig.

Sykehuset ble et universitetssykehus i 1973 da UiT startet opp med medisinutdanning. UNN Tromsø har lokal-, region- og universitetssykehusansvar for både somatikk og psykisk helsevern og rus. Som et fullverdig region- og universitetssykehus gjør UNN det meste av avansert utredning og behandling med unntak av noen få tilstander som er funksjonsfordelt nasjonalt. UNN har selv syv nasjonale funksjoner. Som lokalsykehus har UNN Tromsø ansvaret for rundt 131 000 innbyggere.

I april 2018 ble UNN Breivika utvidet med 22 000 m<sup>2</sup> da den nye A-fløyen og PET-senteret stod ferdig. I begge disse byggene er viktige regionale funksjoner samlet. A-fløyen inneholder blant annet

nye operasjonsstuer med to operasjonsroboter som benyttes i kreftoperasjoner, en ny og stor medisinsk intensiv, samt ambulansemottak, poliklinikker og medisinsk laboratorieavdeling. PET-senteret gjør høyspesialisert nukleærmedisinsk utredning, behandling og forskning.

Det pågår planlegging av nytt psykiatri- og rusbygg i Tromsø. Nåværende bygningsmasse på UNN Åsgård er nedslitt og ikke tilpasset dagens måte å drive behandling innen psykisk helsevern og rus.

#### **UNN HARSTAD**

Det første sykehuset i Harstad stod ferdig i 1900 og med utvidelser i 1930, 1938 og 1963. I 1977 stod det eksisterende sykehuset ferdig. I 2000 ble et nytt bygg for psykisk helsevern og rus tatt i bruk, og i juni 2019 åpnet en ny ambulansestasjon. UNN Harstad er lokalsykehus for rundt 35 000 innbyggere i seks kommuner.

UNN har startet arbeidet med en ny arealplan for UNN Harstad. Alternativene er rehabilitering og utbygging av dagens bygning, eller nybygg.

#### **UNN NARVIK**

UNN Narvik er i dag spredt på to lokaliseringer, somatikk i Narvik sentrum og psykisk helsevern og rus i Håvik. Sykehuset i Narvik sentrum stod ferdig i 1938, og ble så utbedret i 1963, 1970 og i 1977. I 2002 flyttet akuttmottaket og legevakten inn i et eget påbygg og sykehuset ble utbedret for flere hundre millioner kroner i perioden 2008-2010. DPSet og rusklinikken i Håvik stod ferdig i 1982 og 1983, og fikk et påbygg i 2014. UNN Narvik er lokalsykehus for 27 000 innbyggere i seks kommuner.

Det er vedtatt at det skal bygges et nytt sykehus i Narvik. Planleggingen av det nye sykehuset skal inn i forprosjekt og stå ferdig i 2023. Som i de nye sykehusene i Finnmark, vil tilbud innen somatikk, psykisk helsevern og rus bli samlokalisert. Det planlegges samlokalisering med et helsehus som skal drives av Narvik kommune.

#### **LONGYEARBYEN**

Det har vært eget sykehus i Longyearbyen på Svalbard siden 1917. Sykehuset har ansvar for alt av tjenester (primær- og spesialisthelsetjenester), for rundt 2 000 fastboende på Svalbard. Det er et akuttmedisinsk beredskapssykehus uten traumemottak eller fødeavdeling. Sykehuset har en operasjonssal og det kan foretas enkelte operasjoner.

Det foreligger per nå ingen planer for å endre på bygningsmassen på Svalbard.

#### **ØVRIGE STEDER - FINNSNES OG STORSLETT, SJØVEGAN, SILSAND OG STORSTEINNES**

UNN har distriktsmedisinske og distriktpsikiatriske sentre på Finnsnes og Storslett (Sonjatun) med spesialistpoliklinikk, dialyse og fødestuer. I tillegg er det DPSet på Silsand, Sjøvegan og på Storsteinnes.

Kartet og tabellen under viser helseforetakets lokaliseringer og type tjenester på det enkelte sted, samt nøkkeltall fra 2018.



Figur 7: UNNs behandlingssteder

### Nøkkeltall (2018)

Budsjett	7,55 mrd kr
Månedsværk, totalt	6 553
Leger, årsværk	931
Sykepleiere og jordmødre	1 919
Sykefravær	8,6%
Innleggelser/døgnopphold (SO, PS, TSB)	41 399 opphold
Gjennomsnittlig liggetid SO	4,7 døgn
Senger SO	576 senger
Senger PS, TSB	230 senger
Pol. konsultasjoner/ dag-behandling (SO, PS, TSB)	389 273
Opptaksområde	193 025
Forskningsartikler	312
Doktorgrader	30
Studenter i praksis	2 450

Tabell 2: Nøkkeltall UNN

### 3.2.1 Helsetjenestetilbudet

Dette kapittelet vil presentere UNNs kliniske tilbud til befolkningen i Troms, nordre Nordland og Svalbard, samt UNNs rolle og ansvar som region- og universitetssykehus for befolkningen i Troms, Svalbard, Finnmark og Nordland.

#### TJENESTETILBUD SOMATIKK

UNN har somatiske sykehus i Tromsø, Harstad, Narvik og Longyearbyen. UNN Tromsø er et fullverdig regionsykehus med alle funksjoner og vaktfunksjoner innen alle subspecialiteter, for hele Helse Nord. Harstad sykehus er et akutt sykehus med akuttkirurgi. Narvik sykehus har akuttkirurgi og dagkirurgi, men ikke vaktberedskap i ortopedi.

Longyearbyen sykehus er et særegent sykehus som yter både primær- og spesialisthelsetjenester, samt tannbehandling og bedriftshelsetjeneste. Sykehuset er sentralt for lokal beredskap og har operasjonssal hvor en kan foreta enkle kirurgiske inngrep. Ved større ulykker må personell flys fra UNN Tromsø eller pasientene flys til UNN Tromsø. Sykehuset har ikke fødetilbud og fødende må i god tid før fødsel dra til fastlandet.

På Finnsnes og Storslett har UNN distriktsmedisinske sentre, med en veletablert poliklinisk virksomhet, med stedlige eller ambulerende spesialister innen enkelte somatiske fagområder. DMSene har også dialysetilbud.

UNN Tromsø gjør det meste av avansert utredning og behandling med unntak av de tilstandene som er funksjonsdelt nasjonalt, blant annet transplantasjonskirurgi på OUS og alvorlige brannskader i Helse Bergen. Regionsykehusfunksjonen innebærer ansvar for å utvikle og tilby høyspesialisert pasientbehandling og diagnostikk. Samtidig skal regionsykehuset stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen.

Som regionsykehus, har UNN ansvar for å ha vaktberedskap i alle spesialiteter, inkludert indremedisinske og kirurgiske subspecialiteter. Disse brukes mye av de øvrige foretakene i regionen i faglig

konferering. Andre helseforetak kan enkelte dager ha «rett» subspecialist i generell bakvakt, men kun UNN dekker alle spesialiteter hele døgnet, hele året.

Som de øvrige region- og universitetssykehusene i Norge har UNN fått tildelt enkelte nasjonale funksjoner. UNN har følgende funksjoner:

- nasjonal behandlingstjeneste for avansert trombocytimmunologi,
- nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom,
- nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens (K-res),
- nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde
- nasjonalt kompetansesenter for nevromuskulære lidelser (NKM),
- nasjonalt overvåkningssystem for antibiotikaresistens hos mikrober (NORM), og
- nasjonalt senter for e-helse.

### TJENESTETILBUD PSYKISK HELSEVERN OG RUS

Helseforetakets virksomhet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har hovedsete på Åsgård i Tromsø. Her er det et sykehus for allmennpsykiatri, akutt- og spesialpsykiatri, og rus. Sykehuset har regionale funksjoner for psykisk helsevern for Ofoten, Troms og Finnmark med tre akuttpsykiatriske poster, en psykose- og ruspost, to sikkerhetsposter og en alderspsykiatrisk post, samt tre rusposter. I tillegg er det to regionale poliklinikker for alderspsykiatri og rus. På ruspoliklinikken er det et forebyggende familieteam og legemiddelassistert rusbehandling.

På Åsgård er det også et senter for psykisk helsevern og rusbehandling (SPHR), som tilsvarer et DPS. Det har to døgnenheter, en voksenpsykiatrisk poliklinikk med et regionalt OCD-team (tvangslidelser), et rusteam, og et regionalt medikamentfritt behandlingstilbud, samt et ambulant akutteam og et ambulant rehabiliteringsteam. Her er også fagutvikling, forskning og utdanning lokalisert med en fagutviklingsenhet, og regionale ressursentre for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS-Nord), samt regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri. I tillegg er HelseDirektoratets program for selvmordsforebygging (VIVAT) organisert som del av UNN.

Det finnes SPHR-virksomhet for voksne ved fem DPSer i Troms og Nordland: Harstad, Narvik, Silsand/ Sjøvegan, Storslett og Tromsø. I Tromsø er det SPHR-virksomhet to steder, Åsgård og Storsteinnes. Alle DPSene har en voksenpsykiatrisk poliklinikk med et rusteam, ambulant akutteam og en døgnenhet. I Narvik finnes det et utvidet tilbud innen rus med en regional avrusningspost og et regionalt kompetansesenter for rusforebygging og -behandling (KoRus Nord).

UNN har 221 døgnplasser for psykisk helsevern og rus, hvorav det for psykisk helsevern er 73 på Åsgård og 81 senger i DPSene. I tillegg er det 67 senger for rusbehandling.

På UNN er all behandling av barn og unge organisert i en egen klinikk. Barne- og ungdomspsykiatrien er organisert sammen med barne- og ungdomsmedisin, barnehabilitering og medisinsk genetikk. Det finnes BUP-poliklinikker samlokalisert med alle DPSene utenfor Tromsø. I Tromsø har man i tillegg til en større poliklinikk, to sengeposter for ungdomspsykiatri for akutt og elektiv behandling og spiseforstyrrelser. UNN har behandlingsansvar for Finnmark for barn og unge med behov for akutt og planlagte innleggelses i barne- og ungdomspsykiatrien, mens spiseforstyrrelsesposten er regional.

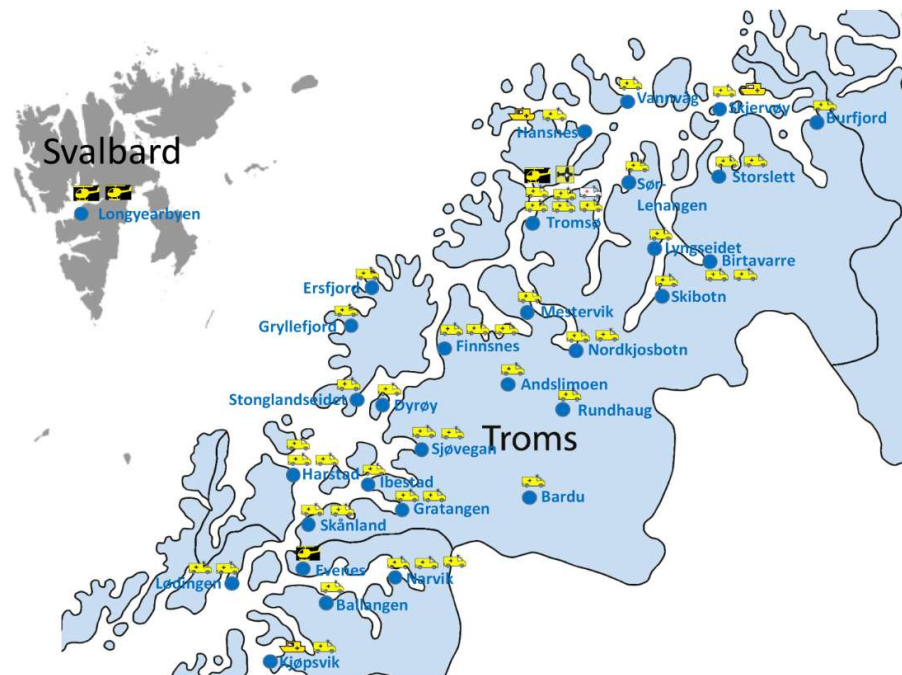
BUP Tromsø har i tillegg spesialpsykiatriske polikliniske tilbud til barn og unge for tvangslidelser, atferdsvansker, nevropsykiatri og psykoselidelser.

### 3.2.2 Prehospitale tjenester

UNN har ansvar for det prehospitale tilbudet for befolkningen i Troms og Ofoten i nordre Nordland, i tillegg til ansvaret for den regionale akuttmedisinske kommunikasjonsentralen (R-AMK). Dette inkluderer regional koordinering av ambulansetjenesten og nasjonal koordinering av flyambulansen. Det vil si koordineringen av 46 bilambulanser, fordelt på 29 ambulansestasjoner, to ambulansebåter, en samfunnsbåt og en helsetransportbil. I tillegg er det ett ambulansefly stasjonert i Tromsø som er bemannet med anestesilege og -sykepleier fra UNN, og fire ambulanshelikoptre, to på Svalbard, ett i Tromsø og ett på Evenes. Alle helikoptrene, bortsett fra det på Evenes, er bemannet med anestesilege fra UNN, mens i Evenes deler UNN og NLSH på å bidra med anestesilege. Til sammen skjer det rundt

31 000 utrykninger i året. Ambulansetjenesten kjører og flyr over 2 millioner kilometer i året, og hvert ambulansetiloppdrag kjører i snitt 66 km.

Illustrasjonen under viser organiseringen av UNNs prehospitaltjenester.



	Avstand	Tid		Avstand	Tid
Burfjord - Tromsø	207 km	4t 25min	Skånland - Harstad	31 km	0t 35min
Nordkjosbotn - Tromsø	71 km	1t 1min	Stonglandseidet - Harstad	68 km	2t 34min
Finnsnes - Tromsø	156 km	2t 12min	Kjøpsvik - Narvik	97 km	1t 29 min
Longyearbyen - Tromsø	959 km	2t (fly)	Bardu - Narvik	73 km	1t 3min

Figur 8: Oversikt over prehospitaltjenester i Troms, nordre Nordland (Ofoten) og Svalbard (Avstand og tid er beregnet kjøretid når fartsgrensen holdes og inkluderer fergetid, men ikke ventetid for ferge)

I tillegg til omfattende drift med 275 personer i turnus, har den prehospitaltjenesten også en opplærings- og utdanningsvirksomhet, med praksisplasser for paramedisinsk utdanning og 30 lærlinger.

### 3.2.3 Samhandling med primær- og kommunehelsetjenesten

UNN har et utstrakt samarbeid med kommunehelsetjenesten i de 30 kommunene i Troms og nordre Nordland. Det er inngått samarbeidsavtaler med alle kommunene. Samarbeidet er både på overordnet strategisk nivå gjennom tjenesteavtaler og samarbeidsorganer som OSO, og pasientnært ved samarbeid med fastleger, legevakt og i noe grad med pleie- og omsorgstjenesten. Målet er at pasientene skal oppleve å bli ivaretatt på en helhetlig måte. Det betyr at tjenestetilbudet skal være sammenhengende og koordinert mellom alle ledd i behandlingsskjeden fra kommune til spesialisthelsetjeneste.

UNN har et OSO for å sikre et godt samarbeid mellom helseforetaket og «lokalsykehuskommunene» i UNNs opptaksområde. Dette er med på å legge til rette for gode og sammenhengende pasientforløp når begge parter involveres i en pasients behandling. OSO har opprettet egne samarbeidsfora for hvert av de tre somatiske sykehusene og for hvert av de fem sentrene for psykisk helsevern og rus.

Klinisk samarbeidsutvalg, KSU, opprettes av OSO når det er behov for å utrede spesifikke problemstillinger i samarbeidet mellom UNN og kommunene. OSO har også opprettet et eget fastlegeråd for å skape en møteplass for helseforetaket og fastlegene. Dette fagrådet behandler ulike saker tilknyttet samarbeidet mellom UNN og fastlegene, herunder de saker hvor UNN ønsker å flytte oppgaver fra sykehusene til fastlegene, eller hvis UNN ønsker å etablere nye rutiner.

Fastleger og kommuneoverleger opplever et tett samarbeid med sykehuslegene ved UNN, både ved at legene på UNN er tilgjengelig for konferering og at det er etablert samarbeidsteam der behandlingspersonell både fra UNN og kommunene jobber sammen. Eksempler på slike tiltak på tvers er Pasientsentrert helsetjenesteteam, og senteret Helse i Arbeid som er et samarbeid mellom UNN og NAV.

Pasientsentrert helsetjenesteteam ble opprettet i 2014. Det er et tverrfaglig team der både UNN Tromsø og Tromsø kommune bidrar med personell. Teamet består av pasientkoordinator, lege, fysio- og ergoterapeut og farmasøyt og en helsesekretær fra UNN og kommunen. Teamet jobber for å styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer. Målet er at et styrket samarbeid mellom behandlingsnivå skal forhindre utvikling og forverring av sykdom ved tidlig diagnose og tett oppfølging etter utskrivelse. I tillegg til teamet i Tromsø er lignende etablert i Harstad, Balsfjord, Karlsøy og Lenvik kommune.

Helse i Arbeid er et nasjonalt konsept som startet i Tromsø for ti år siden i et samarbeid mellom UNN og NAV. Hensikten er å tilrettelegge for mennesker som har falt ut av arbeidslivet på grunn av muskel- og skjelettplager eller på grunn av vanlige psykiske helseplager. Gjennom tverrfaglige utredninger og helsefremmende tjenester skal Helse i Arbeid jobbe med å få flest mulige sykmeldte tilbake i arbeid og samtidig forebygge langvarige sykefravær. I september i år ble et eget senter åpnet i Tromsø. Det har rundt tyve årsverk, som består av lege, psykolog, fysio- og ergoterapeuter og helsesekretær fra UNN og rådgivere fra NAV.

I psykisk helsevern og rus samarbeider den kommunale tjeneste for rus og psykiatri (RoP) nært med UNNs DPSer. I Tromsø er det også et tett samarbeid mellom BUP og helsestasjonstjenesten om henvisninger og behandlingsnivå. Målet med samarbeidet er å tilby et koordinert og sammenhengende tilbud gjennom samhandling og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommunale tjenester.

Helseforetaket tilbyr også opplæring og trening til legene i primærhelsetjenesten, samtidig som nærvær av ambulerende spesialister også bidrar til stedlig kompetanseheving og økt trygghet for legene ute i distriktene.

Sykestuer er et særegent fenomen for Nord-Troms og Finnmark. Sykestuene benyttes av leger i primærhelsetjenesten for å legge inn pasienter de behandler selv, eller pasienter med uavklarte tilstander som venter på å bli lagt inn, eller for pasienter som er skrevet ut fra sykehus, men fortsatt ikke klare til å dra hjem. I Nord Troms ytes det et fast økonomisk tilskudd fra UNN og Helse Nord RHF til drift av sykestue- og områdeggeriatriske senger. Dette bidrar til å avlaste kapasiteten til sykehuset i Tromsø og reduserer behovet for lange reiser til sykehus for enkelte pasientgrupper. Sykestuene har en viktig plass i pasientforløpene til spesielt gamle og skrøpelige pasienter, men også for andre pasientgrupper. I helseforetakets utviklingsplan nevnes det spesifikt at det er viktig å gå foran og bidra til en videreutvikling av sykestuemodellen basert på kompetansebygging og faglige nettverk. I Troms finnes det seks sykestuesenger.

### **3.2.4 Samhandling med pasient og pårørende**

Det står i UNNs vedtekter at helseforetaket skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter fra pårørende og pasienter skal gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen av driften av virksomheten.

Dette ansvaret ivaretar UNN blant annet gjennom et brukerutvalg og et eget ungdomsråd. Disse er rådgivende organer der saker tas opp på et generelt grunnlag. Ungdomsrådet skal ha et særskilt fokus på hvordan UNN kan forbedre sitt tilbud til unge brukere og pårørende. Utvalgene er representert i bygge- og utviklingsprosjekter og bidrar i beslutningsprosesser gjennom deltakelse i ulike styrever, råd, utvalg og prosjekter. Brukerutvalget møtes seks-åtte ganger i året, mens ungdomsrådet møtes fire-seks ganger, og leder for brukerutvalget deltar på helseforetakets styremøter med uttalelse- og forslagsrett.

UNN inkluderer pasientene og brukerne ytterligere ved at deres erfaringer med helsetjenesten benyttes for å bedre kvaliteten på tjenestene og gi pasienten større innflytelse over egen livssituasjon. Brukerne involveres i forbedringsprosjekter, i utvikling av lærings- og mestringstilbud, og gjennom brukerundersøkelser. Det er også representanter for brukerne i klinikkens Kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg (KVAM-utvalg).

UNN har et ønske om at pasient og behandler i større grad samarbeider om å velge riktig behandling, og sammen velge det tilbudet som passer best. UNN har derfor utviklet et nettbasert beslutningsstøtteverktøy kalt *Samvalg*. Det skal videreutvikles og tilbys pasienter med ulike diagnoser. UNN var først ute i landet med å tilby pasientene innsyn i egen journal og det er mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsearbeidere. UNN tilbyr også pasienter og deres pårørende kurs i å lære å leve med sykdom og mestre hverdagen når man er syk. Dette er tilbud som ofte blir benyttet og tilbakemeldingene er gode.

### **3.2.5 Bemanning, rekruttering og stabilisering**

Som nevnt innledningsvis har UNN utfordringer med rekruttering av kompetent personell innen enkelte fagområder. Særlig gjelder dette intensivsykepleiere og legespesialister i blant annet radiologi og psykiatri.

Det er i dag langt flere som fullfører medisinsk grunnutdanning enn det er begynnerstillinger (LIS1) ved norske sykehus. Tilgangen på nyutdannede leger er derfor god, også for UNN. UNN hadde i august 2019 til sammen 38 (2,6%) vakante stillinger for leger i spesialisering og overleger. Selv om UNN totalt sett har mindre rekrutteringsutfordringer nå enn for ti år siden, opplever helseforetaket fortsatt at det er problemer med å rekruttere og beholde erfarne leger i spesialisering og overleger. Mange leger i spesialisering og overleger forlater UNN når de blir erfarne og UNN har store vansker med å rekruttere ferdige spesialister fra andre helseforetak. Slik er det i hele Helse Nord.

Det er spesielt vanskelig å få tak i nok spesialisert kompetanse i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (13% vakant), især ved de desentraliserte enhetene. Det gjelder også i radiologi (49% vakant), som opplever en betydelig vekst i aktivitet. Når det gjelder innleie er det spesielt anestesileger på alle tre sykehusene, indremedisinere i Harstad og Narvik, ortopedier i Narvik og radiologer Tromsø som leies mest inn.

De enkelte fagmiljøene i UNN, inkludert i Tromsø, er små og sårbare. At enkeltpersoner slutter eller går ut i permisjon kan være nok til å skape utfordringer med å opprettholde et tilbud eller ansvaret for døgnkontinuerlig vakt i alle indremedisinske og kirurgiske spesialiteter. Et stabilt fagmiljø er en viktig driver for å klare å skape et godt arbeidsmiljø og kultur, som igjen gjør rekruttering og stabilisering lettere. Et eksempel er indremedisin i Harstad, som ved målrettet arbeid har klart å bygge opp et stabilt fagmiljø.

På tross av egne bemanningsutfordringer dekker legene i UNN også opp for noe av spesialistmangelen i Finnmark. Selv om Finnmarkssykehuset i de senere år i større grad klarer å dekke legebehovet sitt selv, er det fortsatt noe ambulerende fra UNN til FIN. Til Alta ambulerer det spesialister i allergologi, nevrologi, nyremedisin og revmatologi. Spesialister i øye og øre-nese-hals og psykiatri ambulerer til andre steder i Finnmark. UNN opplever også regelmessig at pasienter på venteliste i Finnmark overføres til UNN på grunn av spesialistmangel i Finnmark. Dette gjelder særlig innenfor mindre fag som øre-nese-hals, øye, nevrologi og revmatologi.

Bemanningsutfordringene i UNN kan i stor grad forklares med det samme som i Finnmarkssykehuset. Ferdige spesialister drar sørover. Årsakene kan være utfordringer for ektefelle å finne jobb, mindre vaktbelastning og kortere arbeidstid andre steder og mindre ambulerende, frister mer enn godtgjørelsen fra overtid og reising. Også i UNN benyttes innleie og vikarer, leger i spesialisering konstitueres til overlege (34 stykker per august 2019) og pasienter kan bli flyttet mellom sykehuslokaliseringene for å løse bemanningsutfordringene.

UNN opplever store utfordringer med å rekruttere og opprettholde en stabil sykepleierbemanning, særlig spesialsykepleiere. Denne mangelen er større enn mangelen på legespesialister for foretaket



som helhet. Det er særlig store problemer å rekruttere spesialsykepleiere innen barn, psykiatri og intensiv hvor henholdsvis 30%, 24% og 7% av stillingene er vakante. For enkelte av spesialsykepleierretningene, spesielt innen psykiatri, blir ledige stillinger dekket av annet helsepersonell eller vikarer leies inn. Bruk av deltidsstillinger er ikke et generelt problem for UNN, selv om dette kan være en utfordring ved enkelte enheter.

Helseforetaket jobber med å øke rekrutteringen med målrettede tiltak. I 2017 kom en rapport som så på UNNs fremtidige behov for kompetanse og personell frem mot 2030. Den viser hvilke fagområder og spesialsykepleiekategorier som særlig vil ha rekrutteringsutfordringer. Det jobbes med utdanningsinstitusjoner, stabiliserende tiltak for å beholde ansatte og styrke arbeidsmiljøet, jobbglidning og systematisk satsing på rekruttering med en rekke ulike tiltak, blant annet kursing av ledere.

### **3.2.6 Utdanning og spesialisering**

Utdanning er en av UNNs hovedoppgaver som universitetssykehus. Det spesifiseres i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til helseforetakene. UNN samarbeider tett med utdanningsinstitusjoner, og særlig med UiT, for å utdanne helsepersonell med kompetanse til å møte befolkningens helsetjenestebehov og sikre at UNN har den kompetanse et universitetssykehus skal ha. UNNs samarbeid med UiT er regulert i en samarbeidsavtale og foregår både på strategisk og operativt nivå.

UNN har en egen avdeling for klinisk utdanning i Kvalitet- og utviklingscenteret. Avdelingen skal bidra til å sikre at UNN utdanner tilstrekkelig personell med riktig kompetanse, at UNN er en tydelig samhandlende og samarbeidende aktør for utdanning av helsepersonell, og at UNN er en attraktiv og ledende undervisnings- og læringsarena som foretrekkes som utdanningssted og arbeidsplass.

Det største omfanget av utdanningsvirksomheten foregår ved sykehusene i Harstad, Narvik og Tromsø, men det skjer også ved de fleste av helseforetakets øvrige lokaliseringer. I 2018 var helseforetaket praksisarena for til sammen 2 450 elever og studenter på grunn-, videre- og etterutdanningsnivå. En del UNN-ansatte har bistilling som underviser eller mentor på UiT, eller andre utdanningsinstitusjoner i nord.

UNN har ansvaret for deler av spesialiseringen av leger, tidligere kjent som gruppe 1, for hele regionen, og for hele spesialiseringssløpet for de som er ansatt i UNN. Det inngås avtaler som sikrer at leger i spesialisering, fra de andre helseforetakene i Helse Nord, kommer til UNN for å oppnå læringsmål som bare kan oppnås ved et regionsykehus. UNN har i 2018 vært arbeidsplass for i gjennomsnitt 379 turnusleger/LIS1 og leger i spesialisering. Samtlige klinikker bistår og tilrettelegger for utdanningsaktiviteter i egne avdelinger. De subspecialiserte fagmiljøene er gjerne små og har i dag utfordringer med å ha kapasitet til veiledning og utdanning av nye legespesialister. Det å få nok tid og ressurser til veiledning samtidig som driften ivaretas er krevende.

