

Møtedato: 23. november 2022  
Vår ref.:  
2021/1626

Saksbehandler:  
Mietinen/Sund

Dato:  
12.11.2022

## Styresak 167-2022

## Strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022-2026

### Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar *strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022-2026*.
2. Styret ber administrerende direktør innarbeide *strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022-2026* i Oppdragsdokument 2023.
3. Vurdering av nødvendig intensivkapasitet ved Kirkenes sykehus tilligger styret i Finnmarkssykehuset å prioritere innenfor helseforetakets rammer.

Bodø, 12. november 2022

Hilde Rolandsen  
fung. administrerende direktør

## **Formål**

Styret bes behandle og godkjenne *strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022–2026*. Strategien viser muligheter og konkrete tiltak som kan bidra til tilstrekkelig intensivkapasitet og en bærekraftig utvikling i årene fremover.

### *Sammenheng med strategi og grunnleggende verdier*

*Strategi for intensivmedisin i Helse Nord* er en delstrategi til Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024<sup>1</sup>. Den viser til mulige innsatsområder og tiltak for å sikre intensivavdelingene bedre kapasitet, heve kompetansen, bygge beredskap og kompensere for sårbarhet. Godt *lagspill* mellom helseforetakene og god utnyttelse av regionens samlede ressurser og kompetanse sikrer *kvalitet* og bærekraft i helsetjenesten og skaper *trygghet* for befolkningen. Samtidig skal vi ha *respekt* for pasienter og pårørende og for kompetansen til de ansatte i tjenesten.

## **Beslutningsgrunnlag**

Styresaken gjengir ikke alle de foreslåtte tiltakene, men belyser viktige utfordringer. Det vises til selve strategien (vedlegg 1) for en samlet oversikt over tiltak,

## **Bakgrunn**

Styret i Helse Nord RHF fikk i *styresak 175-2021 Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF – mandat* (styremøte 15. desember 2021) orientering om mandatet og planen for organisering av arbeidet. Styret fattet følgende vedtak:

1. *Styret i Helse Nord RHF tar mandat for Strategi for intensivmedisin i Helse Nord og informasjon om planlagt organisering av arbeidet med strategien til orientering.*
2. *Sluttrapport fra arbeidet legges fram for styret i Helse Nord RHF i juni 2022.*

I *styresak 75-2022 Orienteringssaker - muntlig informasjon fra administrerende direktør* (styremøte 25. mai 2022) ble det informert om at styrebehandlingen av saken utsettes til styremøte 28. september 2022, grunnet vurdering av behov for ekstern høring i forkant av styrebehandlingen, samt at resultat av felles arbeid mellom de fire regionale helseforetakene på intensivområdet ble utsatt fra mars til mai. Da styringsgruppen for Helse Nord's intensivstrategi behandlet rapporten i september, ønsket styringsgruppen nye presiseringer og en ny gjennomgang av intensivkapasiteten, noesom medførte en ytterligere forsinkelse på to måneder (ref. *styresak 130-2022 Orienteringssaker - muntlig informasjon fra administrerende direktør* (styremøte 28. september 2022)).

## **Definisjon av intensivkategori og kapasitet**

Strategien erstatter Helse Nord's handlingsplan for intensivmedisin fra 2008. I henhold til handlingsplanen har intensivavdelingene i regionen frem til nå vært delt i tre nivåer med beskrevet innhold, kompetanse og tjenestetilbud. Etter det felles arbeidet mellom de fire regionale helseforetakene, beskrevet i *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet*<sup>2</sup>, er det etablert en ny metode for beregning av kapasitet. Endret praksis innebærer at tidligere nivåinndeling ikke lenger er aktuell.

---

<sup>1</sup> <https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024>

<sup>2</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rapporter-om-intensivkapasitet/id2920149/>

Den interregionale rapporten viser hvordan intensivkapasitet skal beregnes og mulige tiltak som kan iverksettes for å øke beredskap og kapasitet. Rapporten deler intensivsenger i sykehus inn i sengekategorier, hvor behovet til pasient, behov for bemanning/kompetanse og tilgang til utstyr avgjør kategori.

- **Sengekategori 3 (intensivsenng):**  
Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning til fullverdig intensivmedisinsk behandling inkludert sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og annen nødvendig organstøttende behandling. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutt hjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365).
- **Sengekategori 2 (overvåkingsseng):**  
Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av to organ. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutt hjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365).
- **Sengekategori 1 (forsterket observasjonsseng):**  
Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av ett organ.

Intensivkapasitet beregnes gjennom avdelingenes evne til å drifte sengekategori 3 og 2 i en normal driftssituasjon og med mulighet til å øke kapasiteten i en beredskapssituasjon. Den siste kartleggingen gjort i oktober 2022 viser at intensivenehetene i sykehusene i Helse Nord ved normal drift i dag har en samlet kapasitet på 22 og 27 senger innen henholdsvis kategori 3 og 2.

Vi har per i dag ikke oversikt over sengetall fra de andre regionene som er basert på den nye metoden for å beregne intensivkapasitet. Det fremgår av årsrapport fra Norsk intensiv- og pandemiregister for 2021 at intensivkapasitet basert på utstyr og bemanning per 100 000 innbygger i Helse Nord er høyere enn i landet for øvrig.

### ***Intensivmedisinsk kompetanse i fremtiden***

Redusert tilgang på helsepersonell kombinert med den demografiske utviklingen gir utfordringer for helsetjenesten fremover, også for det intensivmedisinske området. Det er nødvendig å tilby en form for intensivmedisinsk behandling ved mange lokasjoner på grunn av geografien i vår region, selv om befolkningsgrunnlaget er lavt. Dette gir utfordringer knyttet til tilgang på personell og vedlikehold av kompetanse. Flere trender peker i retning av at utviklingen med hensyn til personell og befolkning vil fortsette, noe som betinger endringer i måten arbeidet organiseres på.

Det vil være behov for økt bruk av oppgavedeling ved hjelp av annet personell, og utnyttelse av teknologiske fremskritt. Kompetansehevede tiltak må struktureres bedre, både for å ivareta dagens intensivsykepleiere og for å sette offentlig godkjente sykepleiere i stand til å ivareta intensivpasientene. Intensivavdelingene i regionen må i enda større grad samarbeide om faglige vurderinger og kompetansehevede tiltak. Resultater fra kvalitetsregisteret skal brukes i forbedringsarbeid, og kvaliteten på dataene som leveres må bedres.

Luftambulansetjenesten har de senere år fått økt sin kapasitet i vår region betydelig, og er dimensjonert slik at pasienter kan overføres mellom intensivenehetene når det er

behov for det. Værforhold eller andre årsaker kan i noen tilfeller medføre at intensivpasienter må vente noe på transport. Det er derfor nødvendig at det opprettholdes tilstrekkelig intensivkapasitet ved våre lokalsykehus.

Kommunehelsetjenesten utgjør en viktig del av den helhetlige kapasiteten i helsetjenesten. Strategien redegjør for at det er hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten, ved moderavdeling, samarbeider med kommunen, slik at nødvendige avklaringer rundt pasienter som mottar avansert hjemmebehandling og skrøpelige eldre pasienter på institusjon er utført før en akutt hendelse som krever intensivbehandling inntreffer.

### ***Økt intensivkapasitet gjennom intermediærsenger***

I tråd med koronakommisjonens anbefalinger omtaler også strategien et behov for å øke intermediær grunnkapasitet (sengekategori 2) ved intensivavdelingene i Tromsø og Bodø. Ved å øke intermediærkapasiteten vil man kunne legge til rette for en mer dynamisk bruk av kapasiteten og hindre overbehandling eller suboptimal behandling. Nordlandssykehuset har allerede omtalt et behov for å øke intermediærkapasiteten i sin strategiske utviklingsplan, og UNN har gjennom arbeidet med intensivstrategien identifisert tilsvarende behov.

### ***Anmodningsvedtak om Kirkenes sykehus***

I foretaksmøtet mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF 10. juni 2020<sup>3</sup> punkt 8.2.2 viste foretaksmøtet til at Stortinget gjorde et anmodningsvedtak ved behandling av *Nasjonal helse- og sykehusplan* som omhandlet intensivvirksomhet ved Finnmarkssykehuset. Foretaksmøtet viste videre til Helse Nord's beslutning fra 2008 om at sykehuset skulle nedjustere intensivvirksomheten i praksis ikke har blitt gjennomført på grunn av avstand og klimatiske forhold. Stortinget anmodet om å definere sykehuset i Kirkenes som intensivvirksomhet nivå 2 (etter daværende handlingsplan). Anmodningsvedtaket ble fulgt opp gjennom et prosjektarbeid i Helse Nord og fremlagt i *styresak 154-2020 Intensiv Finnmarkssykehuset – delutredning* (styremøte 25. november 2020). I styresaken ble det vist til tiltak for å gjøre fagmiljøet ved Kirkenes sykehus mer robust.

Arbeidet med denne strategien har vist at flere av problemstillingene i Kirkenes er sammenfallende for øvrige intensivenheter i regionen.

### ***Strategiens oppbygning***

Strategien har to hoveddeler, der de foreslåtte strategiske grepene presenteres i del én. For å tydeliggjøre at dette er en delstrategi til Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024, er tiltakene samlet under de samme fem innsatsområdene:

- Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
- Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
- Vi forbedrer gjennom samarbeid
- Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
- Vi er forberedt

---

<sup>3</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/e55bd3bd515143f69b77308781869b65/protokollforetaksmote-10.-juni-2020-helse-nord-rhf.pdf>

Nasjonale og regionale rammer som legger føringer for intensivområdet presenteres i kapittel 2 og 3. Utredningen som ligger til grunn for den anbefalte strategien beskrives i kapittel 4, og her presenteres status, utviklingstrekk og utfordringer. Omtalen er basert på tidligere utredninger, foreliggende statistikk, data fra Norsk intensiv- og pandemiregister og innspill som kom i møtene med ansatte i sykehusene.

### **Høringsinnspill**

Utkast til strategi har vært ute på åpen høring fra 4. juli til 1. september 2022.

Høringsinnspill ble lagt ut på Helse Nords internettside fortløpende<sup>4</sup>.

Det er totalt mottatt ti høringsinnspill. Ingen kommuner har gitt høringsinnspill. Flere helseforetak har gjort en stor jobb med å kartlegge og reflektere rundt egen intensivvirksomhet, og det ligger godt til rette for å bruke disse innspillene videre i det interne arbeidet i det enkelte helseforetak.

Tiltakene i strategien støttes av flere hørings svar. UNN er positive til at det utvikles en strategi for intensivmedisin i Helse Nord. Legeforeningen oppfatter at det er gjort et godt og grundig arbeid med involvering fra fagmiljøene i prosessen. Anbefalingen om å øke intermediærkapasitet (sengekategori 2) støttes av flere.

Noen av høringsinnspillene viser til at tiltakene har en overordnet og generell karakter. Det er derfor behov for å gjøre oppmerksom på at dette er en RHF-strategi, og at den videre detaljeringen må utarbeides av helseforetakene selv ved implementering av føringene i strategien. Norsk sykepleierforbund etterlyser også en konkret beskrivelse av hvordan Helse Nord vil følge opp og sikre implementering av strategien.

Noen av høringsinnspillene anfører at utfordringer knyttet til rekruttering og kompetanse for legene er forholdsvis lite omtalt. Vedlagte utkast til strategi er nå noe oppdatert sammenlignet med høringsutkastet.

Flere stiller spørsmål ved kvaliteten på tallene som innrapporteres til Norsk intensiv- og pandemiregister. Særlig er dette knyttet til aktivitetstall i form av blant annet antall intensivopphold. Norsk anestesilogisk forening redegjør blant annet for at mindre enheter tradisjonelt vil levere tall som tilsier for høy aktivitet, mens større sykehus rapporterer relativt færre pasienter.

Forslaget i strategien om økt grad av oppgavedeling for å kunne utnytte begrensningen i tilgang på intensivsykepleiere støttes av flere, men det understrekes at dette ikke må medføre reduksjon i spisskompetanse. Norsk sykepleierforbund uttrykker bekymring for grunnbemanning, belastning på intensivsykepleiere og lekkasje av intensivsykepleiere.

Den norske legeforening savner en diskusjon om hvor desentralisert intensivfunksjonen i regionen må være og hvilken standard den må ha for å ha en rolle i regionens intensivberedskap.

---

<sup>4</sup> [Høring: Strategi for intensivmedisin – Helse Nord RHF \(helse-nord.no\)](https://www.helse-nord.no/horing-strategi-for-intensivmedisin)

## Medbestemmelse

*Strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022-2026* er diskutert med konserntillitsvalgte og -verneombud i to dialogmøter. Saken ble drøftet med konserntillitsvalgte og -verneombud 7. november 2022, med følgende enighetsprotokoll:

1. *Partene gir sin tilslutning til Strategi for intensivmedisin for Helse Nord RHF 2022–2026 med de innspill som kom fram under behandling av saken, herunder:*
  - a. *Gjennomgang av dokumentet i sin helhet for å forsøke å unngå bruk av begrep som kan misforstås.*
  - b. *Definisjon av personellressurser på sengekategoriene jf. den interregionale rapporten.*
  - c. *Beskrive hva helseforetakene skal legge til grunn når de utarbeider sine handlingsplaner.*
2. *Partene berømmer arbeidet som er gjort med Strategi for intensivmedisin 2022-2026.*

## Brukermedvirkning

*Strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022-2026* ble behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF den 10. november 2022. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF fattet følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF gir sin tilslutning til Strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022-2026, med følgende innspill:
  - a. Intensivmedisin i Nord-Norge handler også om ambulanskapasitet. Dette området kunne ha vært bedre utdypet i strategien. Det er viktig at tjenester sees i sammenheng og at det skrives avvik ved forsinkelser.
  - b. Strategien kunne ha omtalt gode rutiner for behandling av rusavhengige som trenger intensivmedisin.
  - c. Strategien kunne ha omtalt pårørendes rettigheter, og mulighet for pårørende å være del av pasienttransport og få pasientreiserettigheter. Det bør være egne regionale retningslinjer for dette.

## Administrerende direktørs vurdering

*Strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022–2026* gir føringer for helseforetakenes utviklingsplaner, mens *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet* fra mai 2022 gir føringer for hvordan intensivkapasiteten skal beregnes og organiseres. Det ligger til helseforetakene å gjøre en vurdering av hvordan de best kan tilby intensivbehandling til de ulike pasientgruppene innenfor helseforetakenes rammer. Tilgang på faste ansatte med riktig kompetanse, kontinuerlig fag- og systemutvikling og økonomi er viktige rammevilkår.

Intensivavdelingen ved sykehuset i Kirkenes har for tiden kapasitet ved *normal drift* til én sengeplass i kategori 3 (intensivsenge) og én sengeplass i kategori 2 (overvåkningssenge). I forslag til statsbudsjett 2023 (prop. 1 S (2022–2023)) redegjør regjeringen for at de anser at anmodningsvedtak nr. 577 av 14. mai 2020 vedrørende intensivkapasiteten ved sykehuset i Kirkenes gjennom dette er oppfylt. Denne kapasiteten innebærer en økning av bemanningen sammenlignet med bemanningen intensivavdelingen i Kirkenes hadde før Stortingets anmodningsvedtak. Oppgraderingen i Kirkenes er gjort innenfor eksisterende budsjettrammer. Finnmarkssykehuset oppgir

ved rapportering i oktober at helseforetaket må vurdere å redusere bemanning på grunn av at det ikke fulgte midler med i statsbudsjettet for å opprettholde den økte bemanningen.

Mange av intensivhetene i regionen har samdrift med flere andre funksjoner i sykehuset, noe som gjør det vanskelig å kartlegge de faktiske kostandene Helse Nord har knyttet til intensivvirksomhet isolert sett. Det er kjent at intensivmedisinsk behandling er ressurskrevende og beredskapskostnadene er høye. De foreslåtte tiltakene er tenkt å bidra til å sikre en mer bærekraftig drift. Det forutsettes at helseforetakene i stor grad kan gjøre dette innenfor eksisterende budsjetttrammer.

Helse Nord RHF vil understøtte og følge opp helseforetakenes utvikling av intensivtilbudet i styringsdialogen med helseforetakene, blant annet gjennom oppdragsdokumentet. Gjennomføringen av strategi for intensivmedisin må tilpasses foretaksgruppens til enhver tid eksisterende handlingsrom. Strategien handler i stor grad om hvordan personellressursene utnyttes og kompetansen opprettholdes. Dette må sees i sammenheng med andre strategier under utarbeidelse, som for eksempel strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK).

Administrerende direktør vil berømme stort engasjement og medvirkning fra mange aktører i prosessen med å utarbeide strategien. Det har vært bred involvering, der alle sykehusforetakene har vært representert i arbeidsgruppen. Det er arrangert innspillmøter med alle de somatiske sykehusene på Teams med stor deltakelse, og flere har benyttet muligheten til å komme med skriftlige innspill. Konserntillitsvalgt og representant fra Regionalt brukerutvalg har vært representert i arbeidsgruppen, og konserntillitsvalgt og konsernverneombud har vært representert i styringsgruppen i prosjektet. I tillegg har det kommet mange høringsinnspill i løpet av den åpne høringen.

**Vedlegg:**      Strategi for intensivmedisin i Helse Nord 2022–2026 - *utkast*

# Strategi for intensivmedisin

Helse Nord RHF 2022–2026





## Forord

Jeg har gleden av å presentere Helse Nords strategi for intensivmedisin. Pandemien har ført til ekstra stor oppmerksomhet rundt det intensivmedisinske område, og har vist at informasjonsdeling, koordinering og samordning innad i regionen er nødvendig for å oppnå målsettingen vår. Kritisk syke i Helse Nord skal ha tilgang til gode, likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn.

For å kunne sikre dette, er det helt nødvendig å se helsetjenesten i nord samlet og å kunne benytte tilgjengelig kapasitet og kompetanse. Vi er i nord helt avhengige av hverandre på tvers av helseforetak, i tillegg til at vi må samarbeide med kommuner og også med andre sektorer. Et slikt samlet utviklingsperspektiv vil ligge til grunn for det meste av utvikling og forbedring av helsetjenestene i vår del av landet.

Strategi for intensivmedisin 2022–2026 blir førende for helseforetakenes utvikling av tjenesteområdet, og skal bidra til en bærekraftig utvikling og kontinuerlig forbedring.

Intensivbehandling gis til pasienter med de mest komplekse sykdomsbildene, noe som medfører høye krav til tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlingen og til organisering og ledelse av virksomheten. På grunn av store avstander i regionen er det behov for en desentralisert struktur. Det er utfordrende å drifte mange lokasjoner med små fagmiljø, både med hensyn til vedlikehold av kompetanse, tilgang til helsepersonell og økonomi.

De strategiske grepene som skisseres i strategien er aktuelle tiltak som vil avhjelpe disse utfordringene. Vi skal bidra til tettere samarbeid mellom sykehusene våre, utveksling av kompetanse, oppgavedeling, økt bruk av registerdata, økt bruk av teknologi og involvering av pasienter og pårørende.

Arbeidet med intensivstrategien har medført stort engasjement i hele foretaksgruppen, både fra helsepersonell, tillitsvalgte, verneombud og brukerrepresentanter. Jeg vil takke alle som har bidratt til arbeidet med denne strategien.

Bodø, XX. november 2022

Hilde Rolandsen  
fungerende adm. direktør  
Helse Nord RHF

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Ordliste/forkortelse</b> .....	<b>4</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>Prioriterte strategiske innsatsområder for intensivmedisin i Helse Nord</b> .....	<b>7</b>
<b>Utredning</b> .....	<b>15</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 Avgrensning</b> .....	<b>15</b>
<b>1.2 Bakgrunn</b> .....	<b>16</b>
1.2.1 Organisering av arbeidet.....	16
<b>2. Nasjonale mål og rammer</b> .....	<b>18</b>
<b>2.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023</b> .....	<b>18</b>
<b>2.2 Interregionale utredninger</b> .....	<b>18</b>
<b>2.3 Lover, forskrifter, retningslinjer og utredninger</b> .....	<b>19</b>
<b>2.4 Nærmere om enkelte bestemmelser og krav i lov og forskrift</b> .....	<b>20</b>
<b>3. Regionale mål og rammer</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1 Regional utviklingsplan 2035</b> .....	<b>21</b>
<b>3.2 Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024</b> .....	<b>21</b>
3.2.1 Koblinger til andre strategier .....	22
<b>4. Dagens situasjon – utviklingstrekk og utfordringer</b> .....	<b>23</b>
<b>4.1 Intensivmedisin i Helse Nord</b> .....	<b>23</b>
<b>4.2 Aktivitet</b> .....	<b>28</b>
4.2.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	28
4.2.2 Identifiserte utfordringer .....	32
<b>4.3 Kapasitet</b> .....	<b>32</b>
4.3.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	32
4.3.2 Identifiserte utfordringer .....	41
<b>4.4 Kvalitet i intensivmedisin</b> .....	<b>41</b>
4.4.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk, .....	41
4.4.2 Identifiserte utfordringer .....	46
<b>4.5 Samarbeid</b> .....	<b>46</b>
4.5.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk .....	46
4.5.2 Identifiserte utfordringer .....	48
<b>4.6 Bemanning</b> .....	<b>48</b>
4.6.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	48
4.6.2 Identifiserte utfordringer .....	54
<b>4.7 Kompetanse og utdanning</b> .....	<b>54</b>
4.7.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	54
4.7.2 Identifiserte utfordringer .....	56
<b>4.8 Særegenheter i landsdelen</b> .....	<b>56</b>
4.8.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	56
4.8.2 Identifiserte utfordringer .....	60
<b>4.9 Erfaringer fra pandemien</b> .....	<b>60</b>
4.9.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk.....	61
4.9.2 Identifiserte utfordringer .....	62
<b>5. Vedlegg</b> .....	<b>64</b>
<b>6. Referanser</b> .....	<b>65</b>

## **Ordliste/forkortelse**

Helse Nord vs. Helse Nord RHF

*Med begrepet «Helse Nord» menes hele foretaksgruppa, med alle helseforetakene. «Helse Nord RHF» betyr eieren av helseforetakene, det regionale helseforetaket.*

*ABIOKJ – anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon-, kreftsykepleier og jordmor*

*HF – helseforetak*

*FIN – Finnmarkssykehuset*

*NLSH – Nordlandssykehuset*

*HMS – helse, miljø og sikkerhet*

*HN LIS – Helse Nord ledelsesinformasjonssystem*

*HSYK– Helgelandssykehuset*

*IA – Inkluderende arbeidsliv*

*Intensivpasient – kritisk syk pasient med truende eller manifest (inntruffet) akutt svikt i en eller flere vitale organfunksjoner*

*KVO- konsernverneombud*

*KTV- konserntillitsvalgt*

*LAT - Luftambulansetjenesten*

*NIPaR – Norsk intensiv- og pandemiregister*

*Non invasiv ventilasjon (NIV) - respiratorbehandling på maske med overtrykk*

*Invasiv ventilasjon - respiratorbehandling gjennom et rør i luftveiene*

*RBU - Regionalt brukerutvalg*

*SANO – Sykehusapotek Nord*

*SMR – Standart mortalitetsratio*

*SSB – Statistisk sentralbyrå*

*UNN- Universitetssykehuset Nord-Norge*

## **Bildekreditering**

Forsidefoto: Colourbox.com

## Sammendrag

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF er en delstrategi til strategi for Helse Nord RHF 2021–2024. Strategi for intensivmedisin er utarbeidet av Helse Nord RHF i samarbeid med fagmiljøet og er førende for foretaksgruppens egne utviklingsplaner på området. Strategien viser til innsatsområder og tiltak som kan sikre intensivavdelingene bærekraft gjennom bedre kapasitet, heve kompetansen, bygge beredskap og kompensere for sårbarhet.

