

Møtedato: 29. mai 2024  
Vår ref.:  
2021/1658-36

Saksbehandler:  
Rolandsen

Dato:  
22.5.2024

## Styresak 70–2024

## Regionale funksjoner med særskilt finansiering, forslag til endring

### Forslag til vedtak

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

1. Styret i Helse Nord RHF tar informasjonen om gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering til orientering.
2. Styret slutter seg til forslaget til endret finansiering av utvalgte funksjoner i tråd med saksfremlegget.
3. Styret forutsetter at regelmessig gjennomgang og evaluering iverksettes i tråd med rammeverket som fremgår av saken.
4. Styret ber om at frigjøring av midler innarbeides i økonomisk langtidsplan.

Bodø, 22. mai 2024

Marit Lind  
administrerende direktør

## Formål

Styret blir i denne saken orientert om prosess for, og resultat av, gjennomgang av regionale funksjoner/tjenester (heretter: funksjoner) med særskilt finansiering. Gjennomgangen har resultert i forslag om å avslutte eller redusere omfanget av noen regionale funksjoner. Styret blir også orientert om hvordan adm. direktør planlegger rutiner for å etablere, følge opp, evaluere og endre/avvikle regionale funksjoner.

### *Sammenheng med Regional utviklingsplan 2038, strategi og grunnleggende verdier*

Foretaksgruppen står i en omfattende omstillingsprosess, og har store utfordringer både med å rekruttere rett kompetanse og å få driften i økonomisk balanse. Samtidig er det behov for nye faglige satsinger. Saken legges frem som en del av nødvendig prioritering av ressursbruk, basert på et beslutningsgrunnlag som er utarbeidet i et godt lagspill mellom ulike aktører i helseforetakene.

## Bakgrunn

Regionale funksjoner med særskilt finansiering er etablert over lang tid, med ulike begrunnelser. Formålet med flere av dem har vært å bygge kompetanse i en oppstartsperiode frem til linjeorganisasjonen selv kan håndtere tjenesten. Frem til 2021 er det ikke gjennomført samlet gjennomgang av helheten, ei heller om behovene har endret seg over tid.

Saken legges frem for styret i Helse Nord RHF fordi den har betydning for funksjoner som gjelder flere helseforetak, hvor noen av dem er særskilt besluttet av styret i Helse Nord RHF gjennom bevilgninger i økonomisk langtidsplan.

I gjennomgangen er det sett til endringene som er gjennomført av Helse- og omsorgsdepartementet for nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten<sup>1</sup>

## Beslutningsgrunnlag

Prosjektet har gjennomgått 51 regionale funksjoner med særskilt finansiering, som i 2022 beløp seg til ca. 120 mill. kroner:

	UNN	NLSH	Total
<b>Somatikk</b>	22 <sup>2</sup>	13	35
<b>Psykisk helsevern og TSB</b>	10	6	16

Tabell 1 Oversikt over antall funksjoner som er vurdert

## Mandat

Mandatet (vedlegg 1) ble behandlet i direktørmøte i Helse Nord 9. juni 2021, oppdatert 19. januar 2022. Fra mandatet hitsettes: *Hensikten med prosjektet er å kartlegge og vurdere funksjonene med tanke på aktivitet (aktuell og fremtidig), resultat, organiseringsform og finansiering. Vurderingen skal gjøres etter gitte kriterier. For å gi rom til nye satsinger, vil det være nødvendig å omprioritere midler innenfor tildelte rammer. Helse Nord vil de neste årene ha behov for regionale satsinger på blant annet utdanning, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialisert rusbehandling, persontilpasset medisin. (...)*

<sup>1</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/3b2da09c60e9471c9975fe566416017d/01-12-21-veileder-nasjonale-tjenester-i-spesialisthelsetjenesten.pdf>

<sup>2</sup> I disse 22 inngår seks funksjoner som ble avdekt som ikke er særskilt finansiert av Helse Nord RHF.

Fra direktørmøtesak 64-2020 siteres punkt to i referatet: Adm. direktør i Helse Nord RHF og helseforetakene er enig i en trinnvis nedtrapping av enkelte deler av tilbud finansiert innenfor overgangsordninger/ særskilte funksjoner. Detaljer gjennomgås i forkant av budsjettbehandlingen for 2020.

## Prosess

Arbeidet har tatt mer enn to år lengre tid enn planlagt. Forankring av mandatet tok lang tid, pandemien pågikk, i tillegg til at sykefravær medførte noe forsinkelse. For å få en ryddig behandling med adm. direktører i helseforetakene, ble beslutninger delt i tre puljer, hvilket har tatt ca. seks måneder. Snart fire år etter at prosjekts start legges forslag til konklusjon frem for beslutning.

Tidsperiode	Beskrivelse	Vedlegg
6/2020-12/2021	Utarbeidelse og godkjenning av mandat	1
2/2022 - 6/2023	Gjennomgang av funksjonene	
	Utarbeidelse av hovedrapport, sammendrag	2, 3
30.8.2023	Behandling i styringsgruppen	
10/2023-4/2024	Puljevis behandling av forslag til konklusjon i direktørmøter, sammendrag av tilråding følger i eget vedlegg	5
1/2024-4/2024	Dialog med UNN vedr. arbeids- og miljømedisinsk senter	4

Tabell 2 Aktiviteter og vedlegg

## Særskilte funn

1. Ved etablering/tildeling av regionale funksjoner, er formål og mandat ofte ikke tydelig kommunisert fra Helse Nord RHF, og har hatt varierende oppfølging fra Helse Nord RHF.
2. For ti av de regionale funksjonene finnes det likelydende funksjoner i alle regioner/RHF. Disse bør vurderes i et interregionalt samarbeid i tilfelle det skal gjøres endringer i form og funksjon i fremtiden. Prosjektet har ikke foreslått endringer for noen av disse.
3. To funksjoner (psykisk helsevern) med et opprinnelig regionalt oppdrag, er over tid blitt delregionale med oppdrag kun i én del av regionen, men finansieres fortsatt som regionale funksjoner.
4. Det er ulik rapporteringslinje for funksjoner som har i oppdrag å aktivt utføre samme type tjeneste i alle sykehusforetak. Alle funksjonene er organisert i UNN, men én av dem opplyser at de er faglig forankret og rapporterer direkte til Helse Nord RHF. Andre ønsker sterkere tilknytning til Helse Nord RHF.
5. Bruk av den regionale funksjonen er ofte større i helseforetaket som har funksjonen enn i de andre helseforetakene. For noen er forskjellen så stor at funksjonen er mer lokal enn regional.
6. Det er kommet tydelig frem fra foretaksledelsen i UNN og Nordlandssykehuset, at særskilt finansiering er avgjørende for at funksjonene skal videreføres.

## Forslag til rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering

Rammeverket skal bidra til forutsigbarhet. Forslaget er basert på gjenbruk av nåværende regionale rutiner/retningslinjer og for nasjonale tjenester, herunder også kategorisering<sup>3</sup> (se vedlegg 3, kapittel 5).

<sup>3</sup> 1) Regionale sentre, 2) regionale behandlingstjenester, 3) regionale kompetansetjenester, 4) regionale kompetansenettverk, 5) regionale koordinatorene, 6) andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte, 6) funksjoner som faller utenfor kategoriene, 7) øvrige nettverk

Etablering, oppfølging og evaluering er så langt det lar seg gjøre, foreslått lagt til etablerte strukturer for saksbehandling og samarbeid (fagråd og fagnettverk, fagsjefmøte, direktørmøte, ledermøte RHF).

Prosjektgruppen anbefaler at ansvaret for oppfølging av regionale funksjoner legges til regionalt servicemiljø for oppfølging av nasjonale tjenester, fordi flere oppgaver er sammenfallende eller har likhetstrekk. Servicemiljøet bør bestå av/ha tilgang til kompetanse fra ulike avd. i Helse Nord RHF. Det er ikke gitt anbefaling om ressursbehov til etablering og drift av et servicemiljø, eller til systemstøtte (eRapport).

### **Andre forhold - Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS) ved UNN**

Prosjektet har brukt mye tid på innhenting av informasjon og vurdering av aktiviteten i enheten. Fra prosjektgruppens rapport siteres følgende anbefaling:

*Gjennomgang av skriftlig materiale (...) tyder på at tjenesten spiller en viktig rolle i regionen. Prosjektgruppen har imidlertid ikke hatt kapasitet til å vurdere tjenestens kompleksitet i sin helhet.*

*Anbefaling: Funksjonen videreføres. Funksjonens omfang og nivået på finansieringen fastsettes etter en snarlig, dialogbasert gjennomgang mellom Helse Nord RHF og UNN, deretter i direktørmøtet i Helse Nord.*

Det er gjennomført dialogmøter med UNN hhv 23. november 2023 og 30. januar 2024. Helse Nord RHF informerte ledelsen i UNN i brev av 20. mars 2024 om at det blir foreslått for styret å videreføre funksjonen innenfor en ramme som trappes ned med 6 mill. kroner over tre år fra ca. 17,3 mill. kroner i 2024. UNN ble bedt om å prioritere regional behandlingstjeneste samt kompetansebygging, -spredning, undervisning og rådgivning. Begrunnelsen er at særskilt finansiering av LIS-utdanning og forskning skal prioriteres innenfor andre budsjettposter, og at Helse Nord RHF vurderer at Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS) ikke har noen særskilt regional rolle innenfor beredskapsfeltet. Vurderingen bygger på at resterende finansiering vil bringe rammebetingelsene for AMS på linje med tilsvarende i en annen region som det er relevant å sammenlikne med. Ledelsen i UNN har i e-post av 4. april 2024 kommentert at begrunnelsen for nedprioritering «svarer til UNNs forventninger om en redegjørelse for vurderingene som er gjort i saken». Henstillingen fra UNN om heller å iverksette nedtrappingen over to år er tatt til følge. AMS er uenige i begrunnelsen. Se også vedlegg 4.

### **Forslag til endring/nedprioritering**

Forslaget innebærer en nedtrapping av særskilt finansiering av regionale funksjoner for 2024, 2025 og 2026 på hhv 22 mill. kroner, 7 mill. kroner og 2 mill. kroner, til sammen 31 mill. kroner (vedlegg 5), som kan frigjøres til andre formål.

### **Medvirkning**

Konserntillitsvalgte og -verneombud (KTV/KVO) har behandlet mandat og deltatt i styringsgruppe og arbeidsgrupper. Det er orientert om status i prosessen i samarbeidsmøter, og saken er drøftet 6. mai 2024. Protokoll er lagt ved saken (vedlegg 6).

### **Forankring i regionalt brukerutvalg**

Regionalt brukerutvalg behandlet saken i møte 6. mai 2024. Utklipp fra protokoll er lagt ved saken (vedlegg 7).

## **Administrerende direktørs vurdering**

Arbeidsgruppen har gjort en grundig gjennomgang. Det er for første gang samlet en helhetlig vurdering av regionale funksjoner som har særskilt finansiering for å yte tjenester til hele regionen. Gjennomgangen viser at flere av funksjonene er velfungerende, og at behovet for tjenestene i stor grad er tilstede.

Adm. direktør er fornøyd med at det som en del av gjennomgangen er utarbeidet systematikk for jevnlig evaluering av funksjonenes innhold og behov, og vil se til at evaluering av tre funksjoner som er foreslått evaluert i 2024 og 2025 blir gjennomført.

Adm. direktør er fornøyd med at det med få unntak er konsensus i foretaksgruppen om forslag til nedtrapping av noen av funksjonene. Beslutning knyttet til prioriteringer og endret finansiering for Arbeids- og miljømedisinsk seksjon har vært tidkrevende. Ledelsen i UNN har tatt vurderingen til etterretning, mens det aktuelle fagmiljøet mener nedskalering av finansieringen ikke er riktig prioritering. Adm. direktør mener at behandlings- og kompetansetjenesten skal prioriteres og at gjenværende finansiering er tilstrekkelig for oppdraget.

I denne forbindelse er det grunn til å peke på formålet med gjennomgang av funksjonene, sitert fra mandatet på side 1: *For å gi rom til nye satsinger, vil det være nødvendig å omprioritere midler innenfor tildelte rammer. Helse Nord vil de neste årene ha behov for regionale satsinger på blant annet utdanning, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialisert rusbehandling, persontilpasset medisin (...)*

Helseforetakenes innspill til nye prioriteringer i økonomisk langtidsplan er langt høyere enn forslag til nedprioritering av regionale funksjoner med særskilt finansiering. I denne saken legger adm. direktør mest vekt på at nye behov må sikres finansiering. I tillegg til områder som er nevnt i mandat for arbeidet, følger behov knyttet til kreftbehandling og persontilpasset medisin, beredskap, informasjonssikkerhet m.m. Den finansielle situasjonen tilsier at det ikke er rom for nye satsinger uten at noe nedprioriteres.

Adm. direktør forutsetter at nedtrapping av finansieringen gjennomføres på en slik måte at ressurser fristilles slik at de samlede kostnader går ned. På denne måten kan ressurser omdisponeres til nye formål, i tråd med mandatet som ble gitt i 2021.

Styrets vedtak vil innarbeides økonomisk langtidsplan for perioden 2025-2028.


## **Vedlegg:**

1. Mandat for prosjektet
2. Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering - sammendrag
3. Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering - Prosjektrapport med all grunnlagsinformasjon
4. Dialog med UNN vedr. foreslåtte endringer AMS
5. Sammendrag av foreslåtte endringer
6. Protokoll fra drøftingsmøte med KTV/KVO 6.5.2024
7. Utklipp fra protokoll fra møte i Regionalt Brukerutvalg 6. mai 2024

# Mandat for gjennomgang av regionale funksjoner med særfinansiering

## Helse Nord

Oppdatert sist 03.12.2021

<b>Prosjektnummer i Agresso:</b>	<b>Saksnummer i Elements:</b> 2021/1658	
<b>Behandlet dato:</b> 4.12.2021	<b>Behandlet av (ansvarlig linjeleder):</b> H. Rolandsen	<b>Utarbeidet av:</b> Rolandsen, Lindekleiv, Nilssen, Skår m. fl.
<b>Beslutning:</b>		
<p>1. versjon:</p> <p>Godkjent direktørmøte 9.6.2021</p> <p>Behandlet regionalt brukerutvalg 9.6.2021</p> <p>Drøftet med konserntillitsvalgt og -verneombud 17.6.2021</p> <p>Revidert versjon:</p> <p>Behandlet i ledermøte Helse Nord RHF 07.12.2021</p> <p>Orientering om endringer i samarbeidsmøte med konserntillitsvalgte/-verneombud 17.1.2022</p> <p>Behandling i direktørmøte 19.1.2022</p> <p>Godkjent av administrerende direktør Helse Nord 4.1.2022</p>		
<b>Bemanning av neste fase</b> Ikke vurdert		<b>Ferdigstilles dato:</b> 1.9.2022
<b>Signatur ved godkjenning:</b> 		

## Innhold

1. Bakgrunn.....	3
2. Formål med arbeidet.....	4
3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen.....	4
3.1 Omfang.....	4
3.2 Føringer.....	4
3.3 Gjennomføring og krav til resultat.....	5
3.3.1 Fase 1 og 2.....	5
3.3.2 Fase 3.....	6
4. Avgrensing og avhengigheter.....	6
5. Tidsramme.....	6
6. Finansiering.....	6
7. Organisering og ansvar.....	7
8. Medvirkning.....	8
9. Kommunikasjon og interessentoppfølging.....	9
9.1 Målsetning.....	9
9.2 Hovedbudskap.....	9
9.3 Kommunikasjonsutfordringer.....	9
9.4 Målgrupper og interessenter.....	9
9.5 Kanaler.....	9
9.6 Koordinering av mediehenvendelser.....	10
9.7 Aktiviteter.....	10



## 1. Bakgrunn

Helse Nord RHF har som mål å sikre god virksomhetsstyring i regionen gjennom nødvendige faglige prioriteringer, funksjonsdeling, god økonomisk styring og tydelig eierskap til prosjekter av regional betydning.

Regionale funksjoner som kompetanse- og behandlingstjenester og andre funksjoner som har betydning for pasientbehandling i et regionalt perspektiv, er ett av virkemidlene i virksomhetsstyringen.

Funksjonene blir i hovedsak opprettet som en del av faglig utvikling i regionen, basert på beslutninger i administrasjonen i Helse Nord RHF eller vedtak i styret i Helse Nord RHF. I noen tilfeller opprettes disse med bakgrunn i krav i lov og forskrift, nasjonale faglige anbefalinger, eller vedtak i Stortinget. De funksjonene det refereres til ovenfor, håndteres utenom regional inntektsfordelingsmodell ved tildeling av særfinansiering. Pr. 2021 utgjør særfinansieringen i overkant av 450 mill. kr/år.

Funksjoner med særfinansiering skal være tidsavgrenset og skal evalueres. Evaluering skal bl.a. belyse funksjonens betydning for regionen på aktuelt tidspunkt, resultater og hvorvidt funksjonen bør kontinueres i annen form eller avsluttes.

Helse Nord RHF ønsker via et prosjekt å gjennomføre en samlet gjennomgang av regionens særfinansierte funksjoner. Prosjektet utarbeider styringsdokument på bakgrunn av mandatet.

Hensikten med prosjektet er å kartlegge og vurdere funksjonene med tanke på aktivitet (aktuell og fremtidig), resultat, organiseringsform og finansiering. Vurderingen skal gjøres etter gitte kriterier.

For å gi rom til nye satsninger, vil det være nødvendig å omprioritere midler innenfor tildelte rammer. Helse Nord vil de neste årene ha behov for regionale satsninger på blant annet utdanning, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, persontilpasset medisin og informasjonssikkerhet.

De regionale funksjonene med særskilt finansiering involverer mange interessenter. Dette gjelder både pasienter og brukere, arbeidsplasser til helsepersonell, fagmiljø og samfunnet. Det er avgjørende at gjennomgangen gjøres på en måte som er åpen, transparent og involverende.



## 2. Formål med arbeidet

Gjennomgangen utføres for å få:

- en samlet vurdering av de regionale funksjonenes aktivitet og resultat
- vurdert eventuell endring av organiseringsform og/eller form for finansiering
- etablert en struktur for den samlede funksjons-porteføljen som forenkler oppfølging og sikrer formålstjenlig og rettferdig ressurstildeling

Ønsket fremtidig situasjon etter at gjennomgangen er utført (virksomhetsmål):

- De regionale funksjonene med særskilt finansiering (kompetansetjenester, behandlingstjenester og øvrige regionale funksjoner), er under kontinuerlig evaluering og bidrar til å styrke kvaliteten på pasientbehandling i regionen.
- Helse Nord har rom for nye satsninger i tråd med overordnede prioriteringer i strategier og langtidsplaner.