UNN finansierer utdanningsstillinger for spesialisering innen anestesi-, barn-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) for å sikre helseforetaket nødvendig kompetanse innen spesialsykepleie. UNN var arbeidsplass for 61 masterstudenter innen spesialsykepleie i 2018. Leger i utdanningsstillinger kan spesialisere seg innenfor de fleste medisinske spesialiteter, mens psykologer kan spesialisere seg innenfor alle de psykologiske spesialitetene.

### **3.2.7 Fagutvikling og forskning**

I UNNs strategiske utviklingsplan for 2015-2025 står det at UNN skal jobbe for å styrke og spisse, men samtidig skape bredde, i forskningsaktivitetene i helseforetaket. Det skal vektlegges at det skjer forskning i alle fagmiljøer og forskning skal være integrert i klinikkens arbeid. Forskningen skal knyttes til den kliniske virksomheten, slik at resultatene blir brukt for å forbedre pasienttilbudet

UNN satser sterkt på forskning, og i 2018 ble det gitt nesten 224 millioner kroner i støtte til ulike forskningsprosjekter. Det ble skrevet 312 forskningsartikler og 30 doktorgrader ble delt ut fra UNN på UiT dette året. UNN Tromsø har en egen forskningspost som skal bidra til at de kliniske avdelingene kan realisere flere kliniske studier. I 2018 ble det utført 18 studier på forskningsposten og over 1 000 personer deltok. UNN har hatt en liten økning i forskningsaktiviteten, men sakker likevel akterut sammenlignet med de andre universitetssykehusene i Norge.

### 3.2.8 Organisering og ledelse

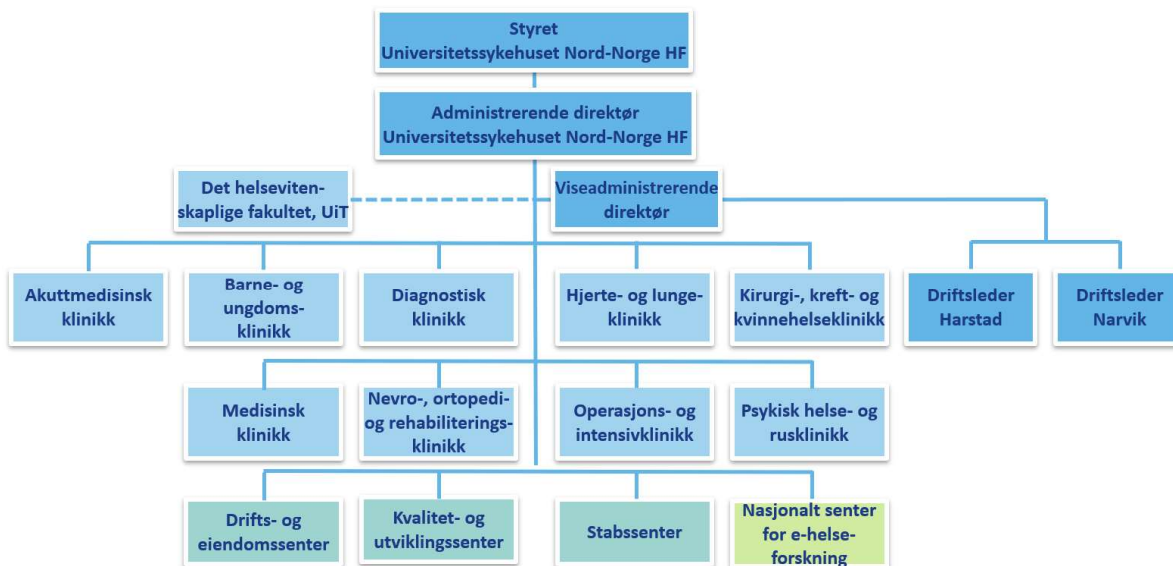
UNN har i dag organisert den kliniske driften i ni faglige klinikker med hver sin klinikksjef. Det er tre sentre for henholdsvis drift og eiendom, kvalitet og utvikling, og stab, i tillegg til nasjonalt senter for e-helseforskning, og administrerende direktørs stab. Foretaksledelsen er i samlet i Tromsø. Sykehusene i Harstad og Narvik har hver sin stedlige driftsleder.

UNN praktiserer gjennomgående faglig ledelse som innebærer linjeansvar for tjenester til flere geografiske lokaliseringer. Mange linjeledere vil dermed ha virksomhet på flere steder og totalansvar for virksomhetsstyringen på flere geografiske lokaliseringer. Alle enheter på laveste nivå skal ha en lokal linjeleder.

Pasienten skal møte likeverdige faglige tilbud uavhengig av geografisk behandlingssted i UNN. Noen lokale linjeledere sitter med ansvar for faglig virksomhet på flere områder. I slike situasjoner plikter linjelederne å ta i bruk de faglige prosedyrer og retningslinjer som gjelder i den enheten som har hovedansvaret for det aktuelle fagområdet i UNN. Gjennomgående faglig ledelse kan dermed også medføre et rådgivningsansvar til enheter utenfor egen linje. For eksempel, ansvaret for hjertemedisin på lokalsykehusene ligger hos linjelederne for avdelingene i Medisinsk klinikk, mens Hjertemedisinsk avdeling i Hjerne- og lungeklinikken har hovedansvaret for fagområdet. Dette betyr at linjelederne i Medisinsk klinikk har ansvar for å implementere de prosedyrer og retningslinjer som gjelder i Hjerne- og lungeklinikken, og at linjelederne i sistnevnte klinikk har ansvar for å bistå i dette arbeidet.

I tillegg til den faglige ledelsen som er gjennomgående, på tvers av geografisk beliggenhet, er det ved sykehusene i Narvik og Harstad lokale driftsledere. Driftsleder har en administrativ overordnet, samlande og koordinerende rolle for den lokale driften ved lokalsykehuset, på tvers av linjestrutturen. De har ansvar for representasjon innad og utad i saker som gjelder hele lokaliseringen. De skal bidra til at UNN realiserer og oppnår fastsatte mål gjennom kontinuerlig fokus på forbedring og utvikling av foretaket som helhet. Driftslederne inngår fra 2018 i direktørens ledergruppe

Illustrasjonen under viser dagens administrative organisering av UNN.



Figur 9: UNNs administrative organisering

### 3.2.9 Økonomi og aktivitet

I den økonomiske langtidsplanen 2018-2021 ble det lagt opp til et årlig overskudd på 40 millioner kroner. UNN endte 2018 med et negativt resultat på 48 millioner kroner, som gir et avvik på 98 millioner kroner. Hovedårsakene til underskuddet er en lavere ISF-inntekt enn budsjettet (-6,2%), samt høyere drifts- og lønnskostnader, da særlig for variabel lønn og innleie.

For 2019 har helseforetaket et budsjett på 7,55 milliarder kroner. UNN står i en krevende økonomisk situasjon med økende ressursutfordringer, og det er per august 2019 et akkumulert budsjettunderskudd på 35,5 millioner kroner. Det er blant annet store utgifter til innleie av personale fra vikarbyråer. Kostnaden er mer enn doblet i perioden 2016-2018, men det er det siste året en positiv trend med noe nedgang i innleiekostnader. Den økonomiske prognosen for 2019 opprettholdes per oktober med 20 millioner kroner i overskudd. Det er 20 millioner kroner lavere enn kravet fra Helse Nord RHF.

Andel pasienter som ble behandlet etter fristen var 0,6% i 2018, en økning på 0,2%-poeng fra 2017. Den høyeste andel fristbrudd i 2018 var innenfor psykisk helsevern og rus. Samlet er ventetidene for 2018, 57 dager, en økning på én dag fra 2017, der ventetid for de ulike områdene var 59, 43, 32 og 51 dager for henholdsvis somatikk, psykisk helsevern voksen, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og psykisk helsevern barn og unge. Foreløpig i 2019 er ventetiden henholdsvis 62, 50, 34 og 51 dager.

### **3.3 Dagens samarbeid mellom de to helseforetakene**

De to helseforetakene har en lang historie med et nært samarbeid som har vært i kontinuerlig utvikling. Sentralsykehuset og senere region- og universitetssykehuset i Tromsø har alltid vært det sykehuset Finnmarks befolkning har reist til for å få behandling som Finnmarkssykehuset ikke tilbyr. De to samarbeider på mange ulike områder, blant annet om ambulering, konferering, utdanning og spesialisering av helsepersonell, fagutvikling og pasientbehandling.

Oppgavedeling mellom FIN og UNN innebærer et samarbeid og tydelige grenseoppganger mellom hvilke pasienter UNN skal utrede og behandle, og hvilke pasienter FIN skal ha ansvaret for. Det samarbeides om pasientbehandling ved at UNN Tromsø som region- og universitetssykehus er tildelt ansvaret for en del behandlinger. Dette gjelder både øyeblikkelig hjelp og elektiv virksomhet. Kapittel 2.3 oppsummerer UNNs regionale ansvar for elektiv virksomhet, mens ved øyeblikkelig hjelp har de to helseforetakene utarbeidet prosedyrer som sier når en pasient skal sendes til UNN Tromsø for behandling, enten direkte eller først til lokalsykehuset for stabilisering og så til UNN Tromsø. Dette gjelder blant annet når pasienter har symptomer på hjerteinfarkt (STEMI og NSTEMI), ved hypotermi og ved alvorlige traumer.

UNNs spesialister, med bakvaktsfunksjon i alle spesialiteter, er tilgjengelig for konferering for FINs egne spesialister og ved at noen ambulerer til Finnmark. Denne ordningen opplever FIN at fungerer godt. I de senere år har FIN gjennom målrettet rekruttering klart å ansette egne spesialister slik at behovet for ambulering fra UNN nå er sterkt redusert. Intern ambulering av FINs egne spesialister står nå for 95% av ambuleringen, mens UNN fremdeles dekker enkelte mindre spesialiteter som nevrologi, øre-nese-hals, øye og alderspsykiatri.

Når det gjelder utdanning og spesialisering, er det igjen UNN Tromsøs særskilte posisjon som region- og universitetssykehus som tilrettelegger for samarbeid. Det er spesielt innen spesialistutdanningen av leger og enkelte spesialsykepleiere der kandidatene må innom UNN Tromsø for å oppfylle enkelte læringsmål. FIN og UNN har inngått fagavtaler som gjør at leger i spesialisering innen sytten fagområder utfører de mest avanserte læringsmålene sine ved UNN Tromsø. Mange av fagmiljøene på UNN lar spesialister fra de andre helseforetakene i Helse Nord delta på deres interne fagdager og andre fagutviklingsaktiviteter. Dette oppleves som et svært samlende tiltak og gir følelse av tilhørighet i et større fagmiljø.

## 3.4 Samarbeid med andre regionale aktører og felleseide foretak

### 3.4.1 Sykehusapotek Nord HF

Sykehusapotek Nord (SANO) er ett av de seks helseforetakene i Helse Nord. På samme måte som de fem andre helseforetakene, sykehusene og Helse Nord IKT, følger SANO virksomhetsstyrings sirkelen i Helse Nord, blant annet med oppdragsdokument fra foretaksmøtet og regionale strategi- og utviklingsplaner. Det som i det vesentlige skiller SANO fra de øvrige helseforetak i Helse Nord er driften. SANOs pasientrettede virksomhet gjelder kun legemiddelbehandling.

SANO skal påse at alle sykehusene i Nord-Norge får legemiddelforsyning av høy kvalitet og til lavest mulig pris. Dette gjøres ved å kvalitetssikre legemiddelbruken med farmasøytisk kompetanse, produksjons- og forsyningsberedskap, og ved å bidra til at pasientens legemiddelterapi ved utskriving opprettholdes uten avbrudd, uansett behandlingsnivå.

Sykehusapotek har fire funksjonsområder; en publikumsavdeling med apotekutsalg, en sykehusekspedisjon med legemiddelleveranser til sykehus, en produksjonsavdeling med egenproduksjon og en rådgivningsavdeling innen klinisk farmasi som blant annet driver med undervisning, veiledning og revisjon. Et sykehusapotek må ha et publikumsutsalg, samlokalisert med et sykehus, for å bli definert som et sykehusapotek. SANO har samarbeidsavtaler med alle helseforetakene i Helse Nord, men omfanget er noe ulikt. I Helse Nord eier SANO sykehusapotek i Bodø, Tromsø og Harstad som hver ledes av en apoteker med driftskonsesjon. Sykehusapoteket i Bodø har i tillegg ansvar for enhetene på HSYK og NLSHs øvrige sykehus i Vesterålen og Lofoten, mens sykehusapoteket i Harstad har ansvar for rådgivning og klinisk farmasi til UNN Narvik. Sykehusapoteket i Tromsø har ansvar for rådgivning og klinisk farmasi til Finnmarkssykehuset.

SANO jobber med å utvide sin tilstedeværelse i Helse Nord, blant annet ved at det skal etableres et nytt fullverdig apotek i det nye sykehuset i Narvik. Ved Finnmarkssykehuset vil SANO starte med legemiddelleveranser fra juli 2020, og det pågår en dialog om etablering av et fullverdig apotek på det nye sykehuset i Hammerfest.

### 3.4.2 Helse Nord IKT HF

Helse Nord IKT (HNIKT) er ett av Helse Nord seks helseforetak. På samme måte som de fem andre helseforetakene, sykehusene og Sykehusapotek Nord, følger HNIKT virksomhetsstyrings sirkelen i Helse Nord, blant annet med oppdragsdokument fra foretaksmøtet og regionale strategi- og utviklingsplaner. Det som i det vesentlige skiller HNIKT fra de øvrige helseforetak i Helse Nord er driften. HNIKT har ansvaret for drift, forvaltning og utvikling av felles IKT-systemer for alle sykehusene i Helse Nord. HNIKT skal tilrettelegge for at helsepersonell skal kunne fokusere på pasientbehandling ved å sørge for at helseforetakene har de beste IKT-verktøyene.

HNIKT har egne driftsavtaler (SLA) og databehandleravtaler med hvert av helseforetakene i Helse Nord. Driftsavtalene er lik for alle helseforetakene, og danner overbygningen for de ulike tjenesteavtalene som regulerer driften av de enkelte systemene. Alle endringer og revisjoner av driftsavtalen foregår i fellesskap med alle helseforetakene. Det samme gjelder endringer i eksisterende eller innføring av nye regionale systemer. Tjenesteavtaler med hvert helseforetak diskuteres med det enkelte helseforetaks IKT-bestiller og/eller direkte med «eier» av tjenesten lokalt, og avtalene er ulike.

### 3.4.3 Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp er et helseforetak som har som formål å forvalte felles innkjøpsavtaler for alle landets helseforetak, med hensyn til betingelser i markedet og skape besparelser for sykehusene ved felles innkjøp. De fire helseregionene eier Sykehusinnkjøp i fellesskap.

Sykehusinnkjøp gjennomfører anskaffelser på vegne av alle helseforetak i Norge. Dette gjøres innenfor nesten alle områder i spesialisthelsetjenesten, som for eksempel IT-utstyr, legemidler, medisinsk-teknisk utstyr, medisinske og administrative forbruksvarer, og tjenester som vikarer og flyreiser. Helseforetaket skal sørge for at anskaffelsene skjer på korrekt og samfunnsansvarlig måte, og være en pådriver for etisk handel og miljøvennlige innkjøp, samt fremme og tilrettelegge for nye innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten.

Sykehusinnkjøps samarbeid med UNN og FIN reguleres av midlertidige samarbeidsavtaler med det enkelte helseforetaket. Partene møtes jevnlig for å sikre god informasjonsflyt, utvikling og et godt samarbeid. Samarbeidet skjer på tre nivåer, strategisk, taktisk og operativt. På det strategiske nivået gjennomføres det møter med ledelsen i alle Helse Nords helseforetak og Helse Nord RHF samlet. I møtene foretas det årlig prioritering av innkjøpsplaner og tjenesteleveranser, samt oppfølging av status i pågående prosesser. I tillegg har Sykehusinnkjøp egne strategiske møter med hvert av helseforetakene. På det taktiske nivået skjer det møter mellom avdelingslederne i Sykehusinnkjøp og innkjøpsleder i det enkelte helseforetaket. Dette er forberedende møter i forkant av de strategiske møtene, og hensikten er å avklare behov for fagressurser i nye anskaffelser, rapportere på status i pågående prosesser, foreslå omprioriteringer osv. På det operative nivået skjer det jevnlig lokale og regionale møter der det gis overordnet informasjon om inngåtte avtaler, regulering av ansvarsforhold for anskaffelses- og forvaltningsprosesser og forventninger om avtalegevinster og avvik.

Siden 2017 har Sykehusinnkjøps divisjon nord et samlet volum på anskaffelsesprosjekter for UNN og FIN for omtrent 1,1 milliarder kroner. Volumet fordeler seg med 1 milliard kroner på UNN og 100 millioner kroner på FIN. Av det totale volumet, er 290 millioner kroner samordning mellom to eller flere foretak, hvor UNN og/eller FIN er delaktig. Samordningen er i hovedsak i tilknytning til rammeavtaler.

#### **3.4.4 Pasientreiser HF**

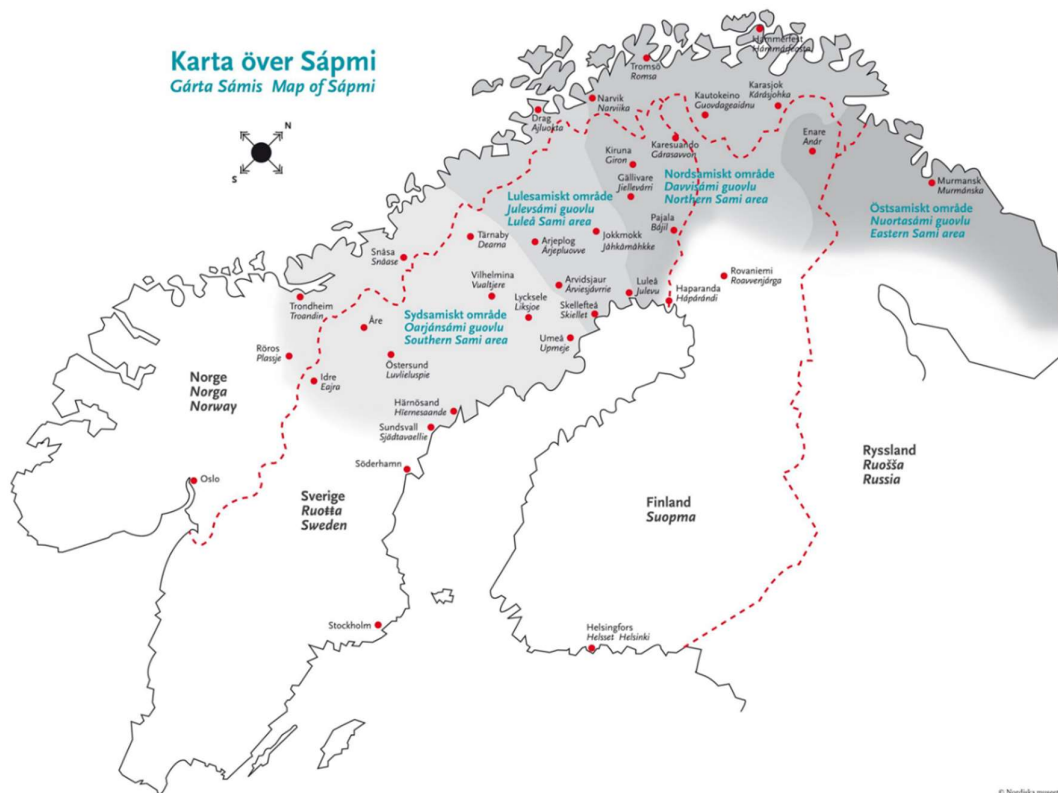
Pasientreiser er et felleseid helseforetak mellom de fire RHFene og formålet er å oppfylle deres «sørge for ansvar» på området pasientreiser. Pasientreiser skal ivareta og forbedre pasientenes rettigheter ved å utvikle og forvalte IKT-systemene innenfor pasientreiseområdet. Det yter juridisk ekspertise og opplæring innenfor regelverket, og skal sørge for at brukerne får oppdatert informasjon om pasientreiseordningen. I tillegg har helseforetaket ansvaret for oppgjør av reiseutgifter.

Pasientreisereisars samarbeid med de regionale helseforetakene reguleres av samarbeidsavtaler med det enkelte regionale helseforetaket.

### **3.5 Helsetilbud til den samiske befolkningen**

Det tradisjonelle samiske bosetningsområdet strekker seg fra Engerdal i sør til Varangerhalvøya i nordøst, samt store områder av Sverige, Finland og Kolahalvøya i Russland. I rapporten *Overordnet organisering av spesialisthelsetjenesten til den samiske befolkningen i Norge*, står det at det finnes rundt 50-60 000 samer i Norge. Av disse anslås halvparten å være samisktalende. I kommunene Karasjok og Kautokeino i indre Finnmark er den samiske og samisktalende befolkningen i majoritet. Man regner i dag med at 25 000 snakker nordsamisk, mens under tusen personer snakker henholdsvis lule- og sørsamisk. Det er svært få i Norge som behersker pite- og østsamisk.

2017-tall fra Samemanntallet indikerer at man finner de største samiske bosetningene i Karasjok, Kautokeino, Alta, Tromsø og Oslo. De største kommunene der det bor flest samer er Kautokeino, Karasjok, Tromsø, Alta, og Oslo. Halvparten har adresse i Finnmark, mens 79% bor i Nord-Norge. Det har i løpet av de siste 40 årene skjedd en relativt sterk flytting fra samiske distrikter til byer. Denne flyttingen har særlig gått til Tromsø, Alta og Oslo.



Figur 10: Kartet viser det som er definert som samiske bosetningsområder.

Det finnes begrenset kunnskap om helsesituasjonen til den samiske befolkningen. Lite tyder på markante helsemessige forskjeller mellom den samiske og den ikke-samiske befolkningen. Imidlertid har selvmord og brå død blant unge samiske menn, i visse perioder og i enkelte områder, vært en særlig utfordring. Sammenhengen mellom etnisk diskriminering og helseplager har også vist seg å være langt hyppigere i den samiske befolkningen. Bortsett fra språk, er det særlig samers tilnærming til sykdom og lidelser, og deres lavere tilfredshet med helsetjenestene, som skiller seg fra ikke-samer. Det snakkes sjeldent direkte om helse og sykdom. Samer har heller en mer taus og indirekte tilnærming. Det er særlig forskjellen i kommunikasjonsmåter som gjør det nødvendig at det finnes et tilrettelagt tilbud for den samiske befolkningen.

Samiske pasienter er, som alle andre, påvirket av den kulturen de lever og har levd sine liv i. Samisk kultur er imidlertid ikke statisk og uforanderlig, og det er heller ikke hensiktsmessig å snakke om én samisk kultur. Det er både likheter og forskjeller innen og mellom samiske geografiske områder. I tillegg er samiske pasienter påvirket av mye annet enn sin kultur. Faktorer som kjønn, økonomi, utdanning, yrke, alder og bosted har betydning, og når det gjelder slike faktorer kan det være større forskjell innad i kulturelle grupper enn mellom ulike grupper.

Den samiske befolkningen har rett til likeverdig helse- og omsorgstjenester på lik linje med den øvrige befolkning. Det forutsetter helsetjenester tilrettelagt for samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. Dette følger av rettigheter den samiske befolkningen har som urfolk og i henhold til nasjonale lover, som blant annet Norges grunnlov §108, Sameloven §3.5 og Pasientrettighetsloven §3-5, samt internasjonale konvensjoner som Norge har gitt sin tilslutning til, blant annet ILO-konvensjonen nr. 169 og FNs erklæring om urfolks rettigheter fra 2007. Som urfolk har samer rett til selvbestemmelse også når det gjelder helsetjenester.

### 3.5.1 Helse Nord's strategi for utvikling av et samisk helsetilbud

Det å møte forståelse i helsevesenet, uavhengig av etnisk og språklig tilhørighet og kulturell bakgrunn, er en grunnleggende menneskerettighet. Det er særlig viktig for folk med urfolksbakgrunn. Den samiske befolkningen er mangfoldig i form av flere språk, næringsutøvelse og øvrige kulturmar-

kører. Likeverdige helsetjenester forutsetter helsetjenester tilrettelagt for samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. Kravet om kulturtilpassning fremkommer av pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelse om at informasjon skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger også når det gjelder kultur- og språkbakgrunn. Samarbeidsavtalen mellom Sametinget og Helse Nord RHF, fra 2018, danner basis for Helse Nord's pågående arbeid med helsetjenesten til den samiske befolkningen.

En hensiktsmessig organisering av spesialisthelsetjenestene skal, på overordnet nivå, sikre at hele befolkningen i Norge får de tjenestene den har krav på. I en samisk kontekst betyr det at ressurser med særlig kompetanse i samisk språk og kultur blir benyttet på en hensiktsmessig måte. I helseforetaksloven §35 fremgår det at de regionale helseforetakene skal sørge for at den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivarettatt. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 ble Helse Nord RHF gitt et særlig ansvar for å sørge for likeverdig spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i hele Norge.

I Helse Nord's regionale utviklingsplan 2035 fra 2018, er det identifisert ti punkter som regionen vil jobbe særskilt med for å fremme et likeverdig helsetilbud til den samiske befolkningen. Dette innebærer blant annet å utvikle og utvide tolketilbudet, inkludere samisk kulturforståelse som en del av grunnutdanningen av helsepersonell i Nord-Norge, rekruttere og beholde helsepersonell med samisk språk og kulturforståelse, og videreutvikle og styrke behandlingstilbud tilrettelagt for den samiske pasienten og deres pårørende.

Arbeidet med å utdanne samisk helsepersonell startet for over 50 år siden. Den første kvoten med to plasser for samisktalende medisinstudenter ble opprettet ved Universitetet i Bergen (UiB) i 1963. 1969 ble den første samisktalende lege uteksaminert derfra. Etter åpningen av UiT i 1972 ble det opprettet ytterligere to plasser for samisktalende studenter. Kvoteplassene ved UiB har senere blitt fjernet, slik at det i dag er totalt to studieplasser forbeholdt samisktalende studenter. Den samiske legeföreningen ble opprettet i 1984 og den første spesialisthelsetjenesten for den samiske befolkningen, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i Karasjok, ble etablert samme år. Det første somatiske spesialisthelsetjenestetilbudet ble etablert i 1987 ved spesialistlegesenteret i Karasjok. Senere er tilbudet i psykisk helsevern og rus betydelig utvidet under SANKS. Fra høsten 2019 er spesialisthelsetilbudet for den samiske befolkningen samorganisert i Sámi Klinihkka i Finnmarkssykehuset.

Videre er det nasjonale prosjektet *Videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen* i ferd med å ferdigstille sitt arbeid. Målet med arbeidet har vært å utarbeide en strategisk og overordnet plan med tiltak som fremmer likeverdige spesialisthelsetjenester tilrettelagt for samiske pasienters språklige og kulturelle bakgrunn. En viktig del er å utrede hvordan spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen skal organiseres nasjonalt. Dette er relevant med tanke på en eventuell sammenslåing av UNN og FIN.

Finnmarkssykehusets geografiske område omfatter de nordsamiske kjerneområdene i Norge. Helseforetaket har fått et særskilt og nasjonalt ansvar for spesialisthelsetilbudet til den samiske befolkningen, ikke bare i Finnmark, men i hele Norge. Helse Nord RHF har inngått et formelt samarbeid med Sverige og Finland, og gjennom Finnmarkssykehuset er det etablert samarbeidsavtaler med enkelte områder i Finland og Sverige.