Parallelt med arbeidet har det pågått et interregionalt arbeid som har beskrevet hvordan kapasiteten på intensivmedisin i sykehus skal beregnes gjennom felles definisjoner av sengekategori. Det finnes i skrivende stund ikke tilgjengelige tall for sammenligning mellom regionene etter de nye definisjonene. Tidligere utredninger på intensivområdet har vist at Helse Nord har en høyere kapasitet per 100 000 innbygger sammenlignet med de andre regionene.<sup>1 2</sup> Avviket har blitt noe redusert fra 2020 til 2021. I arbeidet med strategien har det kommet indikasjoner på at det er noe behov for å øke kapasiteten på intermediærsenger (sengekategori 2) i regionen.

Hovedutfordringene som er avdekket gjennom denne utredningen er en forventning om økt behov for intensivkapasitet kombinert med mindre tilgang til helsepersonell, samt at vår desentraliserte struktur gir driftsmessige utfordringer. Med økende gjennomsnittsalder for befolkningen i regionen forventes behovet for intensivmedisin å øke. Samtidig vil tilgangen til helsepersonell bli redusert og spesielt tilgangen til intensivsykepleiere er allerede i dag kritisk for noen av våre intensivavdelinger.

Få alvorlig syke intensivpasienter spredt utover et stort geografisk område gir utfordringer når det kommer til å opprettholde og vedlikeholde kompetanse, samtidig kreves det et desentralisert tilbud for å opprettholde helseberedskapen i regionen. Det er derfor helt nødvendig å tenke nytt om organisering av tilbudet til kritisk syke i Helse Nord. I utredningen har det framkommet behov for å gjennomgå hva tilbudet til intensivpatienten i hvert helseforetak bør inneholde.

Omstilling og endring krever gode styringsdata som kan støtte kompetente og tydelige ledere i planleggingen av driften. Lederne må ha oversikt over fremtidig kompetansebehov både for leger og intensivsykepleiere og utarbeide en bærekraftig plan for rekruttering. Oppgavedeling og nye måter å organisere intensivavdelingene på inngår som viktige virkemidler for å møte framtidens utfordringer. Intensivsykepleierens spissede kompetanse må brukes på en fornuftig måte. Økt bruk av annet klinisk personell vil frigjøre sykepleierressurser og ta ned noe av behovet for intensivsykepleiere.

---

<sup>1</sup>Regional intensivutredning *Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv*, desember 2019

<sup>2</sup> Norsk intensiv- og pandemiregister. Årsrapport 2020 og 2021

I innspillmøtene og i arbeidsgruppen har det ikke framkommet bekymring for tilgang til leger som ivaretar det intensivmedisinske området, men foretaksgruppen har de siste årene etablert flere nye helikopterbaser. Dette gir økt behov for anestesileger, noe som krever en bærekraftig plan for rekruttering og utdanning også på dette området.

For å skaffe tilstrekkelig kompetanse til intensivavdelingene våre vil det også i fremtiden være nødvendig med et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene. Helse Nord har de siste årene intensivert arbeidet for å utdanne og rekruttere spesialsykepleiere. Det mest effektfulle tiltaket for å øke intensivkapasiteten på kort sikt har vært å utdanne flere intensivsykepleiere.

I styresak 154-2020 *Intensiv Finnmarkssykehuset – delutredning* vises det til tiltak for å gjøre fagmiljøet ved Kirkenes sykehus mer robust. Utfordringene ved intensivavdelingen i Kirkenes deles av flere av de små intensivavdelingene i Helse Nord. Tiltak for å vedlikeholde kompetanse og kompensere for lavt antall alvorlig syke intensivpasienter vil derfor være aktuelle for alle våre mindre intensivavdelinger.

Regionale tiltak gjennom jobbutveksling/hospitering, etablering av virtuelle visitter og opprettelse av regionalt kompetansenettverk vil bidra til å ivareta kompetanse, heve kvaliteten på behandlingen og øke graden av samarbeid mellom intensivavdelingene i Helse Nord.

Vi må i større grad sikre at behandlingen tilbys på rett omsorgsnivå og at det er de rette pasientene som mottar intensivbehandling. Det er derfor nødvendig å bedre samarbeidet med moderavdelinger og med kommunene som ivaretar pasienter med avansert hjemmebehandling og skrøpelige eldre. Ved å tilrettelegge for økt rehabilitering av pasientene allerede på intensivavdelingen vil pasientene både få bedret prognosen og utskrives raskere fra intensivavdelingen. Kvaliteten på registrerte data i Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR) må forbedres, for å få oversikt over kvaliteten og utviklingen ved intensivavdelingene i Helse Nord.

Erfaringer fra pandemien viser at planverket må gjennomgås for å kunne imøtekomme en ny pandemi eller en annen krevende hendelse. I tillegg til å ha et planverk som er oppdatert og dynamisk må det tilrettelegges for mer trening og erfaringsutveksling innad i regionen i «fredstid». Resultatene fra evalueringer etter pandemien og anbefalinger fra koronakommisjonens rapporter må gjennomgås av HF-ene og anbefalinger tas med i den videre planleggingen og ved revisjon av pandemiplaner. Erfaringene viser noen sårbarheter, men også potensial for en mer bærekraftig bemanning med strukturert opplæring av sykepleiere uten videreutdanning og nye muligheter for samarbeid.

### **Leseveiledning:**

Dette dokumentet er delt inn i to deler, der del en redegjør for strategiske grep og prioriteringer. Kapittel en til fire inneholder bakgrunnsmateriale, redegjørelse og utredning som ligger til grunn for de prioriterte strategiske innsatsområdene som er presentert i del en.

## **Prioriterte strategiske innsatsområder for intensivmedisin i Helse Nord**

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF 2022–2026 bygger på Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024 og konkretiserer hvilke tema og problemstillinger som skal prioriteres innenfor det intensivmedisinske området. Strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF 2022–2026 tar utgangspunkt i de samme fem innsatsområdene som er vektlagt i Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024:

1. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
2. Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
3. Vi forbedrer gjennom samarbeid
4. Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
5. Vi er forberedt

### **Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig**

Mange av utfordringene som har blitt avdekket i denne utredningen ligger til ledelse og nye tiltak må iverksettes av ledelsen. Hvert helseforetak er ansvarlig for å ha en tilstrekkelig intensivkapasitet som også inkluderer beredskap og at de ansatte har nødvendig kompetanse for å utføre oppgavene. Nasjonal bemanningsmodell<sup>3</sup> viser at dersom dagens organisering av intensivvirksomheten opprettholdes vil det medføre manglede intensivkapasitet i regionen.

Koronakommisjonen anbefaler en økning i grunnkapasiteten ved å utdanne flere intensivsykepleiere og ta i bruk annet klinisk personell på intensivavdelingene i større grad enn i dag. Helse Nord har allerede økt utdanningskapasiteten for intensivsykepleiere og ting tyder på at ytterligere mulighet til økning er svært begrenset.

I utredningen er tiltak som vil bidra til en bærekraftig utvikling diskutert. Det er kjent at tilgangen til intensivsykepleiere vil bli ytterligere forverret. Det er derfor nødvendige å

---

<sup>3</sup> Sluttrapport: Dokumentasjon nasjonal bemanningsmodell, Helse Vest 2016

fokusere på å beholde intensivsykepleierne og bruke deres spisskompetanse på en annen måte enn vi gjør i dag.

Den samlede kompetansen må utnyttes bedre gjennom å fordele arbeidsoppgavene på flere yrkesgrupper. Dette vil også frigjøre mer tid hos intensivsykepleierne til pasientrettet arbeid. Oppgavedeling har vært diskutert i arbeidsgruppen og tilbakemeldingene fra fagmiljøet viser at oppgavedeling med annet klinisk personell vil kunne redusere behovet for intensivsykepleiere. Sykepleiere uten videreutdanning, fysioterapeuter, portører, assistenter, farmasøyter, apotekteknikere, helsefagarbeidere, sosionomer, prester og merkantil personell kan i noen grad overta oppgaver fra intensivsykepleierne. Bedre tilgjengelighet av støtte til håndtering av medisinskteknisk utstyr og IKT-systemer vil også frigjøre kapasitet hos intensivsykepleierne.

Nordlandssykehuset planlegger å starte opp et innovasjonsprosjekt med sortertechnologi til oppfølging av intermediepasienter<sup>4</sup>. Ny teknologi, som for eksempel trådløse bærbare monitører, kan gi intensivsykepleierne informasjon om pasienten uten å være tilstede i pasientrommet til enhver tid og kompensere for noe av ulempen med enerom.

Vi skal arbeide for å ha god oversikt over framtidig kompetansebehov og benytte strategisk kompetansekartlegging ved våre intensivavdelinger. Helseforetakene må ha tilgjengelig styringsinformasjon som viser framtidig behov gjennom framskrivninger og bemanningsanalyser, slik at intensivavdelingene kan tilpasse seg den forventede utviklingen. Nasjonal bemanningsmodell skal benyttes som verktøy i Helse Nord.

I det interregionale arbeidet for intensivkapasitet er det utviklet felles definisjoner for sengekategorier som viser kapasitet på intensivområdet og mal for rapportering. Helseforetakene skal årlig rapportere tilgjengelige senger slik at informasjon om intensivkapasitet er oppdatert og lett tilgjengelig. Gjennom arbeidet med strategien har det fremkommet et behov for økt kapasitet i sengekategori 2 (intermedie seng) i UNN, Tromsø og Nordlandssykehuset, Bodø. Koronakommisjonens utredninger viser til at en moderat økning i den samlede grunnkapasiteten på intensiv- og intermedieavdelingene vil gjøre disse avdelingene bedre i stand til å håndtere perioder med økt pågang og gi en større fleksibilitet både i ordinær drift og ved kriser.

Demografisk utvikling er den viktigste driveren for intensivkapasitet, der økning i gjennomsnittsalder blant befolkningen vil øke behovet. Andre drivere er uforutsette hendelser med mange syke og skadde, endring i sykdomspanorama, ny teknologi, medisinsk utvikling og bosettingsmønster. I fremtiden forventes det mer komplisert behandlingstilbud og økning i avansert kirurgi, noe som også vil kreve intensivkapasitet.

---

<sup>4</sup> Forsknings- og innovasjonsrapport for 2021, Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset har gjort en vurdering av samlet intensivkapasitet og fordeling av funksjoner for å ivareta bærekraft i eget helseforetak. Det er behov for en tilsvarende vurdering og gjennomgang av pasientforløp i de andre foretakene i Helse Nord. Helseforetakene gis i oppdrag å utarbeide en plan for framtidig dimensjonering av intensivkapasitet der intensivavdelingene tar utgangspunkt i de strategiske innsatsområdene beskrevet i strategi for intensivmedisin. Handlingsplanene skal vise en bærekraftig retning og utvikling. Intensivavdelingene i Helse Nord er ulikt organisert og gir noe ulikt tilbud. Det er derfor viktig at hvert enkelt foretak tar utgangspunkt i egne forutsetninger ved utarbeidelse av tiltak.

Flere forhold taler for å styrke tidlig rehabilitering av kritisk syke pasienter. Volumet av eldre pasienter vil øke, tidlig og bedre tilgang til fysioterapeuter vil kunne gi bedre prognose og kortere liggetid på intensivavdelingene. For kritisk syke pasienter er det spesielt viktig at pårørende blir ivaretatt, siden pasienten ikke nødvendigvis kan svare for seg selv. Samiske pasienter og deres pårørende må få informasjon på riktig språk og tilpasset sin særegne kultur.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- Ha oversikt over kapasitet og fremtidig behov for intensivmedisin i regionen, ved å gjennomføre årlig karlegging jamfør nasjonal mal.
- Innføre oppgavedeling på intensivavdelingene der andre yrkesgrupper ivaretar enkelte arbeidsoppgaver som i dag ligger til intensivsykepleiere.
- Følge opp planlagt økning i intermedierplasser i Nordlandssykehusets strategiske utviklingsplan, og be UNN vurdere eget behov for økning.
- Følge opp at helseforetakene gjennomgår egen intensivkapasitet og fordeling av funksjoner innad i helseforetaket.
- Styrke tidlig intensiv rehabilitering.
- Legge til rette for samiske pasienter og pårørende på intensiv jamfør *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - Rapport med tiltaksplaner 2022*.
- Ta i bruk ny teknologi som kan gi mer fleksibilitet i arbeidshverdagen for intensivsykepleierne.



## **Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling**

Vi vil bruke helsedata når vi planlegger, gjennomfører, evaluerer og korrigerer praksis. Å følge opp resultater fra kvalitetsregisteret og bidra til endring i praksis der det er nødvendig er et lederansvar for ledere på alle nivå. Ved stor variasjon vil det regionale helseforetaket følge opp dette med helseforetakene. Pasientnært må klinikere benytte resultatene til fagdiskusjoner og forbedringsarbeid. Mindre enheter som har kritisk syke pasienter, men ikke leverer data til kvalitetsregisteret må ha andre metoder som ivaretar overvåkning av kvalitet og pasientsikkerhet.

Det er nødvendig å sette inn tiltak for å kompensere for små og sårbare fagmiljøer i regionen. Et tiltak kan være å utvikle en felles arena som beskriver aktivitet innenfor faget, simulering og kompetansekrav gjennom regionale fagnettverk for fagutviklingssykepleiere og andre. Simuleringstrening benyttes i dag for å trene på pasientbehandling og vil i noen grad også kompensere for lavt antall pasienter. Planlagt simulering og fagutvikling bør ligge i arbeidsplanen, slik at dette inngår som en naturlig og nødvendig aktivitet i avdelingene. Det er også et potensial for å samarbeide om enkelte kompetanseplaner for intensivsykepleiere og leger i regionen.

Strukturert plan for jobbutveksling og hospitering må tas i bruk både for de små intensivavdelingene og større avdelinger. En positiv bieffekt med jobbutveksling er at terskelen for å utveksle personell ved bemanningsutfordringer blir lavere da personellet allerede er kjent i avdelingen. Kombinasjonsstillinger, der den ansatte er ansatt ved ulike intensivavdelinger, kan også være med på å vedlikeholde kompetanse, særlig ved mindre intensivavdelinger. Intensivsykepleiere har mulighet for å kombinere ulike arbeidssteder, f.eks. er det flere som veksler mellom tjeneste på ambulansfly og intensivavdeling.

Et mer strukturert samarbeid der fagmiljøet i regionen kan møtes på ukentlig basis via virtuelle visitter bør utredes. Intensivmiljøet ved UNN Tromsø vil gjennom tale, lyd og bildeoverføring kunne bistå i behandlingen av kritisk syke pasienter ved mindre intensivavdelinger. Virtuelle visitter vil sannsynligvis også bidra til å bedre kapasitetsutnyttelsen ved overflytting til rett tid og med bedre overganger mellom nivåene i Helse Nord.

Barn på intensiv er en spesiell pasientgruppe som krever særskilte kompetansetiltak for at personalet skal oppleve større trygghet i behandlingen og at de barna som kan få behandling i regionen unngår overflytting.

Muligheten for overflytting av kritisk syke pasienter i ambulansefly til en mer spesialisert intensivavdeling bidrar til å redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen. Samtidig kan luftambulansetjeneste være en begrenset ressurs, og dersom venting medfører prognosetap for pasientene, må dette registreres som en pasienthendelse.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- Forbedre kvalitet på registerdata i regionen ved at intensivavdelingene har et tettere samarbeid med NIPaR og bruker resultatene fra registeret til kvalitetsforbedring.
- Legge til rette for styrket samarbeidet mellom intensivavdelingene.
- Legge til rette for strukturert jobbutveksling og hospitering for å vedlikeholde kompetanse for leger og intensivsykepleiere.
- Samordne maskinparken i regionen slik at jobbutveksling skal bli enklere.
- Legge til rette for særskilt oppmerksomhet på kompetansehevende tiltak for å ivareta barn på intensiv gjennom tettere samarbeid mellom intensiv og barneavdeling.
- Påse at HF-ene registrerer hendelser der pasienter risikerer prognosetap ved forsinket transport.
- Gi UNN Tromsø i oppdrag å utrede plan for virtuelle visitter, der intensivavdelinger fra hele regionen deltar i arbeidet.
- Utrede behovet for å opprette en regional koordinator.
- Opprette regionalt kompetansenettverk for intensivmedisin i Helse Nord.

## Vi forbedrer gjennom samarbeid

Samarbeid og samhandling mellom intensivavdelingene i regionen og mellom intensivavdelingene og moderavdelingene er nødvendig for en god kapasitetsutnyttelse, pasientsikkerhet og kvalitet. Erfaringer fra pandemien har vist gode muligheter for et tettere samarbeid om de kritisk syke pasientene både mellom intensivavdelingene og internt i sykehusene. I utredningen har for eksempel økt samarbeid med infeksjonsmedisinsk avdeling blitt fremhevet som en kvalitetsforbedring.

Det er potensial i å få til bedre sammenheng i pasientforløpet mellom avdelingene internt i HF-ene slik at intensivpatienten får behandling i rett tid og etter rette kriterier. Avgjørelse om intensivbehandling bør være tverrfaglig før oppstart av behandling, og fattes i samråd med pårørende og pasienten der det er mulig. Det samme gjelder for pasienter som mottar avansert hjemmebehandling og skrøpelige eldre på kommunale institusjoner. Der må nødvendige avklaringer være utført før en eventuell akutt situasjon, som krever intensivbehandling, oppstår.

Ordning med mobil intensivsykepleier er etablert ved noen avdelinger. Denne ordningen innebærer at sengepostene kontakter intensivavdelingen for vurdering og beslutningsstøtte. Rask avklaring og iverksatte tiltak kan føre til at pasienten ikke trenger overflytting til intensivavdeling likevel eller få raskere overflytting der det er nødvendig.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- Legge til rette for økt samarbeid mellom intensivavdelingene i regionen og internt i helseforetakene, for best mulig utnyttelse av intensivkapasitet.
- Legge til rette for konsensusmøter og tverrfaglige diskusjoner om kriterier for intensivbehandling.
- Bruke etablerte samarbeidsarenaer mellom HF-ene og kommunene for pasienter som får avansert hjemmebehandling og skrøpelige eldre ved kommunale institusjoner. Ved oppstart av avansert hjemmebehandling må det foreligge prosedyrer som beskriver tiltak ved akutt forverring av tilstanden.
- Revidere *Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter* og *Sjekkliste overflytting pasienter mellom intensivavdelinger*.

## Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser

Å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere er en forutsetning for å yte forsvarlige tjenester. Trygge og kompetente medarbeidere med gode og forutsigbare arbeidsvilkår gir sikker pasientbehandling. Å bruke spesialkompetansen til intensivsykepleierne i større grad vil også kunne øke jobbtilfredshet og motivasjon til å bli i jobben.

Mulighet for fagutvikling gjennom kompetanseplaner og jobbutveksling kan virke både rekrutterende og bidra til å beholde personell. Gode kolleger og et trygt arbeidsmiljø er også viktig for å bli værende i stillingen. Mentorordning for nyansatte og mindre bruk av vikarer kan føre til større opplevelse av trygghet på arbeidsplassen. I noen av høringsinnspillene hevdes det at belastningen på intensivsykepleierne må ned. Det kan derfor være hensiktsmessig å gjennomgå grunnbemanning, arbeidstid og bruk av vikarer.

Avdelingene må samarbeide med vernetjenesten og tillitsvalgte for å komme fram til individuelle, fleksible og bærekraftige arbeidstidsordninger og arbeidsplaner som er innenfor avdelingens rammer og budsjett. Kunnskap om fremtidig behov for personell må planlegges inn i avdelingens budsjett slik at avdelingen har en langsiktig plan for antall utdanningsstillinger.

Utdanningsbehovet for intensivsykepleiere må fortsatt ivaretas gjennom tett samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre at utdanningen dekker fremtidige behov. For å kunne satse på ansatte bosatt i regionen må det tilrettelegges bedre for videreutdanning gjennom større grad av fleksibilitet, og ulike modeller med kortere utdanningsløp som kvalifiserer til å jobbe på intensivavdeling i fremtiden bør vurderes. Andre aktuelle tiltak kan være å innføre kvote eller justere opptakskrav og poengberegning.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- Prioritere mer ressurser til utdanning og kompetanseutvikling.
- Følge opp og etterleve funn i riksrevisjonsrapporten som berører det intensivmedisinske området.
- Forsterke partssamarbeidet og videreutvikle strategisk bemanningsplanlegging.
- Ivareta veiledere ved å styrke veiledningskompetanse og legge til rette for nettverk for veiledere.
- Avdelingene skal bruke resultatene fra medarbeiderundersøkelsen ForBedring for å utvikle godt og sikkert arbeidsmiljø.
- Fortsatt motivere til god ledelse og tilby lederutvikling.
- Samarbeide med utdanningsinstitusjonene om fleksibilitet i utdanningen, antall studieplasser og etablering av tiltak.

## Vi er forberedt

Erfaringer fra pandemien viste at i perioder av pandemien har presset på enkelte av intensivavdelingene i Helse Nord vært for høy. Det har vært utfordrende å skaffe nok arbeidskraft og belastningen på enkelte ansatte har vært stor. Spesielt var tilgangen til intensivsykepleiere utfordrende, da flere av avdelingene hadde gjort seg avhengig av vikarinnleie ved ordinær drift.

Helse Nord hadde i utgangspunktet bedre kapasitet enn de andre helseregionene på grunn av en desentralisert sykehusstruktur med mange intensivavdelinger. Men våre mindre avdelinger er sårbare med tanke på små fagmiljø, noen hadde utfordringer med ledige stillinger over tid og utstrakt vikarbruk. Kapasiteten har derfor ikke vært mulig å utnytte i full grad.

I Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet vises det til hvordan intensivkapasitet skal beregnes og hvilke tiltak som skal iverksettes for å øke beredskap. Tiltak beskrevet i rapporten som handler om å øke beredskapen på intensiv må inngå i beredskapsplaner i sykehusene.