## 3. Omfang, føringer og krav til gjennomføringen

### 3.1 Omfang

Alle særfinansierte funksjoner i Helse Nord skal gjennomgås.

Følgende tjenester skal skjermes når det gjelder vurdering av tjenestens form og finansiering (tjenestene skal likevel kartlegges og vurderes med hensyn til aktivitet og resultat):

- Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Tjenester knyttet til overgangsordninger som senere skal fases inn i inntektsmodellen
- Tjenester knyttet til samiske helsetjenester

### 3.2 Føringer

1. Prosessen skal være åpen, transparent og involverende
2. Endringer som foreslås skal være i tråd med lov og forskrift, nasjonale handlingsplaner, anbefalinger og retningslinjer fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.
3. For vurdering av regionale kompetansetjenester, skal Helse Nords retningslinjer for etablering, organisering og finansiering legges til grunn.
4. Prosessen skal bruke sammenlignbare kriterier som ved lignende nasjonale prosesser

### 3.3 Gjennomføring og krav til resultat

Det er mange regionale tjenester og funksjoner med særskilt finansiering. Det synes hensiktsmessig å gjennomgå dette i tre faser:

- Fase en består av regionale funksjoner med særskilt finansiering som inkluderer enten en regional kompetansetjeneste eller en regional behandlingstjeneste.
- Fase to består av øvrige regionale funksjoner med særskilt finansiering.
- Fase tre gjelder funksjoner med særskilt finansiering der det pågår nasjonale prosesser i forhold til finansiering.

#### 3.3.1 Fase 1 og 2

Prosjektgruppen skal vurdere funksjonene utfra forutsetningene og rammer som er angitt i kapittel 3.2.

Dette innebærer at prosjektgruppen skal gi en begrunnet vurdering av hver tjeneste (hvis relevant) og med tanke på:

1. Er funksjonen pålagt gjennom lov eller forskrift, handlingsplan/retningslinjer eller anbefalinger fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget eller krav fra Helse og omsorgsdepartementet? (ja/nei)
2. Er tjenesten rettet spesielt mot en prioritert gruppe i Nasjonal helse og sykehusplan eller mot særskilte hensyn i strategiplan eller styrevedtak? (ja/nei)
3. Hvor lenge har tjenesten eksistert (under 5 år, 5-10 år og >10 år).
4. Ivaretar funksjonen kompetansespredning i alle helseforetakene? (i liten grad, i noe grad, i stor grad, ikke aktuell)
5. Ivaretar funksjonen veiledning og rådgivning i alle helseforetakene? (i liten grad, i noe grad, i stor grad, ikke aktuell)
6. Kan funksjonen dokumentere resultater (i liten grad/i noe grad/i stor grad/ikke aktuell)
7. Bedrer funksjonen kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter i alle helseforetakene (i liten grad/i noe grad/i stor grad/ikke aktuell)

*Gjelder ikke «skjermede» funksjoner i kap 3.1*

8. Er det fortsatt behov for tjenesten som regional funksjon med særskilt finansiering (i liten grad, i noe grad, eller i stor grad)
9. Kan tjenesten videreføres i annen form? (ja/nei)
10. Anses finansieringen dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen slik at den særskilte finansiering skal fases ut (ja/nei)

Basert på dette skal prosjektgruppen i en rapport:

1. Presentere en samlet, men individuell vurdering av funksjonenes aktivitet og resultat
2. Gi en samlet og begrunnet anbefaling av hvilke tjenester som bør (*gjelder ikke «skjermede» funksjoner i kap 3.1*):
  - videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå
  - videreføres med særskilt finansiering på annet nivå
  - videreføres i annen form (f.eks nettverk)
  - kan fortsette, men den særskilte finansieringen fases ut med en overgangsordning på tre år før videre finansiering anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen.

3. Presentere funksjonene i et strukturert verktøy med tilhørende retningslinjer som forenkler Helse Nord RHF's oppfølging av funksjonene

De ulike regionale funksjonene skal gis varsel om arbeidet og skal gis mulighet til å gjøre egevaluering av overnevnte som forelegges prosjektgruppen. Tilbakemelding organiseres samlet i hvert helseforetak.

De ulike regionale funksjonene skal gis anledning til å kommentere på prosjektgruppens endelige anbefaling før det presenteres for styringsgruppe. Tilbakemelding organiseres samlet i hvert helseforetak.

### **3.3.2 Fase 3**

Helse Nord har i tillegg noen andre regionale funksjoner med særskilt finansiering der det pågår nasjonale prosesser for finansiering. Dette gjelder nasjonale medisinske kvalitetsregister som regionen har ansvar for. Det er naturlig å avvete nasjonal prosess før en regional vurdering.

Det vil gjennomføres en egen prosess for disse når nasjonal prosess er ferdig.

## **4. Avgrensning og avhengigheter**

- Vurdering av regionale funksjoner uten særskilt finansiering og regionale funksjoner med særskilt finansiering gjennom forskningsbudsjett inngår ikke i mandatet
- Resultat av arbeidet med gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester må tas med i vurderinger, da dette kan legge føringer som kan være naturlig å benytte for regionale kompetansetjenester

## **5. Tidsramme**

Arbeidet skal gjennomføres i løpet av 6 måneder.

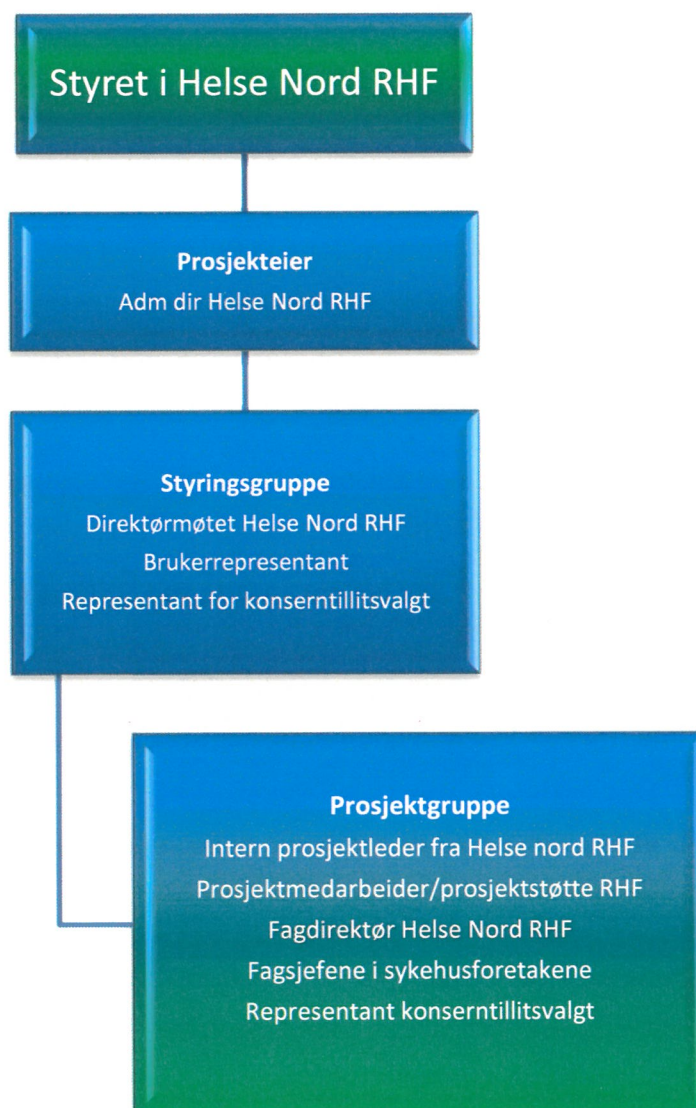
## **6. Finansiering**

Prosjektet har ikke avsatt eget budsjett. Gjennomføres gjennom intern omprioritering av ressurser. Helseforetakene dekker egne utgifter i forbindelse med prosjektet.

## 7. Organisering og ansvar

Oppdragsgiver/Prosjekteier: Administrerende direktør HN RHF

Figur 1 beskriver organiseringen av prosjektet.



**Styret i Helse Nord RHF** skal holdes orientert om arbeidet. Dersom forslag til endringer blir omfattende, er styret endelige beslutningsmyndighet.

Prosjekteier er adm. direktør ved Helse Nord RHF. Administrerende direktør forestår den daglige ledelsen av Helse Nord RHF i samsvar med retningslinjer og pålegg styret gir.

Administrerende direktør skal holde styret informert om vesentlige forhold internt og eksternt. Administrerende direktør skal redegjøre både for saker av generell art og i

saker av særskilt interesse når styret ber om det.

I den grad forslag til endringer blir så omfattende at de «... etter foretakets forhold er av uvanlig art eller av stor betydning», skal endelig beslutning forelegges styret.

**Styringsgruppe** er det regionale direktørmøtet i Helse Nord RHF supplert med en brukerrepresentant og en representant for konserntillitsvalgte.

**Prosjektgruppe** består av intern prosjektleder fra Helse Nord RHF, fagdirektør i Helse Nord RHF, fagsjefene i sykehusforetakene, en brukerrepresentant fra enten UNN eller NLSH. Representant for foretakstillitsvalgte er byttet ut til konserntillitsvalgt i tråd med behandling av saken i direktørmøte 9.6.2021.

**Intern prosjektstøtte** gis fra administrasjonen i Helse Nord RHF.

Rapportering underveis til prosjekteier skjer på avtalt format.

## 8. Medvirkning

Prosjektplan og mandat drøftes med konserntillitsvalgte og -verneombud , og KTV/KVO oppnevner en person til styringsgruppen.

Eventuelle endringer vil i første rekke berøre ansatte ved UNN og NLSH. Foretakstillitsvalgt fra et av disse foretakene bes oppnevne en person til prosjektgruppen.

Brukermedvirkning ivaretas ved at Regionalt brukerutvalg oppnevner en person til Styringsgruppen.

Det gjennomføres dialogmøter med de regionale funksjonene i hvert helseforetak.

## 9. Kommunikasjon og interessentoppfølging

Prosjektet skal gjennomføre en interessentanalyse og utarbeide kommunikasjonsplan på bakgrunn av følgende:

### 9.1 Målsetning

- Skape tillit til prosessen og bidra til åpenhet om eventuelle endringer
- Bidra til at beslutningstakere, prosjektmedlemmer, øvrige interessenter og omverdenen har felles forståelse for hva som er formålet med prosjektet

### 9.2 Hovedbudskap

Regionale kompetansetjenester som er opprettet med tidsbegrenset formål, skal som hovedregel fases ut når formålet med tjenesten/opprettelsen er oppnådd. På lik linje som nasjonalt, planlegges det nå en gjennomgang av regionale kompetansetjenester i Helse Nord.

I tillegg ønskes en gjennomgang og vurdering av andre regionale funksjoner. Dette innebærer også vurdering av type finansiering (med noen unntak). Dersom Helse Nord skal ha rom for nye regionale satsninger er omprioritering av midler nødvendig.

### 9.3 Kommunikasjonsutfordringer

Det er mange interessenter både internt i fagmiljøene, pasient- og brukerorganisasjoner og i samfunnet. Det er nødvendig å etablere og beholde tillit til aktørene, prosessen og verdien av det som er formål med prosessen.

### 9.4 Målgrupper og interessenter

- Pasienter og brukere som omfattes av regionale funksjoner med særskilt finansiering
- Helsepersonell som jobber i de regionale funksjonene med særskilt finansiering
- Helsepersonell som benytter de regionale funksjonene med særskilt finansiering
- Tillitsvalgte
- Helseforetakene
- Primærhelsetjenesten
- Styrene i det regionale helseforetaket og sykehusforetakene
- Andre helseregioner
- Samfunnet

### 9.5 Kanaler

Det skal informeres gjennom etablerte informasjonskanaler.

Det opprettes en internettside med blant annet:

- oppdateringer av status i arbeidet
- oppdatert milepælsplan
- referater fra prosjektgruppe og styringsgruppe publiseres

## **9.6 Koordinering av mediehenvendelser**

Kommunikasjonsavdelingen i Helse Nord RHF koordinerer mediehenvendelser i samarbeid med kommunikasjonsavdelingene i sykehusforetakene.

## **9.7 Aktiviteter**

- Prosjektgruppen skal ha dialogmøte med de regionale funksjonene. Det kan avholdes fellesmøte med flere regionale funksjoner for hvert foretak.
- Internettsiden
- Ledermøter, styringsgruppemøter, møter i prosjektgruppen
- Dialogmøter med tillitsvalgte og brukerutvalg
- Styresaker



## Drøftingsprotokoll

Vår ref.:  
2021/913-2

Saksbehandler/dir.tlf.:  
Tina Eitran, 915 79 783

Sted/dato:  
Bodø, 17.6.2021

Møtetype:	Drøftingsmøte i henhold til AML kap. 8 og Hovedavtalens § 30 m. v. mellom konserntillitsvalgte/konsernverneombud og Helse Nord RHF
Møtedato:	17. juni 2021
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø / Teams

### Tilstede

Navn:	
Ann-Mari Jenssen	YS Helse
Baard Einar Martinsen	SAN
Kari B. Sandnes	LO Stat
Sissel Alterskjær	UNIO
Martin Øien Jenssen	Akademikerne
Jeanette Mikalsen	konsernverneombud
Tina Eitran	fung. stabsdirektør
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Tove Klæboe Nilsen	fung. direktør for kvalitet og forskning

### Forfall:

*Ingen hadde meldt forfall til dette drøftingsmøtet.*

### Regionale funksjoner med særskilt finansiering – gjennomgang og oppnevning av representant til styrings- og prosjektgruppe

Hilde Rolandsen innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet, slik det ble sendt ut, den 9. juni 2021.

Saken ble tatt opp til drøfting.

### Partene er enige om følgende:

1. Partene gir sin tilslutning til prosjektplan og mandat for gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord med de innspill som kom frem under behandling av saken.
2. Partene er opptatt av at det gjøres en bred nok vurdering av de regionale funksjonene. Funksjonenes bidrag til forebyggende/helsefremmende arbeid, beredskap og utdanning inngår i vurderingen selv om dette ikke nevnes spesifikt i saksfremlegget eller mandatet.
3. Partene er opptatt av at prosessen skal oppleves som åpen og inkluderende av de berørte parter. Der det skal gjøres HF-interne oppgaver må helseforetakene sikre medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten.
4. KTV/KVO oppnevner *KTV Baard Einar Martinsen* til styringsgruppen, *KTV Kari Sandnes* til prosjektgruppen, og *KTV Sissel Alterskjær* som vara både til styrings- og prosjektgruppe for gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord.

Bodø, den 17. juni 2021

*Protokollen ble godkjent under drøftingsmøtet.*

Tina Eitran  
Helse Nord RHF

Hilde Rolandsen  
Helse Nord RHF

Tove Klæboe Nilsen  
Helse Nord RHF

Ann-Mari Jenssen  
YS Helse

Baard Einar Martinsen  
SAN

Kari B. Sandnes  
LO Stat

Sissel Alterskjær  
UNIO

Martin Øien Jenssen  
Akademikerne

Jeanette Mikalsen  
Konsernverneombud

# **I - Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord**

## **Sammenfatning og resultater fra prosjekt**

Vedlegg: Rapport med all grunnlagsinformasjon

30. august 2023

## Versjonslogg

<b>Versjon</b>	<b>Dato</b>	<b>Endring</b>	<b>Produsent</b>	<b>Godkjent</b>
0.9	20.06.2023	Leveranse til prosjektets styringsgruppe	Prosjektet	
1.0	30.08.23	Rapport ferdigstilt etter behandling i styringsgruppen. Leveranse til adm. Dir. Helse Nord RHF	Hilde Rolandsen Siw Skår Ann-Britt Nilssen	

<b>1</b>	<b>OM RAPPORTEN</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>INNLEDNING OG BAKGRUNN</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>PROSJEKTETS ORGANISERING OG ARBEID</b>	<b>6</b>
<b>3.1</b>	<b>PROSJEKTETS DELTAKERE</b>	<b>6</b>
<b>3.2</b>	<b>GJENNOMFØRING AV PROSJEKTARBEIDET</b>	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>RESULTATER AV PROSJEKTET</b>	<b>8</b>
<b>4.1</b>	<b>NYTTEEFFEKTER</b>	<b>8</b>
<b>4.2</b>	<b>SÆRSKILTE FUNN</b>	<b>8</b>
<b>4.3</b>	<b>KATEGORISERING AV FUNKSJONER FOR FREMTIDIG BRUK</b>	<b>9</b>
<b>4.4</b>	<b>ANBEFALINGER FOR FUNKSJONER SOM ER GJENNOMGÅTT</b>	<b>9</b>
4.4.1	SKJERMEDE FUNKSJONER	9
4.4.2	SOMATISKE FUNKSJONER – ANBEFALINGER OM YTTERLIGERE GJENNOMGANG I NÆR FREMTID	10
4.4.3	FUNKSJONER SOM IKKE ER SÆRSKILT FINANSIERTE	10
4.4.4	DE ENKELTE FUNKSJONER	11
<b>5</b>	<b>RAMMEVERK FOR ETABLERING, OPPFØLGING, EVALUERING OG ENDRING/AVVIKLING AV REGIONALE FUNKSJONER MED SÆRSKILT FINANSIERING</b>	<b>29</b>
<b>5.1</b>	<b>BESKRIVELSE AV OG KRITEIRER FOR ULIKE KATEGORIER AV FUNKSJONER</b>	<b>29</b>
5.1.1	REGIONALE SENTRE	30
5.1.2	REGIONALE BEHANDLINGSTJENESTER	30
5.1.3	REGIONALE KOMPETANSETJENESTER	31
5.1.4	REGIONALE KOMPETANSENETTVERK	31
5.1.5	REGIONALE KOORDINATORER	31
5.1.6	ANDRE REGIONALE FUNKSJONER SOM ER SÆRSKILT FINANSIERTE	31
5.1.7	FUNKSJONER SOM FALLER UTENFOR KATEGORIENE	32
5.1.8	ØVRIGE NETTVERK I REGIONEN	33
<b>5.2</b>	<b>HELSE NORD RHF'S OPPFØLGING AV REGIONALE FUNKSJONER</b>	<b>33</b>
<b>5.3</b>	<b>REGIONALT SERVICEMILJØ</b>	<b>33</b>
5.3.1	ETABLERING AV NYE REGIONALE FUNKSJONER	34
<b>5.4</b>	<b>ARKIVERING/DOKUMENTASJON I SAKS- OG BUDSJETTBEHANDLING</b>	<b>36</b>
5.4.1	SAKS- OG ARKIVSYSTEM	36
5.4.2	E-RAPPORT	36
5.4.3	BUDSJETTOVERSIKTER	36
<b>5.5</b>	<b>NETTSIDE FOR REGIONALE FUNKSJONER</b>	<b>36</b>
<b>6</b>	<b>VEDLEGG</b>	<b>37</b>

# 1 Om rapporten

Rapporten er en leveranse til oppdragsgiver for prosjekt Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord.