I 2013 utredet FIN organiseringen av en samlet samisk spesialisthelsetjeneste i en samisk helsepark i Karasjok. Samisk legeförening la i 2016 frem et forslag til fremtidig organisering av spesialisthelsetilbudet for den samiske befolkningen, inkludert en samisk helsepark i Finnmarkssykehuset. Denne utredningen anbefalte på kort sikt at en samisk helsepark løftes opp som en egen klinikk i Finnmarkssykehuset eller UNN, men på lang sikt organiseres det samiske spesialisthelsetilbud i et eget helseforetak. En slik struktur vil gi samiske fagpersoner en nødvendig autonomi i form av et uavhengig styre og en administrativ ledelse som tar spesielt ansvar for en kulturelt og språklige tilpasset spesialisthelsetjeneste for den samiske befolkningen.

### 3.5.2 FIN - dagens organisering av helsetilbudet til den samiske befolkningen

Spesialisthelsetjenesten for den samiske befolkningen ble først etablert i 1984 da et samisk barne- og ungdomspsykiatrisk tilbud ble opprettet i Karasjok. I 1987 kom det et somatisk spesialisthelsetjenestetilbud i Karasjok. I 2001 utarbeidet regjeringen en handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge. Her ble det foreslått et eget kompetansesenter, som senere ble realisert ved at SANKS ble etablert i 2001. Her tilbys ikke bare kompetanseheving, men også utredning og behandling av barn, unge og voksne innenfor psykisk helsevern og rus. Det skal skje på den samiske befolkningens premisser og kultur. Kompetansetjenesten har høstet mange lovord. Særlig pekes det på det sterke fagmiljøet i Finnmark i kombinasjon med kompetanseformidling og ambulende ressurser som velfungerende. SANKS har opprettet et nasjonalt team med kontorer i Narvik, Tysfjord, Snåsa, Røros og Oslo.

Ideen om en egen samisk helsepark i Karasjok som samler virksomheten i SANKS og ved spesialistlegesenteret ble foreslått i 2012. Samme år satte Finnmarkssykehuset av midler til nye lokaler. Den nye Sámi Klinihkka står nå ferdig og driften starter 1. oktober 2019, med samme antall stillinger som tidligere.

Det finnes nå samisk representasjon i FINs styre, og nå som Sámi Klinihkka er en egen klinikk gjelder dette også i foretaksledelsen.

For FIN er det en utfordring å få rekruttert nok samisktalende helsepersonell til sykehusene i Hammerfest og Kirkenes. Helseforetaket prøver aktivt å rekruttere medarbeidere med samisk språk- og kulturforståelse. I alle helseforetakets stillingsannonser står det *Ønskelig med kjennskap til samisk språk og kultur*, og det gis lønnstillegg for slik kunnskap. En av grunnene til at rekruttering er utfordrende for de to sykehusene, kan være at både Hammerfest og Kirkenes ligger i randsonen av det samiske bosetningsområdet i Finnmark. Det finnes få samiske tilbud og infrastruktur i sykehusenes lokalmiljø som er tilrettelagt for den samiske befolkningen, blant annet samiske barnehager og skoletilbud. Karasjok har imidlertid alltid hatt god tilgang på samiske spesialister. I tillegg har utdanningsinstitusjonene i Finnmark fokus på å utdanne samisktalende helsepersonell. Det har aldri vært så mange samisktalende leger og medisinstudenter som nå i 2019.

Tolketjeneste og kurs i samisk språk og kultur er nå etablert. Tolketjenesten har et regionalt ansvar, mens språk- og kulturkurs foreløpig kun er tilgjengelig for ansatte ved FIN. Det jobbes med et e-læringskurs som vil være obligatorisk for alle ansatte i FIN og som skal være tilgjengelig for alle i Helse Nord. Alle innkallingsbrev til pasienter fra FIN sendes på norsk og samisk

### 3.5.3 UNN - dagens organisering av helsetilbudet til den samiske befolkningen

UNN har i dag ikke en egen organisering av et behandlingstilbud for den samiske befolkningen og det har, så langt, skjedd lite systematisk arbeid for å etablere dette. Informasjon om rettigheter er tilgjengelig på samisk, og Finnmarkssykehusets regionale tolketjeneste benyttes. Det gjennomføres opplæring i bruk av tolketjenesten for å øke bevisstheten rundt dette, slik at både UNNs ansatte og pasienter vet å benytte seg av tolk. Det er i noe grad samarbeid med SANKS og UiTs Senter for samisk helseforskning.

I Helse Nord RHF's oppdragsdokument 2019 til helseforetakene står det at samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas. Det forventes at tilrettelegging for den samiske befolkningen vil bli prioritert for UNN fremover, blant annet ved at FINs samiske tolketjeneste i enda større grad benyttes, et tettere samarbeid med SANKS og en målrettet rekruttering av samisktalende helsepersonell. Det jobbes nå med å styrke UNNs tilbud til den samiske befolkningen. Mer pasientinformasjon skal oversettes til nordsamisk og FINs e-læringskurs i forståelse av samisk kultur og språk skal tas i bruk. Det vurderes også om kompetanse i samisk språk og/eller kultur skal vektlegges positivt ved rekruttering. I den regionale strategien for helsetjenester til den samiske befolkningen som vil være ferdig i desember 2019, kan det være andre tiltak det vil være aktuelt for UNN å igangsette.

I UNN er det nå samisk representasjon i helseforetakets styre, men ingen i foretaksledelsen.



## 4. Dagens pasientstrømmer og kvalitetsindikatorer

Helse Nords Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har, på oppdrag for Helse Nord RHF, laget rapporten *Forbruk og pasientstrømmer ved akutte innleggelser*. I rapporten sammenliknes forbruk av helsetjenester, pasientstrømmer og pasientsløyfer til UNN Tromsø for befolkningen i opptaksområdene til Finnmarkssykehuset og UNN. Rapporten analyserer akutte innleggelser og bruk av lokalsykehus, samt bruk av UNN Tromsø i 2017 og 2018 for pasienter i opptaksområdene til UNN og Finnmarkssykehuset. Analysene har benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR) og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. I dette kapitlet gjengis SKDEs hovedfunn.

SKDEs rapport konkluderer med at det er moderate forskjeller i befolkningens forbruk av de aktuelle helsetjenestene mellom de ulike bo- og opptaksområdene. Det er ikke vesentlige forskjeller i andel pasienter som først behandles ved et lokalsykehus og deretter videresendes til UNN Tromsø. Befolkningen i opptaksområdene til Finnmarkssykehuset synes å ha minst like god tilgang på helsetjenester ved UNN Tromsø, for akutte innleggelser, som befolkningen i opptaksområdene UNN Harstad og UNN Narvik.

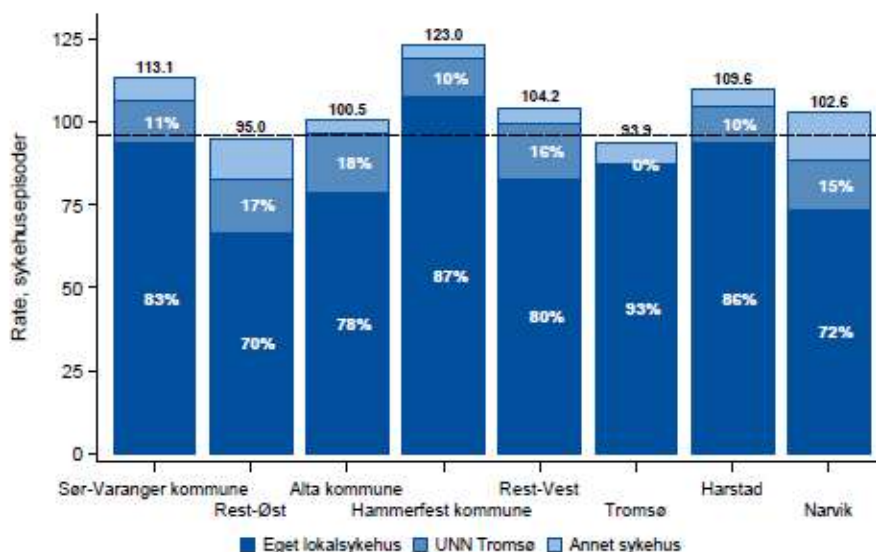
For kvalitetsindikatorer konkluderer SKDE med at det ikke synes å være noen gjennomgående logikk i resultater fra de nasjonale kvalitetsregistrene som kan forklares ved at et sykehus er en del av region- og universitetssykehus eller en del av et lokalsykehusforetak.

Kapitlene under går nærmere inn på de ulike områdene. Det henvises til vedlegg 3 for ytterligere detaljer.

### 4.1 Pasientstrømmer

Befolkningen i Helse Nord skal i hovedsak få dekket sine behov for spesialisthelsetjenester på sine respektive lokalsykehus. Ved behov for mer høyspesialisert behandling skal det skje ved UNN Tromsø, som har regionsykehusfunksjoner.

Figur 11 under viser, samlet sett, at befolkningen i Troms og Finnmark benytter sitt lokalsykehus i noe større grad enn befolkningen i resten av landet. Befolkningen som har UNN Tromsø som lokalsykehus ligger under landsgjennomsnittet. Befolkningen i kommunene Hammerfest og Sør-Varanger (Kirkenes) ligger betydelig over landsgjennomsnittet. Den noe mindre bruk av lokalsykehusene i resten av Finnmark, kan skyldes at innleggelser på sykestuer kan være et alternativ og påvirke antall sykehusinnleggelser. Figuren viser videre at UNN Tromsø, med unntak av kommunene i UNN Narviks opptaksområde, i størst grad benyttes av de kommunene som ikke har eget sykehus. Det vil si i Finnmark og kommunene i Rest-Vest, Rest-Øst og Alta kommune.



Figur 11: Antall sykehusepisoder, kjønns- og aldersjusterte rater per 1000 innbygger. Årlig gjennomsnitt for årene 2017 og 2018. Stiplet linje angir landsgjennomsnittet. (Kilde: SKDEs rapport figur 5, samt NPR og SSB)

SKDEs rapport viser videre at når Finnmark splittes i fem boområder, er det bosatte i vertskommunene Hammerfest og Sør-Varanger som bruker UNN Tromsø minst, mens befolkningen i Alta kommune bruker UNN Tromsø andelsmessig mest.

En kan derfor konkludere med at befolkningen i opptaksområdene til Finnmarkssykehuset synes å ha minst like god tilgang på helsetjenester ved UNN Tromsø ved akutte innleggelser, som befolkningen i opptaksområdene UNN Harstad og UNN Narvik. Videre er det ingen systematiske skjevfordelinger innad i Finnmark.

## 4.2 Pasientstrømmer med sløyfe

Pasientstrømmer med sløyfe, skjer når pasienter først legges inn ved et lokalsykehus for så å sendes videre til et annet sykehus, som hovedregel et regionsykehus, for mer spesialisert behandling. En «først innleggelse» på lokalsykehus kan være korrekt og forsvarlig behandling dersom pasienten for eksempel trenger stabiliserende tiltak, som for eksempel traumepasienter med pågående blødninger. Ved andre tilstander hvor endelig behandling gjøres ved større sentre, som et regionsykehus, forringes ikke prognosen ved innleggelse på lokalsykehus først. Et eksempel er pasienter med hjerteinfarkt (NSTEMI, hjerteinfarkt uten klassiske infarkt tegn på EKG). Ved situasjoner hvor høyspesialisert behandling er tidskritisk, vil en sløyfe kunne påvirke prognosen negativt. Et eksempel er transmural hjerteinfarkt (STEMI, hjerteinfarkt med klassiske infarkt tegn på EKG), hvor endelig behandling (utblokkning av kransårer) bør gjøres så raskt som mulig. Det foreligger, adekvate og detaljerte prosedyrer for hvilke tilstander som skal gå via lokalsykehus og hvilke som skal sluses direkte til regionsykehus.

Tabellen under gir en samlet fremstilling i bruken av UNN Tromsø, og viser både andelen av innleggelser som først skjer på et lokalsykehus og deretter UNN Tromsø (med sløyfe), og andelen som legges direkte inn i UNN Tromsø (uten sløyfe).

Tabellen viser at pasienter bosatt i vertskommuner for sykehus, naturlig nok, i størst grad har sløyfer om eget lokalsykehus før en innleggelse på UNN Tromsø ved akutte tilstander. Det er bosatte i Alta kommune som i størst grad sendes til UNN Tromsø direkte og som i minst grad har sykehusepisoder med sløyfe om lokalsykehus.

Opptaksområder	n <sub>i</sub>	Andel sløyfe	Andel kun UNN Tromsø	Andel UNN Tromsø totalt
SV kom.	1 163	8.2%	3.2%	11.0%
Rest Øst	1 758	7.7%	9.1%	17.2%
Alta kom.	1 974	4.8%	13.6%	18.4%
Ham kom.	1 246	6.5%	3.4%	9.7%
Rest Vest	1 886	6.8%	8.9%	15.8%
Harstad	4 206	6.8%	4.0%	9.4%
Narvik	3 050	7.2%	8.0%	13.9%
Totalt	15 283	6.8%	7.1%	13.3%

Tabell 3: Antall sykehusepisoder/innleggelser med og uten sløyfe om et lokalsykehus før pasienten legges inn ved UNN Tromsø. (Kilde: SKDEs rapport tabell 11, samt NPR)

Det kan konkluderes med at befolkningen i opptaksområdet til Finnmarkssykehuset har minst like god tilgang på helsetjenester ved UNN Tromsø for akutte innleggelser sammenliknet med befolkningen som sogner til UNN Harstad og UNN Narvik.

## 4.3 Pasientstrømmer for bosatte i de samiske kommunene Kautokeino og Karasjok

Et av punktene utredningen er bedt særskilt om å se på, er hva en sammenslåing kan bety for spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen. I den forbindelse har det vært relevant å se på hvordan den samiske befolkningen i dag benytter seg av de to helseforetakene. Det finnes svært lite tallmateriale å støtte seg på da det i Norge ikke er lov å registrere informasjon ut i fra etnisitet. Ved å ta utgangspunkt i det som er definert som forvaltningsområde for det samiske språk, kan man se på pasientstrømmer for enkelte kommuner der det er en overvekt av samisktalende personer. I SKDEs

analyser har man valgt å se særskilt på akutte innleggelser i kommunene Kautokeino og Karasjok. Det tas forbehold om at det i disse kommunene er bosatt få mennesker og at analysene vil inkludere en norskspråklig andel.

SKDE-rapportens vedlegg A3, viser at bosatte i Kautokeino har en høy innleggingsrate som ligger over både opptaksområdet til Harstad og Sør-Varanger, men ikke fullt så høyt som bosatte i Hammerfest. Karasjok har en lav innleggingsrate på nivå med bosatte i opptaksområdet til UNN Tromsø og i Rest-Øst-Finnmark. En mulig forklaring på forskjellen er Finnmarkssykehuset spesialistlegesenter i Karasjok som kan være med på å forebygge akutte sykdomstilfeller og sykehusinnleggelser.

## 4.4 Kvalitetsindikatorer

Et viktig tema er å vurdere om kvaliteten av pasient behandlingen ved UNN og FIN kan heves ved en sammenslåing. For å kunne vurdere dette må man først få et inntrykk av kvaliteten ved behandlingen med dagens struktur. SKDE har analysert relevante kvalitetsindikatorer for behandling av noen viktige akutte pasientløp som hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd. I tillegg har man valgt ut en kvalitetsindikator for kirurgisk behandling av tykktarmkreft, et elektivt (planlagt) pasientløp hvor kvalitetsregister har god dekningsgrad og som inkluderer behandling ved lokalsykehus. På grunn av til dels små tallmaterialer i enkelte fag, ved noen av sykehusene, er det noen data som ikke kan benyttes i analysen.

Foreløpig har man ikke kvalitetsregistre for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 4.4.1 Hjerne- og hjerteinfarkt

#### HJERNEINFARKT

For å måle kvaliteten i behandlingen ved hjerneinfarkt er det tre indikatorer som vurderes som viktige av fagekspertene:

- Andel pasienter behandlet i slagenhet
- Andel pasienter behandlet med trombolyse innen 40 minutter etter innleggelse i sykehus
- Andel pasienter som har fått vurdert svelgtest før utskrivelse

Måloppnåelse for andel pasienter som behandles i slagenhet varierer i regionen fra moderat i UNN Tromsø til høy måloppnåelse i de øvrige sykehusene. Måloppnåelse for andel pasienter som ble behandlet med trombolyse innen 40 minutter, etter innleggelse ved hjerneslag, varierer fra lav måloppnåelse i FIN Kirkenes til høy måloppnåelse i de øvrige sykehusene. Ved vurdering av svelgfunksjon oppnår FIN Kirkenes og UNN Harstad tilfredsstillende måloppnåelse, mens UNN Tromsø skiller seg ut med lav måloppnåelse.

#### HJERTEINFARKT

For å måle kvaliteten på behandlingen av pasienter med hjerteinfarkt, tar Norsk hjerteinfarktregister utgangspunkt i kvalitetsmål i nasjonale retningslinjer for behandling av hjerteinfarkt. Resultatene tilskrives det første sykehus som behandlet pasienten for kvalitetsindikatorerne i den første fasen av sykdomsforløpet. Kun ni av 53 sykehus, som behandler pasienter med hjerteinfarkt i Norge, utfører invasiv behandling (PCI - utblokkning av hjertets kransårer). Dette medfører at nesten halvparten av pasientene flyttes mellom sykehus i behandlingsforløpet.

Fra Hjerteinfarktregisteret er følgende indikatorer valgt:

- Andel av pasienter, under 85 år, som innen anbefalt tid, er behandlet med blodproppopløsende medikament eller med PCI, ved mistanke om tett hjerteblodåre og alvorlig hjerteinfarkt (STEMI).
- Andel av pasienter under 85 år, med NSTEMI (hjerteinfarkt uten sikre EKG-endringer), som er invasivt utredet (røntgenundersøkelse av hjertets kransårer) innen frist på 72 timer.
- Andel av pasienter med hjerteinfarkt vurdert for hjertepumpefunksjon før utskrivelse.

Årsrapporten fra hjerteinfarktregisteret for 2018, viser at det er betydelige utfordringer når det gjelder å iverksette viktig behandling innen anbefalt tid ved alvorlig hjerteinfarkt. På nasjonalt nivå fikk kun 65% av pasientene rask behandling for å åpne den tette blodåren ved alvorlig hjerteinfarkt, det

var betydelig variasjon mellom regionale helseforetak og mellom sykehusene. Helse Nord ligger markert under landsgjennomsnittet, Helse Midt og Helse Vest noe under, mens Helse Sør-Øst ligger over landsgjennomsnittet.

Indikator	målnivå	Nasjonalt		FIN Kirkenes		FIN Hammerfest		UNN Tromsø		UNN Harstad		UNN Narvik		Haukeland		Voss	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
<b>Hjerte-kar</b>																	
<b>Hjerneslag</b>																	
Andel pasienter behandlet i slagenhet	høy > 90% mid > 75% lav < 70%	93,4 %	94,2 %	95,0 %	94,4 %	100,0 %	98,3 %	87,0 %	80,4 %	91,0 %	95,8 %	100,0 %	100,0 %	97,0 %	98,7 %	90,0 %	89,8 %
Trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse	høy > 50% mid > 30% lav < 30%	68,0 %	67,4 %	50,0 %	25,0 %	63,0 %	80,0 %	69,0 %	66,7 %	33,0 %	52,9 %	75,0 %	50,0 %	83,0 %	75,8 %	29,0 %	45,5 %
Vurdert/testet svelgefunksjon	høy > 90% mid > 85% lav < 85%	90,0 %	88,7 %	88,0 %	100,0 %	88,0 %	91,4 %	92,0 %	81,2 %	94,0 %	95,8 %	93,0 %	89,8 %	85,0 %	92,9 %	81,0 %	81,4 %
<b>Hjerteinfarkt</b>																	
Reperfusjonsbehandling innen anbefalt tid ved STEMI	høy > 90% mid > 80% lav < 79%	49,0 %	65,0 %	-	9,0 %	14,0 %	18,0 %	52,0 %	61,0 %	15,0 %	50,0 %	-	31,0 %	59,0 %	86,0 %	-	77,0 %
Invasivt utredet innen 72 timer ved NSTEMI	høy > 80% mid > 50% lav < 50%	66,0 %	63,0 %	77,0 %	73,0 %	58,0 %	61,0 %	87,0 %	90,0 %	73,0 %	79,0 %	67,0 %	42,0 %	75,0 %	64,0 %	70,0 %	49,0 %
Ejeksjonsfraksjonen (EF) målt	høy > 80% mid > 60% lav < 60%	71,0 %	74,0 %	51,0 %	80,0 %	66,0 %	82,0 %	71,0 %	85,0 %	82,0 %	77,0 %	68,0 %	60,0 %	75,0 %	76,0 %	92,0 %	92,0 %

Tabell 4: Figur 12: Andel pasienter med 1) hjerneslag behandlet i slagenhet, med trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse og vurdering av svelgefunksjon. 2) hjerteinfarkt behandlet med STEMI, invasivt utredet innen 72 timer (NSTEMI) og målt ejeksjonsfraksjon (hertepumpefunksjon). (Utarbeidet av SKDE, kilde: Norsk hjerteinfarktregister, 2018-tall)

## KONKLUSJON

Ved hjernteinfarkt kan en konkludere med at det generelt er tilnærmet lik kvalitet og høy måloppnåelse på alle sykehusene, men at noen av sykehusene på enkelte indikatorer avviker noe i den ene eller den andre retningen. FIN Kirkenes bemerker seg negativt ved trombolysebehandling i 2018, med en halvering av behandling innen frist fra 2017, mens UNN Tromsø kun har middels god måloppnåelse i 2018 for test av svelgefunksjon. Både FIN Hammerfest og UNN Harstad har en stor forbedring fra 2017 til 2018.

Måloppnåelse vedrørende andel pasienter hvor man har åpnet tett kransåre i hjerte (reperfundert) innen anbefalt tid ved STEMI (alvorlig hjerteinfarkt) er ikke god nok ved sykehusene i forhold til målet. Måloppnåelse vedrørende andel pasienter med NSTEMI som har fått en røntgenundersøkelse av hjertets kransårer innen 72 timer varierer også, men her oppnår man generelt bedre resultater.

### 4.4.2 Hoftebrudd

For å vurdere kvalitet i behandling av pasienter med hoftebrudd, er det innhentet resultater fra Nasjonalt register for Leddproteser. Det er gode holdepunkter for å anbefale at alle pasienter med hoftebrudd bør tilstrebtes operert innen 24 timer og senest innen 48 timer fra bruddtidspunkt. Det er også gode holdepunkter for at lårhalsbrudd med feilstilling bør opereres med protese hos pasienter over 70 år.

Fra Hoftebruddregisteret er følgende indikatorer valgt:

- Andel pasienter med akutt hoftebrudd operert innen 48 timer etter bruddtidspunkt
- Andel pasienter med disloserte lårhalsbrudd over 70 år operert med protese
- Andel pasienter ikke-reopererte hoftebrudd

Indikator	målnivå	Nasjonalt		FIN Kirkenes		FIN Hammerfest		UNN Tromsø		UNN Harstad		UNN Narvik		Haukeland		Voss	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
<b>Hoftebrudd</b>																	
Andel som opereres innen 48 timer	høy > 90% mid > 80% lav < 80%	84,0 %	83,0 %	89,0 %	N<5?	81,0 %	88,0 %	68,0 %	69,0 %	76,0 %	88,0 %	100,0 %	91,0 %	81,0 %	76,0 %	91,0 %	88,0 %
Andel pasienter > 70 år med dislosert brudd, operert med protese	høy > 90% mid > 80% lav < 80%	96,0 %	97,0 %	92,0 %	N<5?	74,0 %	72,0 %	73,0 %	91,0 %	100,0 %	95,0 %	N<5?	N<5?	99,0 %	98,0 %	96,0 %	98,0 %
Andel ikke-reopererte hoftebrudd (2015-2017)	høy	93,0 %	?	>90%	?	>90%	?	>90%	?	>90%	?	>80%	?	96,0 %	?	91,0 %	?

Tabell 5 Andel pasienter med hoftebrudd som henholdsvis ble operert innen 48 timer fra bruddtidspunkt, fikk protese ved dislosert lårhalsbrudd, og ikke-reopererte (Utarbeidet av SKDE, kilde: Nasjonalt register for hofteproteser, 2018-tall)

## KONKLUSJON

Ved hoftebrudd er det noe variert måloppnåelse ved sykehusene og i forhold til nasjonalt gjennomsnitt. Det er for lavt volum ved noen sykehus til å kunne rapportere for enkelte av dem. For andel

operert innen 48 timer bemerket både FIN Kirkenes og UNN Narvik seg positivt, mens UNN Tromsø der ligger en god del etter. For indikatoren operert inn protese er det FIN Hammerfest som bemerket seg negativt, mens UNN Tromsø viser en stor forbedring fra 2017 til 2018. Antallet er for lavt til at rapportering kan vurderes i FIN Kirkenes og UNN Narvik.

#### 4.4.3 Kirurgi for tykktarmskreft

For å vurdere kvalitet i kirurgisk behandling av pasienter med tykktarmskreft, er det innhentet resultater fra Nasjonalt kvalitetsregister for tykk- og endetarmskreft. Helse Nord har funksjonsdelt kreftkirurgien i regionen. Planlagt kirurgi for tykktarmskreft foregår derfor kun ved UNN Tromsø, UNN Harstad og ved FIN Hammerfest. Akutte situasjoner, som utgjør et lite volum, løses der det er mest hensiktsmessig.

Fra register for tykk- og endetarmskreft er det hentet indikatorer for:

- Andel av pasienter med tykktarmskreft i stadium I-III (ikke fjernspredning) som er operert med kikkhullsteknikk (laparoskopi).
- Femårs relativ overlevelse hos pasienter operert for tykktarmskreft i stadium I-III (ikke fjernspredning) etter primæroperasjon. Indikatoren er et estimat for 2016-18.
- Dødelighet 100-dager etter operasjon hos pasienter operert for tykktarmskreft i stadium I-III (ikke fjernspredning).

I relativ overlevelse sammenlignes dødelighet for pasienter diagnostisert med tykktarmskreft med dødelighet for en sammenlignbar del av befolkningen som ikke har tykktarmskreft. I tabellen ser en at pasienter, i for eksempel Hammerfest med stadium I-III tykktarmskreft har bedre overlevelse enn en sammenlignbar del av befolkningen som ikke har tykktarmskreft (estimatenes er aldersstandardisert). Det er dokumentert at pasienter som opereres laparoskopisk har samme langtidsresultat som de som opereres med åpen teknikk, men pasientene har oftest kortere liggetid, mindre smerter og er raskere i form igjen etter operasjon.

	Indikator målnivå	Nasjonalt		FIN Hammerfest		UNN Tromsø		UNN Harstad		Haukeland		Voss	
		2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018	2017	2018
<b>Kreft - tykktarm</b>													
Andel operert med laparoskopi	> 30%	58,0 %	61,1 %	58,0 %	81,8 %	63,0 %	61,3 %	29,0 %	42,9 %	23,0 %	?	25,0 %	50,0 %
5 års relativ overlevelse fra operasjonsdato (%)	høy > 80%	-	88,7 %	-	104,9 %	-	83,5 %	-	103,0 %	-	89,2 %	-	75,3 %
Dødelighet 100 dager etter operasjon	høy < 5%	-	3,3 %	-	0,0 %	-	1,2 %	-	2,0 %	-	5,4 %	-	2,1 %

Tabell 6: a) andel pasienter operert for tykktarmskreft som ble operert laparoskopisk b) femårs relativ overlevelse hos pasienter operert for tykktarmskreft, og c) dødelighet 100 dager etter operasjon. (Kilde: Nasjonalt register for tykk- og endetarmskreft, 2018)

#### KONKLUSJON

Det er god femårs relativ overlevelse og lav 100-dagers dødelighet etter operasjon ved de tre behandlende sykehusene i UNN og FIN ved tykktarmskreft. Det er også høy måloppnåelse i sykehusene ved bruk av laparoskopi (kikkhullsmetoden) og her skiller FIN Hammerfest seg ut med svært høy måloppnåelse.