Erfaringer fra pandemien har vist viktigheten av å gjennomgå pandemiplaner, oppdatere beredskapsplaner og å trene på pandemi i «fredstid». Koronakommisjonen anbefaler at sykehusene innfører rotasjonsordninger/jobbutveksling mellom intensivsykepleiere og andre sykepleiere ved normal drift. Dette vil bidra til rask og fleksibel omdisponering og omorganisering av personell under kriser og gi et kompetanseløft. Kommisjonens granskinger viste at intermediærsenger var viktige for å håndtere covid-19-pasienter under pandemien, og at det gradvis oppsto et ekstra behov for slike senger. Rapporten anbefaler at sykehusenes planverk beskriver hvordan de skal trappe opp kapasiteten og omdisponere personellressurser ved pandemier og andre kriser.

For å ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling legger vi de neste fire årene innsats i å:

- Implementere tiltak beskrevet i *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet 2022 om intensivkapasitet* i beredskapsplaner i HF-enes pandemiplaner for å øke beredskapen ved intensivavdelingene.
- Legge til rette for jobbrotasjon mellom intensivavdelingene slik at fleksibel bruk av personell kan benyttes ved behov for oppskalering ved en avdeling.
- Bruke erfaringer fra pandemien der mangel på isolat og areal for kohortisolering ga utfordringer for ivaretagelse av smittevern.
- Følge opp at HF-enes avhengighet til vikarer fra vikarbyrå reduseres.

# Utredning

## 1. Innledning

Formålet med å utarbeide en strategi for intensivmedisin er å sikre at kritisk syke pasienter i Helse Nord har tilgang til gode, likeverdig helsetjenester uavhengig av bosted, økonomi, kjønn, alder og etnisk bakgrunn. Dette er i tråd med våre verdier kvalitet, trygghet og respekt. Strategien skal også ivareta organisering, bærekraft og fornuftig utnyttelse av felles ressurser.

Intensivbehandling gis til pasienter med de mest komplekse sykdomsbildene, og involverer mange ulike fagområder. Området stiller høye krav til tverrfaglig samarbeid i pasientbehandlingen, og til organisering og ledelse av virksomheten. At samarbeid er avgjørende for at vi skal lykkes er framhevet i Helse Nord RHF sin visjon *Sammen om helse i nord*, og i den fjerde av verdiene våre, lagspill.

Strategi for intensivmedisin tar innover seg generelle utfordringer for intensivområdet og de spesielle utfordringer for vår landsdel, med synkende folketall og økende andel eldre. Sammenlignet med andre regioner er vi avhengige av en stor andel innleie av personell, noe som gjorde oss sårbare under pandemien. Den demografiske utviklingen vil påvirke framtidig tjenestetilbud og kreve at vi optimaliserer bruken av de ressursene vi har, til beste for befolkningen i Nord-Norge.

Regionene er nylig kommet til enighet om definisjonen på de ulike sengekategoriene i Norge og hvordan intensivkapasiteten skal beregnes. *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet* ble godkjent av interregionalt fagdirektørmøte i mai i 2022, og vil bidra til at vi teller samme type senger og beregner kapasitet med samme metode innad i og mellom regionene.

Strategi for intensivmedisin i Helse Nord viser hvilke strategiske grep Helse Nord RHF vil prioritere de neste årene. Strategi for intensivmedisin er en delstrategi for Helse Nord RHF og skal være gjeldende fra 2022–2026. Strategien vil bli gjenstand for administrativ gjennomgang om fire år.

### 1.1 Avgrensning

Strategien omhandler organisering, aktivitet og identifiserte utfordringer på intensivavdelinger for barn og voksne. Aktivitet som foregår på nyfødttintensivavdelinger er ikke tatt med i dette arbeidet.

Intensivmedisin er basert på et tverrfaglig samarbeid mellom ulike helsepersonellgrupper med ulik spesialkompetanse. Akutt- og mottaksmedisinerne er en fremtidig samarbeidspartner på dette området, men har ikke vært inkludert i

arbeidsgruppens arbeid da de per tiden ikke har formelt ansvar for intensivpasienter i Helse Nord.

## **1.2 Bakgrunn**

Strategi for intensivmedisin skal svare ut flere forhold på intensivområdet gitt i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Departementet har gitt de regionale helseforetakene i oppdrag å vurdere fremtidig behov for intensivkapasitet, se på organiseringen av tjenesten og sikre tilstrekkelig kompetanse nå og i fremtiden.

*Handlingsplan for intensivmedisin* i Helse Nord ble publisert i 2008. Handlingsplanen pekte blant annet på variasjon i fordeling av intensivsenger mellom helseforetakene og kom med en anbefaling om kapasitet og organisering av intensivmedisin i Helse Nord. Handlingsplan fra 2008 erstattes av strategi for intensivmedisin.

I foretaksmøtet 10. juni 2020 punkt 8.2.2 viste foretaksmøtet til at Stortinget gjorde et anmodningsvedtak ved behandling av *Nasjonal helse- og sykehusplan* som omhandlet intensivvirksomhet ved Finnmarksykehuset. Anmodningsvedtaket ble fulgt opp gjennom et prosjektarbeid i Helse Nord, og fremlagt i styresak 154-2020 *Intensiv Finnmarkssykehuset - delutredning*. Strategi for intensivmedisin inkluderer tiltak fra delutredningen.

Bemanning og kompetanse er spesielt sårbart innenfor det intensivmedisinske området. Over tid er det registret et stort behov for intensivsykepleiere. Funn i Riksrevisjonens rapport *Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene* bekrefter dette. Rapporten påpeker at mange helseforetak mangler oversikt over fremtidig bemanningsbehov og mangler konkrete planer for å løse bemanningsutfordringene.

I forbindelse med pandemien har kapasiteten på intensivavdelingene blitt satt under press. Den største begrensede faktoren for å skalere opp kapasiteten har vært tilgang til intensivsykepleiere. Det er derfor nødvendig å vie tilgang til intensivsykepleiere og organisering av denne tjenesten særlig oppmerksomhet.

### **1.2.1 Organisering av arbeidet**

Arbeidet har hatt prosjektorganisering og har blitt ledet av Helse Nord RHF. Administrerende direktører i sykehusforetakene og representant fra KVO/KTV har vært styringsgruppe. Arbeidsgruppen er satt sammen av representanter fra HF-ene, RBU og KTV. Arbeidsgruppen har hatt sju møter i løpet av perioden. Fagsjefene i helseforetakene har vært referansegruppe.

Det har vært gjennomført innspillmøter med alle intensivavdelinger i Helse Nord. Representanter fra moderavdelinger, lokale tillitsvalgte og vernetjenesten har også blitt invitert til å delta.

I tillegg er det avholdt egne møter med Luftambulansetjenesten, Sykehusapotek Nord, regional traumekoordinator og Regionalt nettverk for kompetanse og utdanning. HR- og organisasjonsavdelingen i Helse Nord RHF har også deltatt inn i arbeidet med å utvikle strategien.

Strategien har kartlagt dagens kapasitet og situasjon, utfordringsbilde og fremtidige muligheter ved å belyse følgende områder:

- demografisk utvikling
- endringer i befolkningens helsetilstand som er relevant
- kompetanse og kompetansesammensetting
- organisering og utforming av pasienttilbud
- behov for medisinskteknisk utstyr
- karlegging av bemanning og framskrivning av behov
- samhandling internt i HF-ene og mellom HF-ene i vår region
- ikke medisinsk begrunnet variasjon i pasienttilbudet
- innovasjon – ny teknologi som har konsekvenser for fremtidig tilbud
- eventuelle særegenheter i landsdelen



## 2. Nasjonale mål og rammer

Dette kapittelet gir en oversikt over dokumenter som gir overordnede mål og rammer for intensivmedisin.

Det finnes ingen dokumenter fra Helsedirektoratet som beskriver faglige mål og føringer på området intensivmedisin i Norge.

### 2.1 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

Stortingsmelding nr. 7 Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 er regjeringens strategi for å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Planen gir retning og rammer for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Knapphet på arbeidskraft vil sette grenser for hvordan vi skal løse oppgavene i framtiden. En bærekraftig helsetjeneste forutsetter derfor at vi utnytter teknologi, bruker kompetansen til de ansatte best mulig og løser oppgavene så effektivt som mulig.

I Nasjonal helse- og sykehusplan fremheves to eksempler fra intensivavdelinger der oppgavedeling praktiseres. Ved Stavanger universitetssykehus har de jobbet systematisk med å gi helsefagarbeideren en faglig identitet og har nå lærlinger i helsefag ved intensivavdelingene. Ved UNN bidrar kliniske farmasøyter i sykehus til bedre pasientsikkerhet og reduserte kostnader ved intensivavdelingen.

Sykehusene skal være gode arbeidsplasser og bygges med nok kapasitet og rom til pleie og behandling. Regjeringen vil øke intensivkapasiteten og gjennomgå finansiering av beredskapsfunksjoner i sykehusene. Det er også et mål fra helsemyndighetene at annet klinisk personell tas i bruk for å sikre effektive pasientmøter<sup>5</sup>.

### 2.2 Interregionale utredninger

I 2019 utarbeidet en interregional arbeidsgruppe rapporten *Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv*. Mandat og oppdrag ble gitt av interregionalt fagdirektørmøte i 2018. Rapporten ble behandlet i interregionalt fagdirektørmøte i januar 2020. Rapporten og høringen avdekket flere forhold som krevde nasjonal oppmerksomhet. Det var blant annet nødvendig å komme fram til en felles enighet om definisjoner. På bakgrunn av dette og nye krav fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2021 utarbeidet Interregionalt fagdirektørmøte 20. oktober (sak 222-21) mandat til et nytt interregionalt arbeidet. Det interregionale fagdirektørmøtet ba om at det utarbeides en rapport som:

- *beskriver definisjoner for sengekategorier med bakgrunn i behov for ressurser (utstyr, bemanning og sammensetning av kompetanse) og behandlingstilbudet, samt kriterier*

---

<sup>5</sup> Hurdalsplattformen (2021-2025)

*for bruk, basert på nødvendig tilpasning til lokale forutsetninger og behov. Det tas utgangspunkt i bruk av definisjoner/begreper i Norsk intensivregister*

- *beskriver hvordan intensivkapasitet skal beregnes*
- *beskriver hvordan innrette beredskap for pandemier, masseskade-situasjoner og andre hendelser som krever endring i prioritering og organisering av intensivtjenester samt tilgrensende funksjoner.*

Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet ble levert i mai 2022 og legger føringer for strategi for intensiv i Helse Nord. I rapporten er det blant annet enighet om definisjon av fire kategorier av senger. Rapporten beskriver også forslag til bemanning, sammensetning av kompetanse, hvordan intensivkapasiteten skal beregnes og tiltak for å øke beredskap.

### **2.3 Lover, forskrifter, retningslinjer og utredninger**

Dette er en oversikt over utvalgte lover, forskrifter, rundskriv mv. som legger føringer for organisering og utvikling av intensivmedisinen:

#### *Lover*

- Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (1999)
- Lov om helseforetak m.m. (2001)
- Lov om helsepersonell (1999)
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999)
- Lov om helsemessig og sosial beredskap (2001)
- Lov om vern mot smittsomme sykdommer (1994)
- Lov om medisinsk utstyr (2015)

#### *Aktuelle forskrifter, rundskriv mv.*

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2016)
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (2019)
- Forskrift om medisinsk utstyr (2021)
- Forskrift om nasjonal retningslinje for intensivsykepleierutdanning (2021)

#### *Stortingsmeldinger*

- Meld. St. nr. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
- Meld. St. nr. 7 (2019–2020) Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023)
- Meld. St. nr.38 (2020–2021) Nytt, ressurs og alvorlighet. Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

### *Utredninger og rapporter*

- NOU 2016: 25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
- Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene (2019–2020)
- Norsk intensiv- og pandemiregister. Årsrapport for 2020 og 2021
- NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 1
- NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2
- Nasjonal beredskapsplan for pandemisk influensa
- Styresak 154-2020 Intensiv Finnmakssykehuset Kirkenes- delutredning
- Handlingsplan for intensivmedisin. Kapasitet og struktur i Helse Nord 2008
- Beredskapsarbeid ved covid-19-pandemien 2020. Evaluering delrapport 1
- Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, 2014 NAF og NSF-LIS
- Beslutningsprosesser ved begrensinger av livsforlengende behandling, Helsedirektoratet 2013
- Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF 2021
- Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF 2022
- Regional intensivutredning desember 2019
- Rapport fra interregional utredning for intensivkapasitet 2022

## **2.4 Nærmere om enkelte bestemmelser og krav i lov og forskrift**

Jamfør *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring* har daglig leder for det enkelte helseforetak det overordnede ansvaret innenfor sitt foretaksansvarsområde. Daglig leder har også det overordnede ansvaret for styringssystemet. Styringssystemet skal beskrive hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med rettslige krav. Styrene for RHF-ene og HF-ene skal gjennom sin kontrollfunksjon etter helseforetaksloven aktivt følge med på om helseforetakene har et forsvarlig styringssystem <sup>6</sup>.

Det er et grunnleggende krav til helsetjenesten at den helsehjelpen som ytes er faglig forsvarlig. Dette innebærer også forsvarlig organisering av tjenesten der organisatoriske og systemmessige tiltak muliggjør forsvarlig yrkesutøvelse<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2017

<sup>7</sup> Lov om spesialisthelsetjeneste 2001

## 3. Regionale mål og rammer

### 3.1 Regional utviklingsplan 2035

Styret i Helse Nord RHF behandlet Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord i 2018 (sak 158-2018)<sup>8</sup>. Planen skal ligge til grunn for prioriteringer og utviklingsarbeid i Helse Nord, og konkretiseres i oppdragsdokument (ettårig), handlingsplaner (fireårige) og investeringsplaner (åtteårige). Det er lagt til grunn at Helse Nord bl.a. skal arbeide for økt utdanningskapasitet for spesialsykepleiere, også som desentralisert utdannings-tilbud. Videre skal Helse Nord bruke kvalitetsregistre for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.

### 3.2 Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024

Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024<sup>9</sup> bygger på føringer i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023, hvor utviklingen av pasientens helsetjeneste er et overordnet mål.

Strategien viser hvilke strategiske grep Helse Nord RHF vil prioritere de neste fire årene. Dokumentet skal suppleres av delstrategier for spesifikke deler av virksomheten, regionale fagplaner og økonomisk langtidsplan, og strategi for intensivmedisin vil utgjøre en av disse delstrategiene.

Strategien angir fem innsatsområder/prioriterte strategiske grep:

1. Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
2. Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandling
3. Vi forbedrer gjennom samarbeid
4. Vi legger til rette for attraktive arbeidsplasser
5. Vi er forberedt

Satsingsområder som har særlig relevans for strategi for intensivmedisin i Helse Nord, er å

- bruke data fra kvalitetsregistre og andre helseregistre som grunnlag for forbedring og prioritering, og være tydelige og åpne om resultater
- forbedre pasientforløp gjennom bruk av teknologi
- videreutvikle felles regionale prosedyrer, standarder og metoder
- iverksette oppgavedeling for å ta i bruk ubenyttet kompetanse og sikre rett bruk av kritisk kompetanse

---

<sup>8</sup> Regional utviklingsplan 2035

<sup>9</sup> Helse Nord RHF: Styresak 10-2021.

- sikre sømløs overgang ved utskriving og tydelig ansvar for trygg oppfølging etter utskriving, for eksempel å sørge for at det ikke blir opphold i bruk av legemidler ved skifte av omsorgsnivå
- redusere sykefravær og frafall ved å styrke kapasiteten til inkluderende arbeidsliv og nærværarbeid
- prioritere vesentlig mer ressurser til utdanning og kompetanseutvikling

### **3.2.1 Koblinger til andre strategier**

Strategi for intensivmedisin er en delstrategi som har koblinger til andre strategiske dokumenter i Helse Nord:

- Specialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – strategidokument juni 2020
- Sammen om forskning og innovasjon i nord. Delstrategi for Helse Nord RHF 2021–2025
- Strategi for prehospitaltjenester i Helse Nord 2022-2025
- Helse Nord RHF's delstrategi for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 2022-2025
- Et digitalt 2038. Digital strategi for Helse Nord RHF 2023-2038.
- Strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK)

## 4. Dagens situasjon – utviklingstrekk og utfordringer

Dette kapittelet gir en oversikt over det intensivmedisinske tilbudet i Helse Nord, og gjennomgår status, utviklingstrekk og utfordringer i tjenesten. Omtalen er basert på foreliggende statistikk, tidligere utredninger, kvalitetsindikatorer, samt kartlegging og innspill i forbindelse med arbeidet med strategien.

### 4.1 Intensivmedisin i Helse Nord

I fremtiden vil intensivavdelingene få flere eldre pasienter med sammensatte lidelser. De viktigste årsakene til behov for intensivbehandling i Norge er akutt respirasjonssvikt, akutt sirkulasjonssvikt, og sepsis. Dette utgjør 2/3 av alle innleggelser. Trolig vil dødelighet av hjerte-karsykdommer og kreft fortsette å falle, da behandlingen av disse tilstandene er blitt bedre. Pasienter med sepsis på intensiv i Helse Nord vil sannsynligvis øke da denne tilstanden først og fremst rammer personer over 65 år.<sup>10 11</sup> Flere eldre vil bo hjemme i fremtiden, men være skrøpelige og motta avansert behandling i hjemmet. Dette gjør at vurderingene om det er riktig å tilby pasienter intensivmedisinsk behandling blir viktigere og vanskeligere fremover. Det forventes tettere oppfølging av tidligere intensivpasienter for å gi riktig tilbud og unngå reinnleggelser.

Intensivenhetene i Helse Nord er ulikt organisert og gir noe ulikt tilbud innenfor sine HF. De mindre avdelingene er ofte samlokalisert med flere tjenester og fyller ulike funksjoner ved sykehuset. Personalet brukes mye på tvers og til ulike oppgaver.

Under presenteres nøkkeltall for intensivavdelingene samlet for hvert av helseforetakene. Befolkningsframskrivningene er hentet fra SSB og øvrige tall er fra 2020 i Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR). I kartene er det illustrert hvor det enkelte foretak har intensivmedisinske enheter, og størrelsen på den røde markeringen indikerer hvor mange pasientopphold den enkelte intensivavdelingen hadde i 2020. De blå markeringene indikerer intermediæravdelinger som ikke leverer data til NIPaR.

---

<sup>10</sup> Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv desember 2019

<sup>11</sup> Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet mai 2022

## Finnmarkssykehuset

■ Finnmarkssykehuset HF  
● Intensivenhet



	2020	2050*
0-19 år	16 721	14 873
20-64 år	44 788	40 436
65 år +	13 963	22 046
Antall pasientopphold		282
Antall pasienter		236
Median liggedøgn		1,9
Totalt antall respiratordøgn		194,9
Median Respiratordøgn		0,5
Median alder		73,4

Figur 1: Illustrasjon ansvarsområde og aktivitet ved intensivene i Finnmarkssykehuset

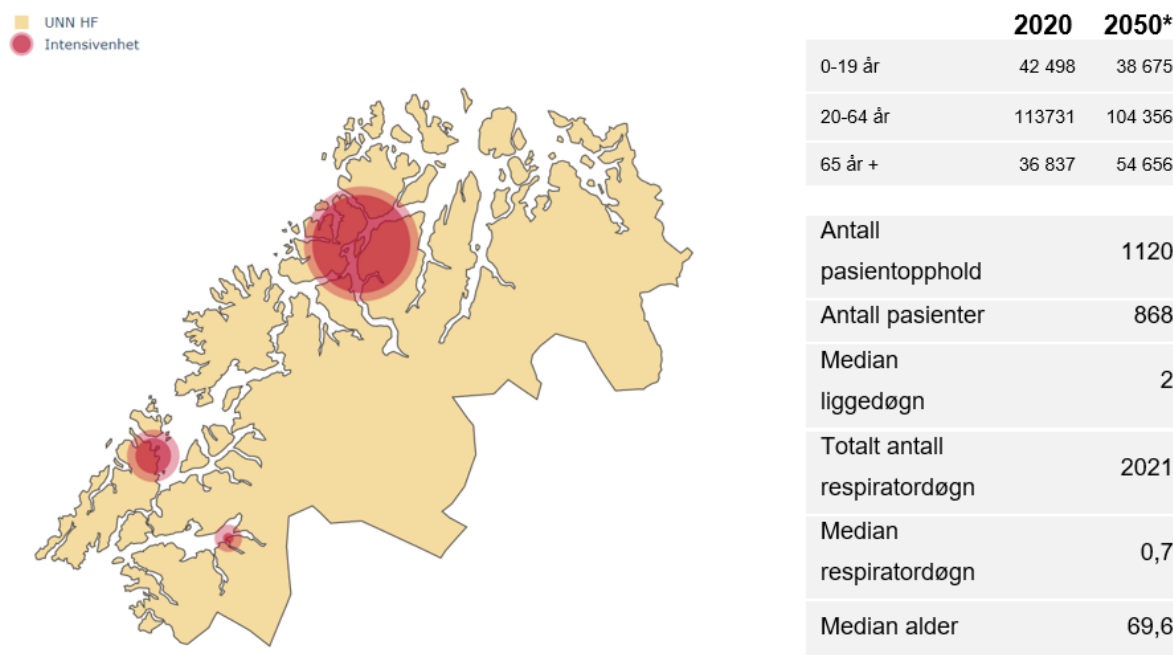
Ansvarsområdet til Finnmarkssykehuset omfatter 18 kommuner og til sammen omlag 76 000 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB vil befolkningen øke med omtrent 2,5 prosent over de neste 30 årene. Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 65 år vil øke med 58 prosent, antall mellom 20 og 64 år vil reduseres med nesten 10 prosent, mens antall under 20 år vil bli redusert med 11 prosent.

Finnmarkssykehuset har ikke gjennomgående klinikkstruktur. Intensivbehandling tilbys ved Kirkenes sykehus og Hammerfest sykehus. De to enhetene hadde i 2020 henholdsvis 120 og 162 pasientopphold, fordelt på henholdsvis 106 og 134 pasienter.

Intensivenhetene tar imot pasienter både i kategorien postoperativ-, overvåkning, intermediær og intensiv.

Ved Kirkenes sykehus er akuttmottak, dagkirurgi, intermediær og intensivbehandling samlokalisert i felles lokaler. Legevakten i Sør-Varanger kommune har også kontor i akuttmottaket som benyttes etter ordinær arbeidstid og i helger/høytider. Personalet brukes på tvers mellom enhetene i sykehuset og legevakten, og fyller mange funksjoner.

Intensivenheten ved Hammerfest sykehus har postoperativ, intensiv og intermediærsenger. Akuttmottaket ligger på et annet plan, og har i likhet med Kirkenes sykehus ansvar for kommunal legevakt deler av døgnet, men er adskilt fra aktiviteten på intensivavdelingen.