Rapporten gir et sammendrag av dokumentet «Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering –rapport med all grunnlagsinformasjon», og presenterer i kortversjon resultater fra prosjektet. De anbefalinger som gis i denne versjon av rapporten, inkluderer styringsgruppens endelige beslutninger.

Innhentet datagrunnlag, prosjektgruppens utfyllende vurderinger, metode m.v., kan leses i ovenfor navngitte dokument som er vedlegg til denne rapporten.

For å få tilgang til vedlegg i kap 6, må man være logget på helseforetakets nettverk.

## 2 Innledning og bakgrunn

Prosjektet Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord, har på oppdrag fra administrerende direktør i Helse Nord RHF, kartlagt og vurdert regionale funksjoner som er gitt i oppdrag til UNN og/eller Nordlandssykehuset. I budsjettssammenheng omtales disse som særskilt finansierte regionale funksjoner eller særskilt finansierte felles funksjoner.

Prosjektets spesifikke oppdrag har vært som følger:

1. Belyse en funksjons betydning for regionen (alle funksjoner) og gi en anbefaling om hvorvidt funksjonen bør kontinuieres som før eller i annen form, eller om den bør avsluttes (somatiske funksjoner)
2. Utarbeide forslag til rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering.

Prosjektet har gjennomgått 51 funksjoner:

	UNN	Nordlandssykehuset	Total
<b>Somatikk</b>	22	13	35
<b>Psykisk helse og rus</b>	10	6	16

Vurderingene av funksjonene er gjort etter kriterier i mandat der spørsmålet har vært hvorvidt disse fyller sitt regionale oppdrag (spesialist- og primærhelsetjeneste) hva gjelder pasientbehandling (forebyggende og kurativ), kompetansespredning, veiledning, undervisning og beredskap.

I tråd med mandatet er alle særskilt finansierte, regionale funksjoner gjennomgått. Selv om funksjonene med noen unntak, mottar en særskilt finansiering som utgår fra helseforetakenes felles midler hos Helse Nord RHF, har mange av funksjonene en utvidet og til dels stor tilleggsfinansiering fra helseforetaket som innehar funksjonen. En eventuelt påfølgende lokal videreføring, avvikling eller omstilling må besluttes og håndteres i det aktuelle helseforetaket etter retningslinjer som gjelder for arbeidslivet.

Forslag til rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering, skal bidra til bedre oversikt og forutsigbarhet i drift og finansiering av funksjonene. I forslaget har prosjektet gjenbrukt det som finnes av regionale rutiner/retningslinjer og det er også sett til rutiner/retningslinjer for nasjonale tjenester. Etablering, oppfølging og evaluering er så langt det lar seg gjøre, foreslått lagt til etablerte strukturer for saksbehandling og samarbeid mellom RHF og helseforetak.



## 3 Prosjektets organisering og arbeid

Prosjektet har vært aktivt i perioden januar-2022 til juni-2023.

### 3.1 Prosjektets deltakere

**Prosjekteier:** Administrerende direktør Helse Nord RHF, Marit Lind

#### Styringsgruppe

Rolle	Navn	Tittel
Styringsgruppeleder	Hilde Rolandsen	Eierdirektør Helse Nord RHF
Medlem	Siri Tau Ursin/Vivi Brenden Bech/Per Angermo	Adm dir Finnmarkssykehuset
Medlem	Anita Schumacher	Adm dir Universitetssykehuset Nord Norge
Medlem	Beate Sørslott/Siri Tau Ursin	Adm dir Nordlandssykehuset
Medlem	Hulda Gunlaugsdottir/Hanne Frøyshov/Lena E. Nielsen	Adm dir Helgelandssykehuset
Medlem	Baard Einar Martinsen Vara: Sissel Alterskjær	Konserntillitsvalgt
Medlem	Jeanette Mikalsen	Konsernverneombud
Medlem	Hege Johannessen Vara: Ole Marius Minde Johnsen	Brukerrepresentant
Medlem	Tove Klæboe Nilsen	Forskningsdirektør Helse Nord RHF

#### Prosjektgruppe

Gruppen har vært sammensatt av fagsjefer/fagdirektører i helseforetakene, fagdirektør i Helse Nord RHF, rådgivere fra Helse Nord RHF med helsefaglig bakgrunn og konserntillitsvalgte.

Rolle	Navn	
Prosjektleder	Ann-Britt Nilssen	Rådgiver Helse Nord RHF
Prosjektmedlem	Geir Tollåli	Fagdirektør Helse Nord RHF
Prosjektmedlem	Harald Sunde	Fagsjef Finnmarkssykehuset HF
Prosjektmedlem	Marte Lødemel Henriksen	Fagsjef Universitetssykehuset Nord Norge HF
Prosjektmedlem	Tonje Elisabeth Hansen	Fagdirektør Nordlandssykehuset HF
Prosjektmedlem	Hanne Frøyshov/Anne I. Pedersen/Arpad Totth	Medisinsk direktør Helgelandssykehuset HF
Prosjektmedlem	Kari Sandnes	Konserntillitsvalgt

Prosjektmedlem	Ann Mari Jenssen (fra august 2022)	Konserntillitsvalgt
Prosjektmedarbeider/ prosjektstøtte	Siw Skår	Rådgiver Helse Nord RHF

## 3.2 Gjennomføring av prosjektarbeidet

Innsamling av skriftlig dokumentasjon, dialog med ansvarlige avdelinger i Helse Nord RHF og dialog i prosjektgruppen, danner grunnlaget for resultatene som presenteres.

Skriftlig dokumentasjon ble innhentet fra funksjonene selv og foretaksledelse (egenvurderinger), interessenter i spesialist- og primærhelsetjeneste samt fra lover, forskrifter og strategier fra Helse Nord RHF, oppdragsdokumenter, saker behandlet i Helse Nord RHF's styre og i ett tilfelle i møte med Helse- og omsorgsdepartementet. Innsamlede data ble vurdert og diskutert i prosjektgruppen etter at utkast til rapport var distribuert i flere runder innenfor gruppen via e-post. I tilfeller der det ikke kom til konsensus i gruppen etter dialog, er dette enten beskrevet i prosjektgruppens vurderinger eller fremmet som dissens i anbefaling.

I tråd med mandatet ble de ulike regionale funksjonene i UNN og Nordlandssykehuset gitt anledning til å kommentere på prosjektgruppens forslag til anbefaling, før endelig versjon ble behandlet i styringsgruppen. Tilbakemeldinger fra funksjonene som ble ansett som avgjørende for resultatet, ble tatt til følge og innlemmet i endelige vurderinger og anbefalinger. Styringsgruppen ble muntlig orientert om forslag til endringer i forkant av dette.

Det er gjennomført 13 møter i prosjektgruppen og fem møter i styringsgruppen. I tillegg har prosjektleder orientert om prosessen i tre samarbeids-/dialogmøter med KTV/KVO og i møte med ledergruppen i Helse Nord RHF. Arbeidsmiljøutvalgene er orientert om fremdrift i prosjektet ved to anledninger.

Det vises til vedlagt dokument kap. 4 og 5 for en detaljert beskrivelse av metode og kommunikasjon.

## 4 Resultater av prosjektet

### 4.1 Nytteeffekter

I stikkordsform presenteres de nytteeffekter som prosjektet overordnet sett mener å ha bidratt til:

- Helse Nord RHF og helseforetakene har fått en bedre oversikt over innhold i og bakgrunn for opprettelse av de regionale funksjonene.
- UNN og Nordlandssykehuset har fått økt bevissthet om sin aktive rolle som regional oppdragsaktør.
- Spesialist-, og i noen grad primærhelsetjenesten, har fått større innsikt i formålet med de regionale funksjonene og hvordan det regionale oppdraget løses
- Funksjonene selv har fått mulighet til bredt å formidle en viktig regional kompetanse og hvordan de løser sitt oppdrag.
- Prosjektet har gjort vurderinger og anbefalinger for videre forløp for 51 regionale funksjoner, der det til en viss grad ligger mulighet for å frigi midler for nye satsninger i regionen.
- Det er laget forslag til rammeverk for Helse Nord med tanke på etablering og oppfølging av regionale funksjoner.
- Det er satt fokus på mer presis begrepsbruk i omtale av funksjonene.

### 4.2 Særskilte funn

- Ved etablering/tildeling av regionale funksjoner, er formål og mandat ofte ikke tydelig kommunisert fra Helse Nord RHF.
- Regionale funksjoner har hatt varierende oppfølging fra Helse Nord RHF.
- For ti av de regionale funksjonene finnes det likelydende funksjoner i alle regioner/RHF. Disse bør sees på i et interregionalt samarbeid i tilfelle det skal gjøres endringer i form og funksjon i fremtiden. Prosjektet har ikke foreslått endringer for noen av disse.
- To funksjoner (psykisk helse) med et opprinnelig regionalt oppdrag, er over tid blitt delregionale med oppdrag kun i én del av regionen, men finansieres fortsatt som regionale funksjoner.
- Det er ulik rapporteringslinje for funksjoner som har i oppdrag å aktivt *utføre* samme type tjeneste i alle sykehusforetak i regionen. Selv om alle funksjonene er organisert i UNN, opplyser én av funksjonene at de er faglig forankret og rapporterer direkte til Helse Nord RHF. Andre ønsker sterkere tilknytning til Helse Nord RHF uten at de har det.
- Bruk av den regionale funksjonen er ofte større i det foretaket som har funksjonen (hhv. UNN eller Nordlandssykehuset), enn i de andre foretakene. For

noen av funksjonene er denne forskjellen så stor at funksjonen er mer lokal enn regional.

- Det er kommet tydelig frem i tilbakemeldinger fra foretaksledelsen i UNN og Nordlandssykehuset, at særskilt finansiering av regionale funksjoner er avgjørende for at funksjonene skal videreføres.

### 4.3 Kategorisering av funksjoner for fremtidig bruk

De 51 funksjonene som er gjennomgått er av svært ulik karakter. Primært med tanke på fremstilling av resultat, har prosjektet valgt å kategorisere funksjonene som følger.

Kategoriseringen følger i hovedtrekk samme logikk som nasjonale tjenester :

- Regionale sentre
- Regionale behandlingstjenester
- Regionale kompetansetjenester
- Regionale kompetansenettverk
- Regionale koordinatore
- Andre regionale funksjoner med særskilt finansiering

I forslag til rammeverk for etablering og oppfølging av regionale funksjoner i Helse Nord, foreslås det at den samme kategoriseringen benyttes.

### 4.4 Anbefalinger for funksjoner som er gjennomgått

#### 4.4.1 Skjermede funksjoner

I tråd med mandat, er følgende funksjoner skjermet hva gjelder vurderinger/anbefalinger for endring av tjenestenes form og finansiering (funksjonene er likevel kartlagt og vurdert med hensyn til aktivitet og resultat):

- *Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*
- *Tjenester knyttet til overgangsordninger som senere skal fases inn i inntektsmodellen*
- *Tjenester knyttet til samiske helsetjenester*

For sju av funksjonene innenfor psykisk helse og TSB, er det imidlertid fra interessentene kommet viktige innspill som Helse Nord RHF i samarbeid med helseforetakene må følge opp. Dette gjelder:

Fagenhet for autisme – NLSH

Fagenhet for spiseforstyrrelser - NLSH

Familieambulatorium - UNN

Familieambulatorium – NLSH  
Medikamentfritt behandlingstilbud (UNN)  
Regional behandling OCD (tvangslidelser) voksne – UNN  
Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge - UNN

#### 4.4.2 Somatiske funksjoner – anbefalinger om ytterligere gjennomgang i nær fremtid

Metoden for vurderinger som har sitt utgangspunkt i mandatet, peker i størst grad på hvilken oppfatning helseforetakene har av funksjonene. I de tilfeller en funksjon har en utstrakt virksomhet utenfor spesialisthelsetjenesten, har det skriftlige datatilfanget og i særdeleshet sammensetningen av prosjektgruppen, ikke vært tilfredsstillende for å kunne gi en fullstendig vurdering. I tillegg har prosjektet avdekt at det for noen fagområder er behov for en grundigere gjennomgang med tanke på endringsbehov eller for tydeliggjøring av formål og mandat. Det anbefales derfor at det for disse i nær fremtid gjøres en separat vurdering utenfor prosjektet.

Dette gjelder for:

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (AMA) –seksjon (AMS) – UNN  
Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO) – NLSH  
Regional traumekoordinator – UNN

En ytterligere vurdering av Prostatasenter i hhv UNN og NLSH, anbefales tatt inn i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.

#### 4.4.3 Funksjoner som ikke er særskilt finansierte

Under arbeidet er det avdekket at seks av de regionale funksjonene som har vært innlemmet som kandidater for vurdering, ikke er særskilt finansierte av Helse Nord RHF. Prosjektet har likevel ønsket å fremstille disse i arbeidet, da egenvurderingene for det første gir et godt bilde på funksjonenes oppdrag og funksjon. I tillegg gir vurderingene tilbakemeldinger som prosjektet anser som nyttige for de som innehar funksjonene. Dette gjelder:

Kompetansesenter for arvelig kreft – KAK – UNN  
Kompetansesenter for diagnostisk fysikk – UNN  
Kompetansesenter rus, Nord-Norge (KORUS-Nord) – UNN  
Regional behandling OCD barn og unge – UNN  
Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering – UNN  
Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) – UNN.

#### 4.4.4 De enkelte funksjoner

I kapittel 4.4.4.1 og 4.4.4.2 presenteres i kortversjon resultater for henholdsvis somatiske funksjoner og funksjoner innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Innenfor de respektive kapitler, er funksjonene presentert i kategorier som beskrevet i kapittel 4.3.

Størrelse på finansiering for de enkelte funksjoner gis med utgangspunkt i budsjett fra 2022.

For utdypende presentasjon og vurdering av funksjonene, vises det i kolonne 1 til de respektive kapitlene i vedlagt dokument «Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord – Rapport med all grunnlagsinformasjon».

#### 4.4.4.1 Funksjoner somatikk

### Regionale sentre

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
8.1	Arbeids- og miljømedisinsk avdeling – Arbeids- og miljømedisinsk seksjon - UNN (1988)	Gjennomgang av skriftlig materiale samt vurderinger fra interessenter i primær- og spesialisthelsetjeneste, tyder på at tjenesten spiller en viktig rolle i regionen. Prosjektgruppen har imidlertid ikke hatt kapasitet til å vurdere tjenestens kompleksitet i sin helhet.  Funksjonen videreføres. Funksjonens omfang og nivået på finansieringen fastsettes etter en snarlig, dialogbasert gjennomgang mellom HN RHF og UNN, deretter i direktørmøtet i Helse Nord.	15 191 000
8.2	Kompetansesenter for arvelig kreft – KAK - UNN (1999)	Funksjonen er ikke særskilt finansiert. KAK ansees som en del av det regionale tilbudet som den høyspesialiserte medisinsk-genetiske avdelingen ved UNN har.	0
8.3	Kompetansesenter for diagnostisk fysikk - UNN (2008)	Funksjonen er ikke særskilt finansiert. Helseforetakene faktureres for de tjenester som benyttes. Kompetansetjenesten er avgjørende for å ivareta lovkrav i Strålevernforskriften §50 ved alle sykehus i Helse Nord. Tjenesten er svært viktig og sterkt etterspurt.	0
8.4	Kompetansesenter i smittevern Helse Nord KORSN - UNN (2005)	Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.  Helse Nord RHF er gjennom smittevernloven pålagt å sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern. Tjenesten foretar i stor grad regional kompetansespredning, rådgivning og veiledning og har høy beredskap for unngåelse av smittespredning ved infeksjonsutbrudd.	7 653 000



8.6	Prostatasenter - UNN (2015)	<p>Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.</p> <p>Ny vurdering av senterets måloppnåelse foretas i 2025. I denne vurderingen bør det sees på om finansieringen av prostatakraft (inklusive proststasentrenes funksjon) bør bygges på samme modell som for andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samhandling med Finnmarkssykehuset må forbedres</li> <li>- Helse Nord RHF bør definere målene i et prostatasenter og gi et klart mandat</li> <li>- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med Nordlandssykehuset i etablering av senteret, synes ikke oppfylt.</li> <li>- Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.</li> <li>- Hvorvidt det skal være ett eller to prostatasentre i Helse Nord, anbefales tatt inn i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.</li> </ul>	3 225 000
8.7	Prostatasenter - NLSH (2016)	<p>Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.</p> <p>Ny vurdering av senterets måloppnåelse foretas i 2025. I denne vurderingen bør det sees på om finansieringen av prostatakraft (inklusive proststasentrenes funksjon) bør bygges på samme modell som for andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Samhandling med Helgelandssykehuset må forbedres</li> <li>- Helse Nord RHF bør definere målene i et prostatasenter og gi et klart mandat</li> <li>- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med UNN i etablering av senteret, synes ikke oppfylt.</li> <li>- Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.</li> <li>- Hvorvidt det skal være ett eller to prostatasentre i Helse Nord, anbefales tatt inn i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.</li> </ul>	3 261 000
8.8	Regional koordinerende enhet for helsefaglig simulering i Helse Nord (RegSim Nord) - UNN (2021)	<p>Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.</p> <p>Funksjonen er relativt ny (2021) og har fortsatt oppgaver å løse for å oppfylle sitt mandat. Den skal arbeide for at alle helseforetak i nord etablerer velfungerende enheter for simulerings- og ferdighetstrening. Oppdraget løses gjennom regional rådsstruktur som for Regut.</p>	5 192 000