#### 4.4.4 Konklusjon kvalitetsmål

Oppsummert synes det ikke å være noen gjennomgående mønster når det gjelder resultater fra de nasjonale kvalitetsregistrene som kan forklares ved at et sykehus er en del av region- og universitets-sykehus eller en del av et lokalsykehusforetak.

I denne rapporten er ikke nasjonale prosessindikatorer som grad av kreftpakkeløp innen standard tid eller ventetid til time og fristbrudd innenfor psykisk helsevern for voksne og barn inkludert. Grad av måloppnåelse i de ulike helseregionene og nasjonalt for disse store pasientløpene finnes i rapportens referanseliste.

## 5. Erfaringer fra andre relevante prosesser

### 5.1 Nasjonale og internasjonale erfaringer

Å vurdere utfallet av en så kompleks prosess som en sammenslåing av helseforetak er ikke en eksakt vitenskap der resultatet på forhånd kan forutsies. Begrunnelsene for slike prosesser kan være faglige, politiske, økonomiske, administrative eller kombinasjoner av slike. Et generelt aspekt, som synes å påvirke viljen til gjennomføring, er i hvilken grad det på forhånd er etablert enighet om formålet med en slik prosess og at dette vurderes nyttig både av medarbeidere og ledelse. Det understrekes i SINTEFs evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst (2015) og Soki Chois studie av fusjonsprosessen ved Karolinska universitetssykehus i Sverige. Det er nyttig å se på studier av sykehusfusjoner for å vurdere sjansen for å oppnå nytte, redusere mulig risiko ved sammenslåinger av helseforetak eller sykehus, for læring.

Med bakgrunn i mandatet innhentet Helse Nord RHF en oppsummering fra Helseøkonomisk analyse AS vedrørende internasjonale studier om sammenslåinger av sykehus som diskuterer følgende problemstillinger:

- Er det stordriftsfordeler i sykehus? Kan eventuelle stordriftsfordeler utløses gjennom sykehussammenslåinger? Hvordan påvirkes kvaliteten i sykehusbehandlingen av sykehussammenslåinger?
- Hvordan samarbeider sammenslåtte sykehus? Finnes det ulike modeller for samarbeid og er disse avhengig av om sykehusene fusjonerer eller danner et mer uformelt nettverk?

Internasjonal litteratur på sykehusfusjoner gir ikke et entydig resultat på alle punkter, men noen hovedkonklusjoner, som er relevant for denne utredningen, kan likevel trekkes. De nyeste analysene viser klare stordriftsfordeler i sykehus. Sykehussammenslåinger kan gi effektivitetsgevinster, men gevinstene forutsetter at det skjer reelle endringer i sykehusenes organisasjon, for eksempel endring i måten tjenestetilbudet organiseres eller hvordan pasientstrømmene går. For å realisere stordriftsfordelene må en restrukturere aktiviteten. Nyttan kan derfor synes særlig relatert til at det er enheter som er fysisk samlokaliserte. Effekten av sykehussammenslåinger på kvalitetsmessige forhold er uklar.

Omfanget av internasjonal litteratur vedrørende sykehus i nettverk, som samarbeider og koordinerer tjenester og behandling til en del av befolkningen, er mye mindre enn litteraturen om størrelse, sammenslåinger, effektivitet og kvalitet. Virkemidlene som benyttes er likevel de samme som er brukt i Norge: strukturering av pasientstrømmer, funksjonsdeling mellom sykehusene og til en viss grad samarbeid om bruk av personellressurser.

Rapporten konkluderer avslutningsvis med at et viktig premiss er at UNN og FIN allerede har et nettverksamarbeid, gjennom sin felles tilhørighet til det regionale helseforetaket. Man kan derfor argumentere for at potensielle gevinster kan hentes ut ved nærmere samarbeid mellom foretakene innen dagens struktur.

Se vedlegg 2 for å lese hele rapporten fra Helseøkonomisk analyse AS.

### 5.2 Hålogalandssykehuset – oppløsning og fusjonen inn i UNN

Opprinnelig bestod UNN kun av sykehuset i Tromsø som var region- og universitetssykehus for hele Helse Nord og lokalsykehus for befolkningen i Tromsø og nærliggende kommuner. Da Hålogalandssykehuset ble oppløst i 2006, ble dagens UNN organisasjon etablert ved at sykehusene i Narvik og Harstad ble fusjonert inn i UNN fra 1. januar 2007. UNN fikk ansvar for ytterligere to lokalsykehus som gjorde det nødvendig å gjennomføre en omstillingsstrategi - Langsiktig utvikling og omstilling prosess (LUO).

Det ble i løpet av 2008 innført en ny organisasjonsmodell der driften ble organisert i ti klinikker, to driftssentre og fire stabsenheter. En ledelsesmodell med gjennomgående faglig ledelse ble innført. Med gjennomgående faglig ledelse menes et linjeansvar for flere geografiske lokaliseringer. Dette be-

tyr totalansvar for virksomhetsstyringen for en klinikk eller avdeling. Parallelt ble det også gjennomført strukturelle endringer i tjenestetilbud og funksjonsdeling både i Helse Nord og mellom sykehusene i UNN.

For UNN Harstad og UNN Narvik betydde gjennomgående faglig ledelse at driften i stor grad ble styrt av ledere lokalisert i UNN Tromsø, og at beslutninger og avklaringer ofte gikk om ledelsen der. Prosedyrer utarbeidet sentralt ved UNN Tromsø, for så å bli implementert lokalt ved UNN Narvik og UNN Harstad, ble til tider opplevd som mer til hinder enn hjelp, nettopp fordi de ikke ble laget der de skulle brukes. Også for tjenestetilbudet ved de to sykehusene fikk sammenslåingen konsekvenser, ved at enkelte mer spesialiserte funksjoner ble flyttet til UNN Tromsø. Antall overleger totalt har økt i UNN av ulike årsaker. Ved UNN Harstad har antall overlegestillinger gått ned etter at sykehuset ble slått sammen med UNN. Det er usikkert om det samme har skjedd ved UNN Narvik.

Det ble i 2012 gjennomført en evaluering av erfaringene fra LUO-prosessen som så på om den nye klinikkstrukturen, og innføringen av gjennomgående faglig ledelse, hadde bidratt til å forbedre lokalsykehusfunksjonen. Nesten halvparten mente at LUO ikke hadde påvirket lokalsykehusfunksjonene, mens en fjerdedel mente det hadde hatt negative konsekvenser for UNN Harstad og UNN Narvik. Det var særlig fagfolk, på det operative nivået, som vurderte konsekvensene som negative. Evalueringsrapporten konkluderte dog med at det ikke var en motsetning mellom den nye klinikkstrukturen og målet om å forbedre lokalsykehusfunksjonene.

Evalueringen konkluderte videre med at UNN fremdeles var i en prosess der ikke alle mål var oppnådd, og at flere tiltak måtte til for å kunne innfri dem. Det ble anbefalt at den eksisterende klinikkstrukturen ikke burde endres, men at tiltak burde iverksettes for UNN Harstad og UNN Narvik for å tilpasse deres struktur til behandlingshverdagen. Som følge av dette ble det i 2014 etablert lokale driftsråd for å redusere avstanden til UNN Tromsø og sykehusledelsen. Driftsrådene var en arena for samarbeid mellom lokale ledere, koordinering av aktiviteter lokalt og mellom lokaliseringer. Et viktig premiss var at en klinikkssjef alltid deltok fysisk i driftsrådene.

I Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 ble det av Stortinget vedtatt at stedlig ledelse skal være hovedregelen ved alle norske sykehus. Helse Nord RHF fulgte dette opp med å bestille rapporter fra sine helseforetak som beskrev helseforetakets organisering og hvordan stedlig ledelse ble ivaretatt. Her ble det konkludert med at driftsrådene hadde tjent sin hensikt og oppfylt sine intensjoner og målsettinger, men at ved noen enkle justeringer kunne rådene bli enda bedre. Blant annet ble det foreslått stedlig leder i både UNN Harstad og UNN Narvik. Driftslederfunksjonen ble innført i januar 2018, som en *administrativ, overordnet, samlende og koordinerende rolle for den totale driften lokalt, samt ansvar for å representere internt og eksternt på saker som gjelder hele lokaliseringen*. Driftslederne deltar fast i direktørens ledermøte, og drifter et lederteam på egen lokalisering.

Driftslederfunksjonen ble evaluert våren 2019, og det ble konkludert med at funksjonen totalt sett har bedret driften av UNN Harstad og UNN Narvik ved at det har styrket lokale ledere og stedlig ledelse. Det pekes på at det er en krevende, sårbar og i noe grad en uklar rolle. Særlig synliggjøres dette når en klinikk linjeledelse ikke fungerer helt ut og på tvers av lokaliseringene. Samtidig trekkes det frem at funksjonen oppleves klinikkavhengig og samlende for hele lokaliseringen. Driftslederne tar tak i saker det er naturlig at funksjonen skal ta tak i, og følger disse opp. Det understøttes av at medlemmer i lokale lederteam nå opplever å behandle flere og mer relevante og riktige saker. Flere av klinikkssjefene og direktørnivået har merket at det kommer flere saker med lokalt utspring inn i klinikklederteamene og direktørens ledermøte. Sakene kommer inn i UNNs beslutningsstruktur på en raskere og riktigere måte. For lokale ledere oppleves driftslederfunksjonen som en konkret og helt nødvendig lederstøtte lokalisert der de jobber i det daglige.

### **5.3 Erfaring med gjennomgående faglig ledelse i UNN**

Som beskrevet i kapittel 3.2.7 er ledelsesstrukturen i UNN bygget opp rundt gjennomgående faglig ledelse som er uavhengig av geografisk beliggenhet. De tverrgående klinikkene ble etablert i juni 2008. Formålet var å redusere avstanden mellom kjernevirksomheten og toppledelsen, tydeliggjøre den ledelsesmessige linjen i organisasjonen, samt å styrke medvirkningen fra ansatte og brukere.

LUO dannet grunnlaget for UNNs omstillingsstrategi, og ble også førende for videre utvikling av tjenestetilbud og kvalitet. Senere har det vært gjennomført ytterligere løpende omorganisering av helseforetaket. Dette har i sum resultert i dagens organisasjonsstruktur med ni klinikker og fire drifts-sentre.

Ved etableringen av klinikker på tvers av de geografiske sykehuslokaliseringene, ble fjernledelse en del av hverdagen i organisasjonen. Fjernledelse er ikke bare som ordet antyder ledelse på avstand, men kan også innebære organisatorisk, kulturell, sosial eller kognitiv avstand. Gjennomgående faglig ledelse har sine utfordringer og en del momenter har vært viktige for å få til god ledelse. Som i all ledelse trenger man ledere med god rolleforståelse, en god plan for utvikling av egen enhet, kultur og fag, og tid til oppfølging. Relasjonsbygging, kommunikasjon, selvstyre og autonomi er viktig for å unngå følelse av fjernledelse.

Evalueringen av LUO-prosjektet, som også er omtalt i kapittel 5.2, der fokuset var konsekvensene for lokalsykehusene, gir et bilde av at UNN har fått en organisasjonsstruktur som oppleves hensiktsmessig. Der den ved sammenfall av formelle og uformelle kommandolinjer danner et godt fundament for én felles, overordnet og forankret organisasjonskultur. Samtidig viser evalueringen at den etablerte ledelsesstrukturen som LUO la til grunn, synes kun å ha «satt seg» på de øverste nivåene, men i mindre grad nedover i organisasjonen. Nærhet til leder ble dratt frem som avgjørende for vurderingen om gjennomgående faglig ledelse var vellykket eller ikke. Det samme blir deres faglige kompetanse og evne til å jobbe med den lokale kulturen og arbeidsmiljøet.

UNNs egne ledere erkjenner at det å ha ansvar for driften ved flere lokaliseringer er krevende. Faglig og relasjonell ledelse, i en så stor og bred struktur, har medført en ofte lite synlig ledelse. Det å være geografisk fraværende gjør at man mister den daglige oversikten og muligheten til å få en uformell «temperaturmåling». Tett oppfølging og med riktig kommunikasjonsmetode, avhengig av situasjon, er derfor viktig, men illustrerer samtidig en av utfordringene ledelse på avstand innebærer. Relasjonsbygging blir derfor en sentral forutsetning for å kunne utøve fjernledelse. Ledere i UNN er oppmerksomme på at geografisk avstand er en faktor i utøvelse av ledelse og gjør, så langt mulig, tiltak for å kompensere for utfordringene dette medfører.

I tillegg krever gjennomgående faglig ledelse tillit til at lederne på nivåene under evner å gjennomføre de ønskede tiltakene. Det er viktig at hvert sted og hver avdeling har en klar forståelse av oppdraget og at hvert sted har en klar profil. Lederne er også enig i at denne organisasjonsstrukturen tilrettelegger for fokus på fagutvikling, fordi man har myndighet til å gjennomføre endringer som skal føre til faglig kvalitetsheving. Ledere som sitter desentralt opplever på sin side at problemstillinger man har i UNN Tromsø medfører at endringer må gjennomføres på områder som ikke er en utfordring hos dem. Det har også påvirket den daglige driften og samarbeidet internt.

Erfaringer fra UNN-fusjonen og gjennomgående faglig ledelse, har også vært tema for flere masteroppgaver. De peker på at ledelsesmodellen gjennomgående faglig ledelse har endret forutsetningene for å lykkes som leder. Det blir større sårbarhet for ledernes individuelle egenskaper. Man må som leder være veldig bevisst på hva ledelse over distanse innebærer og at nye virkemidler må tas i bruk for å redusere opplevelsen av avstand. Videre konkluderes det med at lederatferd, som å vise interesse for hvilke resultater de som ledes oppnår og verdsette disse, hadde større betydning for rolleklarhet og forpliktelse, enn geografisk avstand. Dette viser at lederatferd, og evne til å kommunisere og forstå lokal kultur i stor grad er med på å avgjøre om man lykkes med gjennomgående faglig ledelse lykkes eller ikke.

Som følge av tilbakemeldingene fra LUO-evalueringen igangsatte UNN tiltak for å styrke ledernes ledelseskompetanse og tydeliggjøre ledelseslinjene, særlig på de lavere nivåene. I tillegg ble det, som nevnt i kapittel 5.2, et ekstra fokus på stedlig ledelse for lokalsykehusene ved at driftslederfunksjonen ble etablert.



## 6. Sammenslåing – muligheter, konsekvenser og risikoer

På foretaksmøtet den 7. mars 2019, ble det, som del av grunnlaget for utredningen om sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset, vist til de spesielle utfordringene i spesialisthelsetjenestetilbudet i Norges to nordligste fylker. Store arealer som til dels er tynt befolket, medfører behov for et desentralisert tilbud og en omfattende prehospitaletjeneste. Samtidig er UNN det minste region- og universitetssykehuset i Norge, noe som gir ekstra utfordringer når det gjelder å tilby høyspesialiserte tjenester og fylle rollen som universitetssykehus. For hele Helse Nord er det viktig at UNN er faglig sterkt, og har ressurser som kan drive med utdanning, forskning og utvikling av tjenester for befolkningen i landsdelen.

Målsettingen for en sammenslåing, slik det er formulert i foretaksmøtets oppdrag, er at både det desentraliserte tilbudet i Finnmark og det spesialiserte tilbudet ved UNN, skal videreutvikles og styrkes. De to helseforetakene har allerede i dag et omfattende samarbeid. Befolkningen i Finnmark får deler av sine tjenester dekket ved UNN Tromsø, samtidig som UNNs spesialister i noe grad ambulerer til Finnmarkssykehuset. Leger fra Finnmarkssykehuset får deler av sin spesialistutdanning ved UNN Tromsø. Det samme gjelder andre helsepersonellgrupper.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helse Nord RHF om å gjøre en grundig vurdering av om det samlede tjenestetilbudet kan styrkes ved å slå sammen UNN og Finnmarkssykehuset. Dette kapitlet søker å svare ut dette spørsmålet ved å se på følgende:

- Kan en sammenslåing bidra til å løfte kvaliteten på pasientbehandling i UNN og FIN?
- Hvilke effekter kan en sammenslåing få for faglig utvikling, forskning, rekruttering, utdanning av helsepersonell og opplæring av pasienter og pårørende?
- Kan en sammenslåing bidra til å styrke UNNs posisjon som region- og universitetssykehus?
- Kan det nasjonale ansvaret for spesialisthelsetjenester for den samiske befolkningen bedre ivaretas ved en omorganisering?
- Hvilke organisatoriske- og ledelsesmessige konsekvenser kan en sammenslåing få?
- Hva er konsekvensene for foretaksgruppen i Helse Nord?

Utredningen har også sett på hva en sammenslåing av to helseforetak kan bety for andre helseforetak i Helse Nord som tilbyr sine tjenester til de kliniske helseforetakene.

### 6.1 Muligheter, konsekvenser og risikoer – samlet vurdering

Prosjektgruppen har lagt målene om å videreutvikle og styrke både det desentraliserte tilbudet i Finnmark og det spesialiserte tilbudet ved UNN til grunn for sitt arbeid. I de kommende delkapitler er det, med ulike innfallsvinkler, drøftet i hvilken grad en sammenslåing av helseforetakene Finnmarkssykehuset og Universitetssykehuset Nord-Norge kan bidra til å nå disse målene.

Gruppens samlede vurdering er at målene best oppnås innenfor dagens foretaksstruktur, fordi risikoen for negative konsekvenser på helt sentrale områder vurderes som svært stor. Det bør skje ved å videreutvikle det regionale samarbeidet i Helse Nord, samarbeidet mellom de to helseforetakene, og det pågående organisasjonsutviklingsarbeidet internt i de to helseforetakene. På denne måten unngås de potensielt uheldige sidene ved en sammenslåing, både på kort og lang sikt.

UNN er landets minste region- og universitetssykehus. Etter sammenslåingen med sykehusene i Harstad og Narvik i 2007 har UNN ikke holdt tritt med økningen i forskningsaktiviteten som har vært i de andre universitetssykehusene i Norge. De øvrige region- og universitetssykehusene har i liten grad ansvar for drift av flere lokalsykehus med lokaliseringer spredt over større områder. UNN skiller seg ut ved å ha ansvar for et psykiatrisk sykehus, de to somatiske lokalsykehusene i Harstad og Narvik, sykehuset i Longyearbyen, samt flere desentraliserte psykiatriske og medisinske sentre. Ved en sammenslåing av de to helseforetakene, vil UNN i tillegg få ansvar for de somatiske sykehusene i Hammerfest og Kirkenes, samt ytterligere fire distriktsmedisinske eller -psykiatriske sentre, i tillegg til et omfattende prehospitaletjenestetilbud spredt over et stort område. Dette vil ikke bare i omstillingsfasen, men også på lang sikt, kreve stort lederfokus på lokalsykehusdriften og slik konkurrere

med det behov det er for økt oppmerksomhet om region- og universitetssykehusoppgavene. Prosjektgruppen er samlet i sin vurdering av at dette med stor sannsynlighet vil føre til en svekkelse av UNN som region- og universitetssykehus. En slik svekkelse vil være alvorlig for hele helseregionen, og på sikt bidra til å svekke muligheten for at befolkningen i Nord-Norge får et helsetjenestetilbud som er likeverdig med resten av landet.

Det er store forskjeller mellom Finnmarkssykehuset og UNN når det gjelder eksempelvis organisasjonsstruktur, avtalestruktur og kultur. En ledelsesmessig hovedoppgave ved en sammenslåing vil, både på kort og lang sikt, være å arbeide med disse oppgavene. Gevinsten ved dette arbeidet må vurderes som svært stor om det skal forsvare en slik vridning i bruk av begrenset lederkapasitet bort fra ordinær drift, pasientbehandling, håndtering av store byggeprosjekter og implementering av kritiske IKT-løsninger for pasientbehandlingen. Oppgaven er både omfattende og krevende, og det vil være en mangeårig prosess å utvikle og samordne dette til landets geografisk største helseforetak. Det er stor bekymring for belastningen både ledere og ansatte utsettes for i en slik prosess og hva dette vil stjele av tid og vridning av oppmerksomhet vekk fra det pasientrettede arbeidet. Det vil også svekke fokuset på forskning, innovasjon, og utvikling av pasientbehandlingen.

En sammenslåing kan hypotetisk legge til rette for fagutvikling, undervisning, ambulering og større gjennomføringskraft gjennom mer direkte styringslinjer og virtuelt større fagmiljøer. På lang sikt vil et slikt arbeid kunne gi mulighet for å redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen, sikre mer gjennomgående kvalitet og gi mer likeverdig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester for befolkningen. En sammenslåing vil dog i hovedsak ikke påvirke hvor befolkningen får sitt helsetilbud. Nasjonale og internasjonale erfaringer, og egne erfaringer fra oppløsningen av Hålogalandssykehuset, indikerer at en rekke forutsetninger må være til stede for at slike effekter skal kunne tas ut. Særlig synes det å være komplisert å ta ut teoretiske stordriftsfordeler så lenge det er snakk om en organisasjon med drift på mange forskjellige lokaliseringer i et stort geografisk område. Usikkerheten om muligheten for å ta ut de potensielle fordelene med en sammenslåing, synes derfor ikke risikomessig å stå i et rimelig forhold til de ulempene og det omfattende arbeidet en sammenslåing vil representere. Prosjektgruppen ser at de potensielt positive effektene av en sammenslåing like gjerne vil kunne oppnås gjennom å videreutvikle samarbeidet regionalt og mellom de to helseforetakene, uten at man da får de vesentlige ulempene som arbeidet med en sammenslåing kan innebære.

Prosjektgruppen vil derfor anbefale at det videre arbeid for å nå målsetting om et styrket desentralisert tilbud i Finnmark og et styrket spesialisert tilbud ved UNN, fokuserer på å videreutvikle det regionale samarbeidet i Helse Nord, samarbeidet mellom de to helseforetakene og det pågående organisasjonsutviklingsarbeid internt i de to helseforetakene. Det faglige utviklingsarbeidet kan med fordel ha et regionalt perspektiv.

De kommende delkapitler utdyper og detaljerer ytterligere prosjektgruppens vurderinger.

## **6.2 Pasient og pårørende**

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha direkte på helsetilbudet til pasienter og pårørende.

Målet er at Norges befolkning skal ha god tilgang til likeverdige tjenester og at befolkningen i størst mulig grad skal få sine behov for helsehjelp dekket så nært hjemmet som mulig. Pasientene ønsker å reise minst mulig for å få gode helsetjenester, ikke bare fordi det er kostbart og tidkrevende, men enda viktigere, fordi det å reise langt er en ytterligere belastning når man er syk. I Finnmark og Troms er avstanden til spesialisthelsetjenestehjelp lang for mange. Når en person må til sykehus, er dette en stor påkjenning for pasienten selv, men også i stor grad for pasientens familie og pårørende. Et omfattende desentralisert spesialisthelsetjenestetilbud, med god ambulanse- og spesialistdekning, samt nærhet til det kommunale helse- og omsorgsapparatet, er derfor avgjørende.

### **TILGJENGELIGHET TIL TJENESTER**

Analysen gjort av SKDE i 2019 viser at omtrent 66% av alle kontakter befolkningen i Finnmark har med spesialisthelsetjenesten skjer lokalt i Finnmarkssykehuset (69% av alle døgnopphold og 81% av

alle øyeblikkelig hjelp døgnopphold). Dette er på omtrent samme nivå som for befolkningen på Helgeland som det er naturlig å sammenligne seg med. Befolkningen får en stor del av helsetjenestene sine nært, noe som må oppfattes som et gode. Den resterende tredjedelen av alle kontakter for Finnmarks befolkning skjer primært ved UNN Tromsø.

SKDEs rapport *Forbruk og pasientstrømmer ved akutte innleggelser*, viser at befolkningen i Troms og Finnmark har et forbruk av lokalsykehustjenester som er noe større enn befolkningen i resten av landet. Sykehusenes vertskommuner har en høyere innleggelsesrate for øyeblikkelig hjelp, enn i de kommuner der det ikke er et sykehus. En mulig forklaring kan være at kommuner uten sykehus har opprettet sykestueplasser, og disse kan i noen grad bidra til å unngå innleggelser på sykehus.

I den samme rapporten fra SKDE fremgår det at kommunene i Rest-Øst, Rest-Vest og Alta benytter UNN Tromsø i noe større grad enn UNN Harstad og UNN Narvik. Rapporten konkluderer videre at generell indremedisin er det fagområdet der UNN Tromsø benyttes minst, og at det er befolkningen i Rest-Øst (11,7%) og Alta (14,5%) som i størst grad bruker UNN Tromsø for indremedisinske problemstillinger. UNN Tromsø benyttes mest innenfor fagområdet hjertesykdommer, og en noe større andel av hjertepasienter bosatte i Finnmark (25-28%) ser ut til å være akutt innlagt ved UNN Tromsø enn pasienter bosatt i UNN Harstad eller UNN Narvik (16-20%). Det kan være et resultat av tilgang til lokale spesialister. En kan konkludere ut i fra det overnevnte at befolkningen i Finnmark generelt har like god tilgang på helsetjenester ved UNN Tromsø som befolkningen i Troms.

SKDE-rapporten belyser også grad av sykehusepisoder som består av sløyfer, der pasienten først sendes til lokalsykehuset, for så å sendes videre til UNN Tromsø. Her fremgår det at befolkningen i Alta kommune er de som i lavest grad har sykehusepisoder med sløyfer om lokalsykehuset. Et underforstått premiss i utredningsarbeidet har vært at sammenslåingen i seg selv, i hovedsak, ikke skal påvirke hvor befolkningen får sitt helsetilbud, med mindre det finnes dokumentasjon for dårlig tilgjengelighet eller annet. SKDEs rapport viser i all hovedsak at tilgjengeligheten til tjenester, på makronivå, er likeverdig. I dagens situasjon er UNN Tromsøs kapasitet fullt utnyttet slik at det ikke foreligger noen mulighet til endring av opptaksområde for akutte pasientforløp som skal til lokalsykehus. Det er heller ikke dokumentert noe medisinsk grunnlag for slik endring.

Finnmarkssykehuset har hatt mangel på kompetanse i enkeltspesialiteter. Det kan medføre at befolkningen på enkeltområder har dårligere tilgjengelighet til den mest optimale behandling, jamfør SKDEs eldreatlas for 2013-2015. Jevnt over er det ikke store avvik mellom FIN og nasjonale rater, men for enkelte diagnoser, som for eksempel Parkinsons sykdom, er det sannsynlig at fast tilstedeværelse av en nevrolog ville gitt en tettere oppfølging av slike pasienter. Det må dog presiseres at det nevrologiske fagfeltet er stort, slik at det kan være utfordrende å få dekket behovet for enkelte diagnosegrupper gjennom én enkelt spesialist slik at her vil det alltid være snakk om samarbeid med en spesialisert enhet.