Figur 2: Illustrasjon ansvarsområde og aktivitet ved intensivenhetene i UNN

Ansvarsområdet til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) omfatter 25 kommuner og til sammen omlag 191 000 innbyggere, i tillegg til øvrig befolkning i Nord-Norge som skal ha behandling på universitetssykehus. Basert på framskrivningene til SSB vil befolkningen øke med omtrent 2,4 prosent over de neste 30 årene. Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 65 år vil øke med 48 prosent, antall mellom 20 og 64 år vil reduseres med vel 8 prosent, mens antall under 20 år vil bli redusert med 9 prosent.

UNN Tromsø har regionale funksjoner og er det høyest spesialiserte behandlingsnivået i Helse Nord. Intensivbehandlingen i UNN Tromsø er organisert i to klinikker: Operasjon - og intensivklinikken (OPIN) og Hjerter- og lungeklinikken (HLK). Avdelingene samarbeider om fag, drift, kapasitetsutnyttelse og prioritering av pasienter til intensivbehandling i UNN.

Ved Medisinsk intensiv og hjerteroppvåkning behandles kardiologiske, indremedisinske og thoraxkirurgiske pasienter som trenger overvåkning eller intensivbehandling, inkludert respiratorbehandling.

Intensivavdelingen i OPIN er den største intensivavdelingen i Helse Nord. Intensivavdelingen behandler alle fagområder, inkludert barn fra to måneder og all type organunderstøttende intensivbehandling, samt intermedieærbehandling.

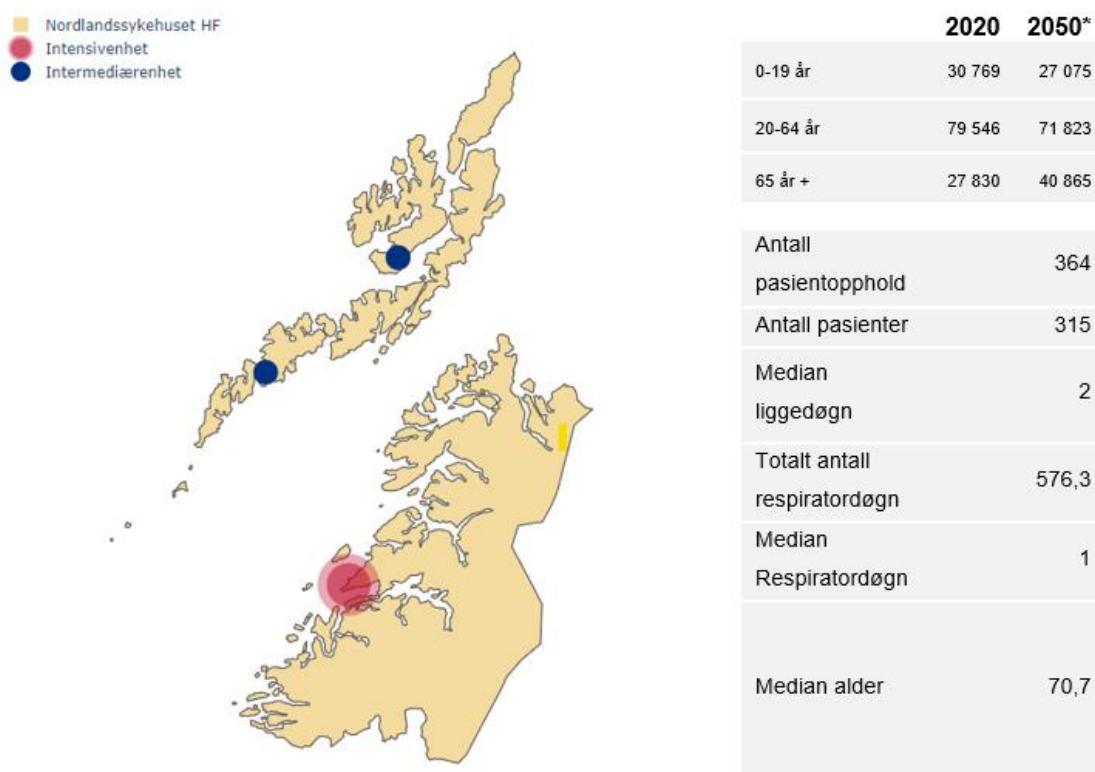
Intensivavdelingene ved UNN Harstad og UNN Narvik er en del av Operasjon og intensivklinikken. Intensivenheten ved UNN Narvik består av intensiv, intermedieær og



postoperative senger. Deler av personalet drifter også dagkirurgisk enhet. Avdelingen kan ferdigbehandle intensivpasienter med svikt i ett og to organsystem.

Avdelingen ved UNN Harstad er en generell intensivavdeling som også ivaretar intermediaerpatienter og postoperative pasienter. Harstad samarbeider med universitetsklinikken gjennom tverrfaglig og helhetlig behandlingsteam, for å ivareta pasienter med langtrukne intensivforløp til respiratoravvenning og har mulighet for å tilby nyreerstattende behandling.

### Nordlandssykehuset



Figur 3 Illustrasjon ansvarsområde og aktivitet ved intensivhetene i Nordlandssykehuset

Ansvarsområdet til Nordlandssykehuset omfatter 20 kommuner og til sammen omlag 138 000 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB forventes befolkningsveksten å være flat over de neste 30 årene (+1,2 prosent). Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 65 år vil øke med 47 prosent, antall mellom 20 og 64 år vil reduseres med nesten 10 prosent, mens antall under 20 år vil bli redusert med 12 prosent.

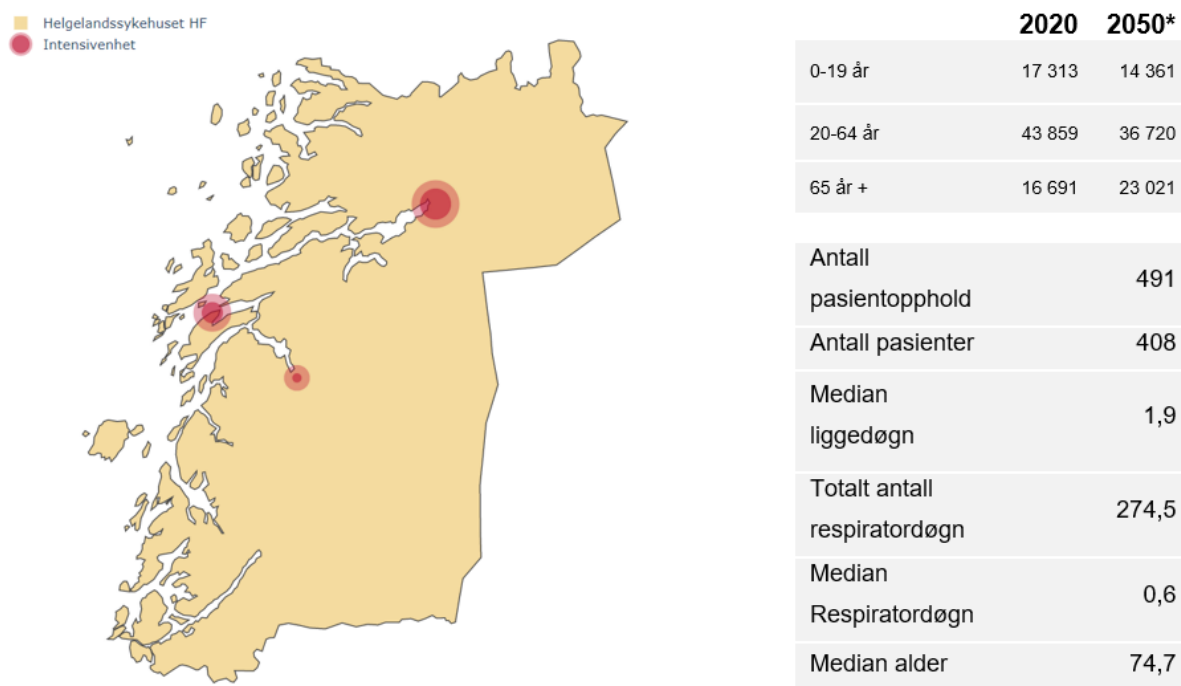
Nordlandssykehuset er klinikkorganisert med gjennomgående ledelse på tvers av lokalisasjonene. Intensiv, intermediaer og oppvåkning er organisatorisk plassert i Klinikkkirurgi. Nordlandssykehuset har kun intensivavdeling i Bodø, mens det er intermediaeravdelinger i Lofoten og Vesterålen.

Ved intensivheten i Bodø ivaretar intensiv A postoperative pasienter, mens Intensiv B yter behandling og pleie av pasienter fra alle kliniske avdelinger i hele opptaksområdet. Det gis også tilbud om nyreerstattende behandling. Medisinsk overvåkning, som er organisert i medisinsk klinikk, har intermedieærplasser og overvåkning. I tillegg har barneavdelingen to intermedieærplasser, mens nevrologisk sengepost har tre. Kirurgisk klinikk har foreløpig ikke intermedieærseenger.

Sykehuset i Lofoten ivaretar intensivpasienter i kortere perioder før overflytting til Bodø. I Lofoten er mottak og overvåkning én enhet. I Vesterålen er intermedieær, postoperativ, dagkirurgi og mottak organisert i én enhet.

Nordlandssykehuset Vesterålen har for 2020 registrert intensivopphold i Norsk intensiv- og pandemiregister, men grunnet få intensivopphold, jf. definisjonen i NIPaR, fyller ikke avdelingen inklusjonskravene til registeret. Sykehuset i Lofoten har tradisjonelt sett ikke oppfylt kravene til en intensivhet, men under pandemien ble det lagt beredskapsplaner som tilsa at de kunne opprette en intensivplass ved behov. Organiseringen for Lofoten og Vesterålen er tilrettelagt for at pasientene skal stabiliseres og overflyttes til Nordlandssykehuset Bodø eller UNN Tromsø, slik at det kun er overvåkning- og intermedieærpasienter som behandles over lengre tid ved disse sykehusene.

### Helgelandssykehuset



Figur 4: Illustrasjon ansvarsområde og aktivitet ved intensivhetene i Helgelandssykehuset

Ansvarsområdet til Helgelandssykehuset omfatter 18 kommuner og til sammen omlag 77 500 innbyggere. Basert på framskrivningene til SSB vil antall innbyggere bli redusert med nesten 5 prosent de neste 30 årene. Aldersfordelingen tilsier at antall personer over 65 år vil øke med 38 prosent, antall mellom 20 og 64 år vil reduseres med 16 prosent, mens antall under 20 år vil bli redusert med 17 prosent.

Helgelandssykehuset har intensivavdelinger ved alle sine tre sykehus i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen. Antall pasientopphold ved intensivenehetene var i 2020 på henholdsvis 248, 74 og 169, og disse fordelte seg på henholdsvis 208, 65 og 144 pasienter. Avdelingene har tilbud til medisinske og kirurgiske kritisk syke pasienter som kan motta behandling ved lokalsykehus i tillegg til postoperative pasienter. Avdelingen i Mosjøen er samlokalisert med akuttmottaket. Helgelandssykehuset har nylig etablert gjennomgående klinikkstruktur. Intensivavdelingene er organisatorisk plassert i Akuttmedisinsk klinikk.

## 4.2 Aktivitet

### 4.2.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Data fra NIPaR gir oss oversikt over intensivpasientene i Helse Nord. I 2021 var 41,1 prosent av intensivpasientene i Helse Nord kvinner og 58,9 prosent menn. Median alder var 72,0 år. Pasienter over 80 år stod for 22,4 prosent av alle intensivopphold, og barn under 18 år stod for 2,4 prosent av alle intensivopphold. Median liggetid var 2,1 døgn.

Andel pasienter som fikk respiratorstøtte var 58,1 prosent. Ved 89,3 prosent av oppholdene på intensiv ble pasientene utskrevne fra intensiv i live, og 77,8 prosent var i live 30 dager etter innleggelse på intensiv.

Intensivpasientene i Helse Nord skiller seg ut fra resten av landet på noen områder. I 2021 var median alder nasjonalt på 67,6 år. Pasienter med alder over 80 år utgjorde 16,5 prosent av pasientene og andel under 18 år 4,8 prosent. Vi har altså eldre pasienter enn landsgjennomsnittet og en lavere andel pasienter under 18 år. Andel pasienter som fikk respiratorstøtte ligger nasjonalt på 60,3 prosent altså litt høyere enn i vår landsdel. Median liggetid er den samme. Overlevelse etter behandling ligger nasjonalt på 89,8 prosent ved utskrivelsen og 79,6 prosent var i livet etter 30 dager etter innleggelse<sup>12</sup>.

Tabell 1 under viser nøkkeltall for intensivkapasiteten i Helse Nord i årene 2018 til 2021. Det fremgår av tabellen at det var en økt aktivitet i 2020, som var det første året med pandemi. Ved UNN Tromsø var det en manglende rapportering i 2019, grunnet omorganisering av intensivavdelingene, det er derfor mest hensiktsmessig å sammenligne 2018 med 2020 og 2021. Her ser vi en økning i antall opphold og antall

---

<sup>12</sup> Norsk intensiv- og pandemiregister. Årsrapport for 2021

pasienter på henholdsvis 23 og 17 prosent til 2020, mens det ble nedgang året etter på henholdsvis 11 og 9 prosent. Antall liggedøgn økte med 9 prosent fra 2018 til 2020, og ble redusert med 4 prosent i 2021. For respiratordøgn er antallet omtrent uendret fra 2018 til 2020, men økte med 3,5 prosent fra 2020 til 2021.

<b>Nøkkeltall for intensivopphold i Helse Nord</b>				
<b>År</b>	<b>2018</b>	<b>2019*</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Antall opphold	1833,0	1585,0	2257,0	2004,0
Antall pasienter	1549,0	1349,0	1702,0	1552,0
Antall intensivdøgn	7524,0	5222,0	8226,0	7882,0
Liggedøgn (median)	2,2	2,0	2,0	2,1
Liggedøgn (totalt)	7523,9	5222,5	8226,5	7881,8
Respirator-støtte (%)	59,1	46,7	56,5	58,1
Respiratordøgn (median)	0,8	0,6	0,7	0,6
Respiratordøgn (totalt)	3177,3	1499,2	3165,7	3275,2

Tabell 1: Nøkkeltall for intensivopphold i Helse Nord RHF 2018–2021 (Kilde: NIPaR)

Tabell 2 illustrerer tilsynelatende en stor variasjon i aktiviteten i form av antall intensivopphold ved de ulike avdelingene i regionen. De fleste avdelingene har hatt en nedgang i aktivitet i 2021, noe som kan ha sammenheng med at pandemien ble mindre krevende.

<b>Antall intensivopphold fordelt på lokasjoner</b>				
<b>Lokasjon</b>	<b>2018</b>	<b>2019*</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Hammerfest	181	182	162	130
Kirkenes	116	129	120	93
Tromsø generell	238	14	456	423
Tromsø kir. int.	218	0	2	0
Tromsø medisinsk	8	0	303	408
Harstad	25	253	276	261
Narvik	154	122	83	36
Bodø	221	254	314	213
Mo i Rana	333	304	248	233
Mosjøen	150	120	74	55
Sandnessjøen	189	207	169	152

Tabell 2: Antall intensivopphold innrapportert til NIPaR i perioden 2018-2021 ved den enkelte intensivavdeling (Kilde: NIPaR)

I arbeidet med strategien har både medlemmer av arbeidsgruppen og høringsinnspillene påpekt at det er ulikheter i registreringspraksis. Det har blant annet kommet innspill som redegjør for at mindre enheter tradisjonelt vil levere tall som tilsier for høy aktivitet, mens større sykehus rapporterer relativt sett færre pasienter. Tallene må derfor tolkes med varsomhet, og arbeidsgruppen fremhevet et behov for at foretaksgruppen jobber i fellesskap med NIPaR for å samordne rutinene for registrering.

I 2022 ble det innført en ny særkode for å identifisere intensivpasienter i ISF-systemet, begrunnet i at dagens DRG-system gir en lite treffsikker ISF-finansiering for intensivpasienter. Koden er innført for en prøveperiode i 2022, og Helsedirektoratet vil evaluere om koden gir en bedret oversikt over pasientgruppen. Kriteriene for å kode pasienter med den aktuelle særkoden samsvarer med kriteriene i NIPaR. Direktoratet presenterte foreløpige tall i et møte i oktober<sup>13</sup>, som bekrefter den ubalansen i antall registrerte opphold som fremkommer av tabell 2.

Respiratordøgn betyr antall døgn med mekanisk respiratorbehandling i løpet av pasientoppholdet. Antall respiratordøgn i tabell 1 inkluderer både non-invasiv ventilasjon (NIV) og invasiv ventilasjon. Ved non-invasiv ventilasjon får pasienten respiratorbehandling via en tett maske med overtrykk. Ved invasiv ventilasjon er pasienten som oftest sedert og får respiratorbehandling via et rør i luftveiene.

Arbeidsgruppen har påpekt at det er stor variasjon på antall pasienter med invasiv ventilasjon ved intensivavdelingene i Helse Nord. I tabell 3 på neste side fremkommer det at Mosjøen, Sandnessjøen og Narvik hadde i 2020 under ti pasienter med invasiv ventilasjon når vi ikke inkluderer overflyttede pasienter. Det samme var tilfelle for Hammerfest, Kirkenes, Narvik og Mosjøen i 2021.

---

<sup>13</sup> [ISF-informasjonsmøte \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no)

Intensivavdeling	Antall pasienter som har motatt invasiv ventilasjon eks. overflyttede pasienter	Antall pasienter som har motatt invasiv ventilasjon eks. overflyttede pasienter
	2020	2021
Hammerfest	16	<10
Kirkenes	12	<10
Tromsø intensivavdeling	153	142
Tromsø medisinsk intensiv	47	61
Harstad	22	24
Narvik	<10	<10
Bodø	82	79
Mo i Rana	25	29
Mosjøen	<10	<10
Sandnessjøen	<10	13

Tabell 3: Antall pasienter med invasiv ventilasjon uten overførte pasienter (Kilde: NIPaR årsrapport 2020 figur nr. 3.4, NIPaR årsrapport 2021 figur 3.5)

Ved å inkludere overflyttede pasienter fremkommer også antall pasienter som har fått startet sin behandling ved ett sykehus før de er overflyttet til et annet nivå. Tabell 4, som inkluderer overflyttede pasienter, viser at de nevnte sykehusene har et lavt volum av pasienter som får invasiv ventilasjon, og at omtrent halvparten av de som mottar denne behandlingen i Tromsø og Bodø er overflyttet fra lokalsykehusene.

Intensivavdeling	Antall pasienter som har motatt invasiv ventilasjon inkl. overflyttede pasienter	Antall pasienter som har motatt invasiv ventilasjon inkl. overflyttede pasienter
	2020	2021
Hammerfest	35	19
Kirkenes	25	20
Tromsø intensivavdeling	329	309
Tromsø medisinsk intensiv	64	101
Harstad	37	39
Narvik	13	<10
Bodø	168	132
Mo i Rana	34	44
Mosjøen	16	<10
Sandnessjøen	11	18

Tabell 4: Antall pasienter med invasiv ventilasjon med overførte pasienter (Kilde: NIPaR årsrapport 2020 figur 3.28 og 3.29, NIPaR årsrapport 2021 figur 3.27 og 3.28)

## 4.2.2 Identifiserte utfordringer

- Det er ulikheter i registreringspraksis.
- De minste intensivenhetene har få pasienter som mottar invasiv ventilasjonsbehandling.
- At intensivbehandlingen foregår ved mange lokasjoner og med lange avstander gjør det krevende både med hensyn til overflytting av pasienter, personellressurser og effektiv drift. Samlet gir dette større beredskapsutfordringer for Helse Nord enn øvrige regioner.

## 4.3 Kapasitet

### 4.3.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk

Sammenlignet med øvrige regioner fremstår det som at Helse Nord har høy kapasitet på alle indikatorer fra Norsk intensiv- og pandemiregister, jf. tabell 5 og 6 under. På flere av indikatorene har Helse Nord et betydelig høyere antall ressurser per 100 000 befolkning, enn gjennomsnittet for Norge for øvrig.

Denne oversikten fremkommer for første gang i NIPaRs årsrapport fra 2020, og det fremkommer her at Helse Nord har over 70 prosent flere senger og fulle sykepleierstillinger enn landsgjennomsnittet. Videre hadde Helse Nord i 2020 17,1 respiratorer per 100 000 befolkning i avdeling, noe som utgjør 45 prosent mer enn gjennomsnittet for Norge. Det laveste avviket finner vi for indikatoren «antall respiratorpasienter som kan behandles ved ordinær drift», hvor Helse Nord i 2020 lå 21 prosent høyere enn gjennomsnittet for landet.

Indikator	Antall per 100 000 innbygger (2020)				
	Helse Nord	Helse Midt-Norge	Helse Vest	Helse Sør-Øst	Norge
Antall monitorerte senger	23,5	11,7	12,8	13,0	<b>13,7</b>
Antall bemannede senger ved ordinær drift	16,3	9,5	9,9	8,0	<b>9,4</b>
Antall respiratorer i avdeling	17,1	10,6	11,8	11,1	<b>11,8</b>
Antall respiratorpasienter som kan behandles ved ordinær drift	5,8	4,6	5,5	4,5	<b>4,8</b>
Antall hemofiltrasjonsmaskiner	3,1	1,2	2,1	2,0	<b>2,0</b>
Antall intensivplasser ved full beredskap	33,2	18,1	13,5	12,1	<b>15,1</b>
Antall fulle sykepleiestillinger	78,4	40,9	39,6	42,6	<b>45,0</b>
Antall leger på dagtid ved ordinær drift	4,3	2,5	3,9	2,3	<b>2,9</b>

Tabell 5: Oversikt over tilgjengelige ressurser i hver helseregion i 2020 (Kilde: Årsrapport NIPaR, 2020 tabell 3.5-3.9)

Oppdaterte tall for 2021, jf. tabell 6, viser at forskjellen mellom Helse Nord og landet for øvrig er redusert. Helse Nord har forholdsvis små endringer i sine tall, mens øvrige

regioner har økt på de fleste indikatorer. Dette gjør at Helse Nord i 2021 hadde 43 prosent flere senger og 37 prosent høyere antall fulle sykepleierstillinger per 100 000 innbygger. Indikatoren «antall respiratorpasienter som kan behandles ved ordinær drift» har for Norge økt med over 10 prosent fra 2020 til 2021, og Helse Nord ligger nå 9 prosent over landet for øvrig.