8.9	Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering (Regut) - UNN (2017)	<p>Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.</p> <p>Måten oppdraget løses på (regional rådsstruktur), er med på å bidra til at både regionalt og lokale foretak klarer å ivareta sitt ansvar for spesialistutdanning av leger slik det beskrives i forskriften av 2017.</p>	4 030 000
8.11	Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) - UNN (2017)	<p>Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå.</p> <p>Det svært få spesialister i Helse Nord (og i landet for øvrig) med allergologisk kompetanse, noe som gjør at tilbudet har stor etterspørsel og får henvist pasienter også fra fastleger. Når det gjelder kompetanseutvikling og –spredning i regionen bør dette arbeidet styrkes. Det bør særlig vurderes hvordan Helse Nord kan bygge opp tilstrekkelig kompetanse innen allergologi ved å bruke ressursene som finnes i RAAO.</p>	5 555 000
8.13	Samvalgsenteret - UNN (2018)	<p>Det er fortsatt behov for at samvalgsentret har en rolle som «motor» i arbeidet med samvalg i regionen, med tanke på kunnskapsspredning og kompetanseoppbygging. For å lykkes med dette er nettverket som er etablert viktig. Fremtidig finansiering bør understøtte lokal oppbygging av kompetanse ved at midler omfordes fra samvalgsentret.</p> <p>Funksjonen videreføres med finansiering på annet nivå.</p> <p>Det anbefales en gradvis reduksjon i finansiering frem til 2026. Frigjorte midler brukes til å styrke arbeidet med brukers rett til medvirkning og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell i regionens helseforetak. Deretter gjøres en evaluering av videre nytte og effekt av å opprettholde samvalgsenteret som regional funksjon.</p>	9 069 000

## Regionale behandlingstjenester

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
9.1	Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander - UNN (2014)	Den regionale tjenesten er pålagt av HOD og kan ikke avsluttes eller videreføres i annen form. Dette er en funksjon som inngår i den kreftutredningen som skal foregå i tredjelinje (regionsykehusnivå).  Da finansieringen som ble gitt i 2013 oppfattes som oppstartsstøtte, anbefales det at funksjonen avsluttes fra 2024.	1 248 000
9.6	Henteteam nyfødte - UNN(1975?)	Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå.	4 469
9.7	Henteteam nyfødte - NLSH (1975?)	Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå.	4 473
9.14	Regionalt senter for sykelig overvekt (RSSO) - NLSH (2004)	Helse Nord RHF bør sørge for at det gjennomføres en evaluering av det totale tilbudet til pasienter med sykelig overvekt i regionen, med vekt på både organisering og innhold i tilbudene i lokalsykehusene og i RSSO. Fokus på regional koordinering for helhetlige pasientforløp og kompetansespredning blir viktig i denne sammenhengen.  RSSO videreføres som regional behandlingstjeneste for kirurgisk utredning og behandling av sykelig overvekt, og som et regionalt tilbud til pasienter med behov for konservativ oppfølging etter gjennomført utredning og behandling i lokalsykehus. En eventuell endring av finansiering må vurderes etter at anbefalt evaluering er gjennomført.	2 670 000
9.15	Senskede kreft - Regional kreft seneffektpoliklinikk - UNN (2020)	Det blir stadig flere som overlever med senskader etter kreft, og det må påregnes økende krav om at det finnes kompetanse på området over hele landet Tjenesten er nyetablert (2020). Fremover må tjenesten i større grad sette fokus på hvordan formålet med en regional behandlingstjeneste skal fylles.  Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.	2 234 000

## Regionale kompetansetjenester

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
10.2	Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, inklusiv årlig konferanse - NLSH (2012)	<p>Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet har gjennom ti år bidratt til kompetanseheving, kompetansespredning og oppbygging av strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i hele Helse Nord. I dag har alle helseforetakene dedikerte ressurser til pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsarbeid.</p> <p>Funksjonen avvikles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Videreutvikling og deling av kompetanse kan ivaretas i et formalisert kompetansenettverk.</li> <li>- For opplæring i GTT, må man ta hensyn til innspill fra tjenesten vedrørende bruk og forvaltning av regionalt etablert rapportløsning (NCAF).</li> </ul> <p>Den regionale pasientsikkerhetskonferansen bør videreføres. Helse Nord RHF må i samarbeid med helseforetakene vurdere og planlegge for hyppighet, og hvordan organisering av konferansen og finansiering skal være i kommende år.</p>	6 911 000
10.3	Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling - Lindring i Nord - UNN (2000)	<p>Funksjonen jobber i stor grad utadrettet (kursing, ledelse av nettverk i Nord-Norge, digitale veiledere), benyttes mye av både sykehus og primærhelsetjeneste og har nasjonale oppdrag.</p> <p>Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå.</p>	3 574 000

## Regionale kompetansenettverk

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
11.1	Regionalt barnepalliativt team - UNN (2021)	<p>Rapporten som er utarbeidet er et grunnlag for etablering og drift av et regionalt barnepalliativt team. Siden teamet ikke er etablert enda kan prosjektet verken vurdere eller gi anbefaling for videre drift, ut over at teamet bør etableres snarest mulig.</p> <p>Teamet har siden 2021 hatt særskilt finansiering på 1 mill kr, uten at teamet har blitt etablert. Når tjenesten etableres må finansiering vurderes i ordinært budsjettarbeid.</p>	1 000 000

## Regionale koordinatører

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
12.1	Regional koordinator helsefagarbeiderlæringer - NLSH (2016)	<p>Nettverket som er etablert vurderes som en viktig faktor og drivkraft for å lykkes med arbeidet for å være rustet for fremtidens behov for tilstrekkelig tilgang til fagfolk i spesialisthelsetjenesten. Nettverket kan på sikt videreføres uten regional koordinator, f.eks. ved at ansvaret for å lede nettverket ruller mellom de lokale koordinatorene i helseforetakene. Det vurderes likevel at regional koordinator fortsatt har en så sentral rolle i arbeidet at den bør videreføres for en begrenset tidsperiode. I perioden bør måloppnåelse og overgang til nettverk der ledelse går på omgang vurderes.</p> <p>Funksjonen videreføres ut 2025 med dagens form og finansiering. Funksjonen evalueres i løpet av 2024.</p>	557 000
12.2	Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (RKE) - UNN (2007)	<p>Funksjonen er ikke særskilt finansiert.</p> <p>Alle landets helseregioner har likelydende enheter som RKE. Enheten ivaretar samarbeid mellom aktører i rehabiliteringskjeden, både lokalt, regionalt og nasjonalt.</p>	0
12.3	Regional traumekoordinator - UNN (2011)	<p>Det er fortsatt behov for at regional traumekoordinator bidrar på systemnivå til å opprettholde nødvendig kompetanse og prosedyrer ved hvert traumemottak, men funksjonen bør i nær fremtid evalueres opp mot opprinnelig formål og mandat.</p> <p>Den særskilte finansieringen videreføres på dagens nivå inntil evaluering er gjennomført.</p>	1 313 000

## Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
13.1	Pasienttelefon - Informasjonstjeneste for pasienter og personell vedr fritt sykehusvalg - NLSH (2001)	<p>Funksjonen bemannes med én 100% stilling fordelt på tre deltidsstillinger samt 20% til administrasjon. Det gis ingen indikatorer på at finansieringen benyttes til virksomhet utover lønn til ansatte, verken i egenvurderingen eller i tilbakemelding på prosjektets initiale vurdering.</p> <p>Funksjonen videreføres. Siden finansieringen kun går til lønn, bør størrelsen justeres.</p>	1 607 000
13.2	Regional forbedringsutdanning - NLSH (2018)	<p>Etter fem år med forbedringsutdanning i Helse Nord, har hvert helseforetak flere medarbeidere med kompetanse innen forbedring som kan veilede og støtte nye medarbeidere under utdanning. Utdanningen bør videreføres i regi av UNN og Nordlandssykehuset. Det anbefales at UNN og NLSH inviterer til deltakelse fra andre HF når kurs avholdes. FIN og HSYK kan be om assistanse fra UNN eller NLSH hvis de ønsker interne kurs</p> <p>Forbedringsutdanningen videreføres, men den særskilte finansieringen avsluttes. Utgifter for deltakelse dekkes av eget helseforetak.</p>	2 083 000



## Ikke kategoriserte funksjoner

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
14.2	Kompetanse nyfødt intensiv NLSH (2014)	Vedlikehold av kompetanse er det enkelte helseforetaks ansvar og noe som dekkes gjennom basisfinansieringen. Dette er et prinsipp som i de fleste tilfeller bør følges. Likevel vurderer prosjektet at det er grunnlag for å videreføre den særskilte finansieringen på dette området. Bakgrunnen for at ordningen ble etablert er ikke endret, og det vurderes som fortsatt nødvendig å gjennomføre særskilte tiltak som hospitering, kurs og trening for å kompensere for lavt erfaringsgrunnlag.	503 000
14.4	LIS-stilling anestesi - UNN (2017)	Den særskilte finansieringen avsluttes. Prosjektet finner det ikke riktig eller hensiktsmessig at bare én spesialitet gis en særstilling med regional finansiering av LIS-stillinger. Finansiering av utdanningsstillinger bør inngå i sykehusenes rammefinansiering.	1 384 000
14.5	LIS-stilling anestesi - NLSH (2017)	Den særskilte finansieringen avsluttes. Prosjektet finner det ikke riktig eller hensiktsmessig at bare én spesialitet gis en særstilling med regional finansiering av LIS-stillinger. Finansiering av utdanningsstillinger bør inngå i sykehusenes rammefinansiering.	1 384 000
14.6	Mammografertilbud (lokal screening) - UNN (2000)	Finansieringen er gitt for å tilby kvinner i Finnmarkssykehusets nedslagsområde en enklere tilgang til screeningsprogrammet. Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå.	1 249 000
14.7	Mammografertilbud (lokal screening) - NLSH (2000)	Finansieringen er gitt for å tilby kvinner i Helgelandssykehusets nedslagsområde en enklere tilgang til screeningsprogrammet. Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå.	1 270 000
14.8	Nukleærmedisin (takstjustering) - UNN (2015)	Gjelder kompensasjon for omlegging av finansiering av radiofarmakum. Den særskilte finansieringen videreføres på dagens nivå. Ved neste revidering av finansieringsmodellen for somatikk, må finansiering av laboratorietjenester gjennomgås.	3 264 000

14.9	Nukleærmedisin (takstjustering) - NLSH (2015)	Gjelder kompensasjon for omlegging av finansiering av radiofarmakum. Den særskilte finansieringen videreføres på dagens nivå. Ved neste revidering av finansieringsmodellen for somatikk, må finansiering av laboratorietjenester gjennomgås.	1 785 000
14.10	Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) - UNN (2015)	Organisatorisk plassering av stillingen er vedtatt i Smittevernplan 2016-2020 med bakgrunn i rekrutteringsproblemer. Øvrige helseforetak i regionen finansierer selv sine lokale smittevernoverleger og prosjektet stiller spørsmål ved hvorfor Finnmarkssykehuset er i særstilling hva gjelder finansiering.  Finnmarkssykehuset og KORSN argumenterer for at stillingen styrker KORSN, noe som også kommer andre helseforetak til gode.  Stillingen videreføres med særskilt finansiering på annet nivå, der HN RHF og Finnmarkssykehuset finansierer 50% hver. Dagens størrelse på finansieringen bør vurderes.	2 290 000
14.11	Sosialpediater v/barnehus - UNN (2010)	Viktig og pålagt tjeneste for en sårbar gruppe. Skal bistå Finnmarkssykehuset. Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.	1 408 000
14.12	Sosialpediater v/barnehus - NLSH (2013)	Viktig og pålagt tjeneste for en sårbar gruppe. Skal bistå Helgelandssykehuset. Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.	1 408 000
14.13	Tuberkulosekontrollprogram - Tuberkulosekoordinator (stedlig) 100% - UNN (2015)	Stilling som stedlig tuberkulosekoordinator i UNN kan ikke avvikles så lenge forekomsten av pasienter i aktiv TB-behandling er på det nivået som ble beskrevet ved stillingens opprettelse.  Den særskilte finansieringen avsluttes, da finansiering ansees som dekket av basisfinansieringen.	704 000

14.14	Tuberkulosekontrollprogram - Tuberkulosekoordinator (stedlig) 50 % - NLSH (2015)	Stilling som stedlig tuberkulosekoordinator i UNN kan ikke avvikles så lenge forekomsten av pasienter i aktiv TB-behandling er på det nivået som ble beskrevet ved stillingens opprettelse.  Den særskilte finansieringen avsluttes, da finansiering ansees som dekket av basisfinansieringen.	378 000
-------	---	--	---------

#### 4.4.4.2 Funksjoner psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### Regionale sentre

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
8.5	Kompetansesenter rus, Nord-Norge (KORUS-Nord) (1995)	<p>KORUS Nord er direktefinansiert fra Helsedirektoratet og har ingen særskilt finansiering.</p> <p>Funksjonen har som overordnet samfunnsoppdrag å bidra til økt kompetanse hos forebyggende virksomhet i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Hovedmålgruppen for arbeidet er kommunalt ansatte, også i andre sektorer enn helsetjenesten. Tilbakemeldinger fra helseforetakene er at det er ønskelig med et tydeligere mandat med fokus på kunnskapsformidling og kompetanseheving rettet mot sykehusene og pasientbehandling.</p>	0
8.10	Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT) (2006)	<p>Fagmiljøet vurderes som relevant og nødvendig.</p> <p>Struktur for daglig drift gjennom konsultasjonsteam synes å være godt etablert gjennom et regionalt samvirke, og miljøet har referansegruppe som består av brukerorganisasjoner og fagpersoner fra hele regionen.</p>	3 691 000
8.12	Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) (2006)	<p>Funksjonen finansieres i sin helhet gjennom øremerkede midler fra HOD og får ingen særskilt finansiering fra Helse Nord RHF.</p> <p>Funksjonen skal hovedsakelig være rettet mot kommunene.</p> <p>Det er fra helseforetakenes side et ønske om at RVTS i større grad bidrar til kompetanseheving rundt vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging også i sykehusene.</p>	0

## Regionale behandlingstjenester

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
9.2	Fagenhet for autisme (1998) - NLSH	<p>Teamet bistår i utredning og eventuelt oppfølging av pasienter ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, hvor det også er gjennomført noe ambulering. Samarbeidet med Helgelandssykehuset er formalisert gjennom avtale.</p> <p>Funksjonen er å betrakte som delregional.</p>	1 081 000
9.3	Fagenhet for spiseforstyrrelser (barn og unge) (2010?) - NLSH	<p>Teamet gir et forsterket poliklinisk tilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser i Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområde. Det foreligger ikke dokumenterte resultater, men det er grunn til å tro at teamets bidrag ved poliklinisk oppfølging og intensiv måltidsveiledning til familier i egen leilighet er et viktig supplement til ordinær behandling i BUP, både for fagfolk, pasient og familie.</p> <p>Funksjonen er å betrakte som delregional.</p>	1 431 000
9.4	Familieambulatorium (2014) - UNN	<p>Funksjonen retter seg særlig til familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling i UNNs opptaksområde. Tjenesten gir veiledning til øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester vedr. barn som pårørende, og har bidratt med undervisning om tidlig innsats; bla. i kursrekken «Tidlig inn» i regi av KoRUS Nord. Kompetansespredning ut over dette er ikke beskrevet.</p> <p>Funksjonen omtaler seg som en behandlingstjeneste for UNNs opptaksområde, og det går ikke frem at det gis et tilbud i opptaksområdet til Finnmarkssykehuset. Dersom behandlingstjenesten skal kunne regnes som dekkende for begge opptaksområdene må tilbudet utvides til brukere i Finnmark.</p>	2 222 000
9.5	Familieambulatorium (2017) - Nordlandssykehuset	<p>Etter at Nordlandssykehuset fikk oppdraget om å opprette et familieambulatorium i 2014 ble det gjennomført en utredning i helseforetaket, der konklusjonen ble å heller opprette et BUP CL-team.</p> <p>Dette teamet har et annet innhold enn oppdraget som ble gitt, og fungerer ikke som familieambulatorium etter de kriterier som foreligger.</p>	2 222 000

9.8	Medikamentfritt tilbud (2017) - UNN	<p>Behandlingstilbudet har bidratt til en økt bredde i behandlingsmuligheter for personer med alvorlig psykisk lidelse som ønsker behandling uten nevroleptika, og lagt til rette for at disse kan ta valg som er i tråd med individuelle ønsker og preferanser.</p> <p>I vurderingen av tilbudet fremkommer uenighet i regionens fagmiljø hvorvidt denne typen tilbud skal gis til de alvorligst syke og det er kommet innspill om at tjenesten bør endre form og at målgruppe og formål revideres. Uenigheten kan være av betydning for hvordan tilbudet anbefales for pasienter og blir benyttet i regionen.</p> <p>Følgforskning (fra 2016) undersøker ulike perspektiver av motivasjon og erfaringer blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser over 18 år som behandles ved MFBT, samt erfaringer med tilbudet blant helsepersonell. Resultater fra følgforskning avventes primært før det gjennomføres en evaluering. Dersom disse ikke foreligger innen utgangen av 2024, anbefales en evaluering innen utgangen av 2025.</p>	6 784 000
9.9	Psykiatrisk innsatsteam (2009) - UNN	<p>Både Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset beskriver at de har god nytte av tjenesten som i stor utstrekning jobber desentralisert mot pasienter med samtidig psykisk lidelse og/eller avhengighet og utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse og leverer høy kompetanse på feltet.</p> <p>UNN fikk i 2020 oppdrag fra Helse Nord om å etablere et behandlerstøtteteam for behandlere som ivaretar denne pasientgruppen i UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt. Etter dette er behovet for PIT redusert for UNNs nedslagsfelt.</p>	9 345 000
9.11	Regional behandling OCD barn og unge (2014) - UNN	<p>Funksjonen er ikke særskilt finansiert.</p> <p>Oversikt over henvisninger (2014- sept 2022) viser følgende fordeling: UNN (ca 50 %) Nordlandssykehuset (ca 26 %). Finnmarkssykehuset (ca 13 %) og HSYK (ca 9 %). Det fremkommer ingen markant endring i denne fordelingen de siste årene.</p> <p>Funksjonen i UNN blir av øvrige helseforetak i Helse Nord vurdert som overflødig i et regionalt perspektiv. Foretakene sier de ivaretar disse pasientene i hovedsak selv, da både tilgjengelighet og behandlingsform (digitalt tilbud) ikke alltid tilfredsstiller behovene.</p>	0

9.10	Regional behandling OCD voksne (2013) - UNN	<p>50% av henvisninger kommer fra UNNs opptaksområde. I 2021 er det en økende tendens på henvisninger fra NLSH, nedgang fra Finnmark og stabilt fra HSYK.</p> <p>Funksjonen i UNN blir av øvrige helseforetak i Helse Nord vurdert som overflødig i et regionalt perspektiv, da den er et typisk eksempel på en «høyspesialisert» behandling som over tid, når kompetansen spres, blir mindre høyspesialisert med mulighet for desentralisert behandling</p>	1 562 000
9.12	Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge (2009) - UNN	<p>Vurderes som en svært viktig, regional døgnetenhet.</p> <p>Tilbudet bør videreutvikles og styrkes og det gis konkrete forslag til dette:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det må etableres akuttfunksjon, slik at de som har behov for døgntilbud kan få dette umiddelbart.</li> <li>• Tilbudet må kunne ivareta komorbide lidelser (psykose, angst, depresjon osv.).</li> <li>• Døgnkapasiteten må økes i tråd med den økte forekomsten av spiseforstyrrelser i regionen.</li> </ul>	15 668 000
9.13	Regionalt senter for spiseforstyrrelser voksne (2004) - NLSH	<p>Tjenesten tilbyr behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos voksne. Dette er et fagområde der forekomsten av sykdom er relativt lav. Det er derfor hensiktsmessig å samle ressurser og spisskompetanse for fagfeltet på ett sted i regionen.</p> <p>Tjenesten er etterspurt og benyttet av hele regionen.</p>	26 979 000

## Regionale kompetansetjenester

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
10.1	Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse (2016) - NLSH	<p>Kompetansetjenesten er etablert i 2016 i tråd med Retningslinje for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester. Det anbefales at tjenesten videreføres på samme nivå til 2026, og at det innen den tid gjøres en evaluering med tanke på resultater, hvilke funksjoner i tjenesten som evt. bør videreføres mm.</p> <p>Vurderingene fra øvrige helseforetak er at tjenesten bidrar til regionalt samarbeid innen feltet og oppleves som nyttig.</p>	3 496 000



## Ikke kategoriserte funksjoner

Kap vedlegg	Funksjon	Anbefaling	Finansiering
14.1	Dropout (2014-2016) - UNN	<p>Den særskilte finansieringen avsluttes.</p> <p>Prosjektet ble avsluttet i 2016. Her må det ha vært en svikt i kommunikasjonen mellom UNN og Helse Nord RHF vedrørende avslutning av oppdraget, da UNN har mottatt denne særskilte finansieringen årlig fra 2014 og frem til d.d. Det stilles spørsmål ved oppfølgingsrutiner i Helse Nord RHF på oppdrag som gis. Det kan også stilles spørsmål om rutiner hos mottaker bør forbedres.</p>	2 460 000

## 5 Rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering

I forslag til inndeling og rammeverk er det tatt utgangspunkt i regionale funksjoner med særskilt finansiering som er gjennomgått i prosjektet. Det kan finnes flere regionale funksjoner med særskilt finansiering enn de som er gjennomgått i prosjektet, og rammeverket bør også omfatte disse.