Ut fra en samlet vurdering er det lite som tyder på at en sammenslåing vil gi grunnlag for en endret funksjonsdeling slik at «selvforsyningsgraden» der flere får sitt tilbud i Finnmark øker. Selvforsyningsgraden vil si hvilke tjenester et helseforetak eller sykehus selv skal tilby. Det vil primært kunne skje for noen elektive tilbud ved ambulerende eller en tilflyttende spesialist, men for akutt hjelp og øvrige funksjoner som krever innleggelse, er dagens praksis et resultat av en funksjonsdeling der Helse Nord har avveid forholdet mellom tilgang til kvalitet, kapasitet, behov for nærhet og kostnader. Om det for FIN og UNN i praksis vil være mulig å øke andelen ambulerende er svært uvisst. Ordningene er i dag i henhold til avtaleverket og basert på frivillighet. I overskuelig fremtid vil det fortsatt være løsningen, selv om arbeidsgiveransvaret gir anledning til å legge dette inn i tjenesteplanene. Hovedårsaken til at mer ambulerende synes lite sannsynlig, er at fagfolket ved UNN allerede har nok med å løse oppgavene der, i tillegg til allerede etablerte ambuleringsordninger. Så selv om sammenslåing teoretisk skulle kunne øke muligheten for mer ambulerende har UNN Tromsøs allerede begrensede ressurser til å løse oppgaver utover det å dekke region- og universitetssykehusfunksjonen i tillegg til sine lokalsykehusoppgaver. En økt ambulerende vil være utfordrende for spesialistene som «blir igjen» og skal dekke UNN Tromsøs egen drift. Erfaringene viser også at en økt forventning om ambulerende vil kunne virke rekrutteringshemmende og destabiliserende.

## KVALITET

Generelt er det, ved gjennomgang av enkelte kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre, ingen gjennomgående forskjeller i kvalitet mellom sykehusene i de to helseforetakene. For kirurgiske inngrep ved hoftebrudd er det noe variert måloppnåelse på sykehusene. UNN Tromsø og UNN Harstad oppnår høymåloppnåelse for andel pasienter operert med protese, mens FIN Hammerfest kommer mindre bra ut. For andel operert innen 48 timer oppnår UNN Narvik høy måloppnåelse, mens FIN Hammerfest og UNN Harstad oppnår middels måloppnåelse, men ligger fortsatt over nasjonalt nivå. På kvalitetsindikatoren trombolyse ved hjerneslag, gjør alle sykehusene det godt, bortsett fra FIN Kirkenes. Det er også høy måloppnåelse i sykehusene ved bruk av laparoskopi (kikkhullsmetoden). FIN Hammerfest skiller seg her ut med svært høy måloppnåelse.

Når det gjelder PCI (endelig behandling) ved NSTEMI innen tidsfrist, ligger alle sykehusene over det nasjonale gjennomsnittet, bortsett fra FIN Hammerfest som ligger på snitt og UNN Narvik som ligger noe under. Én medvirkende årsak for FIN Hammerfests noe lavere måloppnåelse, kan være vær- og vindforhold som gir logistikkutfordringer og påvirker regulariteten ved flyplassen i Hammerfest. En bevissthet på dette lokalt, forståelse regionalt (mottagende avdeling) og enda bedre samarbeid kan føre til kvalitetsforbedring.

Sykehusene ligger høyt på noen indikatorer og lavere på andre og det er ingen indikasjoner på at eventuelle forskjeller handler om foretaksorganiseringen eller om sykehuset er en del av et region- og universitetssykehus eller ikke.

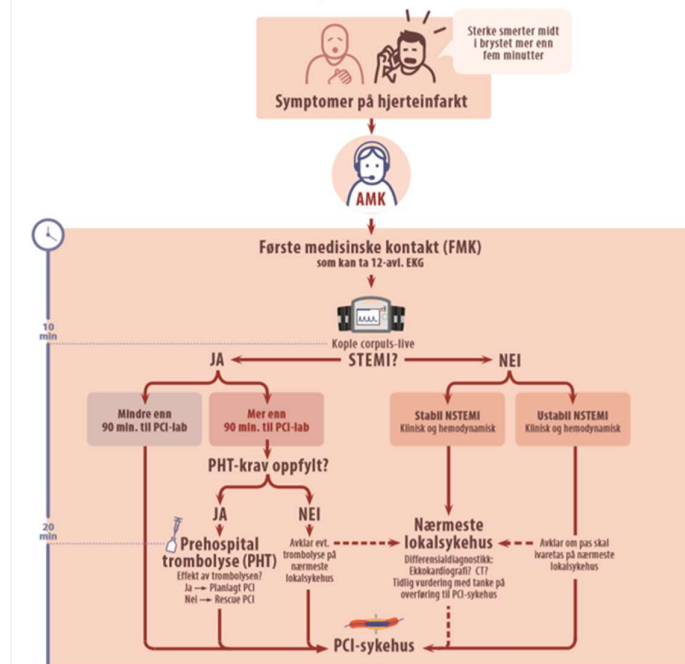
## HELHETLIGE PASIENTFORLØP

Helhetlige pasientforløp er viktig for å sikre et optimalt tilbud for pasientene på alle nivå og i vekslingen mellom nivåer. Tjenesten skal, basert på dokumentert kunnskap, være forutsigbar og godt koordinert, inkludert det prehospitalt, og i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Et eksempel på hvordan et slikt samarbeid kan se ut er «Trygg akuttmedisin».

Det er utviklet et samarbeid mellom UNN og kommunene for å få én felles kommunikasjon og forståelse for pasientforløp inn til sykehus når det haster. Det innføres høsten 2019 i UNN. Det er et mål å videreutvikle det for hele regionen etter utprøving. Illustrasjonen under er hentet fra prosjektet Trygg akuttmedisin, og viser de ulike valg som må tas, og som fører en pasient ulike veier fra der sykdommen oppstår og til et behandlingsforløp inne i spesialisthelsetjenesten.

Her er beskrevet hvordan behandlingen ved akutte brystmerter og et mulig hjerteinfarkt skal forløpe. Dette er en kompleks prosess som krever god kommunikasjon og god kunnskap om fag, geografi, vær, lokale forhold og koordinering med andre samtidige behov og oppdrag.

## Akutte brystmerter (AKS)



Figur 13: Et eksempel som viser kompleksiteten i et pasientforløp og hvilke valg som tas underveis slik at pasienten mottar riktig behandling

### FREMTIDIG HELSETILBUD

Som omtalt i kapittel 5.1 vil økonomiske effekter ved en sammenslåing, være negative dersom det ikke gjøres større endringer i tjenestetilbud og behandlingssteder. Forutsetningen for en positiv økonomisk effekt er blant annet en samling av tjenestetilbud og færre behandlingssteder. Geografi og avstander, så vel som helsepolitiske målsettinger og føringer, gjør slike endringer uaktuelle. Derfor er det også frykt for at krav til innsparinger kan gjøre at tilbud i Finnmark legges ned, og en større pasientgruppe enn i dag får lenger reisevei. Dette er en mulig negativ konsekvens for pasientene i Finnmark, dersom det ikke oppveies av en eventuell kvalitetsgevinst. I utredningens møte med brukerutvalgene og ungdomsrådene ved de to helseforetakene kom dette særlig frem. Det ble også uttrykt frykt for at en sammenslåing kan medføre at veletablerte behandlingstilbud i FIN kan forsvinne til UNN fordi tilbudet enten flyttes eller spesialistene flytter. Det er, slik tilgjengeligheten er, ikke behov for endringer i pasientstrømmene på kort sikt. UNN Tromsø er heller ikke fysisk eller bemanningsmessig dimensjonert for å ta over flere lokalsykehuspasienter enn de som hører til sykehuset i dag.

Da sykehusene i Harstad og Narvik ble del av UNN var det en forventning om, og et mål, at pasienttilbudene ville fortsette slik de var organisert. Det vil si å prioritere at behandling skjedde desentralt i så stor grad som mulig. Erfaringene viser derimot at i samme tidsperiode som sammenslåingen skjedde ble noen tilbud sentralisert til UNN Tromsø. Om dette skyldes sammenfall i tid med funksjonsdeling i Helse Nord, eller sammenslåingen i seg selv, er det ikke sikker dokumentasjon for. Over tid kan imidlertid dette bli en realitet, også ved en sammenslåing mellom UNN og FIN, fordi man begynner å se det nye samlede helseforetakets tjenestetilbud under ett. En omprioritering kan da skje på grunn av andre mer presserende behov.

For FIN utgjør pasienters reisekostnader rundt 10% av helseforetakets totale kostnader. Ved en sammenslåing vil utgiftene til pasientreiser fremdeles være der. Det kan resultere i et sterkere økonomisk incentiv for det sammenslåtte helseforetaket til å redusere reisekostnadene. Det kan for eksempel gjøres ved å tilby enda mer diagnostikk og behandling i Finnmark eller i større grad se etter alternative måter å drive pasientbehandling, når det er faglig mulig, eksempelvis ved bruk av nye teknologiske løsninger.

### Vurdering og anbefaling når det gjelder pasient og pårørende

- En sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset forventes i all hovedsak ikke å ha effekt på hvor pasientene skal behandles eller på Finnmarkssykehusets selvforsyningsgrad. Da sykehusene i Harstad og Narvik ble en del av UNN, var det en forventning, og et mål, om at pasienttilbudene skulle forbli på lokalsykehusene. Erfaringene viser derimot at tilbud til en viss grad er blitt sentralisert og flyttet til UNN Tromsø. Det er ikke sikkert at dette skyldes sammenslåingen.
- Reisekostnader utgjør en stor økonomisk utgiftspost som det kan legges til rette for å redusere, ved å satse enda mer på desentraliserte tjenester. Det kan ikke forventes at dette vil kunne skje ved en større grad av ambulering, men heller ved at man benytter avstandsreducerende teknologi eller andre alternative metoder, der det er faglig mulig.
- Innhentede analyser av pasientstrømmer og tilgjengelighet til behandlingstjenester, viser at befolkningen i Finnmark har like god tilgang til UNN Tromsø som befolkningen i UNNs eget opptaksområde som lokalsykehus. På kort sikt er det lite sannsynlig at det blir store endringer som følge av en sammenslåing i pasientstrømmene ved en eventuell sammenslåing.
- En sammenslåing vil ikke innebære et større pasientgrunnlag og det er allerede etablert en funksjonsdeling i Helse Nord som sikrer at pasienter som trenger høyspesialisert behandling får dette ved UNN Tromsø. Det er ikke funnet noen systematiske forskjeller i kvaliteten i de to helseforetakene, selv om det er variasjon i ulike fagområder og måloppnåelsen totalt sett ikke er tilfredsstillende.

*Med bakgrunn i belyste momenter ser ikke prosjektgruppen samlet sett sikre/sannsynlige gevinster ved sammenslåing for pasient og pårørende.*

## 6.3 Helsetilbud til den samiske befolkning

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil ha direkte på helsetilbudet til den samiske befolkning og hvordan det kan utvikles.

Den samiske befolkningen i Troms og Finnmark, som i resten av landet, får sitt spesialisthelsetjenestetilbud dekket i den ordinære spesialisthelsetjenesten. Om den samiske befolkningen bruker helse-tjenesten mer eller mindre enn resten av Norges befolkning vet man ikke. Årsaken er at det ikke kan registreres etnisitet i NPR eller andre registre i Norge. SKDEs rapport har sett på innleggelsesraten i kommunene Kautokeino og Karasjok der flertallet av innbyggerne er samisktalende. Data tyder ikke på at befolkningen i Kautokeino og Karasjok har et forbruk av sykehustjenester som skiller seg fra resten av befolkningen i Finnmark.

### SAMISK FAGMILJØ

FIN har i dag en unik kompetanse på helsehjelp til den samiske befolkningen, spesielt gjennom SANKS og spesialistlegesenteret i Karasjok. Denne kompetansen vil få et løft nå som Sámi Klinihkka er etablert og i drift. De fleste samisktalende helsepersonell i FIN arbeider i dag i Karasjok. Det er færre samisktalende leger og helsepersonell ved sykehusene i Kirkenes og Hammerfest og ved spesialistpoliklinikken i Alta, sammenlignet med Karasjok.

UNN har få egne tilrettelagte tilbud til den samiske befolkning utover å oppmuntre helsepersonell og pasienter til å benytte seg av tolketjenesten som er etablert i FIN. Det er samiske og samisktalende leger og annet helsepersonell ansatt ved ulike avdelinger i UNN, men de er ikke organisert på noen måte som gjør at de er en ressurs ut over mulig bruk når enkeltsituasjoner oppstår. Som et ledd i bedre å utnytte den samiske språk- og kulturkompetanse for pasientene på UNN, vil en kartlegging være nødvendig for ytterligere å kunne synliggjøre et samiskspråklig tilbud i UNN. Dette er en problemstilling alle helseforetak står overfor, men UNN i særlig grad på grunn av deres rolle i et område med en større samisk befolkning. Som nevnt i kapittel 3.5.3 jobber UNN med å igangsette flere tiltak som skal føre til at UNN bedre ivaretar den samiske befolkningen. Det er en forventning om at den regionale strategien for helsetjenester til den samiske befolkningen som ferdigstilles i desember 2019, vil inneholde tiltak som begge helseforetakene vil måtte tilrettelegge for.

En sammenslåing vil føre til at det utvidete oppdraget FIN i dag har overfor tjenester til den samiske befolkning, vil bli gitt til det nye helseforetaket. Dagens organisering anses ikke å være et hinder for å

kunne utveksle kompetanse, men en sammenslåing vil kunne innebære større fokus på det samiske i det som er dagens UNN-organisasjon i et nytt sammenslått helseforetak. En bør kunne anta at dagens FIN-struktur og fokus på samisk helsetjeneste, og språk- og kulturforståelse også vil bli påkrevd i et sammenslått helseforetak, slik Helse Nord RHF's oppdragsdokument 2019 stiller krav om til alle sine helseforetak.

### ORGANISERING AV TILBUD

En sammenslåing vil i hovedsak ikke påvirke hvor befolkningen i Troms og Finnmark, inkludert den samiske befolkningen, får sitt helsetilbud. Det er først og fremst den interne organiseringen av kapasitet og kompetanse i helseforetakene som vil kunne påvirke om tilbudet vil endres. Etablering av en egen enhet som Sámi Klinihkka ved FIN øker fokuset på et tilbud der blant annet språk og kulturkompetanse vektlegges.

Den foreslåtte nye klinikkstrukturen i FIN gjør at det spesialiserte tilbudet til den samiske befolkningen i Karasjok organiseres som en selvstendig klinikk. Dersom UNNs organisasjonsstruktur, med gjennomgående faglig ledelse, videreføres etter en sammenslåing vil dette kunne føre til en fragmentering av tilbudet i Sámi Klinihkka. Aktiviteten vil da tilhøre flere klinikker, slik som ved lokalsykehuse-ene UNN Harstad og UNN Narvik. Det er en frykt for at dette vil tilsidesette de viktige grepene FIN har gjort for å prioritere og sette fokus på spesialisthelsetjenestetilbudet til den samiske befolkningen. Det vil også kunne medføre at den samiske stemmen i foretaksledelsen forsvinner dersom de samiske interessene ikke ivaretas på en annen måte. På den annen side kan en utvikling av organiseringen i UNN, der en trekker på erfaringen fra FIN, kunne føre til økt oppmerksomhet om tilbudet til den samiske pasienten også i resten av det sammenslåtte helseforetaket.

### SANKS

SANKS er en nasjonal kompetansetjeneste som driver med forskning, utvikler behandlingsmetoder der samisk språk og kulturforståelse står sentralt samtidig som de også behandler pasienter. SANKS' nedslagsfelt er nasjonalt og til dels også internasjonalt ved at samer i Sverige og Finland kan søke seg til tjenesten. En sammenslåing vil ikke påvirke dette.

Som det nevnes i kapittel 6.7, kan det å bli en del av et universitetssykehus medføre at SANKS' forskning og utvikling av nye behandlingsmetoder blir enda mer synlig internt i og utenfor Helse Nord, blant annet fordi UNN har et tett samarbeid med UiT. En tettere kobling til UiTs fagmiljø kan også gi tilgang til mer samarbeid om forskning omkring det samiske, mer forskningsstøtte og tilgang til nye og større arenaer. Samtidig er det en frykt for mindre grad av «selvstyre» og at prioriteringene av dette feltet i større grad blir flyttet ut av det pasient- og befolkningsnære, og inn i en større organisasjon der det først og fremst er kvalitet på søknader og samarbeid på tvers av fagområder, som avgjør hvem som får forskningsmidler. FIN har i dag egne avsatte forskningsmidler til SANKS, mens UNN ikke praktiserer øremerkede midler. Ved en sammenslåing er det derfor en frykt for at FINs forfordelte midler vil forsvinne.

### REKRUTTERING

FIN har en bevisst tilnærming til rekruttering av samisktalende helsepersonell og har særlig ved SANKS, men også på andre områder, lykkes godt. Samtidig er rekrutteringen til mindre fagmiljøer vanskeligere når man vet at mye helsepersonell søker seg til urbaniserte områder med større fagmiljø, særlig i en oppstartsfase. I UNN, som en stor institusjon, er det også helsepersonell som har samisk språk- og kulturbakgrunn. Rekrutteringen vil både i FIN og UNN også kunne styrkes ved å gi tilbud som samiske barnehageplasser, skole etc. Organisering i ett eller to helseforetak ansees i liten grad å påvirke rekrutteringen av samiske helsepersonell. Fagfolk kan ønske å søke seg til et organisatorisk og faglig sterkere miljø, selv om ressursene fortsatt er like geografisk spredt som i dag.

### SPRÅK OG KULTURELL FORSTÅELSE

Begge helseforetakene erkjenner at det er behov for ytterligere kompetanseheving i forståelsen av samisk språk, kultur og helse. FIN har arbeidet med dette over tid. SANKS har derfor utarbeidet kurs i samisk språk og kulturforståelse som startet i FIN høsten 2019. I tillegg jobbes det med et e-læringskurs som vil bli påkrevd for alle ansatte ved FIN, og som UNN tar sikte på å kunne tilby sine ansatte også.

### Vurdering og anbefaling når det gjelder helsetilbudet til den samiske befolkningen

- Finnmarkssykehuset har de siste årene hatt stort fokus på det samiske helsetilbudet og å tilrettelegge for at samisk språk og kultur får plass i helseforetakets møte med samiske pasienter. Ved en sammenslåing er det bekymring for at man ikke vil se effekten av de tiltak helseforetaket har satt i verk når det gjelder organiseringen av behandlingstilbudet til den samiske befolkningen. Det er fortsatt et behov for en satsning på et samisk helsetilbud både ved Finnmarkssykehusets og UNNs sykehus og distriktsmedisinske og -psykiatriske sentre.
- Det forventes ikke at det desentraliserte behandlingstilbudet til den samiske befolkningen i særlig grad vil bli påvirket av en sammenslåing. Det er større usikkerhet om hvor synlig Sámi Klinihkka vil bli i en sammenslått og mer kompleks organisasjon. Samtidig kan en sammenslåing gi økt fokus og større bevissthet om den samiske befolkningens behov i møte med UNNs behandlingstjeneste.
- Et bedre samarbeid mellom UNN og FIN om kompetanseutvikling og -heving av bevissthet og forståelse for den samiske pasientens daglige behov, er under utvikling, men vil kunne skje innenfor dagens organisasjonsstruktur.
- En sammenslåing vil tilføre UNN en ny nasjonal kompetansetjeneste til sin portefølje som region- og universitetssykehus. Fra SANKS' side er det ikke en forventning om at det å bli en del av et universitetssykehus vil føre til ytterligere legitimitet for deres behandlingstjenester eller forskning, da SANKS er allerede velkjent utover Helse Nords og Norges grenser for sitt arbeid med et tilrettelagt helsetilbud for urfolk.

*Med bakgrunn i belyste momenter mener prosjektgruppen at en sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset, vil kunne gi det nye sammenslåtte helseforetaket ansvaret for å utvikle tilbudet til den samiske befolkningen, slik Finnmarkssykehuset har i dag. Dette kan gi en gevinst for helsetilbudet til den samiske befolkningen. Det må samtidig sies at et slikt løft av UNNs behandlingstilbud overfor samiske pasienter ikke forutsetter en sammenslåing. Det kan også gjøres ved at det ivaretas ved at Helse Nord RHF, innenfor dagens foretaksstruktur, justerer sitt oppdragsdokument til UNN.*

## 6.4 Utdanning og spesialisering

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha for arbeidet med utdanning og spesialisering og hvordan det indirekte vil påvirke helsetilbudet og region- og universitetssykehusfunksjonen.

Utdanning av helsepersonell er en lovpålagt oppgave for helseforetakene, og universitetssykehusene har et særlig ansvar. Det er utstrakt utdanningsaktivitet av både leger, sykepleiere og annet helsepersonell ved alle helseforetak i Helse Nord. UNN Tromsø har en særskilt posisjon i medisindanningen og i spesialisering for ulike helsepersonellgrupper.

### SPESIALISERINGSØP

For leger i spesialisering er det helseforetaket hvor kandidaten er ansatt i, som er ansvarlig for at det er laget et forpliktende og gjennomgående utdanningsløp for den enkelte. Det er definerte læringsmål for hver enkelt fagspesialisering, og disse skal oppnås gjennom en rekke læringsaktiviteter. For de aller fleste spesialiteter vil det være nødvendig for legene å utføre læringsaktiviteter både på sykehus med lokalsykehusfunksjoner og på et regionsykehus siden høyspesialisert behandling er funksjonsdelt dit.

Det er opprettet avtaler mellom helseforetakene i Helse Nord som skal sikre alle et helhetlig utdanningsløp. FIN har 17 fagavtaler på plass, hovedsakelig med UNN, for alle spesialitetene der FIN har egne utdanningsstillinger. Et sammenslått helseforetak ville gjøre slike formelle fagavtaler unødvendige, fordi det ikke lenger er to juridiske enheter. Det vil like fullt være nødvendig med avtaler mellom enheter for å avklare når og hvor lenge en lege skal være på hvilket sted og hvilke læringsmål som kan innfris på de ulike enhetene. Det er derfor lite sannsynlig at en sammenslåing vil ha stor betydning for gjennomføringen av spesialistutdanningen.

Logistikken over hvem kan få hva og hvor i spesialistutdanningen avgjøres av hvilke læringsmål som kan oppnås på den enkelte læringsarena. Dette påvirkes blant annet av funksjonsdeling, tilgang på



spesialister og pasientgrunnlag. En kunne tenke seg at etter en sammenslåing, ville UNN kunne utnytte kapasitet og aktivitet ved flere av sykehusene mer fleksibelt når det gjelder utdanning. Det være seg desentral undervisning, praksisplasser eller lignende. Så lenge hvilke prosedyrer som utføres hvor eller hvilke tilstander som behandles hvor ikke endres, vil en sammenslåing til ett helseforetak i svært liten grad påvirke gjennomføringen av spesialistutdanningen.

### MEDISINSTUDENTER

For medisinstudenter samarbeider UiT i størst grad med UNN. Det er 116 plasser hvert år på medisinstudiet ved UiT. Alle studentene tilbringer de fire første årene av medisinstudiet i Tromsø. I det 5. studieåret benyttes alle Helse Nord's sykehus som praksisarena. NLSH Bodø har 25 studenter og FIN 12 studenter i 5 og 6. studieår. I Finnmarksmodellen roterer disse studentene mellom læringsstedene FIN Hammerfest, FIN Alta og FIN Karasjok. De øvrige studentene avtjener de to siste årene av utdanningen ved UNN Tromsø. Foreløpige tilbakemeldinger på Finnmarksmodellen er at denne ordningen fungerer godt.

At utdanningen foregår i to helseforetak medfører ingen hindringer for utdanningen. En sammenslåing vil neppe ha stor betydning for organiseringen og gjennomføringen av medisinstudiet. Medisinstudiet står imidlertid overfor en utdanningsreform og det er nå ikke mulig å si hvordan dette vil kunne påvirke organiseringen av utdanningsløpet i fremtiden.

### ANNET HELSEPERSONELL

For andre helsepersonellgrupper vurderes det heller ikke som sannsynlig at spørsmålet om organisering, i ett eller to helseforetak, i seg selv vil påvirke utdanningen. Helseforetakene har ikke ansvar for utdanningen, men inngår avtaler med utdanningsinstitusjonene om praksisplasser. De finnes lokalt. Her må alle plasser brukes, så langt det er mulig, uavhengig av helseforetaksorganisering. Så lenge det ikke skjer endringer i funksjonsdelingen i spesialisthelsetjenesten med tilhørende konsekvenser for kapasitet eller kompetanse, vil heller ikke mulighetene for å gjennomføre utdanningene påvirkes.

#### Vurdering og anbefaling når det gjelder utdanning og spesialisering av helsepersonell

- UNN som region- og universitetssykehus har en sentral rolle i utdanningen og spesialiseringen av helsepersonell. Det er etablert fagavtaler mellom sykehusforetakene i Helse Nord for å oppfylle spesialistutdanningsbehov. Organisering og koordinering av spesialistløpene skjer gjennom det regionale organet RegUt. En sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset vil ikke endre organiseringen og gjennomføringen av spesialiseringene. Utdanning og spesialisering av annet helsepersonell forblir sannsynligvis også uendret ved en sammenslåing.

*Prosjektgruppen finner at utdanning og spesialisering av leger og annet helsepersonell i svært liten grad vil påvirkes av en sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset.*

## 6.5 Rekruttering, stabilisering og fagutvikling

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha for arbeidet med rekruttering, stabilisering og fagutvikling, og hvordan det indirekte vil påvirke helsetilbudet og region- og universitetssykehusfunksjonen.

Sykehus er kompetansevirksomheter med behov for spesialisert personell innenfor mange fagfelt. Ofte er tilgang på kvalifisert personell den begrensende faktoren for å oppnå en stabil drift. For hele Norge er det en generell mangel på spesialister innen flere fagfelt. En rekrutteringsutfordring på nasjonalt nivå, forsterker seg ytterligere i distriktene og jo lenger nord man kommer. Innenfor Helse Nord, er det gjerne lokalsykehusene som i størst grad mangler spesialister. Både UNN og FIN har utfordringer med rekruttering. I begge organisasjonene varierer rekrutteringssituasjonen fra sted til sted, og fra fagområde til fagområde.

### UNIVERSITETSSYKEHUSMILJØET

Et spørsmål er om det å være del av et region- og universitetssykehus, kan gjøre rekrutteringen enklere? Det finnes ingen forskningsmessig dokumentasjon på dette, men det er erfaringer fra hvordan

rekrutteringen har vært i Harstad og Narvik siden sammenslåingen med UNN i 2007. Oppsummert derfra er det svært lite som tyder på at overbygningen region- og universitetssykehus er av betydning for rekruttering til lokale sykehus som er lokalisert andre steder.

Den entydige erfaringen er at for å lykkes med rekruttering, er det avgjørende at det finnes gode lokale fagmiljø, der fagfolk med stort engasjement tar ansvar i rekrutteringsprosessene. Dette innebærer ikke minst å følge opp aktuelle kandidater fra de er studenter eller nyutdannede, gjennom spesialiseringssløpet og i etterkant. I tillegg er det gjerne stedet i seg selv man søker seg til, ofte på grunn av stedets betydning som hjemsted eller de tilbudene som finnes utenfor sykehuset. En slik lokal rekruttering har også FIN erfart.

Lojalitet til stedet eller sykehuset, er uavhengig av helseforetaksparaplyen eller universitetssykehusnivået. Effekten av region- og universitetssykehusfunksjonen synes bare å oppstå når folk søker seg til UNN Tromsø på grunn av det faglige eller forskningsmulighetene der.