Indikator	Antall per 100 000 innbygger (2021)				
	Helse Nord	Helse Midt-Norge	Helse Vest	Helse Sør-Øst	Norge
Antall monitorerte senger	23,7	16,4	16,5	15,6	<b>16,6</b>
Antall bemannede senger ved ordinær drift	16,0	12,2	13,8	10,3	<b>11,8</b>
Antall respiratorer i avdeling	18,3	12,8	12,7	13,2	<b>13,5</b>
Antall respiratorpasienter som kan behandles ved ordinær drift	5,8	5,4	4,1	5,7	<b>5,3</b>
Antall hemofiltrasjonsmaskiner	3,5	1,5	2,1	3,0	<b>2,7</b>
Antall intensivplasser ved full beredskap	33,4	12,6	13,8	15,1	<b>16,1</b>
Antall fulle sykepleiestillinger	79,3	62,8	53,1	55,3	<b>58,0</b>
Antall leger på dagtid ved ordinær drift	4,4	3,4	2,8	2,9	<b>3,1</b>

Tabell 6: Oversikt over tilgjengelige ressurser i hver helseregion i 2021 (Kilde Årsrapport NIPaR, 2021 tabell 3.5-3.9)

### Sykehuskategorier og sengekategorier

I *Rapport fra interregional arbeidsgruppe om intensivkapasitet*<sup>14</sup> er det utarbeidet separate beskrivelser av det høyeste behandlingsnivået (kategori 3) tilpasset de tre ulike sykehuskategoriene med akuttfunksjoner jf. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). I tabell 7 på neste side vises en oversikt over hvordan sykehuskategoriene fordeler seg i Helse Nord.

<sup>14</sup> Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet  
Mai 2022



Sykehuskategori	Beskrivelse	Helse Nord's sykehus
Regionsykehus	Det sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehuset. Vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.	UNN Tromsø
Stort akuttisykehus	Sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.	NLSH Bodø
Akuttsykehus	Sykehus som minst har akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.	FIN Hammerfest, FIN Kirkenes, UNN Harstad, UNN Narvik, NLSH Vesterålen, NLSH Lofoten, HSYK Mo i Rana, HSYK Sandnessjøen, HSYK Mosjøen er akuttisykehus, med full indremedisinsk beredskap, men ikke akuttkirurgisk beredskap <sup>15</sup> .

Tabell 7: Oversikt over sykehuskategorier

I arbeidet med rapporten kom regionene til enighet om definisjon på de ulike sengekategoriene i Norge. Det er den døgnkontinuerlige driften av kategori 2 og 3 som reflekterer den totale intensiv- og overvåkningskapasiteten. Rapporten viser hvordan intensivkapasitet skal beregnes og tiltak for å øke beredskap og kapasitet. Det skal telles bemannede senger inklusive utstyr. Postoperative sengeplasser telles ikke i en normal driftssituasjon. Kapittel 4 i rapporten gir en beskrivelse av de ulike sengekategoriene med en nærmere beskrivelse av behov for ressurser i form av utstyr, bemanning og kompetanse samt pasienteksempler per sengekategori.

*Sengekategori 1 (forsterket observasjonsseng):* Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av ett organ. Det medisinske behandlingsansvaret forvaltes av ansvarlig lege. Intensivsykepleier tilknyttet avdelingen. Sykepleierdekning i intervallet 1:3 til 1:2 (sykepleier:pasient ratio).

<sup>15</sup> <https://helse-nord.no/nasjonal-helse-og-sykehusplan#akuttisykehus>

*Sengekategori 2 (overvåkingsseng):* Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning for organstøttende behandling av to organ. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutthjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365). Det medisinske behandlingsansvaret utøves av lege tilknyttet av moderavdelingen eller intensivenheten, avhengig av lokal organisering. Sykepleiedekning i intervallet 1:2 til 1:1 (sykepleier:pasient ratio).

*Sengekategori 3 (intensivsenng):* Sengeplass som skal ha ressurser i form av utstyr, kompetanse og bemanning til fullverdig intensivmedisinsk behandling inkludert sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og annen nødvendig organstøttende behandling. Sengeplassen skal være tilgjengelig som akutthjelp hele døgnet hele året, uavhengig av helg og høytid (24/7/365). Intensivsykepleierdekning 1:1 til 1,3:1 eller høyere (sykepleier:pasient ratio) Bemanningsfaktor lege 1:3 eller høyere på dagtid (lege:pasient ratio).

<b>Krav til behandlingstilbud ved sengekategori 3</b>	
Regionsykehus	Skal kunne tilby langvarig intensivbehandling for svikt i flere organsystem. Sengeplassene i kategori 3 skal samlet dekke alle relevante spesialiteter og all relevant intensivbehandling tilpasset sykehusets aktivitet.  Ved regionsykehusene finnes både generelle intensivenheter og spesialiserte intensivenheter tilpasset definerte pasientgrupper som pediatriske, nevrokirurgiske, thoraxkirurgiske eller kardiologiske pasienter.
Stort akuttsykehus	Skal kunne tilby langvarig intensivbehandling for svikt i flere organsystem tilpasset sykehusets aktivitet, spesielt respirasjonssvikt, sirkulasjonssvikt og nyresvikt. Ved akuttsykehus og stort akuttsykehus er det anestesivdelingene som driver generelle intensivenheter.
Akuttsykehus	Skal kunne tilby intensivbehandling i form av døgkontinuerlig sedasjon, invasiv mekanisk ventilasjon og medikamentell sirkulasjonsstøtte med tilhørende overvåking og behandling tilpasset sykehusets aktivitet.

Tabell 8: Krav til behandlingstilbud i sengekategori 3 for de ulike sykehuskategoriene

Den første kartleggingen av sengekapasitet i Helse Nord basert på den interregionale rapporten ble utført av fagsjefene i Helse Nord i juni 2022. På grunn av variasjonen i innrapporterte tall ønsket styringsgruppen en ny kartlegging i oktober. Tallene viser fordeling av sengekategori per sykehus ved normal drift, økt kapasitet og beredskapskapasitet. Tilbakemelding fra fagsjefene gir grunn til å legge mest vekt på innrapporterte tall ved normal drift, mens det er noe usikkerhet knyttet til kategoriene

«økt beredskap» og «beredskapskapasitet». Dette må helseforetakene jobbe videre med i egne beredskapsplaner. Ved mindre avdelinger vil en økning i kapasiteten i sengekategori 3 kunne medføre redusert kapasitet i sengekategori 2.

#### *Finnmarkssykehuset*

Navn på sykehus		Hammerfest sykehus		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		47 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle		1	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2			1	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1			1	Under vurdering

Navn på sykehus		Kirkenes sykehus		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		28 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle		1	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2			1	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1			1	Under vurdering

*Tabell 9: Kapasitet sengekategori 1–3 pr intensivavdeling for Finnmarkssykehuset*

I en kategori 3-seng ved Finnmarkssykehuset kan pasienter med sepsis, KOLS, intoks, covid-19, post operative pasienter med respiratorbehov og andre akutte pasienter som venter på transport til høyere behandlingsnivå, få behandling.

I Prop. 1 S (2022-2023) redegjør regjeringen for at de anser at anmodningsvedtak nr. 577 av 14. mai 2020 vedrørende intensivkapasiteten ved sykehuset i Kirkenes er oppfylt, etter at det i juni ble innrapportert at sykehuset har én sengeplass tilsvarende kategori 2 og én sengeplass tilsvarende kategori 3 under normal drift. Finnmarkssykehuset opplyser at rapportert kapasitet ved intensivavdelingen i Kirkenes er usikker grunnet nåværende budsjettssituasjon.

## UNN

Navn på sykehus		UNN Tromsø		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Regionsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		165 000 (lokalsykehuskommuner)		
Tromsø		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	8	Under vurdering	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)	2	Under vurdering	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 2		7	Under vurdering	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1		4	Under vurdering	Under vurdering

Navn på sykehus		UNN Harstad		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet				
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	Under vurdering	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		3	Under vurdering	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1			Under vurdering	Under vurdering

Navn på sykehus		UNN Narvik		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet				
Tromsø		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	Under vurdering	Under vurdering
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		2	Under vurdering	Under vurdering
Antall sengeplasser kategori 1		0	Under vurdering	Under vurdering

Tabell 10: Kapasitet sengekategori 1–3 pr intensivavdeling for UNN

UNNs befolkningsgrunnlag når man ser universitets- og regionsykehusfunksjoner samlet er om lag 482 000 innbyggere. Kategoriene «økt beredskap» og

«beredskapskapasitet» vil oppdateres etter at helseforetaket har revidert egne beredskapsplaner for pandemi.

#### Nordlandssykehuset

Navn på sykehus		Nordlandssykehuset, Bodø		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Stort akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		75 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	5	8	14
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		6	10	13
Antall sengeplasser kategori 1		8	8	12

Navn på sykehus		Nordlandssykehuset, Vesterålen		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		30 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	0	0	0
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		2	3	5
Antall sengeplasser kategori 1		2	2	5

Navn på sykehus		Nordlandssykehuset, Lofoten		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		24 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	0	0	0
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		2	3	5
Antall sengeplasser kategori 1		2	2	5

Tabell 11: Kapasitet sengekategori 1–3 pr intensivavdeling for Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset har aktivt tatt stilling til at det bare er sykehuset i Bodø som har senger i kategori 3, noe som innebærer at de tyngste pasientene ved sykehusene i Vesterålen og Lofoten stabiliseres lokalt før de overflyttes med ambulansfly til Bodø. I praksis betjener sykehuset i Bodø også pasienter tilhørende Helgelandssykehusets opptaksområde pasienter med behov for en intensivseng i kategori 3, noe som samlet sett gir et befolkningsgrunnlag på ca. 210 000.

### Helgelandssykehuset

Navn på sykehus		Helgelandssykehuset, Mo i Rana		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		34 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	2	3
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		1	3	3
Antall sengeplasser kategori 1		2	0	0

Navn på sykehus		Helgelandssykehuset, Mosjøen		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		16 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	1	2
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		1	3	2
Antall sengeplasser kategori 1		1	0	0

Navn på sykehus		Helgelandssykehuset, Sandessjøen		
Sykehustype(akutt/stort akutt/region)		Akuttsykehus		
Befolkningsgrunnlag i opptaksområdet		32 000		
		Normal drift	Økt kapasitet	Beredskaps-kapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	Generelle	1	2	2
	Spesialiserte (regionsykehus)			
Antall sengeplasser kategori 2		1	1	2
Antall sengeplasser kategori 1		1	0	0

Tabell 12: Kapasitet sengekategori 1–3 pr intensivavdeling for Helgelandssykehuset

Helgelandssykehuset opplyser at overlege i anesthesiologi i utgangspunktet har hjemmevakt, men ved behov er overlegespesialist til stede ved sykehuset hele døgnet. Videre redegjør helseforetaket for at alle sykehusene er sårbare med hensyn til intensivkompetanse, noe som påvirker kapasiteten til å ivareta pasienter lokalt før en eventuell overflytting til et høyere nivå. Med hensyn til intensivsykepleiere er det forskjell mellom sykehuslokalisasjonene. Sandessjøen og Mosjøen har bemanningsplaner som sikrer at det er minimum én intensivsykepleier på vakt, mens Mo i Rana har en mer robust dekning av intensivsykepleiere.

Vedtaket i foretaksmøtesak 9-2020 *Helgelandssykehuset 2025 – struktur og lokalisering* vil trolig medføre endringer i tilbudet i Mosjøen.

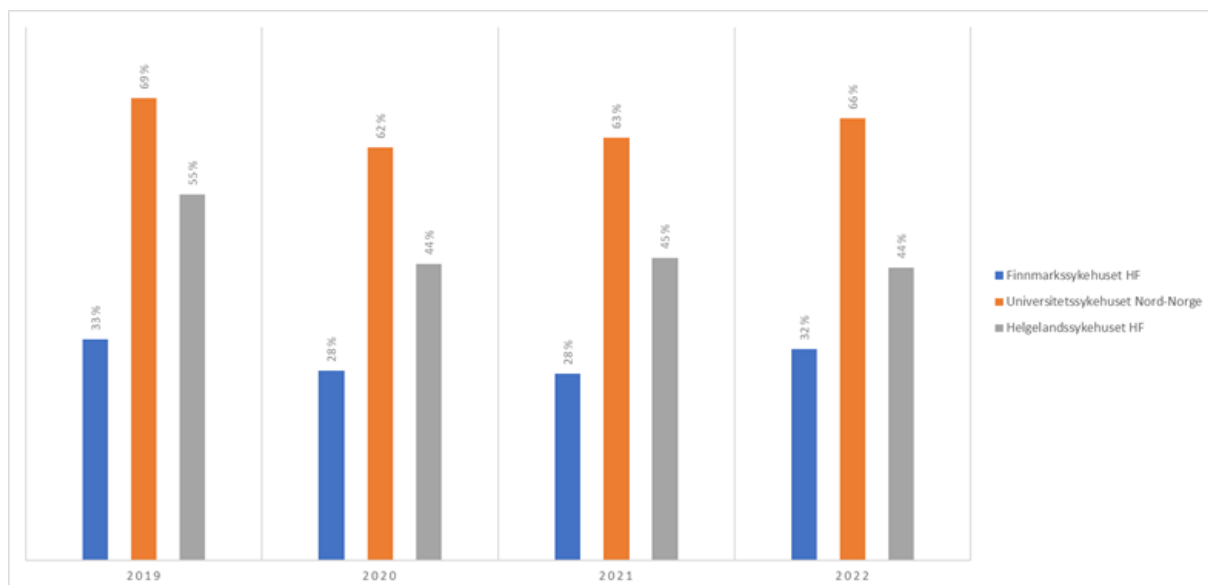
Sum Helse Nord	Normal drift	Økt kapasitet	Beredskapskapasitet
Antall sengeplasser kategori 3	22	Ikke avklart	Ikke avklart
Antall sengeplasser kategori 2	27	Ikke avklart	Ikke avklart
Antall sengeplasser kategori 1	21	Ikke avklart	Ikke avklart

Tabell 13: Kapasitet sengekategori 1–3 samlet for Helse Nord

Ved å legge til grunn en befolkning på 480 000 gir dette en kapasitet ved normal drift i Helse Nord på 4,6 senger per 100 000 innbygger i kategori 3 og 5,6 senger per 100 000 innbygger i kategori 2. Summen av kategori 2 og 3 senger beskriver intensivkapasiteten. Utredningen fra 2019 viste en tilgang på 6,3 intensivsenger per 100 000 og 8,7 intermediære senger per 100 000.<sup>16</sup>

### Belegg på intensivavdelingene

Stolpediagrammet (figur 5) viser beleggsprosenten i de fire av årets første måneder ved intensivene i Helse Nord fra 2019–2022. Diagrammet inkluderer belegg på alle typer senger som er registrert ved intensivavdelingene per mai 2022 (intensivseng, intermediær og oppvåkning).

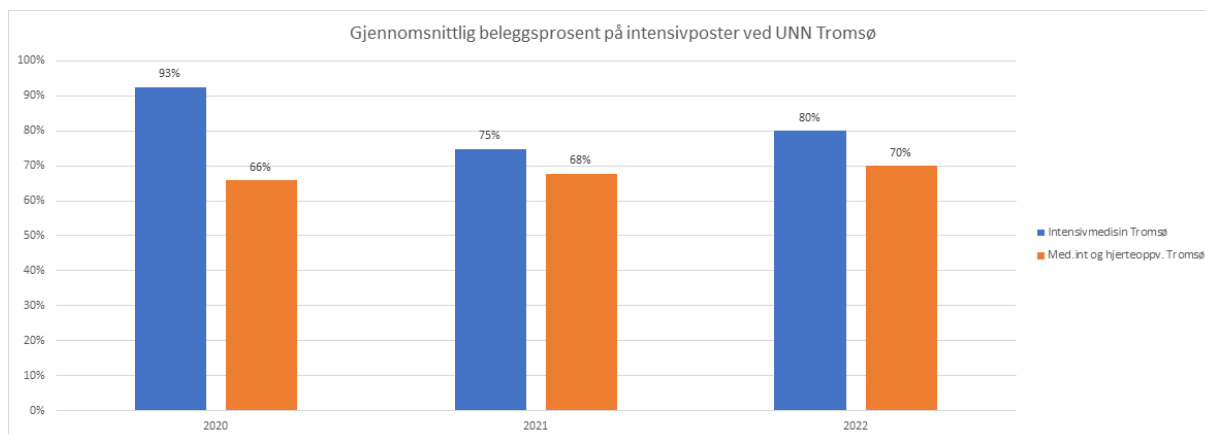


Figur 5: Beleggsprosent 2019-2022 for FIN, UNN og HSYK (t.o.m. mai for siste år) (kilde: HN LIS)

Det har vært vanskelig å tolke resutater for beleggsprosenten ved Nordlandssykehuset, Bodø, de er derfor utelatt her.

Ved å ta ut en egen oversikt over enhetene i Tromsø får vi en nærmere presentasjon av at særlig generell intensiv i Tromsø hadde høyt belegg under pandemien.

<sup>16</sup> Regional intensivutredning: status, utfordring og fremtidsperspektiv, desember 2019



Figur 6: Beleggsprosent intensivavdelingene i Tromsø 2020-2022 t.o.m. mai for 2022 (Kilde: HN LIS)

Ved å ta i bruk nye nasjonale definisjoner på sengekategorier vil intensivavdelingene lettere kunne beskrive egen virksomhet og sammenligne seg med andre avdelinger når det kommer til organisering og bemanning. Bruk av historiske data som beskriver aktivitet og belegg kombinert med nye definisjoner vil gjøre planlegging av bemanning enklere og sikre bærekraft.

#### 4.3.2 Identifiserte utfordringer

- Det har fram til nylig vært utfordrende for det nasjonale fagmiljøet å enes om hvordan man skal beregne intensivkapasitet da sykehusene har lagt ulike definisjoner til grunn for beregning av intensivkapasitet.
- Felles forståelse av ny beregningsmetode for intensivkapasitet krever modning.
- Beregning av kategoriene «økt kapasitet» og «beredskapskapasitet» er ikke ferdigstilt for regionen.
- Det er uklart i hvilken grad avdelingene benytter beleggsprosenten i dimensjoneringen av tilbudet, og det er spesielt vanskelig å vurdere beleggsprosenten ved intensivavdelingen i Bodø.

### 4.4 Kvalitet i intensivmedisin

Jamfør *Strategi for Helse Nord RHF* skal vi ivareta kontinuerlig forbedring og bærekraftig utvikling ved å bruke data fra kvalitetsregistre og andre helseregistre som grunnlag for forbedring og prioritering, og være tydelige og åpne om resultatene.

#### 4.4.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk,

Norsk intensivregister ble opprettet i 1998 og bygger på opplysninger om pasienter behandlet ved intensivavdelingene i Norge. I 2020 fikk registeret i tillegg i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartement og Helsedirektoratet om å registrere alle pasienter innlagt med covid-19 i spesialisthelsetjenesten og ble dermed til Norsk intensiv- og



pandemiregister (NIPaR). Formålet med registeret er å gi en tilbakerapportering til deltagende sykehus og til sentrale helsemyndigheter om virksomheten ved norske intensivenheter og om epidemiutbrudd.

Flere av avdelingene i nord er kombinerte avdelinger der noen av pasientene oppfyller inklusjonskriterier til registeret, andre ikke.

Norsk intensiv- og pandemiregister (NIPaR) samler inn data om pasienter som er behandlet ved norske intensivenheter blant annet for å utarbeide faglige kvalitetsindikatorer for norske intensivenheter. Registeret har totalt sju kvalitetsindikatorer. Disse er inndelt i henholdsvis to strukturindikatorer, to prosessindikatorer og tre resultatindikatorer.

Pårørendetilfredshet er en internasjonal anbefalt kvalitetsindikator for intensiv-avdelinger, da intensivpatienten ofte husker lite fra sitt intensivopphold. NIPaR benytter *Pårørendeskjema FS-ICU*. Det er per tiden ingen registrering over pårørendetilfredshet fra intensivavdelingene i Helse Nord, og ifølge NIPaRs årsrapport for 2021 var det kun én intensiv enhet i landet som benyttet verktøyet. Det er ønskelig fra registeret at flere enheter benytter dette verktøyet.

### Strukturindikatorer:

- *Leverer data til registeret*

Indikerer hvorvidt avdelingen rapporterer data til NIPaR, noe alle landets intensivenheter oppfyller, inkludert enhetene i Helse Nord.

- *Primærvakt 24/7*

Indikerer tilgang til intensivmedisinsk (anestesi) legekompentanse på sykehuset hele døgnet alle dager i året i tre ulike nivåer (nivå 1 og 2 oppfyller indikatoren):

- Nivå 1: Lege med spesialistkompetanse i primærvakt.
- Nivå 2: Lege uten spesialistkompetanse i primærvakt på sykehuset, lege med spesialistkompetanse i bakvakt som kan tilkalles.
- Nivå 3: Lege ikke kontinuerlig tilstede på sykehuset, anestesilege i bakvakt som kan tilkalles deler av døgnet (kveld/natt). Kvalitetsindikatoren er ikke oppfylt.

Helseforetak (år 2021)	FIN		UNN		NLSH		HSYK	
	Lokasjon	Nivå	Lokasjon	Nivå	Lokasjon	Nivå	Lokasjon	Nivå
Tilgang på intensivmedisinsk legekompentanse 24/7	Hammerfest	3	Tromsø generell	1	Bodø	2	Mo i Rana	2
	Kirkenes	3	Tromsø medisinsk	1			Mosjøen	2
			Harstad	1			Sandnessjøen	3
			Narvik	3				

Tabell 14: Nivå tilgang på intensivmedisinsk legekompentanse 24/7 pr intensivavdeling (kilde: Årsrapport NIPaR 2021)

Nasjonalt lå denne indikatoren i 2021 på 92 prosent (57 av 62 enheter). Helse Nord er den eneste regionen med enheter som ikke oppfylte indikatoren. For å oppfylle kravet må lege uten spesialistkompetanse i primærvakt være LIS anestesi.

### Prosessindikatorer:

- *Enheden har daglig, tverrfaglig gjennomgang av pasientene*

Samarbeid mellom ulike fagfelt og spesialiteter er en forutsetning for god intensivbehandling.

- *Ved utskrivning fra intensiv foreligger som rutine relevant dokumentasjon*

Kvalitetsindikatoren viser hvilke avdelinger som har som rutine at det foreligger ferdig utskrivningsnotat med relevant informasjon/oppsummering av intensivoppholdet og oppdatert medikamentliste.

Prosessindikatorer		
Hvorvidt enheten oppfylte indikatoren i 2020 og 2021		
Intensivavdeling	Tverrfaglig gjennomgang (2020/2021)	Rutinenotat ved utskrivning (2020/2021)
Hammerfest	ja/ja	nei/nei
Kirkenes	ja/ja	nei/nei
Tromsø generell	ja/ja	ja/ja
Tromsø medisinsk	ja/ja	ja/ja
Harstad	ja/ja	ja/ja
Narvik	ja/ja	ja/ja
Bodø	ja/ja	ja/ja
Mo i Rana	ja/ja	nei/nei
Mosjøen	ja/ja	ja/ja
Sandnessjøen	ja/ja	ja/ja

Tabell 15: Oppfyllelse av prosessindikatorer pr intensivavdeling (Kilde: Årsrapport NIPaR 2020, 2021)

Nasjonalt oppfylder 57 av 60 enheter kravet om tverrfaglig gjennomgang, mens 55 av 60 oppfylder kravet om rutinenotat ved utskrivning.