Presiseringen om at dette gjelder funksjoner med *særskilt finansiering*, gis fordi det finnes øvrige regionale funksjoner/tjenester i regionen som finansieres gjennom basisramme. For særskilt finansierte funksjoner, bidrar alle helseforetakene i Helse Nord med finansieringen.

Videre finnes det regionale funksjoner som er organisert i UNN, men med oppdrag og finansiering fra eksterne. To av disse, KoRus Nord og RVTS Nord, er omfattet av prosjektets vurdering, men har oppdrag og finansiering fra Helsedirektoratet. I rapporten er disse kategorisert som regionale sentre i Helse Nord, men omfattes ikke av rammeverket.

Rammeverket skal bidra til forutsigbarhet i etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særfinansiering.

Formålet med regionale funksjoner er å levere ulike tjenester til hele regionen innenfor aktuelt fagområde. Målgruppen kan være både pasienter, helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten, og i noen tilfeller andre samarbeidsaktører.

Regionale funksjoner kan etableres med utgangspunkt i oppdrag/pålegg fra nasjonale myndigheter, oppdrag fra Helse Nord RHF, styrevedtak i RHF-styret eller etter søknad fra et helseforetak. Ved søknad må tiltaket være godt forankret i regionalt fagmiljø.

Ved tildeling av en regional funksjon skal det utarbeides et tydelig mandat, og helseforetaket som tildeles funksjonen må legge forholdene til rette for en aktiv regional utførelse.

Finansiering og krav til oppfølging og rapportering må være forutsigbart. Rapportering utføres årlig etter mal, og Helse Nord RHF tar initiativ til planlagt evaluering eller når dette ansees som nødvendig. Evaluering skjer i et samarbeid mellom tjenesten, helseforetakene og regionalt helseforetak.

### 5.1 Beskrivelse av og kriterier for ulike kategorier av funksjoner

På bakgrunn av formål og innhold i funksjonene som er vurdert i prosjektet, foreslås inndeling i følgende kategorier:

- Regionale sentre
- Regionale behandlingstjenester
- Regionale kompetansetjenester
- Regionale kompetansenettverk
- Regionale koordinatore
- Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

### 5.1.1 Regionale sentre

Et regionalt senter kjennetegnes ved at det har en samlet, ofte tverrfaglig spisskompetanse på aktuelt fagområde. Kunnskapen skal være nyttig og etterspurt i hele regionen og senteret skal løse oppgaver på vegne av og/eller for hele regionen. Funksjonen til et regionalt senter kan være sammensatt, og kan omhandle både deling av kompetanse og ansvar for pasientbehandling.

Noen regionale sentre er utenfor RHFets styringslinje, men organisatorisk lagt til UNN.

- Et regionalt senter skal kun etableres ved ett helseforetak i regionen
- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF eller nasjonale myndigheter
- Funksjonstid kan variere
- Mandat
- Regional referansegruppe og/eller regionalt nettverk
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres etter gitt funksjonstid og/eller hvert 5. år

### 5.1.2 Regionale behandlingstjenester

En regional behandlingstjeneste skal i hovedsak ha ansvar for utredning og behandling av en gruppe pasienter som har behov for høyspesialisert kompetanse eller bruk av spesialisert medisinsk utstyr. En regional behandlingstjeneste skal som regel bare etableres ved ett helseforetak, men kan i enkelte tilfeller etableres i to helseforetak i regionen. Behandlingstjenesten omtales da som delregional. Ved etablering i to helseforetak, skal tilbudene være like. Sentralisering av et behandlingstilbud skal bidra til helsemessige gevinster i form av bedre prognose og livskvalitet for pasienten, økt kvalitet og kompetanse i behandlingen samt bedre regional kostnadseffektivitet.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF, funksjonsdeling eller etter søknad fra et helseforetak
- Funksjonstid kan variere
- Mandat, inkludert beskrivelse av hvilke diagnoser, prosedyrer eller del av pasientforløpet behandlingstjenesten omfatter
- Regional referansegruppe
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres hvert 5. år

### 5.1.3 Regionale kompetansetjenester

Regionale kompetansetjenester har som formål å styrke kvaliteten på tjenestene i regionen, gjennom oppbygging og spredning av kompetanse både innen spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Regionale kompetansetjenester skal både kunne bidra til å sikre kvalitet i bredden og kunnskap om ny behandling og nye måter å arbeide på.

- Etableres etter søknad (Jf. Vedlegg 2: Regional retningslinje for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester i Helse Nord)
- Funksjonstid fem år
- Mandat
- Regional referansegruppe
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

### 5.1.4 Regionale kompetansenettverk

Regionale kompetansenettverk er i denne sammenheng definert som et faglig, regionalt samarbeid der aktørene har et felles ansvar for kompetansespredning og for at ny kunnskap blir tatt i bruk i regionen. Ett av helseforetakene koordinerer aktiviteten. Kompetansenettverket skal bidra til å videreføre fagmiljø som er bygget opp, med mål om likeverdige helsetjenester og reduksjon av variasjon i praksis.

- Etableres som videreføring av en kompetansetjeneste eller etter søknad fra et helseforetak
- Funksjonstid inntil fem år
- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

### 5.1.5 Regionale koordinatorene

Ved behov for koordinert implementering eller koordinert samarbeid i regionen, kan Helse Nord RHF opprette regionale koordinatorene for kortere eller lengre perioder.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF eller nasjonale myndigheter
- Funksjonstid kan variere
- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

### 5.1.6 Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

Kategorien benyttes for funksjoner som ikke kan plasseres i øvrige kategorier.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF
- Funksjonstid kan variere

- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

Kategori	Bakgrunn for etablering	Funksjonstid	Mandat	Regional referansegruppe	Årlig rapportering	Evaluering
<b>Regionalt senter</b>	Oppdrag fra departement eller RHF	Kan variere	Ja	Ja	Til HF og RHF	Etter angitt tid, eller hvert 5. år
<b>Regional behandlingstjeneste</b>	Oppdrag/funksjonsdeling/søknad (standard søknadsskjema og søknadsbehandling)	Kan variere	Ja, med beskrivelse av diagnoser/prosedyrer/del av et pasientforløp	Ja	Til HF og RHF	Hvert 5. år
<b>Regional kompetansetjeneste</b>	Søknad (standard søknadsskjema og søknadsbehandling)	5 år	Ja	Ja	Til HF og RHF	Siste virkeår
<b>Regionalt kompetansenettverk</b>	Søknad, eller som Videreføring av en regional kompetansetjeneste eller etter søknad	5 år	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår
<b>Regional koordinator</b>	Oppdrag fra RHF eller nasjonale myndigheter	Kan variere	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår
<b>Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte</b>	Oppdrag fra RHF	Kan variere	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår

Tabell: Skjematisk fremstilling av kriterier for etablering og oppfølging

### 5.1.7 Funksjoner som faller utenfor kategoriene

Prosjektet har identifisert seks funksjoner med særskilt finansiering som ikke faller inn under noen av kategoriene og som da ikke vil bli fanget opp i det rammeverket som skisseres av prosjektet.

Helse Nord RHF må i samarbeid med helseforetakene, ta stilling til hvordan funksjoner som faller utenfor rammeverk for fremtidig etablering og oppfølging skal følges opp.

Kompetanse nyfødt intensiv (NLSH)  
Mammografitilbud (lokal screening) (UNN)

Mammografitilbud (lokal screening) (NLSH)  
Nukleærmedisin (takstjustering) (UNN)  
Nukleærmedisin (takstjustering) (NLSH)  
Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) (UNN)

### 5.1.8 Øvrige nettverk i regionen

Det finnes mange ulike nettverk i Helse Nord. Nettverkene etableres etter behov og initiativ fra RHF, helseforetakene eller fagmiljøene og omfattes ikke av rammeverket. Noen av nettverkene har faste midler, andre søker årlig regionale fagnettverksmidler.

Noen av disse nettverkene kan falle innenfor definisjonen for regionale kompetansenettverk. I et nytt rammeverk for oppfølging, bør Helse Nord RHF vurdere om noen av disse bør inngå i rammeverket.

## 5.2 Helse Nord RHF's oppfølging av regionale funksjoner

Det er behov for en mer forutsigbar oppfølging av regionale funksjoner i Helse Nord, og prosjektet anbefaler derfor at det i Helse Nord RHF etableres et «servicemiljø» med ansvar for saksbehandling knyttet til etablering, oppfølging, evaluering og avvikling av regionale funksjoner. I anbefalingen er det sett til nasjonalt servicemiljø for oppfølging av nasjonale tjenester (nasjonale kompetansetjenester, behandlingstjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og senter) som ble etablert for oppfølging etter helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester.

Nasjonalt servicemiljø er sammensatt av deltakere fra alle helseregionene, og i hver region er det disse som har ansvar for regional oppfølging av nasjonale tjenester.

## 5.3 Regionalt servicemiljø

Prosjektet anbefaler å knytte sammen ansvaret for oppfølging av nasjonale og regionale tjenester, da det vil være flere oppgaver som er sammenfallende eller har likhetstrekk.

Opgaver for det regionale servicemiljøet i Helse Nord RHF:

- være kontaktpunkt for helseforetakene når det gjelder regionale funksjoner
- foreta saksbehandling i forbindelse med søknader, årsrapportering og evaluering
- sørge for å utarbeide og vedlikeholde retningslinjer, veiledere og søknadsmaler for ulike kategorier av tjenester/funksjoner
- sørge for at nettside om regionale funksjoner er oppdatert med informasjon og linker til tjenestene

### 5.3.1 Etablering av nye regionale funksjoner

Etablering av nye regionale funksjoner kan skje på to måter, og saksbehandlingen avhenger av hvorvidt funksjonene er søknadsbaserte eller har utspring i et konkret oppdrag.

Når det gjelder regionale behandlingstjenester, kan etablering av disse være et resultat av en prosess for funksjonsdeling. For dette vises det til veileder «*Funksjonsdeling av spesialisthelsetjenester i Helse Nord innen fagområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB*».

#### 5.3.1.1 Etablering og oppfølging av regionale funksjoner etter søknad fra et helseforetak

I beskrivelse av søknadsprosessen er det tatt utgangspunkt i dagenes veileder for behandling av søknader om etablering av regionale kompetansetjenester (vedlegg 2).

Søknad utformes etter mal. Pr i dag finnes det bare mal for søknad om regionale kompetansetjenester, og det bør utarbeides mal for behandlingstjenester, senter og kompetansenettverk.

Tidsangivelser for søknadsprosess og oppfølging etter etablering har tatt hensyn til budsjettprosesser og er illustrert i Årshjul (fig) som følger:

Søknadsfrist: 31. januar

Behandling av søknad i regionalt fagsjefmøte: mars

Behandling av søknad i regionalt direktørmøte: april

Behandling av søknad i ledermøte i Helse Nord RHF: mai

Svarfrist søknad: 1. oktober

Årlig oppfølging av etablerte tjenester:

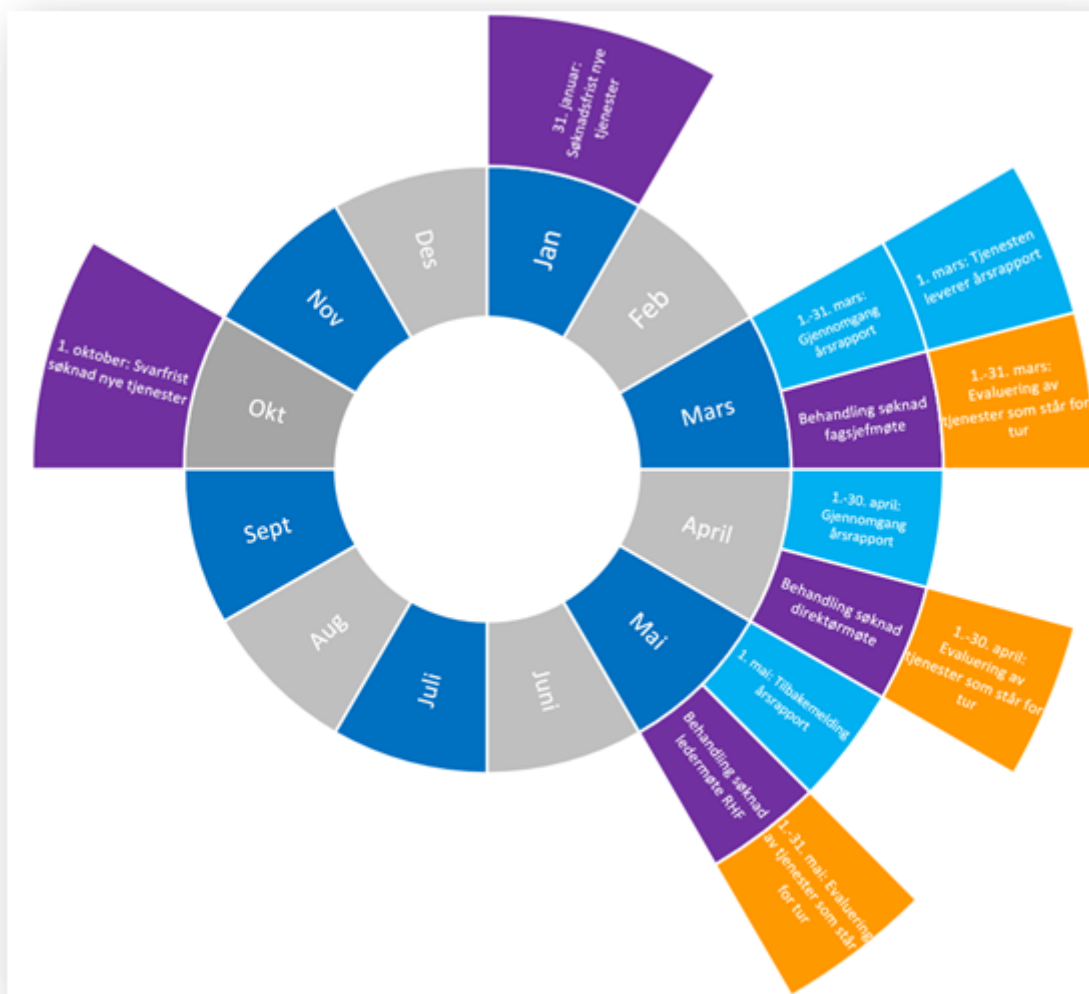
Funksjonen leverer årsrapport: 1. mars

Gjennomgang av årsrapporter i Helse Nord RHF: 1. mars – 1. mai

Tilbakemelding årsrapport fra RHF: mai - juni

Evaluering av funksjoner der tidsavgrensning er satt ved etablering (videreføring, overgang til annen form, avslutning): 1. mars – 1. juni.

Disse funksjonene skal til enhver tid være presentert i en oversikt som viser tidspunkt (år) for evaluering. Oversikten skal være tilgjengelig på nettside for regionale funksjoner (se pkt. 5.4).



Figur 1: Illustrasjon av søknadsprosess og oppfølging etter etablering av regionale funksjoner med særfinansiering. Årshjulet kan utvides for å få med detaljer i intern saksbehandling.

### 5.3.1.2 Etablering og oppfølging av regionale funksjoner på bakgrunn av konkrete oppdrag

Proessen for etablering av regionale funksjoner som er gitt som oppdrag til et helseforetak vil være annerledes enn for søknadsbaserte funksjoner, men rutiner for oppfølging vil være lik.

Det erfares i dag at forutsetninger for etablering ikke alltid er godt nok beskrevet og kartlagt før oppdraget gis. Derfor bør det legges til rette for en prosess i samarbeid med helseforetaket som tildeles funksjonen, der forventninger til funksjonen avklares, inkludert tilgang til ressurser og kompetanse.