### FAGMILJØ

Videre kan man se for seg at det å bli en del av et større fagmiljø, selv om det vil være spredt over ulike geografiske lokaliseringer, kan ha en rekrutterende og stabiliserende effekt for lokalsykehusene. Dette fordi man vil kunne få ta del i den fagutviklingen, kompetansehevingen og hospiteringen UNN tilbyr sine egne, også de som jobber utenfor UNN Tromsø. Det tette samarbeidet som eksisterer mellom FIN og UNN, gjør at FINs spesialister i en rekke fagområder allerede deltar på UNNs egne fagmøter og internundervisning. Ett helseforetak kan ytterligere formalisere dette samarbeidet og tilrettelegge for at fagmiljøet ved UNN Tromsø i enda større grad føler ansvar for oppfølging og kompetansedeling med desentraliserte kollegaer. Det er imidlertid ikke en forutsetning.

Sammenslåing til ett helseforetak vil først og fremst organisatorisk kunne gi samlede, større og mer robuste fagmiljø ved at det er flere spesialister innen samme felt fordelt på flere geografisk spredte enheter. Samtidig vil den lokale sårbarheten fortsatt være tilstede fordi tjenesten fysisk ytes lokalt, og er avhengig av de som er der. Om det å være del av et større fagmiljø organisatorisk påvirker den lokale virksomheten er usikkert, men det kan tenkes at midlertidig bruk av personell på tvers av lokaliseringer i noe grad blir enklere, enten ved ambulering eller elektronisk via tilgang til oppgaver i pasientjournalssystemet på tvers av lokaliseringene. Tall vedrørende spesialistdekningen ved FIN og UNN per august 2019, viser at dekningsgraden i noen grad er komplementær. Det vil si at fagmiljøer som har en rekrutteringsutfordring i et av helseforetakene kan være stabil i det andre. Noen av fagmiljøene, selv i Tromsø og i fagmiljøer som ikke opplever rekrutteringsproblemer, er å regne som små og dermed sårbare. Det skal lite til for at et fagmiljø går fra å være stabilt til å være i en krevende situasjon med akutte rekrutteringsbehov. Heller ikke UNN Tromsø klarer i nevneverdig grad å rekruttere spesialister utenfra. All erfaring tilsier at helseforetakene selv må utdanne alle spesialister det er behov for.

Et større samlet fagmiljø kan legge til rette for ytterligere samarbeid på tvers av geografi. Det kan være med å bygge opp desentralisert kompetanse som igjen kan redusere behovet for involvering av UNN Tromsø. Et eksempel er gastrokirurgisk fagmiljø i Hammerfest som jobber tett med UNN Tromsø, og har redusert noe av FINs behov for å sende enkelte pasientgrupper videre til UNN Tromsø. Dette eksempelet illustrerer at godt samarbeid gjennomføres på tvers av foretaksgrensen. En felles organisasjon kan føre til mer systematikk i slikt arbeid.

### AMBULERING

Ambulering skjer både for å sikre helsehjelp der folk bor og som et tiltak for å hjelpe et annet fagmiljø med rekrutteringsutfordringer. Det er i dag utstrakt ambulering i både UNNs og FINs opptaksområder. Det meste av ambuleringen skjer av helseforetakenes egne spesialister. UNNs spesialister ambulerer fortsatt til Finnmark, men i mindre grad enn før. Ved en sammenslåing kunne det teoretisk tenkes at ambuleringsbelastningen kan fordeles på et større antall klinikere. FINs leger anser i dag frivillig ambulering til helseforetakets desentraliserte tilbudet som en del av sine arbeidsoppgaver. Det er en frykt for at denne villigheten vil kunne avta ved en sammenslåing, fordi det da blir en forventning om at ambuleringsbyrden skal deles på flere. Ambulering er en frivillig ordning, og en sammenslåing er ikke en forutsetning for økt ambulering og tilgjengelighet til spesialistene i UNN

Tromsø, dersom kapasiteten fins. Det kan virke svært negativt på interessen for å jobbe i både FIN og UNN om ambulering blir en forventning, eller blir forsøkt gjort til en obligatorisk del av tjenesteplanen.

En utvidet ambuleringsvirksomhet fra UNN Tromsø vil være vanskelig å få til. Det forutsetter tilgang på kapasitet som i dag ikke finnes. Samtidig påvirker ambuleringen fagmiljøet som «blir igjen» i UNN Tromsø både kapasitets- og kvalitetsmessig. Det blir færre leger som kan håndtere UNN Tromsøs egne pasienter og vaktordninger, og dette vil bli en belastning på arbeidsmiljøet og kulturen. I tillegg blir det mindre tid til kompetanseheving og forskningsaktiviteter som hele Helse Nord er avhengig av, og som er en viktig del av fundamentet for region- og universitetssykehusfunksjonen. Det kan også bli mindre attraktivt å jobbe ved et region- og universitetssykehus om man ikke får «dyrke» de høyspesialiserte delene av jobben. Det er en risiko for at dette vil kunne svekke UNN som region- og universitetssykehus.

### **KOMPETANSEBEHOV**

Kompetanseprofilene ved et universitetssykehus og lokalsykehus er ulike. UNN Tromsø skal, i tillegg til lokalsykehusfunksjonen, ivareta de pasientene som trenger mest høyspesialisert behandling eller utstyr i hele Nord-Norge. Lokalsykehusene skal yte hjelp til de pasientene som trenger diagnostikk og behandling for vanlige tilstander og/eller når det haster. Mange av spesialistene ved UNN Tromsø er høyspesialiserte innenfor en del av et fagområde, mens ved de resterende sykehusene må legene i større grad være generalister med bredere kompetanse innenfor et fagfelt. Selv om en sammenslåing vil gi større fagmiljøer, betyr ikke det nødvendigvis at økt bruk på tvers av lokaliseringer og vaktlag enkelt lar seg gjøre ettersom høyspesialisert personell noen ganger ikke vil kunne dekke generelle vaktordninger.

### **ARBEIDSMILJØETS BETYDNING**

Et godt arbeidsmiljø er med på å stabilisere fagmiljøene over tid. Det reduserer sjansen for misforståelser og konflikter, og bidrar til å skape attraktive arbeidsplasser som igjen gir bedre rekruttering og kvalitet på pasientbehandling. Et godt og forsvarlig arbeidsmiljø karakteriseres av god kommunikasjon, en åpenhetskultur og en høy grad av kunnskapsdeling. Kommunikasjon og kommunikasjonstfordringer er høyst relevant ved en sammenslåing av UNN og FIN. Det sammenslåtte helseforetaket, vil med sin høyere grad av kompleksitet medføre at det vil stille enda større krav til god intern og eksternt kommunikasjon, godt samarbeid og ikke minst ledelse og oppfølging av arbeidsmiljøet. Omorganiseringer innebærer alltid, i det korte tidsperspektiv, en vesentlig belastning for arbeidsmiljøet, for både ansatte og ledelse. Det kan også påvirke tilbudet til befolkningen både kapasitets- og kvalitetsmessig. Arbeidsmiljø som fungerer dårlig, kan føre til redusert tilhørighet til egen virksomhet og arbeidsplass. Det vil kunne svekke rekruttering og pasientbehandling.

En leders tilstedeværelse, ikke bare fysisk, men også faglig og tidsmessig, har en stabiliserende effekt. I en sammenslåingsprosess, vil leders tid til oppfølging av egne ansatte, måtte konkurrere med oppgaver med omorganiseringsprosessen.

### **FAGRÅD**

Helse Nord har etablert en rekke fagråd med representanter fra de fire helseforetakene som sammen jobber med ulike faglige problemstillinger, som å utvikle regionale prosedyrer, høringsuttalelser, pasientforløp og regionale fagplaner. Engasjementet i fagrådene varierer i de ulike fagområdene. En samordnet prosedyreutvikling kan redusere variasjon i kvalitet i pasientbehandlingen mellom foretakene og lette samarbeid mellom sykehusene. Utfordringen med å gjennomføre en samordnet prosedyreutvikling, slik at det lett kan implementeres lokalt, er å sikre deltakelse fra fagmiljøene i alle enhetene slik at arbeidet blir prioritert, godt forankret og dermed lettere kan gjennomføres. I dag deltar UNN og FIN på lik linje i de ulike fagrådene, men ved en sammenslåing kan det bli aktuelt å tenke at denne deltakelsen slås sammen til én felles deltakelse.

En tilbakemelding er at man i et fagråd kan enes om en regional prosedyre, men at disse så i varierende grad tas i bruk ved de ulike helseforetakene og deres sykehus. En begrensning ved de regionale fagrådene er deres mangel på beslutnings- og gjennomføringsmyndighet. Man ser også at i sta-

dig større grad vil pasienter være innom flere sykehus i et pasientforløp, gjerne ved at moderne verk-tøy i diagnostikk tas i bruk på tvers av institusjonsgrenser. Involvering av kompetanse i ulike sykehus fører til et ytterligere behov for felles prosedyrer, men effekten av sammenslåing til ett helseforetak er usikker. En sammenslåing vil gi klarere styringslinjer og kan lette arbeidet og gi en ledelse på de ulike nivåene tydeligere ansvar for å arbeide med og innføre felles faglig praksis. Erfaringer fra UNN Harstad viser at det å være en del av et helseforetak og felles ledelse, ikke nødvendigvis betyr at prosedyrer lettere forankres lokalt. Prosessene må ofte gjennomgås også helt lokalt. Fagfolkene må skjønne begrunnelsene og gjøre innholdet i prosedyrer til sine egne.

Videreutviklingen av regionale fagråd kan bidra til å redusere uønsket variasjon mellom foretakene, uten å gjøre noe med foretaksgrensen. Det er likevel usikkert om styrkede regionale fagråd vil gi like god forankring av prosedyrer lokalt som en formell, felles ledelse vil gjøre.

### VILKÅR OG BETINGELSER

Et siste moment er at samme personellgrupper ved de to helseforetakene vil ha ulike avtaler og betingelser i sine ansettelsesavtaler. Forskjeller i arbeidsvilkår er over tid en stor kilde til misnøye. Det er i utgangspunktet naturlig at avtalene og vilkårene for samme personellgruppe, men ved ulike lokaliseringer, er forskjellige på grunn av lokale variasjoner og arbeidsforhold. Ved en sammenslåing vil det være sterke krefter som vil dra i retning av å utjevne forskjellene ved at arbeidsgiver reforhandler avtaler eller at nyansatte får andre avtaler enn kollegaer som har jobbet der lengre. UNNs ansatte i Harstad, Narvik og Tromsø har etter tolv år i samme helseforetak fortsatt ulike avtaler og betingelser. Det forventes ikke at en sammenslåing i seg selv raskt vil tvinge frem noen endringer i de eksisterende avtalene, men dette vil være en kilde til stadig uro.

#### Vurdering og anbefaling for rekruttering, stabilisering og fagutvikling

- En sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset vil gi ansvaret for å yte, desentraliserte tjenester i Finnmark til en organisasjon med større samlede ressurser. Skal dette få betydning i praksis forutsetter det tilgjengelig spesialistkapasitet. Den er i dag i svært liten grad tilgjengelig ved UNN Tromsø. Dekning av spesialistbehov ved hjelp av økt ambulerings kan også forverre rekrutteringssituasjonen på det stedet ambuleringen skjer fra.
- Spesialistene i begge helseforetakene opplever at samarbeidet i dag er godt. Flere av fagmiljøene både på lokalsykehusene og UNN Tromsø er små. Det er en bekymring for at et utvidet ansvar for flere lokaliseringer kan bety at fagmiljøet «hjemme» vil bli skadelidende.
- For UNN Tromsø kan en sammenslåing gi mindre kapasitet til å løse region- og universitetssykehusoppgavene, og slik kan fundamentet for denne virksomheten svekkes. Legespesialistene må ses på som komplementære på grunn av de høyspesialiserte tjenestene ved UNN Tromsø og de mer generelle spesialisthelse-tjenestene på de øvrige lokalsykehusene. Det er ingen automatikk i at spesialister ved UNN Tromsø kan dekke mer generelle vaktbehov ved lokalsykehusene. Det er derfor usikkert hvilke gevinster man kan hente ut for lokalsykehusene. Disse vil i så fall medføre risiko for de like sårbare høyspesialiserte miljøene ved UNN Tromsø.
- Tidligere erfaring tilsier ikke at det blir noe lettere å rekruttere fagfolk ved en sammenslåing av helseforetak. Rekrutteringen skjer ved og til hvert enkelt sted. Det er stedet i seg selv, og fagmiljøet der, heller enn det å være del av en overordnet «paraply» som et universitetssykehus, som tiltrekker.
- Prosjektgruppen har vurdert om en sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset, med en samlet styringslinje til fagmiljøene, vil styrke en felles fagutvikling for å redusere variasjon og oppnå et likeverdig tilbud. Prosjektgruppen mener at en felles utvikling i Helse Nord med utgangspunkt i de regionale fagrådene er det som vil gi best samlet effekt.

*Med bakgrunn i belyste momenter ser ikke prosjektgruppen samlet sett sikre/sannsynlige gevinster ved en sammenslåing når det gjelder rekruttering, stabilisering og fagutvikling.*

## 6.6 Forskning

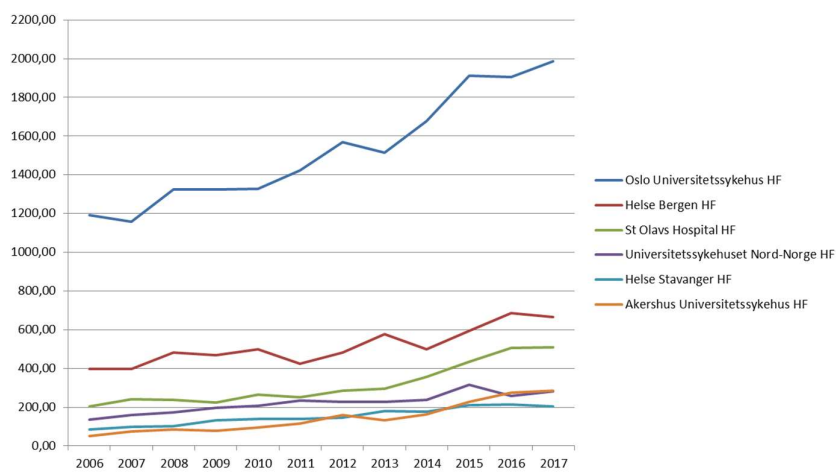
Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha for arbeidet med forskning, og hvordan det indirekte vil påvirke helsetilbudet og region- og universitetssykehusfunksjonen.

Forskning er en av helseforetakenes hovedoppgaver, og det er en særskilt del av region- og universitetssykehusfunksjonen. UNN Tromsø har den klart største forskningsaktiviteten i Helse Nord og det meste av dette skjer i nært samarbeid med UiT. Det er også noe forskningsaktivitet ved UNN Harstad og UNN Narvik. Uten at det er dokumentert, kan det synes som om det er mer forskning i UNN Harstad nå enn før sammenslåingen med UNN i 2007. FIN har lang tradisjon for å drive med egen forskning. Helseforetaket har avsatte midler for å prioritere forskning på Finnmarksspesifikke utfordringer, og behandlingsmetoder der samisk språk og kultur inkluderes i regi av SANKS.

### FORSKNINGSVOLUM

En sammenslåing av forskningsaktiviteten ved FIN og UNN, vil ikke øke det totale forskningsvolumet, men samle alt i en organisasjon. Forskningen i FIN vil kunne dra nytte av UNNs tette samarbeid med UiT i form av hjelp til å skrive søknader om midler, tilgang til et større pasientgrunnlag for klinisk forskning, og oppfølging i selve forskningsarbeidet.

Tabellen under viser publikasjonspoeng oppnådd ved alle universitetssykehusene i Norge mellom 2006 og 2017. Den viser at økningen i forskningsproduksjonen ved UNN fra 2007 til og med 2017 er vesentlig lavere enn i de øvrige universitetssykehusene. Om sammenslåingen av UNN med Harstad og Narvik i 2007 er en medvirkende årsak, er det vanskelig å ha en sikker formening om, men den beskrevne utviklingen tyder i hvert fall ikke på at en sammenslåing, med flere lokalsykehus, vil styrke UNN som forskningsinstitusjon på sikt.



Figur 14 Publikasjonspoeng (publikasjoner og doktorgrader)  
- sammenligning mellom de norske universitetssykehusene for perioden 2006-2017

### FREMTIDIG FORSKNING

Selv om forskning veldig ofte er medarbeider- og fagmiljødrevet, og ikke så avhengig av ledelse og organisering, mener representanter fra begge helseforetakene, at en sammenslåing vil kunne påvirke forskningsvirksomheten. Ingen av helseforetakene ser klare fordeler for egen forskning ved en sammenslåing. Selv om et sammenslått helseforetak, samlet sett, vil ha en økt forskningsaktivitet. En sammenslåing innebærer også mange andre aspekter som, i alle fall på kort sikt, kan ha negative konsekvenser for forskningsaktiviteten.

Det er særlig fokuset på å gjennomføre selve sammenslåingen, redusert lederfokus og økt lokalsykehusdrift som trekkes frem. For UNNs del, er det særlig et økt fokus på lokalsykehusfunksjonen som er bakgrunnen for denne vurderingen. I FIN er det en frykt for at avsatte øremerkede midler til forskning som skal ha et særlig fokus på Finnmark og samiskrelaterte problemstillinger vil omprioriteres i et sammenslått helseforetak, der det tradisjonelt er kvalitet på søknader i åpne utlysninger som gjelder. Dette kan løses ved spesielt avsatte midler til tematiske satsinger.

## SANKS

Det kunne tenkes at det vil være en fordel for SANKS å være tilknyttet et universitetssykehus fordi det kan øke SANKS' synlighet innenfor og utenfor Helse Nord. På den andre siden forventes det ikke fra SANKS' side, at det å bli en del av et universitetssykehus vil tilføre ytterligere legitimitet for deres behandlingstjenester eller forskning. SANKS er allerede velkjent utover Helse-Nords og Norges grenser for sitt arbeid med et tilrettelagt helsetilbud for en urbefolkning.

### Vurdering og anbefaling for forskning

- Ved en sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset, vil forskningsaktiviteten, målt i publikasjonspoeng for det nye universitetssykehuset, øke litt, tilsvarende den forskningen som skjer i Finnmarkssykehuset i dag. Sammenslåinger øker alltid lederfokuset på interne prosesser, og ved en sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset vil lokalsykehusproblemstillinger bli en enda større del av dagsorden. Dette vil svekke ledelsens kapasitet til å prioritere forskning, og vil innebære en stor risiko ved en sammenslåing.
- UNN har allerede utfordringer med å ivareta sin rolle som høyspesialisert regionsykehus og forskningsinstitusjon. Den relativt lavere veksten i publikasjonspoeng ved UNN enn ved andre universitetssykehus etter 2007, indikerer at det er nødvendig at UNN får lov til å fokusere ytterligere på den delen av universitetssykehusrollen forskning representerer. Helsetilbudet i hele Nord-Norge er avhengig av et faglig sterkt UNN som har ressurser til å drive forskning og utvikling.
- FIN, på sin side er bekymret for at forskning rundt Finnmarks- og relaterte problemstillinger, som lange avstander, arktisk klima og særegne etniske forhold, vil bli nedprioritert.

*Med bakgrunn i belyste momenter ser ikke prosjektgruppen samlet sett sikre/sannsynlige gevinster ved en sammenslåing når det gjelder forskning.*

## 6.7 Ledelse og organisasjon

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha for ledelse og organisasjon, og hvordan det indirekte vil påvirke helsetilbudet og region- og universitetssykehusfunksjonen.

Det er mange definisjoner av ledelse. En vanlig definisjon er å oppnå resultater gjennom andre. En annen er å motivere, styre og følge opp andres aktiviteter til felles innsats for å nå organisasjonens mål. Ledelse foregår på mange nivåer i en organisasjon, og god ledelse er svært ofte en av forutsetningene for at organisasjonen skal nå sine mål.

Det er grunnleggende forskjeller i ledelses- og organisasjonsstrukturen i de to helseforetakene. UNN har en gjennomgående faglig ledelse i en klinikkstruktur, på tvers av geografiske lokaliseringer. FIN har en kombinasjon med en stedlig ledet klinikkstruktur og for noen områder, en gjennomgående ledet struktur på tvers av helseforetaket. I UNN har en leder ansvar for egen klinikk eller avdelings drift ved flere lokaliseringer, og det er en driftsleder, uten linjeansvar, ved hvert av de to lokalsykehusene i Harstad og Narvik. I FIN har en leder ansvar for drift ved eget sykehus.

Den samlede porteføljen av pågående og planlagte prosjekter og utviklings- og omstillingsutfordringer er omfattende i begge helseforetakene. Dette inkluderer store byggeprosjekter og innføring og videreutvikling av nye kliniske IKT-systemer. Disse krever nå, og over år fremover, et stort ledelsesmessig fokus og bred involvering fra klinisk personell. Det er oppgaver som kommer i tillegg til den løpende drift av virksomheten. Det merkes både internt og i foretaksgruppen at det er svært utfordrende å balansere ressursbruken på dette opp mot ønsket og behovet for en kontinuerlig og sterk innsats. Det gjelder for å bedre kvalitet i tjenestene, pasientsikkerhet, pasientmedvirkning, medarbeidertilfredshet og samhandling med primærhelsetjenesten. En sammenslåing, med alt det arbeidet det vil medføre både for ledere og medarbeidere, vil ta betydelig kapasitet og vil gjøre arbeidet med slik kvalitetsforbedring ytterligere krevende. Det vil føre til svekket kapasitet innen lederskapet av dette viktige utviklingsarbeidet.

## KOMPLEKSITET

Helseforetakene i Norge er på noen områder like. De har i hovedsak samme ansvar og oppgaver på de samme områdene. Samtidig er de svært forskjellige i størrelse både når det gjelder pasientgrunnlag, antall medarbeidere og geografisk utstrekning. Ingen andre helseforetak i landet vil etter en sammenslåing av UNN og FIN være like komplekst, i antall enheter og spenn i oppgaver, og ha ansvaret for et så stort geografisk område.

Det nye helseforetaket vil bestå av et høyspesialiserte region-, universitets- og lokalsykehus i Tromsø, med et somatisk og et psykiatrisk sykehus, samt fire lokalsykehus av ulik størrelse, en rekke distriktsmedisinske og -psykiatriske sentre, og flere titalls ambulansestasjoner spredt omkring. Ingen andre helseforetak med region- og universitetssykehusansvar har en slik kompleksitet med en så stor overvekt av lokalsykehus og desentraliserte spesialisthelsetjenester både i form av virksomheter og funksjoner.

Et sammenslått helseforetak vil dekke et opptaksområde fra Ofoten i sør, til Svalbard i nord-vest og Kirkenes i nord-øst. Dette er et areal på cirka 80 000 km<sup>2</sup> på fastlandet og ytterligere 60 000 km<sup>2</sup> med Svalbard. Til sammenligning er øyen Irland (både Nord-Irland og Irland i sør) eller Østerrike cirka 83 000 km<sup>2</sup>. Det samlede nedslagsfeltet er større enn Nederland, Danmark og Sveits som til sammen er cirka 125 000 km<sup>2</sup>.

Illustrasjonen under viser den nye samlede organisasjonen etter en sammenslåing.



Figur 15: Oversikt over ett sammenslått UNN og FIN med alle lokaliseringer og driftssteder, og UNNs ansvar som region- og universitetssykehus.

Dette vil være en krevende organisasjon å organisere og lede på en hensiktsmessig måte. Den skal ivareta både et pasientrettet fokus, og administrativ og økonomisk ledelse. Samtidig skal den støtte og legge til rette for faglig utvikling, forskning og utdanning og spesialisering av helsepersonell. Et av formålene i mange sammenslåingsprosesser er å effektivisere drift, styrke det faglige tilbudet, redusere antall ledelsessjikt etc. En slik utvikling fremstår som lite sannsynlig i et nytt helseforetak, eventuelt med unntak av noen støttefunksjoner. Den nye organisasjonen, med operativ drift på så mange steder, gjør at besparelser i ledersjiktene fremstår som lite sannsynlig. Tvert imot, vil lederspenntet bli så stort at det heller er en forventning om at ledelsesnivåene kan bli flere.

En velfungerende organisasjon betinger en ledelse som er tilgjengelig og synlig, og som kan prioritere å utvikle og ivareta de ansatte og deres arbeidsmiljø og kultur. Dette vil ha en direkte effekt på kvaliteten i pasientbehandlingen. Dette vil særlig gjelde i omstillings- og endringsprosesser. UNN har de siste tre-fire årene arbeidet systematisk med en helhetlig satsing på å forbedre kvalitet og utvikle tjenestene i tråd med prinsipper for kontinuerlig forbedring. Et vesentlig element i dette er ledelse. Erfaringer fra institusjoner internasjonalt, viser at dersom man skal utvikle en virksomhet preget av kontinuerlig forbedring må lederne endre fra å «administrere» til å «coache» sine medarbeidere. Lederne må bruke mindre tid på møter og på kontoret, og vesentlig mer tid ute i kjernevirksomheten. Dette gjelder ledelse på alle nivå, også direktørnivået. Det er krevende å få dette til i dagens struktur, og det vil med sikkerhet bli ytterligere utfordrende i et sammenslått foretak.

### ORGANISASJONSSTRUKTUR

Organisasjonsstrukturen for et fremtidig sammenslått helseforetak er ikke vurdert eller bestemt, men en helt ny konstruksjon må vurderes og er sannsynlig, dersom en har som formål å oppnå forbedring. Utredningen har kort vurdert konsekvensene av å videreføre en av dagens to organiseringer og beskriver dette under.

En videreføring av organisasjonsstruktur i UNN i et sammenslått helseforetak, vil gi et stort lederspenntet. De utfordringene man i dag har med ledelse på distanse for topp- og klinikkledelse forsterkes ytterligere. For UNNs eksisterende sykehus vil avstand til ledelsen trolig ikke bli endret, men synligheten og tilstedeværelsen i hele organisasjonen, må bli betydelig redusert fordi de samme lederne skal ivareta ytterligere to lokalsykehus og flere andre enheter. I psykisk helsevern og rus blir det ytterligere seks lokaliseringer. En sammenslåing, med påfølgende omorganisering, kan ha som formål å intensivere arbeidet med å redusere uønsket variasjon, blant annet når det gjelder bruk av metoder og prosedyrer mellom UNN og FIN. Dette forutsetter interaktive prosesser mellom fagfolkene og den faglige ledelsen i helseforetaket. Erfaring fra UNN Harstad og UNN Narvik tilsier at en sammenslåing i seg selv ikke fører til at det automatisk blir lettere å gjennomføre lik praksis. Etter sammenslåingen med UNN, for tolv år siden, er det fremdeles faglig variasjon og utfordringer med at prosedyrer og metoder er forskjellige.

En videreføring av FINs organisasjonsstruktur i et sammenslått helseforetak, gir fem somatiske sykehus (seks med Svalbard) som er forholdsvis løst knyttet til hverandre fordi ledelsen først blir felles på helseforetaksnivå. For virksomhetene i Finnmarkssykehuset vil dette bety mindre endringer. For alle miljøene vil oppmerksomheten fra foretaksledelsen måtte bli redusert fordi den skal deles på flere. For dagens UNN-enheter vil dette måtte innebære omfattende endring av organiseringen som vil kreve tilrettelegging, ressurser og ledelsesfokus. Samarbeid mellom sykehusene kan bli mer utfordrende fordi det blir flere enheter og ledere involvert. En organisering i «selvstendige enheter», der de gjennomgående strukturer først vil finnes på de øverste to nivå, krever omfattende arbeid med blant annet utvikling av felles kultur. Dette er erfaringsmessig en utfordring fra andre helseforetak med den tilnærmet samme organisasjonsmodellen.