### Resultatindikatorer:

- *Median invasiv respiratortid <2,5 døgn*

Respiratortid er den tiden pasienten får pustehjelp fra en respirator. Målet er at minst halvdel av slike opphold skal ha respiratortid under 2,5 døgn. Respiratorbehandling gjennom slange gir økt risiko for lungebetennelse og pustemusklene svekkes dersom respiratoren tar over pustearbeidet for pasienten over lang tid, noe som vil øke rekonvalesenstida. Nasjonalt ligger denne indikatoren på 63 prosent.

<b>Respiratortid</b>		
<b>Måltall : &lt; 2,5 døgn for minst 50 % av oppholdene</b>		
<b>Helseforetak</b>	<b>År 2020</b>	<b>År 2021</b>
FIN	86 %	53 %
UNN	74 %	79 %
NLSH	72 %	61 %
HSYK	71 %	59 %
Nasjonalt	63 %	61 %

Tabell 16: Nivå på indikatoren median invasiv respiratortid pr HF (Kilde: Årsrapport NIPaR 2020, 2021)

- *Reinnleggelse til intensiv i løpet av 72 timer < 4 prosent av oppholdene*

Reinnleggelse er definert som nytt et opphold på samme intensivenhet, der innleggingstidspunktet er mindre enn 72 timer etter utskrivningstidspunktet. Det er ønskelig med mindre enn 4 prosent reinnleggelser. Nasjonalt lå denne indikatoren på 2,7 prosent i 2020 og 2,4 prosent i 2021.

<b>Reinnleggelse innen 72 timer</b>		
<b>Måltall : &lt; 4 %</b>		
<b>Helseforetak</b>	<b>År 2020</b>	<b>År 2021</b>
FIN	3,8 %	2,2 %
UNN	1,7 %	3,2 %
NLSH	4,3 %	2,9 %
HSYK	3,3 %	4,6 %
Nasjonalt	2,7 %	2,4 %

Tabell 17: Nivå på indikatoren reinnleggelse ilt. 72 timer pr HF (Kilde: Årsrapport NIPaR 2020, 2021)

- *Standardisert mortalitetsratio (SMR) < 0,7*

SMR er faktisk dødelighet delt på estimert dødelighet ut fra SAPS-II-skår. SMR er avhengig av korrekt skåring av SAPS-II<sup>17</sup>. NIPaR har de senere år avdekket at skåring av

<sup>17</sup> SAPS-II-skår beregnes ut fra: • Kroniske sykdommer: ChronicDiseases • Glasgow Coma Scale (GCS): Glasgow • Alder ved innleggelse: Age • Systolisk blodtrykk: SystolicBloodPressure • Pulsfrekvens: HeartRate • Temperatur: Temperature • Respirasjonsstøtte/CPAP/PaO2/FiO2-ratio (kPa) de 24 første timene: MvOrCpap • Urinproduksjon/24 timer: UrineOutput • S-karbamid (mmol/L): SerumUreaOrBun • Leukocytter (x10<sup>9</sup>/L): Leukocytes • S-Kalium (mmol/L): Potassium • S-Natrium (mmol/L): Sodium • S-HCO3: Hco3 • S-Bilirubin (mikromol/L): Bilirubin • Innleggelsesmåte/hastegrad: InnMaate

SAPS-II kan inneholde feil. En bør derfor være varsom med tolkningen av SMR, og være oppmerksom på at feil skåring kan skape og maskere variasjon, både mellom enheter og pasientgrupper. På grunn av dette har vi valgt på presentere SMR per helseregion og over tid for å vise utviklingen.

<b>SMR (alle uten covid-19)</b>				
<b>Mål: &lt; 0,7</b>				
<b>Region</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>
Helse Nord	0,809	0,867	0,835	0,831
Helse Midt-Norge	0,744	0,837	0,873	0,871
Helse Vest	0,686	0,651	0,699	0,745
Helse Sør-Øst	0,743	0,674	0,654	0,663

Tabell 18: Nivå SMR pr helseregion 2021-2018 (Kilde: NIPaR)

I utredningen har det kommet fram at resultater fra kvalitetsregistret ikke følges opp systematisk ved alle intensivavdelinger. Ikke alle har kjennskap til egne tall og det er hersker usikkerhet rundt kvaliteten på innmeldte data.

Lavt volum av pasienter som fyller inklusjonskriteriene til NIPaR kan føre til at medlemskap i registerets ikke opprettholdes. Manglede data fra intensivenheter med lavt volum gir imidlertid mangel på oversikt over kvaliteten og vanskeliggjør sammenligning mot andre intensivavdelinger.

Fagmiljøet uttrykker bekymring fordi det lave volumet gir liten erfaring med behandling av alvorlig syke intensivpasienter, noe som utfordrer opprettholdelse av kvalitet i tjenesten. Også UNN Tromsø med sine regionfunksjoner har lavt volum sammenlignet med større universitetssykehus/regionsykehus som tilbyr tilsvarende behandling nasjonalt.

Overflytting av pasienter fra høyere nivå til lokalsykehus skal skje på medisinsk indikasjon, og bør prioriteres der det er mulig. For pasienten og pårørende vil det være positivt å få behandling nærmere hjemstedet. De store intensivavdelingene vil få avlastning, mens lokalsykehusene vil få flere pasienter med invasiv respiratorbehandling. Mulighet for overflytting til intensivavdeling ved lokalsykehus må sees i sammenheng med kapasitet og kompetanse ved de andre avdelingene ved lokalsykehuset når intensivpasientens behov for eventuell annen spesialisert behandling vurderes.

Barn fra 2 måneder til 18 år utgjorde i 2021 bare 2,4 prosent av pasientene ved våre intensivavdelinger. Kritisk syke barn er en spesiell gruppe med tanke på kompetanse hos personalet. Fagfolkene melder at de har behov for tiltak som kan bedre kompetanse og gi større trygghet i behandlingen av barn på intensiv. Styrket samarbeid med barnelegene og større faglig trygghet vil muligens kunne forhindre overflytting til

barneintensiv utenfor regionen. Ny nasjonal retningslinje i intensivsykepleie har også fått egne sluttkompetansebeskrivelser knyttet til barn.

Andre sårbare pasientgrupper er pasienter som trenger akutte intervensjoner det ikke er tilgang til på lokalsykehus. Disse kan være pasienter med akutt nyresvikt, nevrokirurgiske eller kardiologiske pasienter som kan oppleve forsinkelser i planlagt overflytting til høyere nivå.

#### **4.4.2 Identifiserte utfordringer**

- Mange små intensivavdelinger med få pasienter gjør det utfordrende å oppfylle enkelte av kravene fra registeret
- Det er ikke etablert samarbeid med felles kompetansekrav og fagsamarbeid innad i regionen
- Helseforetakene har ikke en systematisk oppfølging av resultatene i registeret, der man bl.a. sammenligner sine resultater med andre
- Opplæring i rapportering til NIPaR synes mangelfull/ikke benyttet
- Begrenset erfaring med barn ved intensivavdelingene skaper utrygghet blant personalet
- Ikke alle avdelinger har en fast lege som er medisinsk ansvarlig for avdelingen
- Det mangler felles regionalt nettverk for fagsykepleiere
- Manglende arena for regionalt samarbeid for intensivmedisin
- Strukturert plan for å ivareta og videreutvikle kompetanse hos intensivsykepleiere mangler ved enkelte avdelinger
- Det mangler system for kompenserende tiltak som ivaretar utfordringen med lavt antall pasienter med invasiv respiratorbehandling
- Det gjennomføres ikke registrering over pårørendetilfredshet ved intensivavdelingene

### **4.5 Samarbeid**

Regional utviklingsplan og Strategi for Helse Nord vektlegger behov og nødvendigheten av samhandling og samarbeid i helsetjenesten for at vi skal nå våre mål om å sikre befolkningen i Nord-Norge gode og likeverdige helsetjenester.

#### **4.5.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk**

Gjennom innspillsmøtene har samhandling og samarbeid vært sentrale diskusjonspunkter. I hovedtrekk har fagmiljøet i regionen en oppfatning av at samarbeidet mellom de ulike intensivavdelingene i Helse Nord fungerer tilfredsstillende. Samarbeidet beskrives som godt når det kommer til driftsoppgaver som handler om kapasitet mellom sykehusene. Men det eksisterer ingen fast struktur for

faglig samarbeid på et regionalt nivå, der faglige spørsmål kan diskuteres og lokalsykehus få veiledning i pasientbehandlingen.

Hver dag tas det prioriteringsbeslutninger der helsepersonell og ledere må ta beslutninger om hvem som skal få behandling på intensivavdeling. Prioriteringene kan handle om begrensninger i kapasitet eller at tiltakets nytte ikke står i forhold til kostnaden. Verdigrunnlag og prinsippene som ligger til grunn for beslutningene som tas bygger på nytte-, ressurs- og alvorlighetskriteriet<sup>18</sup>.

I *Rapport fra interregional arbeidsgruppe for intensivkapasitet* foreslås det at følgende kriterier bør vurderes før behandlingstilbud gis ved intensivavdeling:

1. *Kan tilstanden reverseres eller behandles?*
2. *Fravær av annen sykdom eller skade som representerer en kontraindikasjon?*
3. *Ønsker pasienten intensivbehandling?*
4. *Trengs overvåking eller behandling som ikke kan gis på lavere behandlingsnivå?*

I det daglige pågår det et samarbeid mellom intensivavdelingene og akuttmottak, og ved enkelte sykehus er disse samlokalisert. Fra innspillsmøtene vektlegges det et ønske om å styrke samarbeidet mellom intensivavdeling og moderpost. Dette gjelder for eksempel i vurderinger om pasienten skal tilbys intensivbehandling, fortsatt livsforlengende behandling på intensiv og ved tilbakeføring til moderpost. Moderpost/organspesialister ønsker å bli tatt med i diskusjonen før pasienten legges på respirator. Mulighet for reinnleggelse på intensiv etter at intensivbehandling er avsluttet ønskes også avklart mellom intensivavdelingen og aktuell moderpost.

Samhandling med den kommunale helsetjenesten bør styrkes slik at nødvendige avklaringer for kommunens pasienter er gjennomført i samråd med pasient og pårørende før en akutt hendelse inntreffer. Dette gjelder spesielt pasienter som mottar avansert hjemmebehandling og skrøpelige pasienter på kommunale institusjoner. Fra fagmiljøet etterlyses systematisk bruk av regional prosedyre for overflytting av kritisk syke pasienter<sup>19</sup>. For eksempel må intensivavdelinger på lokalsykehus få beskjed om nødvendige medikamenter i god tid før overflytting.

Samarbeid med pårørende og pasienter er ikke problematisert av fagmiljøet og oppleves av arbeidsgruppen som godt. Tilgjengelighet til pårønderom og mulighet for støttesamtaler er forbedret og avdelingene har egne prosedyrer som ivaretar *Barn som*

---

<sup>18</sup> Meld. St. 38 (2020–2021)

Nytte, ressurs og alvorlighet— Prioritering i helse- og omsorgstjenesten

<sup>19</sup> RL3259 *Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter* og RL3260 *Sjekkliste overflytting pasienter mellom intensivavdelinger*

*pårørende*<sup>20</sup>. Da vi mangler data på pårørendetilfredshet fra NIPaR er det vanskelig å gjøre en videre vurdering på dette området.

#### **4.5.2 Identifiserte utfordringer**

- Manglende struktur for faglig samarbeid, kompetanseheving og behandlingsstøtte i regionen.
- Ikke systematisk bruk av regional prosedyre ved overflytting av intensivpasienter.
- Manglede samarbeid hindrer kapasitetsutnyttelse internt i eget helseforetak og mellom helseforetakene.
- Manglende struktur for samarbeid med moderpost.
- Manglende rapportering til NIPaR om pårørendetilfredshet.

### **4.6 Bemanning**

Helseforetakene skal ha styringssystemer som sikrer planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av aktivitetene slik at tjenestene er forsvarlige. Dette innebærer blant annet å sørge for tilgang til personell med nødvendig kompetanse.

I Helse Nord er relevante tiltak for å rekruttere og beholde ansatte beskrevet i *Handlingsplan for rekruttering og stabilisering*. Handlingsplanen er først og fremst et verktøy for ledere og HR-personell i møte med rekrutteringsutfordringene og beskriver strategiske mål for å rekruttere og beholde personell med tilhørende tiltak.

#### **4.6.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk**

Framskrivninger viser at behovet for årsverk i spesialisthelsetjenesten vil øke med rundt 30 prosent fram mot 2030. Helsetjenesten stilles ovenfor store utfordringer når det kommer til å rekruttere, beholde og mobilisere arbeidskraft<sup>21</sup>.

I sak 92-2021 *Anestesiberedskap og utdanningsbehov* i direktørmøte i Helse Nord ble direktørene gjort kjent med at det var en bekymring for fremtidig rekruttering av anestesileger til Helse Nord. Det ble besluttet at prioritering i bemanningsfeltet skal tas med videre i arbeidet med regional utviklingsplan<sup>22</sup>.

Helse Nord RHF planlegger å starte opp et arbeid som omhandler utdanningskapasitet for legespesialiseringene. I utkast til prosjektmandat for «Utdanningskapasitet LIS2 og 3 i Helse Nord» legges det opp til å dekke flere behov:

---

<sup>20</sup> *Barn som pårørende – overordnet fagprosedyre*, PR11066

<sup>21</sup> *Riksrevisjons rapport om bemanningsutfordringer i spesialisthelsetjenesten*, 2019

<sup>22</sup> Dir. møtesak 92-2021 *Anestesiberedskap og utdanningsbehov*

- Tilstrekkelig antall stillinger for LIS2 og 3 i de ulike spesialitetene i regionen.
- Helhetlige og forutsigbare utdanningsløp uten unødige forsinkelser for den enkelte lege og utdanningsvirksomhetene.
- Felles prosedyrer for framskriving, planlegging og styring av spesialistutdanningen i foretaksgruppen.

Planlagt prosjektperiode er desember 2022 – oktober 2023, og vil inkludere en gjennomgang av behovet for leger til det intensivmedisinske området.

I *Riksrevisjonens rapport om bemanningsutfordringer i spesialisthelsetjenesten* er det beskrevet at det er lederne for intensivsykepleiere som har de største utfordringene med rekruttering. Godt over halvparten av lederne oppgir å ha mislyktes i å rekruttere intensivsykepleiere og nesten tre av fire enheter der det jobber intensivsykepleiere har ledige stillinger.

I konklusjonen i riksrevisjonsrapporten vises det til at de regionale helseforetakene og helseforetakene ikke legger godt nok til rette for å sikre rekruttering av sykepleiere, jordmødre og spesialsykepleiere. Mange helseforetak kan ikke vise til planer eller oversikt som på en systematisk måte kartlegger behovet for spesialsykepleiere.

I innspillmøtene med intensivavdelingene i Helse Nord kommer det fram at bemanning av intensivsykepleiere vurderes som den største sårbarheten i pasientbehandlingen. Flere av avdelingene har ledige stillinger over tid og er avhengige av merarbeid utført av eget personell og vikarbruk for å opprettholde driften av avdelingen. Tre avdelinger oppgir å ha søkere til utlyste stillinger, men også her meldes bekymring for fremtidig tilgang til intensivsykepleiere.

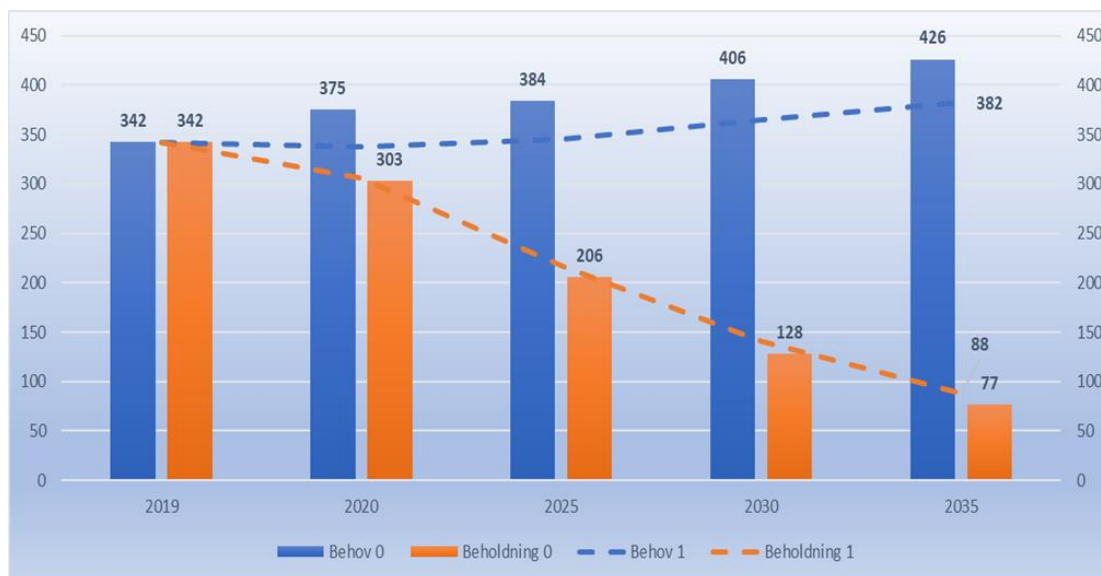
Avdelingene oppgir at de har en høy andel av intensivsykepleiere som begynner å nærme seg pensjonsalderen, men det framstår som usikkert hvor god kontroll avdelingene har på framskriving av behov, planer for rekruttering og tiltak.

Framskrivninger gjort av Helse Nord RHF ved hjelp av Nasjonal bemanningsmodell<sup>23</sup> viser behovet for intensivsykepleiere fram mot 2035. De blå søylene i diagrammet (figur 7) viser beholdning og fremtidig behov. De oransje søylene viser fremtidig beholdning, gitt at det ikke iverksettes tiltak eller gjennomføres nyrekruttering. Den blå stiplede linjen viser fremtidig behov gitt et nedtrekk av behov på 10 prosent. Dette kan man eksempelvis tenke seg å gjennomføre ved hjelp av omorganisering og/eller oppgavedeling.

---

<sup>23</sup> Sluttrapport: Dokumentasjon nasjonal bemanningsmodell, Helse Vest 2016





Figur 7: Nasjonal bemanningsmodell behov og beholdning av intensivsykepleiere i Helse Nord

Behovet for intensivsykepleiere i framtiden vil vanskelig kunne realiseres uten stor omstilling. For å etablere en bærekraftig utvikling for intensivsykepleie i framtiden er det nødvendig å tenke nytt. Arbeidsgruppen til strategidokumentet ble gjort kjent med innholdet i rapporten *Etablert bærekraftig utvikling for intensivsykepleiere* fra Helse Vest<sup>24</sup>. Formålet med prosjektet i Helse Vest var å finne en bærekraftig retning for intensivsykepleiere i regionen og gi bedre innsikt i hvilke tiltak helseforetakene kan ta i bruk for å løse sine bemanningsutfordringer.

Mange av driverne for intensivkapasitet og tiltak fra Helse Vest var gjenkjennbart i vårt fagmiljø. I arbeidet med strategien har vi latt oss inspirere av rapporten fra Helse Vest. Arbeidsgruppen fikk i oppgave å identifisere endringsdrivere for intensivsykepleie og beskrive scenarier for avdelingene i 2040 som tar ned behovet for intensivsykepleiere. Hensikten med oppgaven var å finne en god og bærekraftig retning for intensivsykepleie ved de aktuelle avdelingene.

Avdelingene er ulikt organiserte og har noe ulikt tilbud, potensialet vil derfor variere mellom intensivavdelingene i Helse Nord. Men det er enighet om at bruk av annet klinisk personell, teknologi og bedre utnyttelse av areal kan bidra til å redusere behovet for intensivsykepleiere i framtiden.

Oppgavedeling der intensivsykepleieren flytter over oppgaver til andre yrkesgrupper kan virke stabiliserende og gi økt jobbtilfredshet. Sykepleiere uten videreutdanning, fysioterapeut, portør, assistent, farmasøyt, apotektekniker, helsefagarbeider, sosionom, prest og merkantilt personell kan overta oppgaver fra intensivsykepleiere. Dette kan både ha den hensikt å redusere behovet for intensivsykepleiere, men også legge til rette

<sup>24</sup> Etablere bærekraftig utvikling for intensivsykepleie, Felles regional rapport. Helse Vest

for at intensivsykepleierne i større grad skal få bruke sin spesialkompetanse. Ved UNN er det utviklet en kompetansetrapp som ved en strukturert opplæring setter sykepleiere uten videreutdanning i stand til å jobbe ved intensivavdelingen.

Jamfør funn i Riksrevisjonens undersøkelser er det mindre bruk av deltid blant intensivsykepleiere enn andre sammenlignbare grupper. Det stemmer overens med funn fra Helse Nord. En del av intensivsykepleierne som er registeret med en mindre stilling enn 100 prosent jobber gjerne den resterende stillingsbrøken på ambulanssefly eller gjennom vikarbyrå.

Problemet med å få helgekabalen til å gå opp er imidlertid velkjent blant ledere på intensivavdelingene. Avdelinger med samdrift tar ned sengetallet i helgene og reduserer bemanningen. Fra diskusjonene på innspillsmøtene og i arbeidsgruppen kan det tyde på at arbeidsplanene ikke alltid er tilpasset avdelingens drift og rammer, spesielt på natt og helg.