## 5.4 Arkivering/dokumentasjon i saks- og budsjettbehandling

Bakgrunnen for at det gis anbefalinger på dette området, er de erfaringer som prosjektet har gjort med hensyn til å finne frem til arkivert dokumentasjon.

### 5.4.1 Saks- og arkivsystem

Saks- og arkivsystemet er viktigste base for aktuell og historisk informasjon. Det bør opprettes sak for hver regional funksjon der beslutninger knyttet til etablering, finansiering og endring dokumenteres.

### 5.4.2 E-rapport

Pr. i dag leveres årsrapporter i dokumentformat. Prosjektet foreslår å ta i bruk e-rapport som for nasjonale tjenester.

### 5.4.3 Budsjettoversikter

Når nye funksjoner etableres og særfinansieres, må begrepsbruken i budsjettet tydelig avspeile hvilken funksjon bevilgningen er tiltenkt. Merknader kan eventuelt benyttes for ytterligere tydeliggjøring. Dette er spesielt viktig med tanke på kommunikasjon med helseforetakene, men også med tanke på historikk.

## 5.5 Nettside for regionale funksjoner

All overordnet informasjon om og presentasjon av regionale funksjoner samles på én nettside, med lenker til nettside for den enkelte funksjon.

Det bør utarbeides en mal for hvordan funksjonen skal presentere seg:

- Korrekt navn
- Hvordan er funksjonen organisert?
- Historikk, når opprettet, hvem de er
- Formål og handlingsplan
- Årsrapport

Regionale funksjoner/tjenester som er finansiert gjennom basisramme eller fra eksterne instanser, kan også vurderes presentert på denne nettsiden via lenker fra helseforetakenes nettsider.

## 6 Vedlegg

1. «II - Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord – Rapport med all grunnlagsinformasjon»
2. [Retningslinjer regionale kompetansetjenester Helse Nord - 2017](#)

## **II - Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord**

### **Rapport med all grunnlagsinformasjon**

Vedlegg til «I - Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord - Sammenfatning og resultater fra prosjekt»

30. august 2023

## Versjonslogg

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.9	20.06.2023	Leveranse til styringsgruppen for prosjektet	Prosjektgruppen	
1.0	30.08.2023	Språklige justeringer	Siw Skår Hilde Rolandsen Ann-Britt Nilssen	

<b>1</b>	<b>OM DOKUMENTET</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>INNLEDNING OG BAKGRUNN</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>FORUTSETNINGER, AVGRENSNINGER OG UTVALG</b>	<b>15</b>
<b>3.1</b>	<b>REDEGJØRELSE FOR DAGENS INNTEKTSFORDELING I HELSE NORD</b>	<b>15</b>
3.1.1	«SÆRSKILT FINANSIERING» I AKTUELL KONTEKST	16
<b>3.2</b>	<b>UTVALG</b>	<b>16</b>
<b>3.3</b>	<b>TIDLIG KONTAKT MED FUNKSJONENE SELV – HJELP TIL OPPRYDDING</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>METODE</b>	<b>18</b>
<b>4.1</b>	<b>RAMMER OG KITERIER FOR VURDERING OG ANBEFALING</b>	<b>18</b>
4.1.1	OMFANG	18
4.1.2	FØRINGER	18
4.1.3	PROSJEKTETS LEVERANSE	19
<b>4.2</b>	<b>VURDERING AV FUNKSJONENE</b>	<b>19</b>
4.2.1	EGENVURDERING	20
4.2.2	DIGITAL BRUKERUNDERSØKELSE (QUESTBACK)	21
4.2.3	ØVRIGE HELSEFORETAKS VURDERING AV FUNKSJONER I UNN OG NORDLANDSSYKEHUSET	22
4.2.4	BEHANDLING I PROSJEKTGRUPPENS MØTER	22
4.2.5	MØTER I STYRINGSGRUPPEN	22
4.2.6	INNSPILL FRA FUNKSJONENE PÅ VURDERING/ANBEFALING FØR ENDELIG BEHANDLING I STYRINGSGRUPPE	22
<b>4.3</b>	<b>METODEKRITIKK</b>	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>KOMMUNIKASJON</b>	<b>25</b>
<b>5.1</b>	<b>DIALOGMØTER MED UNN OG NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>25</b>
<b>5.2</b>	<b>FORTLØPENDE KOMMUNIKASJON</b>	<b>25</b>
<b>5.3</b>	<b>KOMMUNIKASJON I PROSESS FOR VURDERING OG ANBEFALING</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>FUNKSJONENES VARIGHET (MED SÆRSKILT FINANSIERING) PR 2023</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>PROSJEKTETS DELTAGERE</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>REGIONALE SENTRE</b>	<b>31</b>
<b>8.1</b>	<b>ARBEIDS- OG MILJØMEDISINSK AVDELING (AMA) –SEKSJON (AMS) – UNN</b>	<b>31</b>
8.1.1	HISTORIKK OG STATUS	31
8.1.2	EGENVURDERING	32
8.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	32
8.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	40
8.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	41
<b>8.2</b>	<b>KOMPETANSESENTER FOR ARVELIG KREFT – KAK – UNN</b>	<b>42</b>

8.2.1	HISTORIKK OG STATUS	42
8.2.2	EGENVURDERING	42
8.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	43
8.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	43
<b>8.3</b>	<b>KOMPETANSESENTER FOR DIAGNOSTISK FYSIKK – UNN</b>	<b>44</b>
8.3.1	HISTORIKK OG STATUS	44
8.3.2	EGENVURDERING	44
8.3.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	44
8.3.4	PROSJEKTETS VURDERING	45
<b>8.4</b>	<b>KOMPETANSESENTER I SMITTEVERN KORSN – UNN</b>	<b>46</b>
8.4.1	HISTORIKK OG STATUS	46
8.4.2	EGENVURDERING	47
8.4.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	47
8.4.4	PROSJEKTETS VURDERING	48
8.4.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	49
<b>8.5</b>	<b>KOMPETANSESENTER RUS, NORD-NORGE (KORUS-NORD) – UNN</b>	<b>50</b>
8.5.1	HISTORIKK OG STATUS	50
8.5.2	EGENVURDERING	50
8.5.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	50
8.5.4	PROSJEKTETS VURDERING	51
<b>8.6</b>	<b>PROSTATASENTER – UNN</b>	<b>52</b>
8.6.1	HISTORIKK OG STATUS	52
8.6.2	EGENVURDERING	52
8.6.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	53
8.6.4	PROSJEKTETS VURDERING	54
8.6.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	55
<b>8.7</b>	<b>PROSTATASENTER - NORDLANDSSYKEHUSET HF</b>	<b>56</b>
8.7.1	HISTORIKK OG STATUS	56
8.7.2	EGENVURDERING	56
8.7.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	57
8.7.4	PROSJEKTETS VURDERING	58
8.7.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	59
<b>8.8</b>	<b>REGIONALT UTDANNINGSSENTER FOR LEGER I SPESIALISERING HELSE NORD (REGUT) – UNN</b>	<b>60</b>
8.8.1	HISTORIKK OG STATUS	60
8.8.2	EGENVURDERING	60
8.8.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	61
8.8.4	PROSJEKTETS VURDERING	61
8.8.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	62
<b>8.9</b>	<b>REGIONAL KOORDINERENDE ENHET FOR HELSEFAGLIG SIMULERING I HELSE NORD (REGSIM NORD) – UNN</b>	<b>63</b>
8.9.1	HISTORIKK OG STATUS	63
8.9.2	EGENVURDERING	64
8.9.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	64
8.9.4	PROSJEKTETS VURDERING	65
8.9.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	65
<b>8.10</b>	<b>REGIONALT FAGMILJØ FOR AUTISME, ADHD OG TOURETTES (R-FAAT) – UNN</b>	<b>66</b>
8.10.1	HISTORIKK OG STATUS	66
8.10.2	EGENVURDERING	66

8.10.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	67
8.10.4	PROSJEKTETS VURDERING	67
<b>8.11</b>	<b>REGIONALT SENTER FOR ASTMA, ALLERGI OG OVERFØLSOMHET (RAAO) – UNN</b>	<b>69</b>
8.11.1	HISTORIKK OG STATUS	69
8.11.2	EGENVURDERING	70
8.11.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	70
8.11.4	PROSJEKTETS VURDERING	73
8.11.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	74
<b>8.12</b>	<b>REGIONALT RESSURSSENTER OM VOLD, TRAUMATISK STRESS OG SELVMORDSFØREBYGGING (RVTS) – UNN</b>	<b>75</b>
8.12.1	HISTORIKK OG STATUS	75
8.12.2	EGENVURDERING	75
8.12.3	VURDERING ULIKE INTERESSEENTER	75
8.12.4	PROSJEKTETS VURDERING	76
<b>8.13</b>	<b>SAMVALGSENTERET – UNN</b>	<b>77</b>
8.13.1	HISTORIKK OG STATUS	77
8.13.2	EGENVURDERING	78
8.13.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	78
8.13.4	PROSJEKTETS VURDERING	79
8.13.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	79
<b>9</b>	<b>REGIONALE BEHANDLINGSTJENESTER</b>	<b>80</b>
<b>9.1</b>	<b>DIAGNOSTISK ENHET UAVKLARTE TILSTANDER -UNN</b>	<b>80</b>
9.1.1	HISTORIKK OG STATUS	80
9.1.2	EGENVURDERING	80
9.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	81
9.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	81
9.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	81
<b>9.2</b>	<b>FAGENHET FOR AUTISME – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>82</b>
9.2.1	HISTORIKK OG STATUS	82
9.2.2	EGENVURDERING	82
9.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	83
9.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	83
<b>9.3</b>	<b>FAGENHET FOR SPISEFORSTYRRELSER (BARN OG UNGE)– NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>85</b>
9.3.1	HISTORIKK OG STATUS	85
9.3.2	EGENVURDERING	85
9.3.3	EGENVURDERING FRA FORETAKSLEDELSE NORDLANDSSYKEHUSET	85
9.3.4	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	85
9.3.5	PROSJEKTETS VURDERING	86
<b>9.4</b>	<b>FAMILIEAMBULATORIUM – FOREBYGGENDE FAMILIETEAM, UNN</b>	<b>87</b>
9.4.1	HISTORIKK OG STATUS	87
9.4.2	EGENVURDERING	88
9.4.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	88
9.4.4	PROSJEKTETS VURDERING	89
<b>9.5</b>	<b>FAMILIEAMBULATORIUM – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>90</b>
9.5.1	HISTORIKK OG STATUS	90

9.5.2	EGENVURDERING	91
9.5.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	91
9.5.4	PROSJEKTETS VURDERING	92
<b>9.6</b>	<b>HENTETEAM NYFØDTE – UNN</b>	<b>93</b>
9.6.1	HISTORIKK OG STATUS	93
9.6.2	EGENVURDERING	93
9.6.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	94
9.6.4	PROSJEKTETS VURDERING	94
9.6.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	95
<b>9.7</b>	<b>HENTETEAM NYFØDTE – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>96</b>
9.7.1	HISTORIKK OG STATUS	96
9.7.2	EGENVURDERING	96
9.7.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	97
9.7.4	PROSJEKTETS VURDERING	97
9.7.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	98
<b>9.8</b>	<b>MEDIKAMENTFRITT BEHANDLINGSTILBUD (MFBT) – UNN</b>	<b>99</b>
9.8.1	HISTORIKK OG STATUS	99
9.8.2	EGENVURDERING	100
9.8.3	VURDERINGER FRA ULIKE INTERESSEENTER	100
9.8.4	PROSJEKTETS VURDERING	101
<b>9.9</b>	<b>PSYKIATRISK INNSATSTEAM (PIT) - NORDLANDSSYKEHUSET HF</b>	<b>102</b>
9.9.1	HISTORIKK OG STATUS	102
9.9.2	EGENVURDERING	102
9.9.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	103
9.9.4	PROSJEKTETS VURDERING	103
<b>9.10</b>	<b>REGIONAL BEHANDLING OCD (TVANGSLIDELSER) VOKSNE – UNN</b>	<b>105</b>
9.10.1	HISTORIKK OG STATUS	105
9.10.2	EGENVURDERING	105
9.10.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	106
9.10.4	PROSJEKTETS VURDERING	106
<b>9.11</b>	<b>REGIONAL BEHANDLING OCD (TVANGSLIDELSER) BARN OG UNGE – UNN</b>	<b>108</b>
9.11.1	HISTORIKK OG STATUS	108
9.11.2	EGENVURDERING	108
9.11.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	109
9.11.4	PROSJEKTETS VURDERING	109
<b>9.12</b>	<b>REGIONALT SENTER FOR SPISEFORSTYRRELSER BARN OG UNGE – UNN</b>	<b>111</b>
9.12.1	HISTORIKK OG STATUS	111
9.12.2	EGENVURDERING	111
9.12.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	112
9.12.4	PROSJEKTETS VURDERING	113
<b>9.13</b>	<b>REGIONALT SENTER FOR SPISEFORSTYRRELSER VOKSNE –NORDLANDSSYKEHUSET HF</b>	<b>114</b>
9.13.1	HISTORIKK OG STATUS	114
9.13.2	EGENVURDERING	114
9.13.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	115
9.13.4	PROSJEKTETS VURDERING	116
<b>9.14</b>	<b>REGIONALT SENTER FOR SYKELIG OVERVEKT (RSSO) – NORDLANDSSYKEHUSET HF</b>	<b>117</b>
9.14.1	HISTORIKK OG STATUS	117



9.14.2	EGENVURDERING	119
9.14.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	119
9.14.4	PROSJEKTETS VURDERING	120
9.14.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	121
<b>9.15</b>	<b>SENSKADE KREFT – SENEFFEKTPOLIKLINIKK UNN</b>	<b>122</b>
9.15.1	HISTORIKK OG STATUS	122
9.15.2	EGENVURDERING	123
9.15.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	123
9.15.4	PROSJEKTETS VURDERING	124
9.15.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	125

## **10 REGIONALE KOMPETANSETJENESTER** **126**

---

<b>10.1</b>	<b>REGIONAL KOMPETANSETJENESTE FOR ARBEID OG PSYKISK HELSE - NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>126</b>
10.1.1	HISTORIKK OG STATUS	126
10.1.2	EGENVURDERING	126
10.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	127
10.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	128
<b>10.2</b>	<b>REGIONAL KOMPETANSETJENESTE FOR KLINISK PASIENTSIKKERHET (INKLUSIV ÅRLIG KONFERANSE) - NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>129</b>
10.2.1	HISTORIKK OG STATUS	129
10.2.2	EGENVURDERING	130
10.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	130
10.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	131
10.2.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	131
<b>10.3</b>	<b>REGIONAL KOMPETANSETJENESTE FOR LINDRENDE BEHANDLING - LINDRING I NORD – UNN</b>	<b>133</b>
10.3.1	HISTORIKK OG STATUS	133
10.3.2	EGENVURDERING	133
10.3.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	134
10.3.4	PROSJEKTETS VURDERING	139
10.3.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	139

## **11 REGIONALE KOMPETANSENETTVERK** **140**

---

<b>11.1</b>	<b>REGIONALT BARNEPALLIATIVT TEAM – UNN</b>	<b>140</b>
11.1.1	HISTORIKK OG STATUS	140
11.1.2	EGENVURDERING	140
11.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	140
11.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	141
11.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	142

## **12 REGIONALE KOORDINATORER** **143**

---

<b>12.1</b>	<b>REGIONAL KOORDINATOR HELSEFAGARBEIDERLÆRLINGER – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>143</b>
12.1.1	HISTORIKK OG STATUS	143
12.1.2	EGENVURDERING	144

12.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	144
12.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	145
12.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	146
<b>12.2</b>	<b>REGIONAL KOORDINERENDE ENHET FOR HABILITERING OG REHABILITERING (RKE) – UNN</b>	<b>147</b>
12.2.1	HISTORIKK OG STATUS	147
12.2.2	EGENVURDERING	147
12.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	148
12.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	149
<b>12.3</b>	<b>REGIONAL TRAUMEKOORDINATOR – UNN</b>	<b>150</b>
12.3.1	HISTORIKK OG STATUS	150
12.3.2	EGENVURDERING	150
12.3.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	151
12.3.4	PROSJEKTETS VURDERING	151
12.3.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	152
<b>13</b>	<b>ANDRE REGIONALE FUNKSJONER SOM ER SÆRSKILT FINANSIERTE</b>	<b>153</b>
<b>13.1</b>	<b>PASIENTTELEFON - INFORMASJONSTJENESTE FOR PASIENTER OG PERSONELL VEDRØRENDE VELG BEHANDLINGSSTED – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>153</b>
13.1.1	HISTORIKK OG STATUS	153
13.1.2	EGENVURDERING	154
13.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	154
13.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	155
13.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	155
<b>13.2</b>	<b>REGIONAL FORBEDRINGSUTDANNING – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>156</b>
13.2.1	HISTORIKK OG STATUS	156
13.2.2	EGENVURDERING	156
13.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	157
13.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	158
13.2.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	158
<b>14</b>	<b>IKKE KATEGORISERTE FUNKSJONER</b>	<b>159</b>
<b>14.1</b>	<b>DROPOUT – UNN</b>	<b>159</b>
14.1.1	HISTORIKK OG STATUS	159
14.1.2	EGENVURDERING	159
14.1.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	159
14.1.4	PROSJEKTETS VURDERING	160
14.1.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	160
<b>14.2</b>	<b>KOMPETANSE NYFØDT INTENSIV – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>161</b>
14.2.1	HISTORIKK OG STATUS	161
14.2.2	EGENVURDERING	161
14.2.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	162
14.2.4	PROSJEKTETS VURDERING	162
14.2.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	163
<b>14.3</b>	<b>KROPP OG SELVFØLELSE – KOMPETANSEPROGRAM – UNN</b>	<b>164</b>