Uavhengig av fremtidig organisasjonsmodell, vil det i en større virksomhet bli enda viktigere at ledere tar ansvar for å sikre at egne ansatte blir sett og fulgt opp tettere. Særlig vil dette gjelde i en situasjon hvor det er usikkerhet om formålet med en stor organisasjonsendring. Når en organisasjon går gjennom større organisatoriske endringer, er en synlig leder i stor grad med på å sikre at de ansatte kommer seg gjennom endringen og samtidig bevarer motivasjonen og et godt arbeidsmiljø og klarer å levere på de krav som stilles. Gjennomføringen av en sammenslåing vil skape frustrasjon og



usikkerhet, men tidlig og gjennomgående fokus på å opprettholde godt arbeidsmiljø og en inkluderende kultur, kan virke forebyggende.

### PÅGÅENDE OMSTRUKTURERINGER

Det har over tid vært satset i FIN på oppbygging av det desentraliserte tilbudet og en helsetjeneste til den samiske befolkningen, samtidig som et bedret samarbeid mellom Øst- og Vest-Finnmark er kommet til. Dette arbeidet må vedlikeholdes for å sikre en samlet god bruk av ressurser til beste for Finnmarks befolkning. Ved en omorganisering vil oppmerksomheten forflyttes og oppfølgingen av Finnmarksperspektivet kan bli svekket.

FIN har nå ny og utvidet byggingsmasse i Kirkenes, Alta og Karasjok, og bygging av nytt sykehusbygg i Hammerfest er vedtatt og er planlagt ferdigstilt i 2024. Helseforetaket har gjennomført en administrativ reorganisering der Sámi Klinihkka er blitt en egen klinikk. Det utredes om Alta også skal bli en egen klinikk, samtidig som Klinikk for psykisk helsevern og rus legges ned som egen klinikk, og klinikkens aktivitet overføres til de stedlige klinikkene. I UNN planlegges nye sykehus i Narvik og for psykisk helsevern og rus i Tromsø, og byggingsmassen i Harstad skal evalueres. En sammenslåing må bety at ledelsen vil måtte ha et enda bredere fokus og bruke mye ressurser på sammenslåingsprosessen.

### REKRUTTERING

Ledelsen i et nytt helseforetak vil måtte bruke kapasitet på å gjennomføre en sammenslåing, etablere ny organisasjon og ny ledelsesstruktur. Dette vil kunne tiltrekke seg ledere som har særlig interesse av å arbeide i organisasjoner som står i slike prosesser. Motstykket er at en slik sammenslåingsprosess kan virke lite rekrutterende ikke bare på nytt helsepersonell, men også ledere og tillitsvalgte. Begge helseforetakene er, på hver sine områder og på ulikt nivå, sårbare. Å rekruttere i en slik sammenslåingsprosess, med den usikkerhet det medfører, kan ikke karakteriseres som et fortrinn. En allerede vanskelig rekrutteringssituasjon som Helse Nord står oppe i på flere fagområder og innenfor ledelse blir antakelig mer utfordrende i en slik endringsprosess.

Det store lederspenntet og behovet for utstrakt reising, særlig for de som har ansvar for enheter på flere lokalisasjoner, vil kunne medføre lederslitasje fordi ledere ikke i stor nok grad får viet alle sine enheter og ansatte god nok oppmerksomhet og oppfølging.

#### Vurdering og anbefaling for ledelse og organisasjon

- UNN og Finnmarkssykehuset har i dag ulik organisasjonsstruktur, og uavhengig av fremtidig organisasjonsmodell, vil en sammenslåing kreve en større reorganisering. Dette vil være en omfattende prosess for ansatte og ledere både på kort og lang sikt. Det er høy risiko for at utviklingsarbeid og kvalitetsforbedrende initiativ vil måtte nedprioriteres til fordel for fokus på utfordringer relatert til omstruktureringen.
- Det er en bekymring for hva dette kan bety for trepartssamarbeidet, arbeidsmiljøet, og rekruttering og stabilisering av fagmiljøer, samt for forskning og innovasjon. Fokuset på pasientsikkerhet og -oppfølging vil, i tillegg til innføring av nye kliniske IKT-systemer og byggeprosjekter, måtte konkurrere med en omfattende og langvarig sammenslåingsprosess.
- For ledelsen vil en sammenslåing bety en utvidelse av lederspenntet og dermed en økt kompleksitet på lederoppgavene. Det er allerede krevende å rekruttere ledere og det kan forventes at en sammenslåing vil gjøre dette enda mer utfordrende. Økt kompleksitet og omfang av lederoppgavene vil ha direkte konsekvenser for oppmerksomheten omkring pasientbehandlingen.
- Dagens problemområder som er identifisert, er allerede nå i stor grad adressert med samarbeid på tvers av foretaksgrensen.

*I utredningen er ledelse og organisasjon vurdert som et av de områdene som i størst grad vil påvirkes negativt av en sammenslåing.*

## 6.8 Region- og universitetssykehusfunksjonene

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha på region- og universitetssykehusfunksjonene.

UNN har med sin region- og universitetssykehusfunksjon et særskilt ansvar, for høyspesialisert behandling, medisinsk utdanning og spesialisering og forskning, som skal komme hele befolkningen i Helse Nord til gode. UNN Tromsø har, som regionsykehus, den største samlede bredde av kompetanse og tjenester i Helse Nord. UNN Tromsø skal også stimulere og understøtte solide fagmiljøer i hele regionen slik at kvaliteten på tjenestetilbudet er likeverdig.

### UNNs POSISJON

UNN er et lite, men bredt og høyt spesialisert region- og universitetssykehus for en forholdsvis liten befolkning (ca. 9% av Norges befolkning) som geografisk bor svært spredt. Dette krever spesiell oppmerksomhet og gir utfordringer med å trygge grunnlaget for befolkningens tilgjengelighet til høyspesialiserte tjenester og sikre basis for egen utvikling på linje med landets øvrige region- og universitetssykehus.

I UNNs strategiske utviklingsplan 2015-2025 står det at UNN skal tilby høyt spesialiserte tjenester til befolkningen i hele Helse Nord, men samtidig støtte desentralisering av nye metoder og teknologi til de andre helseforetakene i regionen når dette er mulig. For å kunne realisere dette er UNN avhengig av faglig sterke lokalsykehus som selv kan diagnostisere og avklare videre behandling i de fleste pasientforløpene, og i stor grad selv behandle de aller fleste pasientene. Dette vil frigjøre UNN Tromsø til å utvikle og gjennomføre høyspesialisert behandling.

SKDEs rapport konkluderer med at befolkningen i Finnmark har like god tilgang på helsetjenester ved UNN Tromsø, som befolkningen i UNNs opptaksområde. En sammenslåing i seg selv har ikke som formål å endre sykehusenes opptaksområder eller funksjonsdeling, og det ligger i kortene at dette bruksmønsteret av UNN Tromsø ikke vil endre seg nevneverdig ved en sammenslåing.

### ØKT LOKALSYKEHUSFUNKSJON

UNN er i en særstilling blant universitetssykehusene i Norge. Det er det eneste region- og universitetssykehuset som har et så stort antall lokalsykehus, som i tillegg er svært spredt geografisk. En sammenslåing vil øke omfanget av denne oppgaven og dette ansvaret. Vektingen mellom lokalsykehusfunksjon og region- og universitetssykehusfunksjon tipper klart i retning av lokalsykehus med den oppmerksomhet egne geografiske enheter alltid vil kreve.

En utvidelse av omfanget av et lokalsykehusansvar vil øke UNNs totale pasientgrunnlag på lokalsykehusnivå. Dette kan tenkes å styrke grunnlaget for forsknings- og undervisningsvirksomhet. En situasjon der lokalsykehusoppgaven organisasjons- og ledelsesmessig blir mer dominerende, vil ha betydning for kapasitet til oppmerksomhet om region- og universitetssykehusoppgaven. Skal dette unngås må lederskapet for denne funksjonen styrkes og det må skje en tilføring av ressurser i form av personell og økonomiske midler. Forutsetningene for en slik forskyvning av ressurser er neppe til stede. Det er de samme ressursene og lederne som vil få i ansvar både å styrke lokalsykehusfunksjonen og region- og universitetssykehusfunksjonen. Det er en stor bekymring for at det vil være region- og universitetssykehusfunksjonen som vil lide mest.

Det er en klar bekymring for at dersom UNN Tromsø ikke får konsentrere seg om oppgavene som region- og universitetssykehus vil dette ha konsekvenser også for de andre helseforetakene i Helse Nord og kunne utfordre hele det høyspesialiserte behandlingstilbudet i Nord-Norge. Dersom UNNs kapasitet til å dekke det høyspesialiserte behandlingstilbudet svekkes, kan konsekvensene for den nord-norske befolkningen enten være at UNN ikke klarer å tilby den nyeste og mest høyspesialiserte beste behandlingen, eller at pasientene må sendes til en av de andre helseregionene for enkelte behandlingsformer. Se også kapittel 6.6 og 6.7 der henholdsvis forskning og ledelse omtales i detalj og hvilke konsekvenser det der påpekes at en sammenslåing kan få for region- og universitetssykehusfunksjonene.

Det er nok en forventning om at dersom UNN i større grad får til en ytterligere funksjonsdeling internt i helseforetaket, så vil dette kunne frigjøre UNN Tromsø til i større grad å fokusere på region- og universitetssykehusfunksjonen. UNN har i noe grad klart å frigjøre UNN Tromsø for enkelte lokalsykehusoppgaver ved å overføre disse til UNN Harstad og UNN Narvik. Én felles ledelse for UNN og FIN kan gi mulighet for en enda bedre samlet bruk av ressursene på en måte som gagnar region- og universitetssykehusfunksjonen ytterligere.

Dette vil over tid, kunne gjøre at pasienter i enda større grad behandles lokalt når det er medisinsk riktig, samtidig som noen oppgaver vil samles. Det er ikke en forutsetning at dette skjer under én felles ledelse for UNN og FIN, men det kan lette arbeidet fordi en felles ledelse har ansvar for en samlet utvikling. Det vil også, som nevnt tidligere, være et sterkere økonomisk insentiv for et sammenslått helseforetak å redusere transport av pasienter, da kostnaden ved pasientreiser vil være noe som vil påvirker foretakets økonomi direkte.

### FAGLIG UTVIKLING

I den strategiske utviklingsplanen står det at fagmiljøene i UNN, i samarbeid med Helse Nord RHF, skal ha en ledende rolle i etablering og drift av fagnettverk som styrker kompetanse, kvalitetsarbeid og fagutvikling i regionen. Om en sammenslåing vil styrke innsatsen i de regionale fagrådene er ikke entydig. Gjennomføring av faglig utvikling krever interaktive prosesser fra faglig ledelse på RHF-nivå til ledelse og fag nært der pasientbehandlingen skjer. Lite endres med kommandoer i denne type organisasjoner. En sammenslåing er ikke avgjørende for å styrke fagnettverkene i regionen. Oppgaven er å sikre lik praksis i Helse Nord, og da er vurderingen at Helse Nord RHF bør ta en enda sterkere pådriverrolle i dette arbeidet og fagnettverkene bør inkludere alle helseforetakene i Helse Nord.

### UTDANNINGSANSVAR

UNNs ansvar for å sikre utdanning av helsepersonell i Helse Nord er beskrevet i detalj i kapittel 6.4 om utdanning og spesialisering. Her konkluderes det med at utdanning og spesialisering av helsepersonell, i hovedsak, vil forbli uendret ved en sammenslåing. Dette blant annet fordi det er etablert et regionalt utdanningscenter som skal koordinere den samlede spesialistutdanningen i Helse Nord.

I en helseregion er det viktig at alle helseforetakene har lik tilgang til eget region- og universitetssykehus. En sammenslåing der halvparten av lokalsykehusene i regionen faller inn under UNNs paraply, mens resten står utenfor resulterer i en ubalanse, og kan medføre en «ubevisst» forskjellsbehandling.

### LEDELSE

Lederfokus ved å planlegge sammenslåingen og prosessen med å integrere to organisasjoner og tilslutt en stabiliseringsfase, vil kreve stor lederkapasitet på alle nivå. Dette er beskrevet mer i detalj i kapittel 6.6 om ledelse og organisasjon. Gjennomføringen av sammenslåingen og oppgaven med det økte antall lokalsykehus, kan ha negativ betydning for videreutviklingen av UNN som region- og universitetssykehus. Nøkkelpersoner i UNNs fagmiljøer vil måtte prioritere og arbeide mer med å forene flere fagmiljøer og deretter med å styrke det desentraliserte behandlingstilbudet. Det vil kunne gå på bekostning av innsats for å utvikle de høyspesialiserte tilbudene, utdanning, fagutvikling og forskning ved universitetssykehuset.

#### Vurdering og anbefaling for region- og universitetssykehusfunksjonen

- En sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset vil bety utfordringer for lederne av det utvidede helseforetaket, både i sammenslåingsprosessen og i lang tid fremover, i den påfølgende daglige driften. Det vurderes at det er stor risiko for at dette vil kreve så mye ledelsesoppmerksomhet at det blir mindre tid og ressurser til å prioritere opprettholdelsen og utviklingen av region- og særlig universitetssykehusfunksjonene. I det lange løp vil ansvaret for drift av lokalsykehus og andre spesialisthelsetjenester bety at lederkapasitet i stor grad vil måtte konsentreres om lokalsykehusdrift på bekostning av region- og universitetssykehusfunksjonen.
- Som universitetssykehus, har UNN allerede en langt større lokalsykehusfunksjon, i betydningen av ansvar for flere og geografisk spredte lokalsykehus, enn de andre universitetssykehusene i Norge. En sammenslåing vil bare ytterligere forsterke denne forskjellen. UNN har allerede utfordringer med å ivareta sin rolle

### Vurdering og anbefaling for region- og universitetssykehusfunksjonen

som høyspesialisert regionsykehus og forskningsinstitusjon fordi de høyspesialiserte fagmiljøene ikke får konsentrere seg om dette. Et større lokalsykehusansvar vil i liten grad tilrettelegge for dette. Helsetilbudet i hele Nord-Norge er avhengig av et faglig sterkt UNN som har ressurser til å fokusere på høyspesialisert behandling og drive forskning og utvikling.

*I utredningen er styrkingen av region- og universitetssykehusfunksjonen vurdert som et område som særlig påvirkes negativt av en sammenslåing. Dette vil svekke muligheten for et likeverdig tilbud til befolkningen i Helse Nord.*

## 6.9 Lokalsykehusfunksjonene og det desentraliserte tilbudet

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha på lokalsykehusene og det desentraliserte tilbudet.

Ved en sammenslåing av UNN og FIN vil lokalsykehusfunksjonen omfatte fem somatiske sykehus (seks med Svalbard) og et psykiatrisk sykehus, og det desentraliserte tilbudet vil bestå av fire DMSer og åtte DPSer med aktivitet på tretten steder, for et samlet nedslagsfelt på 270 000 innbyggere. Internt mellom de fire somatiske lokalsykehusene utenfor Tromsø, er det en ganske jevn fordeling av innbyggere per sykehus, der FIN Hammerfest har det største nedslagsfeltet med 49 000, FIN Kirkenes og UNN Narvik har begge 27 000, mens UNN Harstad ligger ganske midt mellom med 35 000 innbyggere. UNN Tromsø som lokalsykehus står likevel for litt under halvparten av hele det samlede nedslagsfeltet med 125 000. Det er videre en ganske jevn fordeling av antall kommuner hvert lokalsykehus skal forholde seg til og samarbeide med, men igjen har Tromsø flere enn de andre.

Sammenlignet med de andre fem universitetssykehusene i Norge, er UNNs nedslagsfelt det minste når det gjelder befolkningsstørrelse, men UNN har samtidig flest antall kommuner å forholde seg til. UNN skiller seg særlig fra de fem andre når det gjelder antall lokalsykehus i helseforetaket. Denne forskjellen vil forsterkes av en sammenslåing.

### FUNKSJONSDELING

Sammenslåing i seg selv har ikke som formål å endre funksjonsdelingen som er besluttet av Helse Nord RHF. Denne forutsetningen underbygges av at tilgjengeligheten til sykehustjenester er noenlunde likt, jmfør SKDEs rapport. Det legges ikke opp til en endring i den funksjonsdelingen som i dag eksisterer mellom henholdsvis UNN og FIN, og internt mellom Tromsø, Harstad og Narvik. Det kan derfor ikke forventes at et større volum vil flyttes fra UNN Tromsø og ut til lokalsykehusene. En koordinering og vaktdekning av støttetjenester som eksempelvis tolkning av radiologi- og laboratoriesvar er det mulig å se for seg et tettere samarbeid om.

Som nevnt i kapittel 5.2 og 6.5, opplevde Harstad etter fusjonen med UNN i noe grad en reduksjon i antall overlegestillinger, men årsaken til dette er usikker. UNN Harstad og UNN Narviks erfaring med å være to lokalsykehus i universitetssykehuset vil naturlig være både positiv og negativ. Deres erfaring er beskrevet mer i detalj i kapittel 5.2, men de punktene som trekkes frem der og som særlig angår lokalsykehusfunksjonen ved en sammenslåing, vurderes også her. FIN og UNN har valgt ulik organisering og hva en sammenslåing kan bety for dette, omtales mer i detalj i kapittel 6.6. Det er likevel relevant å komme inn på dette i noe grad også her.

Et økt fokus på å bygge opp lokalsykehusrollen samtidig som region- og universitetssykehusansvaret ikke skal lide, vil være krevende å få til, særlig i selve sammenslåingsperioden, men også i den videre løpende driften. Se kapittel 6.8 for mer detaljer.

### DET DESENTRALISERTE TILBUDET

Spesialisthelsetjenestetilbudet som ytes mest desentralisert skjer på DMSene og DPSene. Sammen med lokalsykehusene er dette spesialisthelsetjenestens førstelinje. Her er samarbeidet med primær- og kommunehelsetjenesten i størst grad utviklet og det handler om å levere best mulig helsetjenester nært der pasienten bor.

Begge helseforetakene opplever at det daglige operative samarbeidet med fastleger og kommuner fungerer godt. Dette bekreftes av utredningens representanter for fastlegene og kommuneoverlegene. En sammenslåing vil i liten grad påvirke det daglige operative samarbeidet rundt enkeltpasienter, men det vil over tid bli behov for å utvikle en felles praksis i hele det nye helseforetaket. I den grad en sammenslåing gjør at spesialisthelsetjenestens oppmerksomhet vil bli rettet mot interne forhold, vil oppmerksomheten om samarbeidsrelasjonen kunne bli svekket. Dette bekreftes av erfaringene ved planlegging og ibruktakelse av nytt sykehus i Kirkenes. En sammenslåing, og deretter en omorganisering, vil kunne få konsekvenser for evnen til opprettholde det desentrale behandlingstilbudet i Finnmark. Tilgjengelige ressurser er begrenset og sykehusdrift vil da måtte bli en prioritet. En sammenslåing vil i mindre grad påvirke den daglige driften av DPSene. Dette er enheter som i dag kun i noe grad har samarbeid seg imellom om pasienter. DPSene i Finnmark vil kunne ha faglig positive effekter av å bli del av et sammenslått helseforetak der det er et psykiatrisk sykehus. Flytting av drift og funksjoner ved en sammenslåing vil i liten grad skje.

### STEDLIG LEDELSE

Da Harstad og Narvik ble del av UNN i 2007, ble det nesten samtidig igangsatt en langsiktig utviklings- og omstillingsplan (LUO) der gjennomgående faglig ledelse ble innført. UNN Harstad og UNN Narviks erfaring, med en slik organisering og ledelse på avstand, er at det har skapt utfordringer i den daglige driften og samarbeidet internt ved sykehusene. Både personell på de to sykehusene og ledere som sitter i Tromsø melder at det har vært krevende å få til faglig og relasjonell ledelse i en så bred struktur med store avstander. Fjernledelse medfører også en ofte lite synlig ledelse som igjen påvirker de ansattes arbeidsmiljø.

Som følge av 2012-evalueringen av LUO, ble det blant annet konkludert med at den gjennomgående faglige ledelsesstrukturen var hensiktsmessig, men at det burde igangsettes tiltak i UNN Harstad og UNN Narvik for å tilpasse strukturen til deres behandlingshverdag. Det ble også poengtert at lokalsykehusfunksjonen i noen grad ble negativt påvirket som følge av LUO. Dette gjaldt særlig på det operative nivået og pasientgrensesnittet.

Det ble derfor først etablert lokale driftsråd og senere lokale driftsledere. Blant annet ble avstanden til Tromsø, sykehusledelsen og mangel på en lokal samhandlingsarena, trukket frem som grunn for at driftsrådene skulle etableres. Driftslederrollen ble etablert i januar 2018 og evaluert vinteren 2019. Det konkluderes med at innføringen av driftsledere har bidratt til at lokalt samarbeid på tvers av klinikker og avdelinger er bedret. Driftslederne inngår i administrerende direktørs ledergruppe og det har ført til at lokalsykehusene er mer synlige for foretaksledelsen. Det oppleves som en styrke å ha en lokal representant som er kjent og kan bistå i vanskelige saker med lokalt utspring. Den fysiske tilstedeværelse og tilgjengeligheten oppfattes som særlig gunstig for de lokale lederne. Dette understøttes av driftslederne som ser at de dekker et viktig behov der det utøves linjeledelse på distanse.

FIN er i ferd med å gjennomføre en større omorganisering av sin organisasjonsstruktur. Stedlig ledelse vil bli hovedprinsippet i den nye klinikkstrukturen. Erfaringer fra dette kan først trekkes om noen år.

Det er usikkert, og utenfor denne utredningens mandat, å si noe om hvordan et sammenslått helseforetak burde organiseres. UNNs erfaringer med både LUO og opprettelsen av lokale driftsledere vil likevel være svært nyttige i et arbeid med en ny organisering. Det vil også FINs erfaring med en ny organisasjonsmodell være om noen år. Begge helseforetakene erfarer at en lokal tilstedeværelse, av enten en klinikksejef eller en driftsleder, gir store fordeler når store deler av organisasjonen er desentralisert.

### Vurdering og anbefaling for lokalsykehusfunksjonen og det desentraliserte tilbudet

- Et utvidet antall lokalsykehus, samlet under ett helseforetak, vil i liten grad påvirke samarbeidet mellom dem, fordi det ikke legges opp til endring i funksjonsdelingen eksempelvis, eller at større volum flyttes fra UNN Tromsø og ut til lokalsykehusene.
- Det er de samme lederressurser som samtidig skal prioritere både lokalsykehusene og region- og universitetssykehuset. Det er en bekymring og risiko for at det da vil være region- og universitetssykehusfunksjonen som vil lide mest fordi lederne blir mest opptatt med å følge opp den daglige driften av lokalsykehusene. Forlengelse av dette vil være at sykehusene vil måtte fokusere på de interne omstruktureringene heller enn det pasientrettede tilbudet og å videreutvikle samarbeid med kommunene og fastlegene.

*Med bakgrunn i belyste momenter ser ikke prosjektgruppen samlet sett sikre/sannsynlige gevinster ved en sammenslåing når det gjelder det desentraliserte tilbudet både i Finnmark og Troms.*

## 6.10 Det prehospitale tilbudet

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha på det prehospitale tilbudet.

Det prehospitale tilbudet er ulikt organisert i de to helseforetakene. Utvikling av én felles og lik organisasjon, med felles kultur, vil kreve omfattende innsats og ta lederkapasitet.

I et sammenslått helseforetak vil det være 46 ambulansestasjoner, tre ambulanseflybaser, tre ambulanshelikopterbasen, og en redningshelikopterbase. Det ble nylig vedtatt at Tromsø skal få et nytt redningshelikopter. I dagens struktur er det en svært omfattende oppgave å samkjøre og sikre lik faglig utvikling i denne virksomheten som er avhengig av standardisert praksis. Denne oppgaven blir vesentlig større og krevende i en ny organisasjon. Samtidig skal lederne fokusere på en sammenslåing og omorganisering av tjenesten. Dette gjelder i særdeleshet bil- og båtambulansetjenesten som er spredt over et enormt område, og som fungerer som ryggraden i den prehospitale tjenesten.

UNN har en målsetting om i større grad å knytte den prehospitale tjenesten sammen med akuttmottakene. Ved å samle disse to funksjonene har man et ønske om å lage prosedyrer og rutiner som sikrer helhetlige pasientforløp inn i sykehusene. I ett sammenslått helseforetak, vil en så stor prehospital enhet, sannsynligvis måtte medføre at de to funksjonene administrativt forblir atskilt, og arbeidet med sømløse pasientforløp blir vanskeligere å etablere.

AMK som koordinerende funksjon er viktig for en riktig ressursutnyttelse i den akuttmedisinske kjeden. Helse Nord har som prinsipp at det kun skal være én AMK-sentral i hvert helseforetak, og prosjektgruppen mener det derfor er sannsynlig at det kun vil bli én AMK-sentral i et sammenslått helseforetak. Tidligere erfaringer fra FIN viser at sammenslåingen av AMK-sentralene i Hammerfest og Kirkenes var krevende med tanke på kunnskap om optimal logistikk- og ressursutnyttelse, samt opprettholdelse og videreutvikling av kompetanse. Det tok mange år før denne kompetansen var på sammen nivå som før omorganiseringen.

### Vurdering og anbefaling for det prehospitale tilbudet

- Tilgjengeligheten til lokale ambulansetjenester vil ikke, som direkte følge av en sammenslåing, bli endret. For det prehospitale tilbudet vil en konsekvens være at det over tid må utvikles en organisasjon, som er svært spredt over et enormt geografisk område, med blant annet like standarder, prosedyrer og utstyr.
- En sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset vil få konsekvenser ved at det må brukes tid og kapasitet på en sammenslåingsprosess. En sammenslått AMK-sentral vil få landets største geografiske område. Dette er en tjeneste der lokalkunnskap er svært viktig for å kunne gi optimal og rask respons i nødsituasjoner. En kan ikke forvente at en sammenslått AMK-sentral, før etter mange år, vil kunne tilegne seg et slikt kunnskapsnivå.

*Prosjektgruppen anser at tilgjengeligheten til tjenester lokalt vil opprettholdes, men frykter redusert kompetanse under omorganiseringen. Sammenslåingsprosessen vil kreve kapasitet hos fagpersonell og ledere, noe som vil redusere oppmerksomheten omkring det faglige innhold i tjenestene.*

## 6.11 Samhandling med kommunene

Formålet med dette temaet er å vurdere hvordan samhandlingen med kommunene vil bli påvirket av en sammenslåing av de to helseforetakene.

De aller fleste pasienter behandles utelukkende i primærhelsetjenesten. De pasientene som trenger spesialisthelsetjenester, følges i stor grad også opp i primærhelsetjenesten. Samhandlingen med kommunene er en viktig forutsetning for at helseforetakene skal kunne utføre gode tjenester overfor befolkningen. For å lykkes med dette, må det finnes omforente rutiner mellom helsetjenestenivåene.

Samhandlingen med kommunene foregår i prinsippet på tre nivå. Det strategiske ansvar ligger på lederen i kommunen og helseforetaket. På mellomledernivå vil mye av arbeidet dreie seg om rutiner og systemer for samhandling. På fagpersonellnivå handler det om konkret behandling og samhandling omkring enkeltpasienter. Det handler om å levere best mulig helsetjenester nært der pasienten bor. Dette inkluderer både prehospitale tjenester, lokalsykehusene og lokale aktører som fastlege, kommunehelsetjenester, pleie- og omsorgstjenester. I et slikt nettverk av samarbeid er det, i tillegg til faglighet, lokal kunnskap og relasjoner som i stor grad er med på å gi kvalitet i pasientbehandlingen, og som skal sikre at hele pasientens sammensatte behov sees og håndteres helhetlig.