Oslo Economics utarbeidet i mai 2022 en kunnskapsoppsummering<sup>25</sup> som belyste hvorfor sykepleiere forlater yrket i regionene Nordland og nordre Trøndelag, og hva som skal til for å få sykepleiere til å bli eller komme tilbake. I rapporten omtales blant annet arbeidstid og mulige tiltak for å sikre nok kapasitet i helgene:

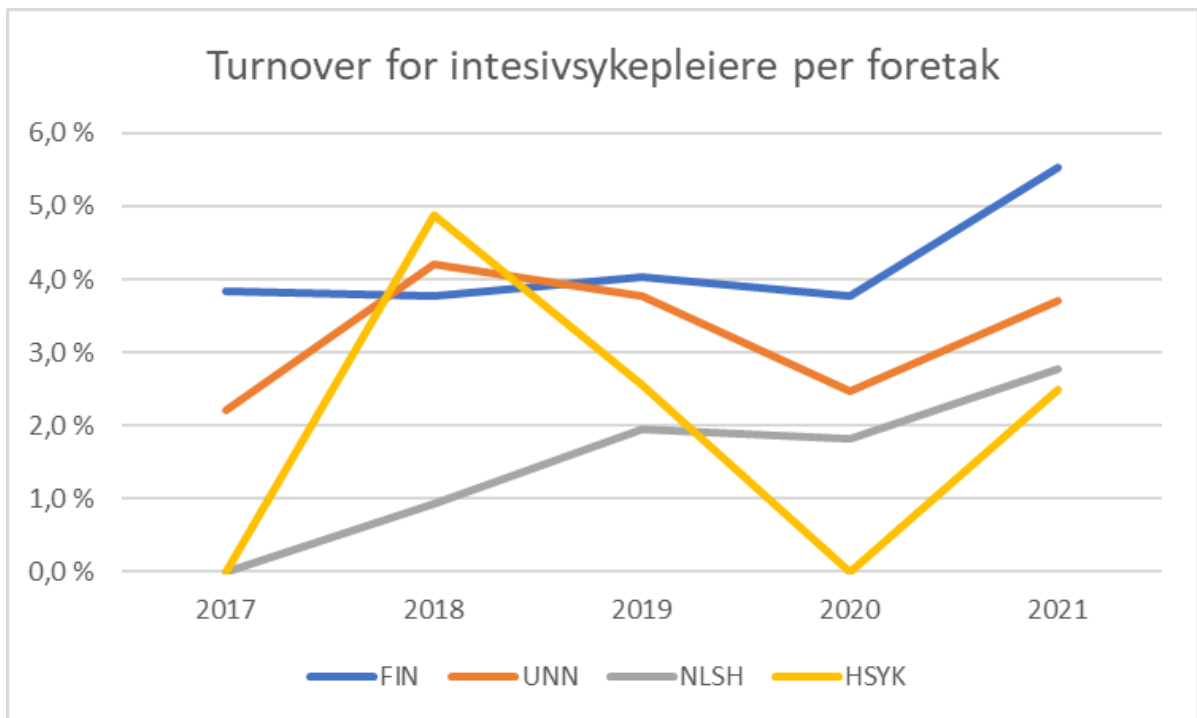
- Flere helgevakter per ansatt
- Inkludere flere sykepleiere i helgevaktsordning
- Økt bruk av langvakt i helgene
- Kompensasjonsordninger som motiverer til oppmøte i helgene
- Vikar pool/ressurspool

Gjennom innspillsmøtene har det kommet fram at lederne på enhetsnivå bruker mye av tiden sin til bemanningsutfordringer og dag-til-dag styring slik at avdelingen skal ha tilstrekkelig med kompetanse på plass. Bemanningsutfordringene tar mye av ledernes tid og kapasitet, noe som fører til lite tid til andre lederoppgaver.

I Riksrevisjonsrapporten om bemanningsutfordringer i helseforetakene fremkommer det at den samlede gjennomsnittlige årlige eksterne turnoveren er på 8 prosent for alle stillingstypene (sykepleier, spesialsykepleier og jordmor). Sammenlignet med dette er det ikke høy turnover blant intensivsykepleierne i Helse Nord. Som diagrammet under (figur 8) viser har det vært noe økning i turnover for intensivsykepleierne i alle foretak fra 2017 til 2021, men fortsatt er nivået mellom 2,5 prosent (Helgelandssykehuset) og 5,5 prosent (Finnmarkssykehuset).

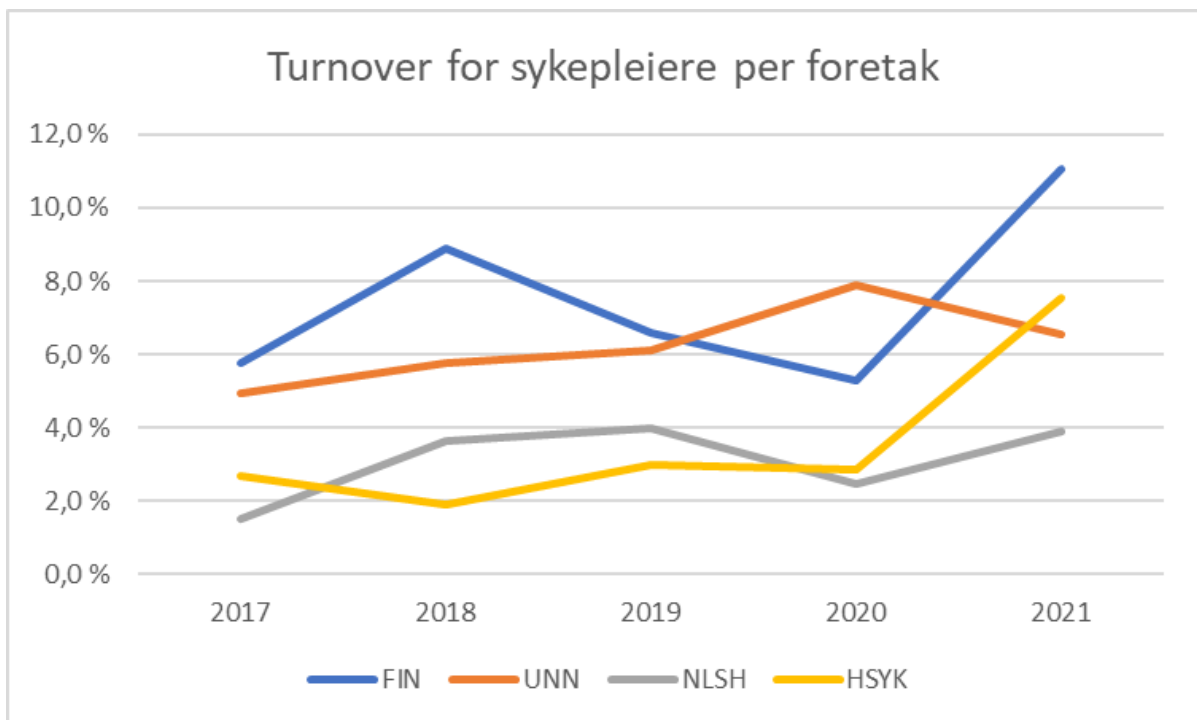
---

<sup>25</sup> Oslo Economics *Hvordan beholde sykepleiere i Nordland og nordre Trøndelag etter endt utdanning, mars 2022*



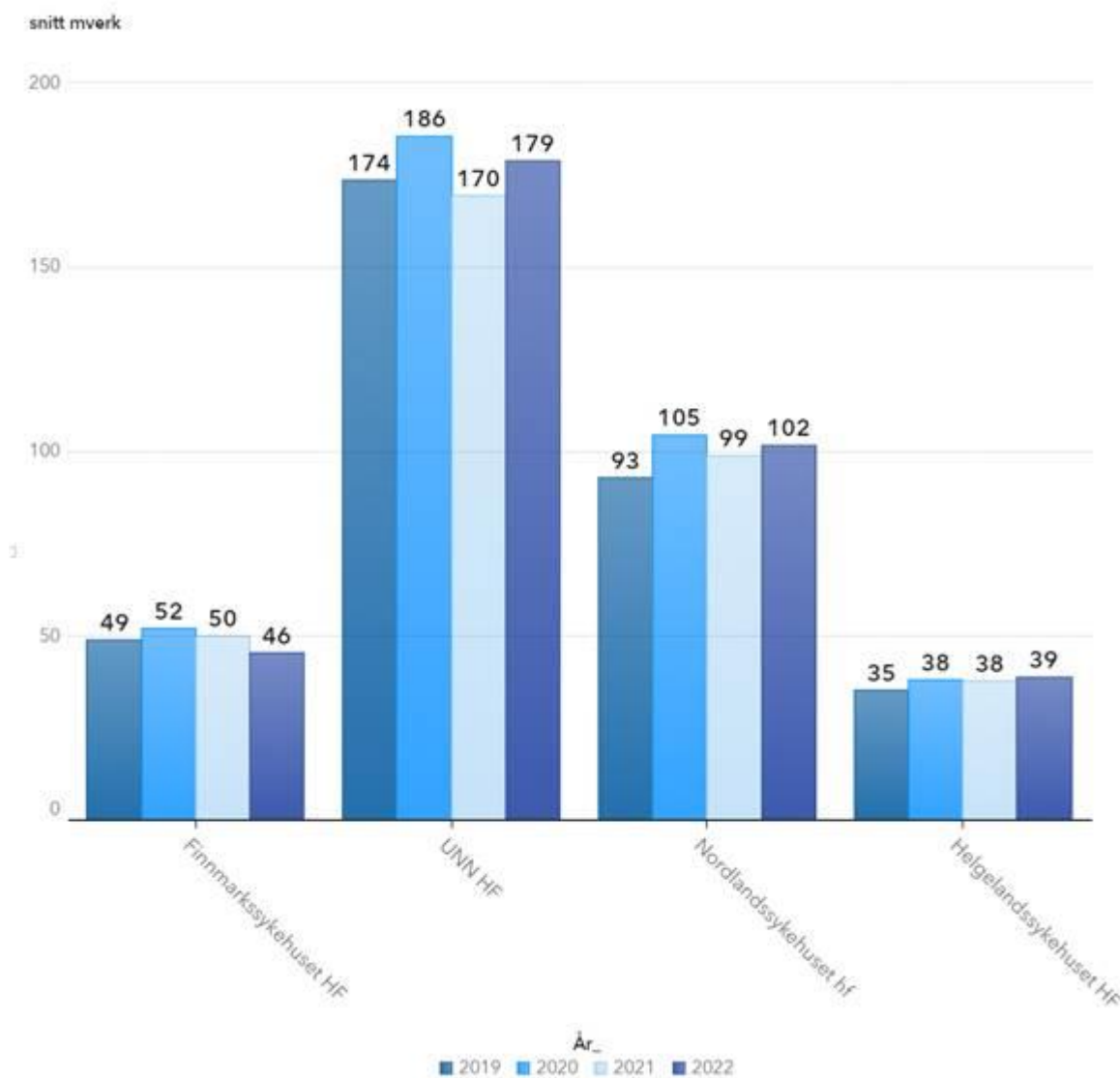
Figur 8: Endring i turnover for intensivsykepleiere pr HF i perioden 2017-2021 (Kilde: HR/Org, Helse Nord RHF)

Til sammenligning er turnoveren blant ansatte registrert med stillingskode «sykepleier» jevnt over høyere for alle år, og varierer i 2021 mellom 3,9 prosent (Nordlandssykehuset) og 11,1 prosent (Finnmarkssykehuset), jf. figur 9 under.



Figur 9: Endringer i turnover for sykepleiere pr HF i perioden 2017-2021 (Kilde: HR/Org, Helse Nord RHF)

Stolpediagrammet under (figur 10) viser antall faste månedsverk for intensivsykepleiere i Helse Nord per helseforetak i første kvartal i perioden 2019–2022. Diagrammet viser at alle foretakene hadde en økning i antall månedsverk fra 2019 til 2020, da pandemien kom. Videre fremkommer det at tre av helseforetakene har en økning i antall månedsverk fra 2019 til 2022. Økningen utgjør henholdsvis 3 prosent for UNN, 10 prosent for Nordlandssykehuset og 11 prosent for Helgelandssykehuset, mens Finnmarkssykehuset har en reduksjon på 6 prosent.



Figur 10: Gjennomsnittlig antall månedsverk intensivsykepleiere Q1 2019-2022 (Kilde: Helse Nord LIS).

Det er holdepunkter som viser at forekomsten av uønskede hendelser i helseforetakene påvirkes av både arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Dette gir grunn til å tro at god pasientsikkerhet også bidrar til godt arbeidsmiljø.<sup>26</sup> Erkjennelsen av at helsepersonellens HMS og pasientenes sikkerhet er gjensidig avhengig av hverandre har fått konsekvenser ved kartlegging og forbedringsarbeid i helseforetakene. Et av

<sup>26</sup> ForBedring – kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten, 2017

innsatsområdene beskrevet i *Strategi for Helse Nord RHF* og i *Regional utviklingsplan* er å benytte systematikken i den årlige medarbeiderundersøkelsen for å utvikle et godt og sikkert arbeidsmiljø. Fra innspillsmøtene har trygghet, tilstrekkelig grunnbemanning, mulighet for faglig utvikling, konkurransedyktig lønn, gode kolleger og mentorordning blitt framhevet som insentiver som antas å virke stabiliserende.

I rapporten fra Oslo Economics vises det til at sykepleiere som forlater yrket trekkes mot en arbeidssituasjon som er mindre fysisk og psykisk utmattende og gir større grad av medbestemmelse. Tiltak for å rekruttere tilbake sykepleiere som har forlatt yrket eller regionen kan være endrede arbeidsforhold, bedre oppfølging, gode fagmiljø og bedre arbeidsbetingelser.

#### **4.6.2 Identifiserte utfordringer**

- Stillinger for intensivsykepleiere står ubesatt over tid, på grunn av manglende søkertilgang.
- Ustrakt bruk av overtid og merarbeid.
- Avhengighet til vikarer.
- Faste ansatte som ikke bor på stedet kan ikke kalles inn på kort varsel.
- Mangel på systematisk bruk av styringsdata som sier noe om behovet for intensivsykepleiere framover.
- Manglede tid til å utøve ledelse utover å sikre bemanning.
- Legge til rette for bedre oppfølging og tilby bedre arbeidsbetingelser.
- Manglende realisme i arbeidsplaner.
- Arbeid med rekruttering går på bekostning av arbeid med å beholde og utvikle personell.
- Manglende plan for ivaretagelse av kompetanse etter endt utdanning.
- Avdelingene må konkurrere med vikarbyrå om fleksible arbeidstidsløsninger.
- Regionsykehuset mangler spisset kompetanse blant intensivsykepleiere på enkelte områder.

## **4.7 Kompetanse og utdanning**

### **4.7.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk**

Intensivsykepleie er spesialisert sykepleie til akutt og kritisk syke pasienter som har manifest eller potensiell svikt i vitale funksjoner<sup>27</sup>. En intensivsykepleier har autorisasjon som sykepleier i Norge og har utdanning etter gjeldende rammeplan for intensivsykepleie. Studieretningen gjennomføres på heltid over 2 år, og består av en opplæringsdel på 90 studiepoeng og en masteroppgave på 30 studiepoeng.

---

<sup>27</sup> NSFLIS Generalforsamling 2. september 2004

For å sikre at intensivavdelingene er tilstrekkelig bemannet nå og i framtiden, må utdanningsinstitusjonene og spesialisthelsetjenesten i Helse Nord ha et godt samarbeid. Det er høyskolene og universitetene som har ansvar for grunn- og videreutdanning av sykepleiere, men de er avhengige av at helseforetakene kan bidra med nok veiledere og praksisplasser.

Helseforetakene i Helse Nord rekrutterer i stor grad intensivsykepleiere gjennom utdanningsstillinger. Dette innebærer at sykepleierne får lønn under videreutdanning og har bindingstid til helseforetaket etter gjennomført utdanning.

Utdanningskapasiteten i regionen må være tilpasset intensivenhetenes behov. Både Nord universitet og UiT - Norges arktiske universitet har økt antallet studieplasser og gjennomført ekstraopptak av studenter i 2021/22. Parallelt har Helse Nord økt antall utdanningsstillinger med 43 prosent innen spesialsykepleie. Bare i 2021 opprettet sykehusene i Helse Nord 29 nye utdanningsstillinger for intensivsykepleiere. Dagens utdanningskapasitet er med dette godt tilpasset dagens organisering av tjenesten, men det er nødvendig å se lengre frem for å sikre en stabil bemanning.

<b>Utdanningsstillinger ABIOKJ</b>	<b>2018/2019</b>	<b>2020/2021</b>	<b>2021/2022</b>	<b>Endring fra 2018/2019 til 2021/2022</b>
FIN	9	11	15	67 %
UNN	57	70	80	40 %
NLSH	26	30	40	54 %
HSYK	14	10	15	7 %
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>106</b>	<b>121</b>	<b>150</b>	<b>42 %</b>

Tabell 19: Antall utdanningsstillinger til ABIOK og jordmor i Helse Nord 2018-2021 (Kilde: HR/Org ved Helse Nord RHF)

Intensivavdelingene i Helse Nord har meldt at tiltak for egne ansatte i HF-ene på utdanningen er nødvendige for å sikre tilgang til fremtidig kompetanse. Per i dag er det iverksatt endringer i opptakskrav og poengberegning. Tiltakene vil evalueres av utdanningsinstitusjonene slik at treffsikkerhet ivaretas.

Generert bør det sees på innholdet i både grunnutdanningen i sykepleie og utdanningen for intensivsykepleiere. Utdanningen må være fremtidsrettet og dekke våre behov. Modeller med kortere utdanningsløp som kvalifiserer til å jobbe på intensiv bør utredes. Erfaringer har vist at HF-ene bør satse på egne sykepleiere som er bosatt på stedet.

Rapporten fra Oslo Economics viser til at det bør satses spesielt på å skape lokal tilhørighet for unge sykepleiere da de har størst tendens til å flytte ut av landsdelen. For å senke terskelen for å ta videreutdanning etterlyses et mer fleksibelt utdanningsdesign

der deler av utdanningen kan gjennomføres digitalt og mer av praksisen på eget sykehus.

Antall utdanningsplasser på fagområdet er økt, men det setter praksisfeltet under press, da flere studenter skal ha veiledning. Det beskrives som usikkert om praksisfeltet klarer å tilby en tilfredsstillende klinisk praksis der læringsmål nås ved økt studenttall. I tillegg meldes det om fare for «veiledningstretthet» blant veiledere på grunn av et høyt antall studenter i praksisfeltet. Press på veiledere er også kjent fra andre fagområder og tiltak omtales i Helse Nord RHF's strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK). Det er også en bekymring for at antall søkere til intensivutdanningen vil reduseres i fremtiden da framskrivninger viser generell mangel på tilgang til offentlig godkjente sykepleiere.

Selv med økt antall utdanningsstillinger vurderes muligheten til å rekruttere det antall intensivsykepleiere som i dag beskrives som fremtidig behov som urealistisk.

Helse Nord RHF's strategi for personell, utdanning og kompetanse (PUK) er gjeldende for alle yrkesgrupper. Strategien omhandler HMS, IA og mangfold, ledelse og medarbeiderskap, utdanning og kompetanse og rekruttering og stabilisering. Tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse til sårbare fagmiljø som intensivområdet blir også omtalt her.

#### **4.7.2 Identifiserte utfordringer**

- Stort press på praksisfeltet.
- Lite veiledningskompetanse i avdelingene.
- Veiledere savner nettverk.
- HF-ene får ikke plass på utdanningen til «egne» sykepleiere.
- Utdanningsstillingene er ikke attraktive nok.
- Manglende pedagogisk kompetanse i avdelingene.
- Behov for mer fleksible løsninger på utdanningsdesign, der mer av utdanningen kan foregå digitalt og praksis kan gjennomføres ved egen arbeidsplass.

### **4.8 Særegenheter i landsdelen**

#### **4.8.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk**

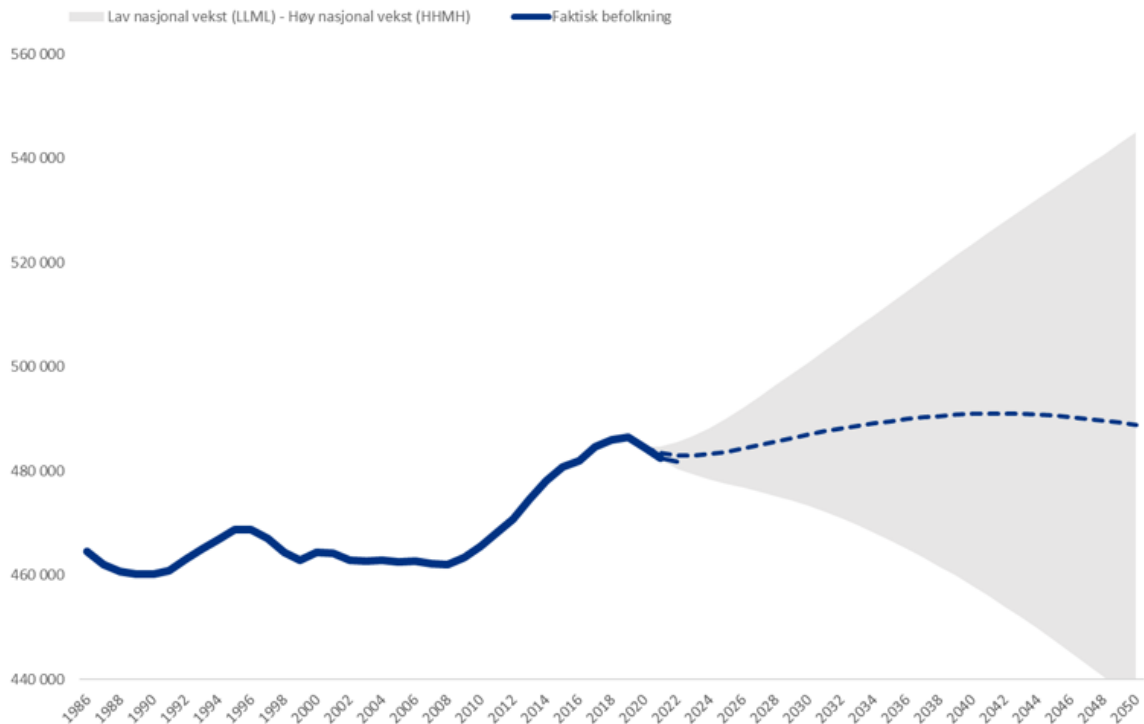
Den demografiske utviklingen og geografiske forhold skiller Helse Nord fra de andre helseregionene, og gir oss noen særskilte utfordringer. Helse Nord's plassering og geografi setter oss i en sentral, men utsatt posisjon i nordområdene.

## Demografi

Den siste ti-års perioden har det vært vekst i folketallet i vår region, selv om den relativt sett har vært lavere enn for øvrige regioner. De siste par årene har det vært en liten nedgang i folketallet, mens befolkningsframskrivninger fra SSB tyder på at folketallet i Nord-Norge vil holde seg forholdsvis stabilt fremover, jf. figur 11 under.