14.3.1	HISTORIKK OG STATUS	164
14.3.2	EGENVURDERING	165
14.3.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	165
14.3.4	PROSJEKTETS VURDERING	165
<b>14.4</b>	<b>LIS-STILLING ANESTESI – UNN</b>	<b>167</b>
14.4.1	HISTORIKK OG STATUS	167
14.4.2	EGENVURDERING	167
14.4.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	168
14.4.4	PROSJEKTETS VURDERING	168
14.4.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	169
<b>14.5</b>	<b>LIS-STILLING ANESTESI – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>170</b>
14.5.1	HISTORIKK OG STATUS	170
14.5.2	EGENVURDERING	170
14.5.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	170
14.5.4	PROSJEKTETS VURDERING	172
14.5.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	172
<b>14.6</b>	<b>MAMMOGRAFITILBUD (AMBULANT SCREENING)- UNN</b>	<b>173</b>
14.6.1	HISTORIKK OG STATUS	173
14.6.2	EGENVURDERING	173
14.6.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	173
14.6.4	PROSJEKTETS VURDERING	174
14.6.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	174
<b>14.7</b>	<b>MAMMOGRAFITILBUD (AMBULANT SCREENING) – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>175</b>
14.7.1	HISTORIKK OG STATUS	175
14.7.2	EGENVURDERING	175
14.7.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	175
14.7.4	PROSJEKTETS VURDERING	176
14.7.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	176
<b>14.8</b>	<b>NUKLEÆRMEDISIN (TAKSTJUSTERING) – UNN</b>	<b>177</b>
14.8.1	HISTORIKK OG STATUS	177
14.8.2	EGENVURDERING	177
14.8.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	177
14.8.4	PROSJEKTETS VURDERING	178
14.8.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	178
<b>14.9</b>	<b>NUKLEÆRMEDISIN (TAKSTJUSTERING)- NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>179</b>
14.9.1	HISTORIKK OG STATUS	179
14.9.2	EGENVURDERING	179
14.9.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	179
14.9.4	PROSJEKTETS VURDERING	180
14.9.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	180
<b>14.10</b>	<b>SMITTEVERNOVERLEGE (ANSVARsomRÅDE FINNMARK) – UNN</b>	<b>181</b>
14.10.1	HISTORIKK OG STATUS	181
14.10.2	EGENVURDERING	181
14.10.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSENER	182
14.10.4	PROSJEKTETS VURDERING	182
14.10.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	183
<b>14.11</b>	<b>SOSIALPEDIATER V/BARNEHUS – UNN</b>	<b>185</b>

14.11.1	HISTORIKK OG STATUS	185
14.11.2	EGENVURDERING	185
14.11.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	185
14.11.4	PROSJEKTETS VURDERING	186
14.11.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	186
<b>14.12</b>	<b>SOSIALPEDIATER V/BARNEHUS – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>187</b>
14.12.1	HISTORIKK OG STATUS	187
14.12.2	EGENVURDERING	187
14.12.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	187
14.12.4	PROSJEKTETS VURDERING	188
14.12.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	188
<b>14.13</b>	<b>TUBERKULOSEKONTROLLPROGRAM (STEDLIG KOORDINATOR) – UNN</b>	<b>189</b>
14.13.1	HISTORIKK OG STATUS	189
14.13.2	EGENVURDERING	190
14.13.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	190
14.13.4	PROSJEKTETS VURDERING	191
14.13.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	192
<b>14.14</b>	<b>TUBERKULOSEKONTROLLPROGRAM (STEDLIG KOORDINATOR) – NORDLANDSSYKEHUSET</b>	<b>193</b>
14.14.1	HISTORIKK OG STATUS	193
14.14.2	EGENVURDERING	194
14.14.3	VURDERING FRA ULIKE INTERESSEENTER	194
14.14.4	PROSJEKTETS VURDERING	195
14.14.5	PROSJEKTETS ANBEFALING	196
<b>15</b>	<b><u>RAMMEVERK FOR ETABLERING, OPPFØLGING, EVALUERING OG ENDRING/AVVIKLING AV REGIONALE FUNKSJONER MED SÆRSKILT FINANSIERING</u></b>	<b>198</b>
<b>15.1</b>	<b>BESKRIVELSE AV OG KRITERIER FOR ULIKE KATEGORIER AV FUNKSJONER</b>	<b>198</b>
15.1.1	REGIONALE SENTRE	199
15.1.2	REGIONALE BEHANDLINGSTJENESTER	199
15.1.3	REGIONALE KOMPETANSETJENESTER	199
15.1.4	REGIONALE KOMPETANSENETTVERK	200
15.1.5	REGIONALE KOORDINATORER	200
15.1.6	ANDRE REGIONALE FUNKSJONER SOM ER SÆRSKILT FINANSIERTE	200
15.1.7	FUNKSJONER SOM FALLER UTENFOR KATEGORIENE	201
15.1.8	ØVRIGE NETTVERK I REGIONEN	202
<b>15.2</b>	<b>HELSE NORD RHF'S OPPFØLGING AV REGIONALE FUNKSJONER</b>	<b>202</b>
<b>15.3</b>	<b>REGIONALT SERVICEMILJØ</b>	<b>202</b>
15.3.1	ETABLERING AV NYE REGIONALE FUNKSJONER	202
<b>15.4</b>	<b>ARKIVERING/DOKUMENTASJON I SAKS- OG BUDSJETTBEHANDLING</b>	<b>205</b>
15.4.1	SAKS- OG ARKIVSYSTEM	205
15.4.2	E-RAPPORT	205
15.4.3	BUDSJETTOVERSIKTER	205
<b>15.5</b>	<b>NETTSIDE FOR REGIONALE FUNKSJONER</b>	<b>205</b>
<b>16</b>	<b><u>VEDLEGG</u></b>	<b>206</b>



# 1 Om dokumentet

Dette dokumentet fremstiller arbeidet som er gjennomført i prosjektet «Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord» over en periode på 1, 5 år og inneholder all grunnlagsinformasjon. Dokumentet er suksessivt bygd opp med innhenting av grunnlagsmateriell og parallelt gående diskusjoner i prosjektgruppen.

Dokumentet er inndelt i tre:

**Del I - kap 2-7:** redegjør for rammer, metode og kommunikasjon.

**Del II - kap 8-14:** besvarer prosjekteiers krav til leveranse pkt 1 og 2 (se kap. 4.1.3) og presenterer grunnlag tilknyttet de enkelte funksjoner samt prosjektets vurderinger/anbefalinger.

**Del III - kap 15:** besvarer prosjekteiers krav til leveranse pkt 3 (se kap 4.1.3) og gir forslag til rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering.

For å få tilgang til dokumenter for egenvurderinger, tilbakemeldinger fra funksjonene selv og til vedlegg i kap 16 (lenker i dokumentet), må man være logget på helseforetakets nettverk. For disse lenkene må Shift-tasten benyttes for å få tilgang i PDF-format.

# DEL I

## 2 Innledning og bakgrunn

Helse Nord RHF har som mål å sikre god virksomhetsstyring i regionen gjennom nødvendige faglige prioriteringer, funksjonsdeling, god økonomisk styring og tydelig eierskap til prosjekter av regional betydning. Regionale funksjoner som kompetanse- og behandlingstjenester og andre funksjoner som har betydning for pasientbehandling i et regionalt perspektiv, er ett av virkemidlene i virksomhetsstyringen. Regionale funksjoner blir i hovedsak opprettet på bakgrunn av beslutninger i administrasjonen i Helse Nord RHF, gjennom oppdragsdokument eller vedtak i styret for Helse Nord RHF. I noen tilfeller opprettes disse med bakgrunn i lov og forskrift, nasjonale faglige anbefalinger, eller vedtak i Stortinget.

Prosjektet Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering, har hatt som mandat å kartlegge og å vurdere definerte regionale oppdrag i UNN og Nordlandssykehuset, som i budsjettsammenheng omtales som særskilt finansierte regionale funksjoner og felles funksjoner. Gjennomgangen har hatt som intensjon å belyse funksjonens betydning for regionen på aktuelt tidspunkt, resultater og hvorvidt funksjonen bør kontinueres, kontinueres i annen form eller avsluttes. For de fleste funksjonene i denne kategorien har ikke Helse Nord RHF hatt en systematisk oppfølging og/eller evaluering av funksjonens innhold og formål. Det har derfor manglet en samlet oversikt over disse.

Data for vurdering er i overveiende grad innhentet fra funksjonene selv (egenvurderinger), interessenter i spesialist- og primærhelsetjeneste samt fra lover og forskrifter, strategier fra Helse Nord RHF, oppdragsdokumenter og saker behandlet i Helse Nord RHF's styre. Innsendte egenvurderinger er av svært ulik karakter, fra korte svar i standard skjema til omfattende rapporter med vedlegg. Kapitlene som omfatter historikk og status vil derfor fremstå med ulik struktur. Noen har valgt å vektlegge informasjon om f.eks. bemanning og ulike kilder for finansiering i sine egenvurderinger, mens andre ikke har gitt denne typen opplysninger. Derfor har prosjektet i mindre grad presentert og vektlagt denne typen informasjon i arbeidet. De originale egenvurderingene er imidlertid tilgjengelig via lenker i dokumentet.

Selv om funksjonene (med noen unntak) mottar en særskilt finansiering som utgår fra helseforetakenes felles midler hos Helse Nord RHF, har mange av funksjonene en utvidet og til dels stor tilleggsfinansiering fra helseforetaket som innehar funksjonen. En eventuelt påfølgende lokal videreføring, avvikling eller omstilling må besluttes og håndteres i det aktuelle helseforetaket etter retningslinjer som gjelder for arbeidslivet.



## 3 Forutsetninger, avgrensninger og utvalg

### 3.1 Redegjørelse for dagens inntektsfordeling i Helse Nord

Årlige overføringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Nord RHF baserer seg i store trekk på en aktivitetsuavhengig finansieringsdel (basisramme, definert via nasjonal inntektsfordelingsmodell), en aktivitetsavhengig del (ISF-finansiering basert på aktivitet) og øremerkede midler. Øremerkede midler blir av Helse Nord RHF overført direkte og uforkortet til den virksomheten de er tiltenkt, og den aktivitetsavhengige delen overføres til det HFet som har generert inntektene.

Basisrammen fra HOD fordeles mellom HFene og overføres i form av *rammefinansiering* (etter hhv inntektsmodell for somatikk, psykisk helse, rusbehandling, ambulanse, pasientreiseområdet, kapitalkostnader) og overgangsordninger.

#### Basisramme fordelt på formål 2022

Sum av Basisramme	Kolonneetiketter						
Radetiketter	Finmark	UNN	NLSH	Helgeland	RHF	Totalsum	
Ambulanse	193 370	339 807	238 531	148 278	552 799	1 472 785	
Pasientreiser	271 404	224 562	266 823	154 762	31 400	948 950	
Psykisk helse	306 577	1 033 920	849 689	287 267	110 939	2 588 390	
TSB (rus)	24 667	162 768	53 741	24 015	151 006	416 196	
Somatikk	819 255	3 213 011	1 677 775	820 630	673 599	7 204 270	
Overgangsordninger	27 765	251 164	82 099	22 096		383 123	
Kapital	143 032	372 164	333 251	92 795	87 417	1 028 659	
Felleskostnader/adm					344 989	344 989	
<b>Totalsum</b>	<b>1 786 069</b>	<b>5 597 394</b>	<b>3 501 910</b>	<b>1 549 842</b>	<b>1 952 147</b>	<b>14 387 363</b>	

I modellene for somatikk, psykisk helsevern og rus foregår fordelingen i grove trekk etter følgende komponenter:

*Behovskomponent:* kompensere helseforetakene for variasjoner i behovsrelaterte forhold som alderssammensetning og innslag av sosioøkonomiske kjennetegn i opptaksområdet. Utgjør ca 80 % av det som totalt tildeles det enkelte helseforetak.

*Mobilitetskomponent:* sikrer at ressurser tilfaller helseforetaket som leverer aktiviteten, når pasienter i ett helseforetak får behandling i et annet helseforetak i Helse Nord.

*Kostnadskomponent:* Skal kompensere helseforetakene for:

- a. definerte kostnadsulemper. Kostnadsindekser skal ivareta kostnadsulemper i pasientbehandlingen som helseforetakene i liten grad kan påvirke selv, og som det derfor er ønskelig å kompensere. Denne delen av kostnadskomponenten inngår i helseforetakenes aktivitetsbaserte finansiering. Fordelingsnøkkelen er knyttet til fire elementer som gir statistisk signifikant utslag på forventet kostnadsnivå:
  - Reisetid til nærmeste akuttpsykehus
  - Forskningsaktivitet normert til DRG-produksjon
  - Langtidsliggedager
  - Struktur; antall akuttpsykehus normert til DRG-produksjon.

Disse fire variablene omregnes til *forventet* relativt kostnadsnivå i Helse Nord. Finnmarkssykehuset har høyest forventet kostnadsnivå, mens Nordlandssykehuset har det laveste.

- b. Særskilte ekstrakostnader knyttet til definerte regionale sykehusfunksjoner. Finansieringen er avtalt fra sak til sak, og indeksreguleres årlig. Her inngår særskilt fordeling til:

1. Utdanning og undervisning
2. Nasjonale funksjoner
3. Regionale funksjoner
4. Felles funksjoner

I tillegg overgangsordninger som består av nødvendige skjevfordelinger av definerte funksjoner under oppbygging, andre tidsavgrensede tiltak eller bevilgninger til en og samme tjeneste i alle HF der behovskomponenten ikke blir riktig å benytte pga. ulikt definerte kostnadsulempet.

I 2022 bevilget Helse Nord RHF totalt 423,9 mill kr for kostnadskompensasjonene i pkt b).

### 3.1.1 «Særskilt finansiering» i aktuell kontekst

Bevilgninger fra Helse Nord RHF som skal dekke deler av helseforetakenes utgifter til det som i prosjektet omtales som «*regionale- eller felles funksjoner med særskilt finansiering*», sorterer under kostnadskomponenten pkt b-3 og b-4 ovenfor. Disse regionale funksjonene er gitt som et oppdrag fra Helse Nord RHF til ett eller to HF, UNN og/eller Nordlandssykehuset. Oppdraget går ut på at alle regionens HF og i noen tilfeller også primærhelsetjenesten, *aktivt* skal ivaretas av det aktuelle HF som innehar funksjonen. Alle helseforetakene bidrar med finansiering av disse funksjonene.

Prosjektets avgrensede formål er å få oversikt over hvorvidt, og da på hvilken måte, de regionale oppdragene gitt i pkt. b-3 og b-4 blir løst. Med bakgrunn i dette, skal det vurderes om helseforetakenes felles midler er tildelt på en rettferdig og formålstjenlig måte.

## 3.2 Utvalg

Prosjektet har tatt utgangspunkt i Helse Nord RHF's oversikt over årlige, særskilte overføringer til helseforetakene pr 2022. Totalt, som ovenfor nevnt, beløper alle postene i oversikten seg til 423,9 mill. kr. Dette beløpet inkluderer overføringer til følgende som faller utenfor mandatet:

- utdanning og forskning
- overgangsordninger der det ligger plan for innfasing i inntektsfordelingsmodellen

Funksjonene som er valgt ut for gjennomgang i prosjektet, er vurdert til å ha et regionalt oppdrag som finansieres særskilt. Finansieringen for disse går kun til UNN og/eller Nordlandssykehuset, og beløper seg pr. 2022 til 193 mill kr. Av dette går 76,6 mill kr til psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

### 3.3 Tidlig kontakt med funksjonene selv – hjelp til opprydding

Helse Nord RHF har ikke hatt en fullgod dokumentasjon tilknyttet regionale funksjoner med særskilt finansiering. Følgende spørsmål var sentrale for prosjektets innledende arbeid og måtte avklares:

- Hva var formålet med opprettelse av den regionale funksjonen?
- Når tid startet finansieringen?
- Finnes det dokumentasjon på avtalte tidsavgrensninger?
- Er begrepsbruken forståelig?

Økonomiavdelingens oversikter over årlige, særskilte finansieringer kan i stor grad fortelle hva overføringene gjelder, men på mange områder gir begrepsbruken ikke god nok forklaring på hvorfor det er tildelt særskilte midler på et aktuelt tidspunkt. Lite presis begrepsbruk uten tilhørende dokumentasjon kan bl.a. medføre at det det blir vanskelig å følge opp en sak fordi man ikke vet hva saken gjelder.

Et eksempel på upresis begrepsbruk er posten «Nukleærmedisin». Prosjektet skjønnte tidlig at tildelingen ikke gjaldt det nukleærmedisinske tilbudet som helhet. Det var m.a.o. ikke tilbudet som sådan som skulle gjennomgås. Likevel så man at det på et tidspunkt var tildelt ekstra midler som tydet på et regionalt formål. Det ble da viktig å finne ut om tildelingen var gjenstand for gjennomgang. På grunn av denne typen uklarheter, var det en forutsetning at prosjektet tidlig kom i kontakt med funksjonene selv via dialogmøter, egenrevisninger og direkte kontakt. Dette førte til tidlig oppklaring av uklarheter og feil i utvalg av funksjoner og bidro til at prosjektet fikk ledetråder til blant annet aktuelle styrevedtak.

## 4 Metode

### 4.1 Rammer og kriterier for vurdering og anbefaling

Mandatet for prosjektet datert 4.12.2021 (vedlegg 1) gir følgende retningslinjer:

#### 4.1.1 Omfang

Alle særfinansierte regionale funksjoner i Helse Nord skal gjennomgås.

Følgende tjenester skal skjermes når det gjelder vurdering av tjenestens form og finansiering (tjenestene skal likevel kartlegges og vurderes med hensyn til aktivitet og resultat):

- Psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Tjenester knyttet til overgangsordninger som senere skal fases inn i inntektsmodellen
- Tjenester knyttet til samiske helsetjenester

#### 4.1.2 Føringer

1. Prosessen skal være åpen, transparent og involverende
2. Endringer som foreslås skal være i tråd med lov og forskrift, nasjonale handlingsplaner, anbefalinger og retningslinjer fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget og krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.
3. For vurdering av regionale kompetansetjenester, skal Helse Nord's retningslinjer for etablering, organisering og finansiering legges til grunn.
4. Prosessen skal bruke sammenlignbare kriterier som ved lignende nasjonale prosesser.