En god og likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester sikres blant annet ved at samarbeidet mellom sykehus og kommuner er standardisert og forutsigbart, og der begge sider kjenner sitt eget ansvar og vet hva man kan forvente av den andre parten.

### OMFANG

I dag samarbeider FIN og UNN med henholdsvis 19 og 30 kommuner hver, noe som vil bety 49 ulike kommuner og samarbeidsavtaler for et sammenslått helseforetak. Oppgavene med samhandling på de høyeste organisatoriske nivåene, er i noen grad uavhengig av antall aktører, men handler ofte om relasjoner og kontakt med den enkelte aktør i tillegg til samarbeid i felles fora. Det er ofte behov for ulikt innhold i ulike avtaler. Et sammenslått helseforetak vil bli en enda større aktør og medspiller. Antall ulike samarbeidsavtaler og relasjoner som skal følges opp, vil fremtvinge behov for bruk av mer lederkapasitet, ikke minst på øverste nivå. Utfordringen med standardisering av måten det samhandles på vil også øke fordi en samhandler med kommuner som er egne juridiske enheter og som skal ivareta ulike lokale forhold i et stort geografisk område.

Samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten oppleves i dag fra begge sider som godt på det operative nivået når det samarbeides om enkeltpasienter (se kapittel 6.8). Det er mer varierende erfaring på det overordnede og strategiske nivået. Evalueringen av driftslederfunksjonen i UNN Harstad og UNN Narvik har vist at kommunene rundt disse to sykehusene opplever samhandlingen med sykehusene som betydelig bedre etter at driftslederne kom. Det er tydelig at lokal ledelse og en tett dialog har betydning. Det oppleves enklere og raskere å komme i kontakt med sykehuset. Det er allerede strukturer på plass for å tilrettelegge for dialog rundt samarbeide. Det skjer i overordnede samarbeidsorganer (OSO) ved begge helseforetakene. OSOene har som formål å legge til rette for gode og sammenhengende pasientprosesser.

### STRATEGISK OG OVERORDNET SAMARBEID

Begge helseforetakene opplever at samhandlingsarenaen OSO fungerer godt. FIN hadde tidligere noe lav deltakelse fra kommunene, men etter at møtene ble via Skype, er ikke dette lenger en utfordring. En sammenslåing kan medføre at samarbeidet i større grad skjer mellom hvert lokalsykehus og kommunene i deres nedslagsfelt. Dette kan det dog bygges videre på, uavhengig av om foretaksgrensen oppheves eller ikke.

I et sammenslått FIN-UNN som samarbeidspartner vil det å etablere en god balanse mellom kommunenes og helseforetakets interesser være utfordrende. Det vil bli vanskeligere å påvirke behandlingsforløp i en mye større organisasjon. Selv om det er etablert en god organisasjon omkring samhandlingsarbeidet, er det frykt for at helseforetakets interesser vil bli dominerende. Ikke minst skyldes dette at kommunene er så forskjellige i størrelse, faglig kompetanse og dermed i behov.

Sykestuene samhandler første og fremst rent praktisk med hvert enkelt sykehus og i mindre grad overordnet med helseforetakene. Utfordringene for sykestuene gjelder hovedsakelig hvorvidt pasientene er tilstrekkelig avklart og kan motta videre behandling på en sykestue, som er avhengig av deres kompetanse- og kapasitetsnivå. Dette nivået vil variere mellom kommunene. Både FIN og UNN har opparbeidet seg oversikt over og samarbeid med sykestuene i sitt nedslagsfelt og engasjert seg i kompetansenivået disse bør ha. Dersom helseforetakene slås sammen, vil denne kunnskapen og systematikken måtte overføres. Dette for å sikre at pasientene sendes til sykestuene på et forsvarlig tidspunkt.

#### Vurdering og anbefaling for samhandling med kommunene

- En sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset ansees ikke, på kort sikt, å ha store konsekvenser for samarbeidet med kommunene om behandlingen av den enkelte pasient. Dette samarbeidet skjer i stor grad lokalt mellom hvert enkelt sykehus og kommunene i deres opptaksområde.
- Partene har etablerte strategiske samarbeidsfora som vil bli videreført ved en sammenslåing, men det kan være at organiseringen av dem vil revurderes uten at det bør ha en betydning for det samarbeidet som allerede eksisterer. Det sammenslåtte helseforetaket vil bli mye større i forhold til kommunene, samtidig vil antall kommuner helseforetaket skal forholde seg til blir tilnærmet uhåndterbart. Det innebærer en risiko for det fremtidige samarbeidet der helseforetaket har behov for et mer strømlinjet samarbeid, mens hver enkelt kommune trenger at behov blir sett og hensyntatt.
- Det er også en stor risiko for at samarbeid mellom helseforetaket og kommunene vil kunne måtte bli nedprioritert i en sammenslåingsperiode. Dette vil særlig gjelde videre utvikling av samarbeidet som skal komme befolkningen til gode fordi fokuset fra helseforetakets side vil måtte være å inngå nye samarbeidsavtaler.

*Prosjektgruppen anser at konsekvensene for det overordnede samarbeidet med kommunene vil bli negativt påvirket av en sammenslåing.*

## 6.12 Foretaksgruppen i Helse Nord

Formålet med dette temaet er å belyse hvilke effekter en sammenslåing til ett helseforetak vil kunne ha på resten av foretaksgruppen i Helse Nord.

Utover den direkte effekten en sammenslåing har på foretakene UNN og FIN, har den også en indirekte effekt på de øvrige helseforetakene i Helse Nord - Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset, og Helse Nord RHF, samt Sykehusapoteket Nord og Helse Nord IKT. Konsekvenser og vurderinger vedrørende de to sistnevnte er omtalt i kapittel 7.1 og 7.2.

Ledelsen i helseforetakene i Helse Nord har drøftet mulige konsekvenser for rekruttering og stabilisering av fagmiljø, faglig utvikling, UNNs rolle som region- og universitetssykehus, lokalsykehusfunksjonen og balansen mellom foretakene i regionen. En sammenslåing kan ha negative konsekvenser for UNNs rolle som region- og universitetssykehus fordi lokalsykehusansvaret vil ta en enda større plass enn det allerede gjør i dag. Dette kan påvirke de øvrige helseforetakene i regionen ved at UNN får mindre tid og ressurser til å jobbe med fagutvikling og forskning som hele regionen vil dra nytte av.

Det vil også bli en ubalanse i foretaksstørrelse i regionen, med UNN som et enda mer dominerende helseforetak. Om dette utløser en diskusjon om resten av organisering i Helse Nord er det vanskelig å ha noen sikker mening om.

#### Vurdering og anbefaling for foretaksgruppen i Helse Nord

- Det er enighet i foretaksgruppen om at dersom UNN Tromsø må bruke enda større ressurser på ledelse og drift av lokalsykehusfunksjoner vil dette kunne gå utover ivaretagelsen av det regionale ansvaret. Som nevnt tidligere vil utdanning og spesialisering av helsepersonell sannsynligvis påvirkes lite ved en sammenslåing.



## 7. Andre relevante forhold/problemstillinger

Dette kapitlet oppsummerer innspill prosjektet har innhentet fra andre aktører Finnmarkssykehuset og UNN samarbeider med, og som ett nytt sammenslått helseforetak fortsatt skal samarbeide med. Det være seg både fordeler og ulemper aktørene ser for seg selv, og for et sammenslått nytt helseforetak. Dagens samarbeid mellom de ulike aktørene og hvert av helseforetakene, er beskrevet i kapittel 3.4.

I kapittel 7.5 oppsummeres samarbeidet med regionale myndigheter som fylkesmannen og fylkeslegen. Dette er skrevet av prosjektledelsen og kvalitetssikret av Fylkesmannen i Troms og Finnmark.

I kapittel 7.6 er det gjort en vurdering av hva en sammenslåing vil bety, rent praktisk, for IKT-systemene og anslagsvis hva det vil koste å gjøre tilpasninger i dem. Til slutt, i kapittel 7.7, presenteres økonomiske og juridiske konsekvenser en sammenslåing kan få.

Prosjektgruppens egne erfaringer og meninger er ikke inkludert i dette kapitlet.

### 7.1 Sykehusapotek Nord HF

Som en tjenesteleverandør til helseforetakene som driver pasientbehandling, opplever SANO flere utfordringer for å få til en helhetlig legemiddelstrategi i helseregionen. Helseforetakene har forskjellige lokale behov og det gjøres ulike prioriteringer som medfører at omfanget og innholdet i samarbeidsavtalene med SANO varierer betydelig. Ledelsen i SANO må kontinuerlig balansere Helse Nord RHF's krav til sykehusapotekets virksomhet og helseforetakenes vilje til å legge til rette for et helhetlig samarbeid på sykehusfarmasiområdet.

Samarbeidsavtalestrukturen medfører en utfordring for å oppnå et godt inntektsgrunnlag for SANO. Inntektene er basert på salg av varer og tjenester. Jo større overskudd SANO klarer å oppnå, jo mer midler kan kanaliseres tilbake til Helse Nord som grunnlag for investeringer og fag- og tjenesteutvikling innenfor både sykehus og sykehusfarmasien. En forbedring på overnevnte punkter, vil ikke bli påvirket av en endret foretaksstruktur i Helse Nord, fordi utfordringene ligger på regionalt nivå.

SANOs kjernevirksomhet skjer først og fremst på sykehusnivå, og ikke på helseforetaksnivå. Det er på avdelingsnivå det bestilles og leveres legemidler. Det er der pasientene og helsepersonellet som trenger farmasifaglige råd og veiledning er. I tillegg er det i sykehusenes vestibuler at apotekutsalget ligger. Helseforetaksnivået derimot har det strategiske ansvaret, og det er der avtalene inngås og rammebetingelsene for samarbeidet mellom apotekhelseforetaket og sykehushelseforetaket fastsettes.

En fordel for SANO med en sammenslåing vil således være at det inngås én samarbeidsavtale i stedet for to. Dette vil forenkle avtaleforvaltningen ved at det kun blir ett kontaktpunkt inn. Videre vil dette bidra til harmonisering i tjenesteleveransene ved at det kan etableres felles standarder. Én avtale vil kunne gi synergieffekter innenfor legemiddelinnkjøp, legemiddelleveranser, kliniske tjenester og legemiddelhåndtering. Slike synergier og effektivisering antas også å være en fordel og vil ha positive effekter for det nye helseforetaket.

En mulig negativ følge for SANO ved en eventuell sammenslåing vil være at det nye helseforetaket blir en svært stor virksomhet både organisatorisk og geografisk. SANO er til sammenligning en liten organisasjon, og skal levere tjenester og legemidler til hele helseforetaket, og er derfor avhengig av tett kontakt på alle nivå i helseforetaket. I dette perspektivet kan det bli en utfordring at det blir uhensiktsmessig lang vei fra det enkelte apotek til beslutningstakerne i helseforetaket.

Sykehusapotek Nord opplever i dag noen utfordringer med å måtte forholde seg til flere helseforetak. Dette må imidlertid løses regionalt, og påvirkes ikke av en sammenslåing av UNN og FIN. Det er både fordeler og ulemper for SANO hvis UNN og FIN slås sammen. Imidlertid er ulempene erfaringsmessig håndterbare og hverken fordelene eller ulempene er av avgjørende betydning. Dermed kan man se bort fra disse når beslutningen om en sammenslåing av UNN og FIN skal tas.

Sykehusapotek Nord vurderer at en sammenslåing av UNN og FIN i liten grad vil medføre en endring i samarbeidet med Sykehusapotek Nord. Samarbeidsavtalene som de to helseforetakene hver har med SANO vil bli erstattet av én avtale som vil gjelde hele det sammenslåtte helseforetaket. I det daglige og operative samarbeidet, vil det være svært liten endring, og en sammenslåing vil ikke slå ut hverken i negativ eller positiv retning.

## **7.2 Helse Nord IKT HF**

HNIKT har egne driftsavtaler med hvert av helseforetakene i Helse Nord, men fordi de er like, vil ikke en sammenslåing ha stor betydning for HNIKT. Dagens struktur og samarbeid med de fire kliniske helseforetak har gått seg godt til ved at det er bygd relasjoner mellom HNIKT og de respektive helseforetakene. Lokal kunnskap om unike problemstillinger, i hvert av helseforetakene, er dermed godt kjent. Dette sikrer som regel at HNIKT raskt kan løse feilsituasjoner som oppstår, og at ansvarsforholdene er avklarte. Lokal kunnskap er en fordel med dagens modell.

Utfordringen med flere enheter, er at den tekniske kompleksiteten er større enn ved mange enheter. Dette gjelder spesielt fordi ikke alle IKT-systemene er regional konsolidert. Fra et teknisk ståsted vil en sammenslåing av UNN og FIN medføre at systemporteføljen får noe mindre kompleksitet. De største gevinstene av en forenklet systempark er allerede hentet ut for både HNIKT, men også for UNN og FIN. Det elektroniske pasientjournalssystemet og radiologisystemet er allerede regionale installasjoner og helsepersonell har dermed tilgang til pasientinformasjon på tvers av foretaksgrensene. Det samme vil gjelde elektronisk medisinsk kurve når det er ferdig innført i Helse Nord i løpet av 2022. Dette er blitt gjort uavhengig av eksisterende helseforetaksgrenser. Se for øvrig kapittel 7.6 for HNIKTs vurderinger av hva som må gjøres med IKT-systemene ved en sammenslåing.

En mulig ulempe ved en sammenslåing av UNN og FIN, er at kunnskap om lokale forhold ikke ivaretas like godt over tid fordi organisasjonen også lokalt har en tendens til å «klumpe» seg. Ut over dette anser HNIKT ikke at en sammenslåing vil gi vesentlige fordeler eller ulemper for det tekniske området. Helse Nord IKT vurderer en sammenslåing av UNN og FIN til ikke å innebære endringer når det gjelder samarbeidet med Helse Nord IKT. Eksisterende avtaler er like og en sammenslåing vil derfor heller ikke innebære særlig besparelser for HNIKT.

## **7.3 Sykehusinnkjøp HF**

For Sykehusinnkjøp betyr en sammenslåing av UNN og FIN mer effektivt bruk av ressurser ved at det blir færre møtepunkter for å ivareta strategisk, taktisk og operativt samarbeid. Samtidig blir det en styringslinje mindre å forholde seg til, som vil effektivisere forankringsarbeid av hensyn til standardisering og samordning, samt planprosesser, anskaffelser og avtaleforvaltning. Det vil også gi økt mulighet for samordning og gevinster, spesielt innenfor investeringsprosjekter.

Sykehusinnkjøp ser ikke definert noen umiddelbare ulemper ved at UNN og FIN slås sammen. Sykehusinnkjøp vurderer en sammenslåing av UNN og FIN, til å være en fordel for Sykehusinnkjøp som vil ha ett helseforetak mindre å forholde seg til.

## **7.4 Pasientreiser HF**

En sammenslåing av UNN og FIN anses ikke å ha en påvirkning i samarbeidet med Pasientreiser.

## **7.5 Regionale myndigheter og fylkesmann/fylkeslege**

Fylkeskommunene som regionale myndigheter, er en samarbeidspart både for regionale helseforetak og helseforetakene. Samarbeidet foregår i all hovedsak på styre- og administrerende direktør nivå. Fra 1. januar 2020 etableres nye Troms og Finnmark fylkeskommune når sammenslåingen av Troms fylkeskommune og Finnmark fylkeskommune gjennomføres.

En sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset vil gi like strukturer med ansvar for de samme geografiske områdene. En sammenslåing vil innebære at samarbeidet foregår mellom to aktører og slik blir dette enkelt å gjennomføre og kreve lite ressurser.

Troms og Finnmarks fylkesmannsembete med fylkeslegene som representant for Statens helsetilsyn dekker begge fylkene. Kontakten mellom fylkesmann/fylkeslege er i hovedsak konsentrert rundt følgende tre hovedområder:

- Tilsynssaker (behandling av saker knyttet til enkelthendelser/enkeltpersoner), og saker som omhandler enheter/ systemer på ulike nivå.
- Systemtilsyn, her gjennomføres det tilsyn på områder lokalt eller nasjonalt.
- Tilsynsmøte, årlig kontaktmøte mellom Fylkesmann og foretaksledelse.
- Rettighetsklager (retting og sletting i journal, rett til behandling, pasientreiseklager)

I arbeidet med enkeltsaker vil mye av arbeidet måtte gjøres på samme måten, og kreve like mye ressurser, enten det er ett eller to helseforetak. Læring, for en større organisasjon, som oppfølging av resultat fra tilsynssaker skal i prinsippet bli enklere dersom det er ett helseforetak.

Systemtilsyn, vil i et sammenslått helseforetak, gjennomføres på samme måte som nå. Det bør ligge til rette for at det vil være enklere å skape læring i hele organisasjonen ved at det er ett helseforetak. Det årlige tilsynsmøtet vil bli redusert til ett i stedet for to møter, og slik sett innebære en forenkling.

## 7.6 IKT-systemlandskapet

Helse Nord IKT har på bestilling av prosjektet gjort en overordnet vurdering av hva en sammenslåing vil bety rent teknisk. En sammenslåing av UNN og FIN, vil innebære endringer i dagens infrastruktur og basistjenester, og IKT-tjenester.

For infrastruktur og basistjenester vil en sammenslåing medføre behov for å endre nettverksstrukturen, blant annet ved at abonnementstjenester, brannmuroppsett og domener må gjennomgås. I tillegg må brukerkontoer og epostadresser oppdateres, mens gammel informasjon må slettes.

For IKT-tjenester vil tjenester for administrasjon, elektronisk pasientjournal (PAS/ EPJ), bildediagnostikk (RIS/PACS), laboratorium (LAB) og datavarehus bli berørt av en sammenslåing. På administrativ side må det lages ny organisasjon med nytt innhold i klinikker og avdelinger, slik man gjorde da UNN og Hålogalandssykehusets sykehus i Narvik og Harstad ble fusjonert. Sannsynligvis vil dette gjelde systemer som bemanningsplanleggingssystemet (GAT), Personalportalen (PAGA), Elements, DOCMAP, Clockwork, Datavarehus og Agresso. I tillegg må selve brukerhåndteringen i AD endres så den reflekterer ny struktur. Outlook, Skype og maler knyttet til MSOffice produkter må også endres.

På klinisk side er det de største systemene som krever mest arbeid. Helse Nord har allerede felles installasjoner for sine største kliniske systemer, PAS/EPJ DIPS og RIS/PACS Sectra. Dette var en del av Helse Nord's FIKS-program der det ble innført felles kliniske systemer ved helseforetakene i Nord-Norge innen fagområdene elektronisk pasientjournal, laboratorium, radiologi, patologi og elektronisk rekvirering av laboratorietjenester for legekantorene i Nord-Norge.

I DIPS vil omleggingen i stor grad tilsvare det arbeidet som ble gjort i HOS-prosjektets trinn II. I dette prosjektet ble alle EPJ-databasene i Helse Nord samlet i én felles database, og for innbyggerne i Helse Nord *ble én innbygger - én journal i nord* en realitet på spesialisthelsetjenestenivå. Den store gevinsten ved at pasientjournaldata blir tilgjengelig på tvers av helseforetaksgrensene er allerede hentet ut i Helse Nord.

Ved en sammenslåing av UNN og FIN, vil det være nødvendig å tilpasse organisasjons-, journal- og arbeidsflytstrukturen i DIPS i det nye sammenslåtte helseforetaket. Dette innebærer å opprette nye organisatoriske enheter og legge ned gamle, flytte journaldokumenter og endre hvilke «postkasser» henvisninger og andre elektroniske meldinger skal gå til. I tillegg må en rekke kodeverk, inkludert laboratorieanalysekodeverket, gjennomgås og tilpasses. Til slutt må nye brukertilganger settes opp. I Sectra må det settes opp en ny organisasjon for at arbeidsflyt og henvisninger skal gå riktig. Omfanget av endringer her er avhengig av endringene som gjøres i DIPS.

Etterfølgeren til FIKS-programmet, er det pågående FRESK-programmet. Her videreføres Helse Nord's visjon *én journal i nord*, ved at blant annet at DIPS Arena og elektronisk kurve og medikasjon (MetaVision) skal innføres. Begge disse prosjektene vil bli påvirket av en sammenslåing av UNN og

FIN. I MetaVision må organisasjonsoppsettet settes opp og leses inn på nytt. Og sannsynligvis må innføringen planlegges på nytt slik at den nye foretaksstrukturen hensynstas.

HNIKT har ikke gjort økonomiske vurderinger av de endringer som må gjøres, men anslår at en utredning om sammenslåing og konsolidering vil ligge i størrelsesorden 5-10 millioner kroner. FRESK-programmet har i tillegg anslått sammenslåingen av de kliniske systemene til å koste mellom 25-50 millioner kroner.

## 7.7 Økonomiske og juridiske vurderinger

På kort og mellomlang sikt vurderes det som mest sannsynlig at kostnadene vil øke ved en sammenslåing. Det skyldes både kostnader i selve sammenslåingsprosessen, det organisasjons- og ledelsesarbeidet som må gjøres i å utvikle organisasjonen i en mellomlang tidsfase, og kostnader på IKT-siden som forberedelse til sammenslåingen. Som nevnt i forrige kapittel er bare IKT-kostnadene anslått til å være cirka 50 millioner kroner. Erfaringene fra overføringene av Kongsvinger sykehus fra Sykehuset Innlandet HF til Akershus universitetssykehus HF, kan gi en pekepinn på hvor mye det vil koste å gjennomføre selve sammenslåingen.

Utredningen har basert seg på at pasientgrunnlaget og pasientstrømmene blir de samme, noe som betyr at netto innteksstrømmer forblir uendret. På kostnadssiden må det forventes et større fokus på reisekostnadene og mulighetene for å redusere disse ved en ytterligere desentralisering av tjenestene. Dette kan løses med mer ambulering eller bruk av avstandsreduserende teknologi som begge har sine kostnader.

Det kliniske arbeidet må forventes å foregå som i dag. Kostnader til ledelsesutøvelse og stab vil i stor grad avhenge av hvordan disse funksjonene organiseres etter en eventuell sammenslåing. Det er mulig å se for seg både kostnadsøkende og kostnadsreduserende løsninger.

Prosjektgruppens samlede vurdering er at en sammenslåing vil gi økte kostnader på kort og mellomlang sikt, og at det er usikkerhet når det gjelder de langsiktige økonomiske effektene. I tillegg til økonomiske kostnader, vil det være nødvendig å gjennomgå alle juridiske avtaler som finnes i begge helseforetakene og som må endres og inngås på nytt for den nye juridisk enheten.

## 8. Mulige risikoreduserende tiltak

Den samlede prosjektgruppen har identifisert fire områder som den mener i særlig grad vil bli berørt av en sammenslåing av UNN og Finnmarkssykehuset. Det er region- og universitetssykehusfunksjonen, ledelse og organisasjon, samhandling med kommunene og pågående gjennomføringsprosjekter.

En gruppe bestående enkelte medlemmer av prosjektet har jobbet frem risikoreduserende tiltak for disse områdene. Det henvises til vedlegg 1, for å se en oversikt over de risikoreduserende tiltak som er identifisert for hvert av de fire områdene.

## 9. Vedlegg

- Vedlegg 1 - [Risikoreduserende tiltak for utvalgte områder ved sammenslåing UNN-FIN](#)
- Vedlegg 2 - [Notat internasjonal litteratur – Helseøkonomisk analyse AS](#)
- Vedlegg 3 - [Forbruk og pasientstrømmer ved akutte innleggelser](#)
- Vedlegg 4 - [Notat funksjonsdeling i Helse Nord](#)
- Vedlegg 5 - [Notat konsekvenser HNIKT ved sammenslåing UNN-FIN](#)
- Vedlegg 6 - [Notat konsekvenser SANO ved sammenslåing UNN-FIN](#)
- Vedlegg 7 - [Notat konsekvenser Sykehusinnkjøp ved sammenslåing UNN-FIN](#)

## 10. Referanser

### **I. Helse Nord, FIN og UNN – strategiske dokumenter:**

1. [Oppdragsdokumenter 2019 \(Fra HOD -> HN RHF og HN RHF -> HFene\)](#)
2. [Utviklingsplaner](#)
  - a. [Helse Nord RHF 2035](#)
  - b. [Finnmarkssykehuset HF 2015-2030](#)
  - c. [Universitetssykehuset Nord-Norge HF 2015-2025](#)
3. [Helse Nord RHF - Økonomisk langtidsplan](#)
4. [Strategi for forskning og innovasjon i Helse Nord 2016 - 2020](#)

### **II. M&A (Sammenslåing) - faglitteratur, Ph.D. oppgave:**

5. [Competing logics in hospital mergers](#) – Karolinska University Hospital – Soki Choi (2011)
6. [Advancing the research mission in a time of M&A](#) – Hauptman, Bookman og Heinig (2017)
7. [Evaluering av omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst](#) – SINTEF (2018)

### **III. Fjern- og stedlig ledelse, LUO UNN – faglitteratur og evalueringer:**

8. [Fjernledelse er ikke for pingler](#) – Laupstad og Kirkerud (2018)
9. [Fjernledelse i sykehus](#) – Vie, Tollåli, Sæther og Smedhus (2009)
10. [Fjernledelse – betyr lederadferd mer enn geografisk avstand?](#) – Hegghammer (2009)
11. [Evaluering LUO ved UNN](#) –Oxford Research AS (2012)
12. [Evaluering av driftslederfunksjonen ved UNN-Harstad og UNN-Narvik](#) – s. 69 (2019)
13. [Dagens organisering av UNN HF og ivaretagelse av stedlig ledelse](#) (2017)

### **IV. Helsetjenester til den samiske befolkningen:**

14. [Samarbeidsavtale mellom Sametinget og Helse Nord RHF](#) – Styresak 22-2018 Helse Nord RHF
15. [Utredning og anbefalinger om innhold og organisering av spesialisthelsetjeneste – tilbud samisk helsepark](#) – Siv Kvernmo (2013)
16. [Overordnet organisering av samiske helsetjenester i FIN HF](#) – Styresak 31/2019 Finnmarkssykehuset
17. [NOU Hjertespråket – forslag til lovverk, tiltak og ordninger for samiske språk](#)
18. [Overordnet organisering av spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen i Norge](#) – Kalstad (2016)

### **V. Universitetssykehusfunksjonen – faglitteratur og evalueringer**

19. [Are teaching hospitals worth it?](#) – Khullar (2019)
20. [Academic medical centers – too large for their own health?](#) – Johnston (2019)

### **VI. Nasjonale kvalitetsindikatorer**

21. [Kreftpakkeforløp](#) - regionale og nasjonale resultater
22. [Psykisk helsevern for voksne, gjennomsnittlig ventetid](#) - regionale og nasjonale resultater
23. [Psykisk helsevern for barn, gjennomsnittlig ventetid](#) - regionale og nasjonale resultater

### **VII. Artikler i media:**

24. [Større sykehus gagnar ikke pasienten](#) - Torgeir Brun Wyller og Oluf D. Røe, NRK
25. [Helseministeren: Det er besluttet at Finnmarkssykehuset skal ligge under UNN](#) - Dagens Medisin
26. [Utslettelsen av et helseforetak](#) - Britt Larsen Mehmi, Faslegen.no
27. [Viktig med dialog om sammenslåingen](#) - Bent Høie, Fastlegen.no
28. [En evidensbasert fusjon?](#) – Kjekshus (2011), Tidsskriftet den norske legeforening
29. [Tour de Finnmark](#) – Overlegen #2 2019, s. 42-44
30. [Kulturelt tilpasset helsehjelp ved SANKS, avdeling barn og unge](#) – Overlegen #2 2019, s. 46-47