### SSB framskrivninger for Nord-Norge

Faktisk og framskrevet befolkning i Nord-Norge

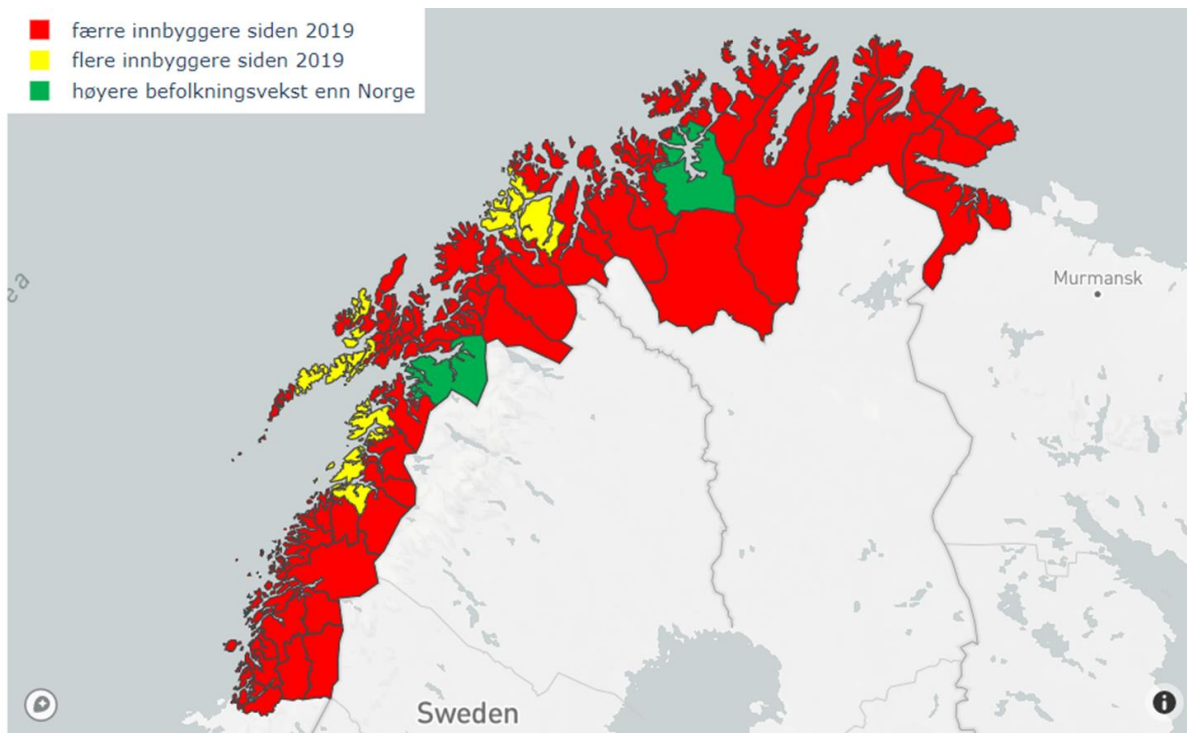


Kilde: [ssb.no](https://ssb.no), tabell 07459 & 12882

Figur 11: Faktisk og framskrevet befolkning i Nord-Norge (kilde: SSB)

Den gjennomsnittlige befolkningsveksten i Norge fra 2019 til 2021 var på 1,82 prosent, men i samme periode var det kun tre av kommunene i vår region som hadde en høyere vekst enn landet for øvrig. Dette var Herøy, Alta og Narvik, og disse er illustrert med grønt i kartet under. For øvrig var det vekst i folketallet i Bodø, Vågan, Tromsø, Vestvågøy, Steigen, Øksnes og Hadsel, mens de øvrige 69 kommunene hadde nedgang i folketallet.





Figur 12: Forventet befolkningsendring i de enkelte kommunene i Helse Nord (kilde: SSB)

Nedgangen i folketallet i Helse Nords ansvarsområde medfører at vår andel av basisrammen i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen reduseres. Budsjettsaken<sup>28</sup> i styremøtet for Helse Nord RHF 27. oktober 2021 redegjør for hvordan en befolkningsnedgang de to foregående årene medførte at regionen fikk 137 mill. kroner mer i trekk i inntektsfordelingen enn det som var lagt til grunn i planen.

Samtidig er intensivmedisin et område som stiller store krav til beredskap, noe som gjør det utfordrende å effektivisere driften selv om folketallet reduseres. Den desentraliserte modellen med mange små intensivavdelinger og få intensivpasienter gjør det også svært utfordrende å opprettholde kompetanse hos fagfolkene.

### Geografi

Som det fremgår av tabell 6 i kapittel 4.3.1 om kapasitet har vi tilsynelatende god intensivkapasitet i Helse Nord, sammenlignet med øvrige helseregioner. Dette henger sammen med den spredte bosettingen i landsdelen, der Helse Nord har ansvaret for 9 prosent av befolkningen, mens landarealet dekker 45 prosent av hele Norge. På grunn av lange avstander og usikkerhet knyttet til overflyttinger er vi nødt til å ha en desentralisert organisering, noe som utfordrer mulighetene for en effektiv drift. I praksis betyr det at Helse Nord har betydelig høyere beredskapskostnader per innbygger enn øvrige regioner.

<sup>28</sup> Styresak 130-2021 Budsjett 2022, foretaksgruppen – ramme og føringer

Spredt bosetting i et stort geografisk område gjør at vi totalt i regionen har elleve somatiske sykehus. Det er ikke alle disse som har en intensivavdeling som kvalifiserer som en slik avdeling i henhold til Norsk intensiv- og pandemiregister, men alle har mulighet til å stabilisere en intensivpasient før vedkommende sendes videre til et høyere nivå, det vil si Tromsø eller Bodø. Pasientene som må flyttes fra et av lokalsykehusene til Tromsø eller Bodø har alle lange avstander, der Kirkenes sykehus har lengst avstand med 800 km til nærmeste store sykehus. Kirkenes sykehus ble beskrevet spesielt i styresak 154-2020 *Intensiv Finnmarkssykehuset Kirkenes – Delutredning*, og var et tilsvarende til Helse- og omsorgsdepartement på oppdrag gitt i foretaksmøtet i 10. juni 2020.

For å kunne realisere et høyere nivå på intensivavdelingen ved Kirkenes sykehus var det nødvendig å se på ulike tiltak for å kompensere for lavt pasientvolum. I delutredningen er det gjort rede for hvilke pasienter som kunne behandles ved Kirkenes sykehus uten overføring, samt hvilke pasienter UNN Tromsø kunne tilbakeføre for fortrinnsvis respiratoravvenning. Det ble også vurdert ulike tilnærminger for hvordan fagfolkene skulle kunne opprettholde sin kompetanse gjennom økt samarbeid med UNN Tromsø og å innføre rotasjonsordninger for leger og intensivsykepleiere.

Et tiltak for å avhjelpe de lange avstandene i regionen er at vi har god tilgang på luftambulanseressurser i Helse Nord. Det er til sammen sju ambulansfly lokalisert ved fem ulike baser i Nord-Norge. Til sammenligning er det totalt tre ambulansfly lokalisert ved to ulike baser i de øvrige tre regionene til sammen. I tillegg har vi fire ambulanshelikopter og tre redningshelikopter (inkludert Svalbard). Siden intensivpasientene er kritisk syke transporteres disse i hovedsak med ambulansfly til Bodø eller Tromsø.

Luftambulansetjenesten fungerer i all hovedsak godt i Helse Nord. Selv om ambulansflyene sikrer raskest mulig transporter vi er avhengige av å ha et visst tilbud innenfor intensivområdet på alle våre elleve lokalsykehus. For eksempel kan det skje at det ikke er tilgjengelig et ambulansfly på grunn av værforhold eller oppbrukt tjenestetidsgrense. Videre kan det ta tid å få et ambulansfly klart for å hente en pasient fordi sikkerhetshensyn blant annet gir krav til å kunne lande på en alternativ flyplass, og i enkelte tilfeller gjør det at Avinor må kontaktes og stengte flyplasser må åpnes. Til tross for slike utfordringer vil alltid en intensivpasient overflyttes med fly, dersom det er behov for det, men man kan måtte påregne flere timers venting. Under innspillmøtene har det fremkommet at intensivavdelingene ikke har som vanlig praksis å melde et avvik, dersom det tilkommer ekstra ventetid som følge av andre hendelser.

Det kan være krevende for sykehusene og Luftambulansetjenesten å bli enige om hvem som skal sørge for spesialisert personell til å følge en pasient mellom flyplass og sykehus. På den ene siden brukes det av tjenestetidsgrensen/duty-tid dersom flypersonell følger pasienten, men på den andre siden risikerer et lite lokalsykehus å

mangle intensivpersonell over lang tid dersom det er lav bemanning. I *Strategi for prehospital tjeneste Helse Nord 2022-2025* legges det opp til å forbedre kapasiteten i tilbringertjenesten.

### **Helse Nord's særskilte ansvar for den samiske befolkningen**

De særlige utfordringene den samiske befolkningen har i møte med helsetjenesten er beskrevet i *Spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen*. Det er ikke ønskelig med egen spesialisthelsetjeneste for samene, men å utvikle de ressursene vi allerede har gjennom økt kunnskap og bedre kulturforståelse. I møtet med den samiske intensivpatienten må helsepersonellet spesielt være oppmerksom på storfamiliens betydning og vise forståelse for at folketroen står sterkt når noen rammes av alvorlig sykdom. Tolk skal tilbys på alle tre språkene, nord-samisk, lule-samisk og sør-samisk.

#### **4.8.2 Identifiserte utfordringer**

- Befolkningsnedgang gir redusert ramme i nasjonal inntektsfordelingsmodell.
- Desentralisert organisering er lite kostnadseffektivt.
- Økning i luftambulanseressurser gir økte kostnader for regionen.
- Det meldes ikke avvik dersom økt ventetid på ambulansefly gir redusert prognose for pasienten.
- Vi er ikke gode nok til å tilrettelegge for helsetjenester til vår samiske befolkning.

### **4.9 Erfaringer fra pandemien**

To av kronakommisjonens hovedfunn var at pandemien i perioder medførte stor belastning på enkelte av landets intensivavdelinger og at intensivberedskapen på sykehusene var for dårlig da pandemien rammet Norge.<sup>29</sup>

Koronakommisjonen viser til konklusjon fra tidligere erfaringer og utredninger som har anbefalt at intensivkapasiteten i Norge burde styrkes. I Regional intensivutredning fra 2019 beskrives en minimumskapasitet på fem intensivsenger per 100 000 innbygger.

I koronakommisjonens rapport ble det konkludert med at sykehusene hadde planverk for pandemi, men at planene ikke var tilpasset covid-19-pandemien med sitt langvarige forløp der sykehusene måtte skalere opp og ned kapasiteten i takt med smitten i samfunnet.<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup> NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 1  
<sup>30</sup> NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2

#### **4.9.1 Dagens situasjon og utviklingstrekk**

I 2020 ble det registrert 15 intensivopphold fordelt på 14 pasienter med covid-19 i Helse Nord. For 2021 var dette økt til henholdsvis 92 og 70. Andel opphold med menn som pasient var 73,6 prosent i 2020 og 68,5 prosent i 2021. Median alder var i 2020 på 64,3 år og i 2021 på 62,9 år, mens og median liggedøgn i 2020 var 13,8 døgn og i 2021 på 8,2 prosent. For 6,7 prosent av oppholdene var alder ved innlegging på intensiv 80 år eller høyere i 2020 og 16,3 prosent i 2021. Det var ikke registrert pasienter med covid-19 under 18 år noen av årene. Til sammenligning var det i Norge som helhet 502 intensivopphold fordelt på 413 pasienter i 2020 og 1413 intensivopphold fordelt på 1083 pasienter i 2021.

Under pandemien har intensivkapasiteten blitt satt på prøve og spesielt har sykepleierne strukket seg langt. Evalueringer og erfaringer fra pandemien har synliggjort hvor sårbare vi er i Nord-Norge. Avhengighet til vikarer skapte store utfordringer med å skaffe tilstrekkelig bemanning med rett kompetanse da muligheten for å leie inn personell ble sterkt redusert under pandemien.

Alle intensivenheter hadde pandemiplaner, men har endret disse underveis. Planene var ikke alltid mulig å gjennomføre i praksis og avdelingene var ikke klare til å håndtere en så langvarig hendelse.

Tilgjengelig areal skapte driftsutfordringer og begrensede muligheter til å ivareta smittevern hensyn. Det er beskrevet mangel på isolat, men også problemer med store nok areal til kohort isolering. Enerom på nyere intensivavdelinger hadde allerede gitt økt behov for bemanning, noe som ble særlig sårbart under pandemien med en generell dårligere tilgang til personell.

Det ble utfordrende å gå over til teamorganisering og bruk av annet klinisk personell på intensivavdelingene uten å ha noe erfaring med denne nye måten å organisere arbeidet på. Sykehusene manglet en plan for vedlikehold av kompetanse hos sykepleiere uten videreutdanning som hadde fått opplæring i å bistå på intensivavdelingene i forbindelse med pandemien. Det var heller ikke lett å få frigitt opplærte sykepleiere når behovet oppsto, da de etterhvert var opptatt med normal drift i egen avdeling.

Pandemien har vist stor omstillingsevne og nye muligheter for samarbeid. Tidligere etablert intensivnettverk mellom intensivavdelingene ble revitalisert og har vært svært viktig for fagmiljøet under pandemien. Det ble under pandemien etablert faglige behandlingsmøter digitalt på Teams og på telefon.

Under pandemien var det nødvendig for HF-ene å få oversikt over intensivsykepleiere ansatt på andre avdelinger enn intensiv for, om mulig mobilisere denne kompetansen.

Ulike erfaringer med et godt samarbeid mellom sengeposter og intensivavdelinger om pandemipasienter bør videreføres og gjøres gjeldende for alle pasienter som har behov for opphold ved intensivavdeling. Erfaringer har vist at personell fra operasjonsavdelingen kunne omdisponeres ved pandemi. Strukturert opplæring satt sykepleiere uten videreutdanning i intensivsykepleie i stand til å jobbe med utvalgte pasientgrupper på en intensivavdeling.

Kompetansen i lokalsykehusene har vært viktig som en buffer ved pandemien. På lokalsykehusene fremheves de korte linjene internt, som legger til rette for godt samarbeid og mulighet for bruk av kompetanse på tvers av avdelingene.

Intensivavdelingene opplevde at tidligere knapphet på medisinskteknisk utstyr, som for eksempel respiratorer nærmest opphørte. Samtidig har utredningen vist at ett sykehus mottok respiratorer fra tre ulike leverandører, noe som gir økt krav til opplæring og vedlikehold og kan være en pasientsikkerhetsrisiko.

For å bedre beredskapen ved intensivavdelingene anbefaler koronakommisjonen at grunnkapasiteten i intensiv- og intermedieæravdelingene må økes noe. Tidligere utredninger framhevet både mangelen på personell, særlig intensivsykepleiere, utstyr og egnede lokaler. Det ble også pekt på at den demografiske, medisinske og teknologiske utviklingen ville gi et stadig mer omfattende behandlingsbehov til flere pasienter og sette et enda større press på intensivkapasiteten.

Koronakommisjonens granskning har vist at intensivavdelingene har lite å gå på i ordinær drift. Kommisjonen viser til at helsepersonell, ledere på sykehus, ledere i de regionale helseforetakene og i forvaltningen har indikert at det ønskelig med en økning i nasjonal grunnkapasitet på mellom 10–20 prosent. Intermediærsenger beskrives i rapporten som er et mellomnivå som kan avlaste intensivsengene, samtidig som pasientene kan få mer komplisert behandling på en intermedieær enhet enn på en vanlig sengepost. Koronakommisjonen har kommet frem til at flere intermedieær senger vil gi sykehusene økt fleksibilitet både med hensyn til senger og personell, og vil redusere risikoen for overbehandling ved intensivavdelingene.

Dersom en krise oppstår vil kommunene være en del av den helhetlige beredskapen for å ivareta befolkningen. Hvordan dette skal håndteres i praksis vil det være hensiktsmessig at kommunene og helseforetakene jobber med i fellesskap.

#### **4.9.2 Identifiserte utfordringer**

- Pandemiplanene var ikke tilpasset en pandemi av den typen vi har opplevd
- Sykehusene var ikke forberedt på en så langvarig hendelse
- Arealbegrensinger skapte driftsutfordringer

- Avhengighet til vikarer og lav grunnbemanning skapte bemanningsutfordringer
- Personalet hadde ikke fått trent/simulert på pandemi før hendelsen
- Ved en pandemi vil flere intensivavdelinger kunne ha behov for anestesilege tilstede hele døgnet
- Utfordrende å få frigitt opplærte sykepleiere uten videreutdanning ved behov på grunn av drift i egen avdeling
- Manglede plan for vedlikehold av kompetanse etter opplæring av sykepleiere
- Renholdstjenesten er ikke tilgjengelig hele døgnet
- Innføring av MetaVisjon og DIPS Arena under en pandemi har vært krevende
- Manglende koordinering ved innkjøp av medisinskteknisk utstyr ved ett sykehus

## 5. Vedlegg

### Organisering av arbeidet

Oppdragsgiver: administrerende direktør i Helse Nord RHF

Prosjekteier: Geir Tollåli, fagdirektør i Helse Nord RHF

#### Styringsgruppe:

Siri Tau Ursin/Vivi Brenden Bech

Anita Schumacher/Marit Lind

Beate Sørslett/Siri Tau Ursin

Hulda Gunnlaugsdóttir/Hanne Frøyshov

Jeanette Mikalsen (KVO)

Martin Øien Jenssen (KTV)

Referansegruppe: Fagsjefer i sykehusforetakene og SANO

#### Arbeidsgruppe:

Bente Mietinen (RHF), leder

Anne Berit Sund (RHF)

Oddvar Kvalsvik (FIN)

Trond Steinsholt (FIN)

Shirin Kordasti Frisvold (UNN)

Birgith Nerskogen (UNN)

Per Bjørnerud Rønning (UNN)

Rønnaug Hammervold (NLSH)

Astri-Marie Blegeberg (NLSH)

Espen Bergli (HSYK)

Svein Arne Monsen (HSYK)

Arne Vassbotn (RBU)

Sissel Viola Alterskjær (KTV)

## 6. Referanser

Direktørmøtesak 92-2021 Anestesiberedskap og utdanningsbehov 9.6.2021

ForBedring – kartlegging av sikkerhetskultur i spesialisthelsetjenesten

<file:///C:/Users/KKBEM/Downloads/forbedring-kartlegging-av-sikkerhetskultur-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>

Handlingsplan for intensivmedisin. Kapasitet og struktur i Helse Nord 2008

[https://helse-nord.no/Documents/Fagplanerprosent20ogprosent20rapporter/Fagplaner/Handlingsplan\\_intensivmedisin\\_31012008.pdf](https://helse-nord.no/Documents/Fagplanerprosent20ogprosent20rapporter/Fagplaner/Handlingsplan_intensivmedisin_31012008.pdf)

Helse Nord RHF og våre helseforetak Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 Evaluering - delrapport 2 [https://helse-](https://helse-nord.no/Documents/Korona2020/Evaluering/Beredskapsarbeidprosent20ogprosent20hprosentC3prosentA5ndteringprosent20avprosent20covid-19-pandemienprosent202020prosent20iprocent20Helseprosent20Nordprosent20prosent20delrapportprosent202.pdf)

[nord.no/Documents/Korona2020/Evaluering/Beredskapsarbeidprosent20ogprosent20hprosentC3prosentA5ndteringprosent20avprosent20covid-19-pandemienprosent202020prosent20iprocent20Helseprosent20Nordprosent20prosent20delrapportprosent202.pdf](https://helse-nord.no/Documents/Korona2020/Evaluering/Beredskapsarbeidprosent20ogprosent20hprosentC3prosentA5ndteringprosent20avprosent20covid-19-pandemienprosent202020prosent20iprocent20Helseprosent20Nordprosent20prosent20delrapportprosent202.pdf)

Lov om spesialisthelsetjeneste 2001 <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>

Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 [Meld. St. 11 \(2015–2016\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2544388/)

Norsk intensiv- og pandemiregister Årsrapport for 2020

<https://www.kvalitetsregistre.no/register/skade-og-intensiv/norsk-intensiv-og-pandemiregister>

NOU 2021:6 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 1

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2021-6/id2844388/>

NOU 2022: 5 Myndighetenes håndtering av koronapandemien del 2

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2022-5/id2910055/>

Oppdragsdokument Helse Nord RHF 2021 [http s://helse-](https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokumentprosent202021prosent20fraprocent20Helse-)

[nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokumentprosent202021prosent20fraprocent20Helse-](https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokumentprosent202021prosent20fraprocent20Helse-)



[prosent20ogprosent20omsorgsdepartementetprosent20tilprosent20Helseprosent20Nordprosent20RHF.pdf](#)

Oppdragsdokument Helse Nord 2022 <https://helse-nord.no/Documents/Oppdragsdokument/Oppdragsdokumentprosent202022prosent20fraproent20HODprosent20tilprosent20Helseprosent20Nord.pdf>

Oslo Economics «Hvordan beholde sykepleiere i Nordland og nordre Trøndelag etter endt utdanning», mars 2022 [Styresak 75-2022-5 Rekrutteringskampanjer i Helse Nord.pdf \(helse-nord.no\)](#)

PR11066 Barn som pårørende – overordnet fagprosedyre

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/e55bd3bd515143f69b77308781869b65/protokoll-foretaksmote-10.-juni-2020-helse-nord-rhf.pdf>

Rapport fra interregional utredning for intensivkapasitet 2022 [Rapporter om intensivkapasitet - regjeringen.no](#)

Regional utviklingsplan 2035 <https://helse-nord.no/Documents/Prosjekter/Regionalprosent20utviklingsplanprosent202035/Regionalprosent20utviklingsplanprosent202035prosent20Helseprosent20Nord.pdf>

Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge, 2014 NAF og NSF-LIS  
[https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer\\_for\\_intensivvirksomhet\\_151014.pdf](https://www.legeforeningen.no/contentassets/7f641fe83f6f467f90686919e3b2ef37/retningslinjer_for_intensivvirksomhet_151014.pdf)

Regional intensivutredning: Status, utfordringsbilde og fremtidsperspektiv 2019  
[https://khrono.no/files/2021/04/20/2021-02-10\\_Regionalprosent20intensivutredning-Endeligprosent20utkastprosent2030-12-19prosent20\(1\).pdf](https://khrono.no/files/2021/04/20/2021-02-10_Regionalprosent20intensivutredning-Endeligprosent20utkastprosent2030-12-19prosent20(1).pdf)

Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene Del av Dokument 3:2 (2019–2020) Undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene  
<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2019-2020/undersokelse-av-bemanningsutfordringer-i-helseforetakene/>

RL3259 Retningslinjer for overflytting av intensivpasienter

RL3260 Sjekkliste overflytting pasienter mellom intensivavdelinger

Spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen

<https://helse-nord.no/Documents/Fagplanerprosent20ogprosent20rapporter/Samiskeprosent20helsetjenester/Strategiprocent20Spesialisthelsetjenesterprosent20tilprosent20denprosent20samiskeprosent20befolkningenprosent20-prosent20bokmprosentC3prosentA51.pdf>

Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 <https://helse-nord.no/strategi-for-helse-nord-rhf-2021-2024>

Styresak 154-2020 Intensiv Finnmarkssykehuset Kirkenes – Delutredning

<https://helse-nord.no/Documents/Styret/StyremprosentC3prosentB8ter/StyremprosentC3prosentB8terprosent202020/20201125/Styresakprosent20154-2020prosent20Intensivprosent20Finnmarkssykehusetprosent20Kirkenesprosent20-prosent20Delutredning.pdf>

Styresak 130-2021 [Styresak 130–2021 Budsjett 2022, foretaksgruppen – ramme og føringer.pdf \(helse-nord.no\)](#)

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, Helsedirektoratet 2017 <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20ledelse%20og>