Med bakgrunn i omfang og føringer, skal prosjektet benytte følgende kriterier for vurdering:

1. Er funksjonen pålagt gjennom lov eller forskrift, handlingsplan/retningslinjer eller anbefalinger fra normerende myndigheter, vedtak i Stortinget eller krav fra Helse og omsorgsdepartementet? (ja/nei)
2. Er tjenesten rettet spesielt mot en prioritert gruppe i Nasjonal helse og sykehusplan eller mot særskilte hensyn i strategiplan eller styrevedtak? (ja/nei)
3. Hvor lenge har tjenesten eksistert (under 5 år, 5-10 år og >10 år).
4. Ivaretar funksjonen kompetansespredning i alle helseforetakene? (i liten grad, i noe grad, i stor grad, ikke aktuell)
5. Ivaretar funksjonen veiledning og rådgivning i alle helseforetakene? (i liten grad, i noe grad, i stor grad, ikke aktuell)
6. Ivaretar funksjonen beredskap i alle helseforetakene?
7. Bidrar funksjonen med forebyggende/helsefremmende arbeid i alle helseforetakene?
8. Kan funksjonen dokumentere resultater (i liten grad/i noe grad/i stor grad/ikke aktuell)
9. Bedrer funksjonen kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter i alle helseforetakene (i liten grad/i noe grad/i stor grad/ikke aktuell)

*Pkt 10–12 gjelder ikke «skjermede» funksjoner*

10. Er det fortsatt behov for tjenesten som regional funksjon med særskilt finansiering (i liten grad, i noe grad, eller i stor grad)
11. Kan tjenesten videreføres i annen form? (ja/nei)
12. Anses finansieringen dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen slik at den særskilte finansiering skal fases ut (ja/nei)

### 4.1.3 Prosjektets leveranse

Basert på dette skal prosjektgruppen i en rapport:

1. Presentere en samlet, men individuell vurdering av funksjonenes aktivitet og resultat
2. Gi en samlet og begrunnet anbefaling av hvilke tjenester som bør (gjelder ikke «skjermede» funksjoner i mandatets kap 3.1):
  - videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå
  - videreføres med særskilt finansiering på annet nivå
  - videreføres i annen form (f.eks nettverk)
  - kan fortsette, men den særskilte finansieringen fases ut med en overgangsordning på tre år før videre finansiering anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen.
  - avvikles
3. Presentere funksjonene i et strukturert verktøy med tilhørende retningslinjer som forenkler Helse Nord RHF's oppfølging av funksjonene

Prosjektet er bedt om å se til nasjonale prosesser for lignende type tjenester i arbeidet.

## 4.2 Vurdering av funksjonene

Vurdering av funksjonene har vært inndelt i to faser:

Fase 1: Det som av prosjektet initialt ble vurdert til å være regionale kompetansetjenester og regionale behandlingstjenester med særskilt finansiering

Fase 2: Andre regionale funksjoner med særskilt finansiering

Planlagt arbeidsform rundt vurderinger for de to fasene:

- Innsamling av egenvurderinger (mal vedlegg 3) fra funksjonene selv samt overordnet egenvurdering av de enkelte funksjonene fra foretaksledelse i hhv UNN og Nordlandssykehuset. Disse opplysningene legges inn i et dokument (rapport under oppbygging).
- Parallelt med arbeidet rundt egenvurderinger gjennomføres det en brukerundersøkelse, primært beregnet på instanser utenfor spesialisthelsetjenesten.

- Gjennomgang av dokumentasjon i Helse Nord RHF; formål med opprettelse av funksjon, oppstartstidspunkt for finansiering og eventuelle tidsavgrensninger for funksjonen
- Utsending av dokument til prosjektgruppen (1. runde). Oppdrag: De tre HFene som ikke innehar funksjonen, gir tilbakemelding på bakgrunn av egenvurderinger samt fritekst-innspill i spørreundersøkelse fra instanser utenfor spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldingen skal gi svar på hvordan HFene benytter/har hjelp av de regionale funksjonene i sin egen virksomhet (mal vedlegg 4). Fritekstformuleringer i spørreundersøkelse fra ansatte i eget HF tas inn i HFenes tilbakemeldinger.
- Tilbakemeldinger fra HF-ene legges inn i dokumentet og distribueres (2. runde) til prosjektgruppen. Hensikt: Prosjektgruppen skal utfra alle innsamlede data forberede seg før prosjektgruppens utarbeidelse av en felles vurdering for den enkelte regionale funksjon. Den felles vurderingen slutføres i heldags dialogmøter.
- Møter med avdelinger i Helse Nord RHF som har ansvar for oppfølging av funksjonene.
- Regelmessige møter i prosjektgruppen.

## 4.2.1 Egenvurdering

Alle egenvurderinger er utført våren -2022.

### 4.2.1.1 Funksjonenes egenvurdering

De ulike regionale funksjonene i UNN og Nordlandssykehuset ble gitt mulighet til å gjøre egenvurdering etter mal basert på gitte kriterier i mandat (vedlegg 3). Dette ble imøtekommet av alle funksjonene. UNN og Nordlandssykehusets deltakere i prosjektgruppen hadde ansvar for innhenting av egenvurderinger i sine respektive HF. I Nordlandssykehuset ble dette gjort gjennom direkte involvering av de enkelte regionale funksjonene via de klinikkene/stabene som funksjonene er lagt under. I UNN inviterte foretakets gruppedeltaker til dialogmøte med de enkelte funksjonene. Mange har benyttet seg av dette. Møtene har gitt gruppedeltaker verdifull dialog og inngående kunnskap om daglig drift av tjenesten.

### 4.2.1.2 Foretaksledelsens egenvurdering

Foretaksledelsen i hhv UNN og Nordlandssykehuset har levert separat vurdering av de funksjonene som tilhører deres eget HF. I Nordlandssykehuset har foretaksledelsen med bakgrunn i tilbakemeldinger fra direktørens ledergruppe, gjort en overordnet vurdering av foretakets funksjoner. I UNN er utkast til vurderinger på foretaksnivå utformet av fagsjef i samarbeid med prosjektgruppemedlem etter innspill fra de respektive klinikkene. Endelig vurdering på foretaksnivå har så blitt behandlet i direktørens ledergruppe før oversendelse til prosjektledelsen.

Vurderingene fra funksjonene selv og fra foretaksledelsen i helseforetakene, er gjort med ulike utgangspunkt og perspektiv. Det er naturlig at de fleste funksjonene ikke

ønsker større endringer i form eller redusert finansiering. Foretaksledelsen har på sin side et helhetlig ansvar som også inkluderer krav til prioritering. Dette gjelder spesielt når det er knapphet på ressurser. Derfor vil foretakenes vurdering i noen tilfeller være ulik egenvurderingen fra funksjonene.

#### 4.2.2 Digital brukerundersøkelse (Questback)

Det ble utarbeidet to digitale undersøkelser, primært beregnet på interessenter utenfor spesialisthelsetjenesten. Den ene var tilegnet helsepersonell, den andre tilegnet pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner (oppsett vedlegg 5). Undersøkelsen var basert på følgende problemstillinger knyttet til hver funksjon:

- I hvilken grad bidrar funksjonene til å styrke kvaliteten på pasientbehandlingen (kurativ, forebyggende/helsefremmende) i regionen?
- I hvilken grad bidrar tjenestene/funksjonene til beredskap, utdanning, kompetansespredning, råd og veiledning til helseforetakene, primærhelsetjenesten, pasienter og brukere, eller andre målgrupper?
- Er prioriteringene riktige utfra dagens behov?
- Kan det være hensiktsmessig at det som tjenestene/funksjonene yter, bør tilbys i andre former?
- Er det fortsatt behov for den enkelte tjenesten/funksjonen, og gis den best som regional funksjon?

Undersøkelsen ble av prosjektet distribuert via prosjektets internettside våren-2022. Videre distribuering ble utført av samhandlingsavdelingene i helseforetakene, via fastlegenytt og av funksjonene selv. Antall respondenter 428 (helsepersonell) og 56 (pasienter osv).

Prosjektet var klar over at resultatet av undersøkelsen kunne bli vanskelig å tolke. Dette ble også påpekt av noen funksjoner. Den største feilkilden var at prosjektet ikke hadde kontroll på hvem som ble invitert til å svare, og resultatet kan tyde på at invitasjoner til undersøkelsen (der de er initiert av funksjonene selv) er skjevfordelt. Hovedresponsen på undersøkelsen kom fra ansatte i UNN og Nordlandssykehuset, og prosjektet nådde dermed ikke godt nok ut til den primære målgruppen.

Ved oppstart av undersøkelsen ble det innmeldt betenkeligheter vedrørende personvern knyttet til funksjoner som er bemannet med kun én person. Juridisk vurdering sier at det rettslige grunnlaget «berettiget interesse» hos arbeidsgiver er mer tungtveiende enn personvern i denne sammenhengen og at undersøkelsen derfor ikke er ulovlig. Noen funksjoner ble imidlertid fjernet fra undersøkelsen på bakgrunn av nevnte betenkeligheter.

Prosjektet vurderer at undersøkelsen har gitt følgende nytteeffekter:

- Har bidratt i kommunikasjon om pågående prosjekt, både i spesialist- og i noen grad i primærhelsetjenesten
- Det er kommet inn gode fritekstvurderinger som prosjektet vil benytte.



Rangeringsdata fra undersøkelsen (skala fra 1–6) vil ikke bli benyttet og det vil ikke være aktuelt å bruke undersøkelsen for sammenligning av resultater mellom funksjoner.

Fritekstvurderinger i undersøkelsen som kommer fra ansatte i helseforetakene, tas inn i helseforetakenes vurderinger. Fritekstvurderinger fra instanser utenfor spesialisthelsetjenesten, presenteres i rapporten og tas med i prosjektets totale vurdering av den enkelte funksjon.

#### 4.2.3 Øvrige helseforetaks vurdering av funksjoner i UNN og Nordlandssykehuset

Deltakere i prosjektgruppen ble forelagt innsamlede data fra egenvurderinger samt fritekstbesvarelser i brukerundersøkelse. Helseforetakenes deltakere hadde respektivt ansvar for å samle inn synspunkter fra eget foretak pr. funksjon og å presentere disse i en samlet vurdering. Den samlede vurderingen ble forelagt foretaksledelsen i de respektive helseforetakene for behandling og godkjenning før oversendelse til prosjektet.

#### 4.2.4 Behandling i prosjektgruppens møter

Det ble gjennomført 13 møter i prosjektgruppen. I ni av disse (herav fem heldagsmøter) sto vurderinger av funksjonene på agendaen. Divergerende skriftlige innspill fra ulike interessenter og prosjektdeltakere ble behandlet i møtene. I tilfeller der det ikke kom til konsensus i gruppen etter dialog, er dette enten beskrevet i prosjektets vurderinger eller fremmet som dissens i anbefaling,

#### 4.2.5 Møter i styringsgruppen

Det ble gjennomført fem møter i styringsgruppen. Sakene har hovedsakelig omhandlet statusrapporteringer og fremdrift i prosjektet. Styringsgruppen ble muntlig orientert om forslag til anbefalinger i forkant av at disse ble sendt ut til funksjonene selv for tilbakemeldinger.

#### 4.2.6 Innspill fra funksjonene på vurdering/anbefaling før endelig behandling i styringsgruppe

I tråd med mandatet ble de ulike regionale funksjonene i UNN og Nordlandssykehuset gitt anledning til å kommentere på prosjektgruppens anbefaling før den ble presentert for styringsgruppen. Tilbakemeldinger fra funksjonene som ble ansett som avgjørende for resultatet, ble tatt til følge og innlemmet i de endelige vurderinger og anbefalinger.



### 4.3 Metodekritikk

Kriterier for vurdering gitt i mandat, har vært veiledende for alle vurderinger som er gjort. Disse kriteriene er utarbeidet med utgangspunkt i kriterier for helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester og er derfor best egnet for vurdering av kompetansetjenester. Eksempelvis er ikke behandlingstjenester opprettet for spredning av kompetanse, hvilket gjør spørsmål om kompetansespredning/veiledning vanskelig å svare på. For øvrig er de 51 funksjonene av svært ulikt slag med ulike formål. Flere av kriteriene ble vurdert som ikke relevante for mange av funksjonene og det manglet også opplysninger om funksjonene som i enkelte tilfeller kunne gitt svar på noen av kriteriene. Det finnes også tilfeller der funksjoner svarer på at de oppfyller noen kriterier, men der prosjektgruppen er usikker på hvorvidt oppgaven ligger til funksjonens mandat.

Prosjektet har forsøkt på å kvantifisere kvalitative data ved hjelp av den vurderingsmalen som er gitt i mandat. Kvantifiseringen er gjort i excelformat. Arbeidet er benyttet som et grunnlag, men prosjektgruppen opplever at dette gir begrenset mening for resultatet.

Det ble i tillegg gjort et forsøk på å synliggjøre alle kriterier i vurderingskapitlet for den enkelte funksjon, men dette ga ikke flyt i teksten og ble forkastet.

I mandatet er prosjektet bedt om å gi anbefalinger innenfor følgende kategorier:

- videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå
- videreføres med særskilt finansiering på annet nivå
- videreføres i annen form (f.eks nettverk)
- kan fortsette, men den særskilte finansieringen fases ut med en overgangsordning på tre år før videre finansiering anses dekket gjennom inntektsfordelingsmodellen.

Prosjektet har sett behov for å gi anbefalinger utover disse kategoriene, for eksempel anbefaling om en faglig gjennomgang.

Metoden for vurderinger som har sitt utgangspunkt i mandatet, peker i størst grad på hvilken oppfatning helseforetakene har av funksjonene. I de tilfeller en funksjon har en utstrakt virksomhet utenfor spesialisthelsetjenesten, har det skriftlige datatilfanget og i særdeleshet sammensetningen av prosjektgruppen, ikke vært tilstrekkelig for å kunne gi en fullstendig vurdering. I tillegg har prosjektet avdekt at det for noen fagområder er behov for en grundigere gjennomgang i nær fremtid med tanke på endringsbehov eller for tydeliggjøring av formål og mandat. Det anbefales derfor at det for disse gjøres en separat vurdering utenfor prosjektet.

Vurderingene av funksjonene er gjort ulikt i det enkelte helseforetak, og den samlede vurderingen fra foretaket har framkommet på ulikt vis. Dette vil være vanskelig å unngå, da foretakene er rigget og jobber på ulike vis.

Vurderingene fra funksjonene selv og fra foretaksledelsen i helseforetakene, er gjort med ulike utgangspunkt og perspektiv. Det er naturlig at de fleste funksjonene ikke ønsker større endringer i form eller redusert finansiering. Foretaksledelsen har på sin side et helhetlig ansvar som også inkluderer krav til prioritering. Dette gjelder spesielt når det er knapphet på ressurser. Derfor vil foretakenes vurdering i noen tilfeller være ulik egenvurderingen fra funksjonene.

Funksjoner innenfor psykisk helsevern og rus skulle bare gjennomgås, uten anbefalinger om endring av form og finansiering. Det kan ha påvirket hvor nøye disse er gjennomgått og om resultat kunne ha blitt annerledes hvis en anbefaling skulle vært gitt.

Arbeidet med å gjøre vurderinger og å komme frem til omforente anbefalinger for 51 regionale funksjoner, har vært omfattende. Prosjektet har brukt betydelig lengre tid enn den første fremdriftsplanen indikerte, fordi oppdragets store kompleksitet først ble avdekket når prosjektet var i gang med arbeidet. I tillegg har det vært langtidssykemelding i prosjektledelsen. Både egenvurderinger og tilbakemeldinger fra øvrige helseforetak, primærhelsetjeneste mv, ble gjort våren-2022. Det er derfor mulig at endringer som har skjedd i funksjonene siste året, også som følge av prosjektet, ikke blir belyst nok i rapporten.

## 5 Kommunikasjon

### 5.1 Dialogmøter med UNN og Nordlandssykehuset

Aktuelle regionale funksjoner, tillitsvalgte og vernetjenesten ved UNN og Nordlandssykehuset ble invitert til digitale dialogmøter tidlig i prosessen. Agenda for møtene var presentasjon av prosjektet og dialog. Informasjonsbrev (vedlegg 5), prosjektets mandat og utkast til kommunikasjonsplan ble distribuert før møtet.

Ved Nordlandssykehuset ble det holdt to møter (15. og 21. mars 2022) med til sammen 40 deltakere, og ved UNN ett møte (21. mars 2022) med 57 deltakere.

### 5.2 Fortløpende kommunikasjon

Kommunikasjonen internt i helseforetakene er i hovedsak fulgt opp via prosjektmedlemmene og styringsgruppemøter der helseforetakenes administrerende direktører og konserntillitsvalgte/verneombud deltar. I tillegg har prosjektleder orientert om prosessen i tre samarbeids-/dialogmøter med KTV/KVO og i møte med ledergruppen i Helse Nord RHF. Arbeidsmiljøutvalgene er orientert om fremdrift i prosjektet ved to anledninger. Noen av funksjonene har henvendt seg direkte til prosjektledelsen.

Informasjon om og plan for prosjektet er lagt ut på prosjektets internettside. Denne siden har jevnlig blitt oppdatert med fremdriftsplaner, statusrapporter for fremdrift i prosjektet og referater fra styringsgruppemøter.

### 5.3 Kommunikasjon i prosess for vurdering og anbefaling

I prosessen har uferdige dokumenter blitt distribuert i stort omfang innenfor prosjektgruppen, og det har tilkommet endringer underveis. For ikke å skape unødig uro i helseforetakene på grunn av eventuelle feilaktige opplysninger og anbefalinger som ikke har vært godt nok forankret i prosjektet, har det vært nødvendig å ikke distribuere uferdige dokumenter utenfor prosjektgruppen i den initiale prosessen.

Omtale og foreslåtte endringer for de enkelte funksjoner ble distribuert til funksjonene selv for gjennomsyn/tilbakemeldinger så snart prosjektgruppen hadde et omforent utkast klart. Tilbakemeldingene ansees som en del av inkluderingsprosessen og har vært avgjørende for det endelige resultatet som går til styringsgruppen.

## 6 Funksjonenes varighet (med særskilt finansiering) pr 2023

### 18 av funksjonene finansiert >10 år

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling - UNN	1988
Fagenhet for autisme – Nordlandssykehuset	1998
Fagenhet for spiseforstyrrelser (barn og unge)– NLSH	2010
Kompetansesenter i smittevern Helse Nord KORSN - UNN	2005
Henteteam nyfødte - NLSH	1975?
Henteteam nyfødte - UNN	1975?
Kropp og selvfølelse – kompetanseprogram – UNN	2001
Mammografitilbud (ambulant screening) - NLSH	2000
Mammografitilbud (ambulant screening) - UNN	2000
Pasienttelefon - Informasjonstjeneste for pasienter og personell vedr fritt sykehusvalg – NLSH	2001
Psykiatrisk innsatsteam, PIT - NLSH	2009
Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling - Lindring i Nord - UNN	2000
Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet, inklusiv årlig konferanse, NLSH	2012
Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge - UNN	2009
Regionalt senter for spiseforstyrrelser voksne - NLSH	2004
Regionalt senter for sykelig overvekt, RSSO - NLSH	2004
Sosialpediater v/barnehus - UNN	2010
Traumekoordinator - UNN	2011

### 24 av funksjonene finansiert 5–10 år

Barnepalliativt team - UNN	2021
Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander - UNN	2014
Dropout - UNN	2014
Familieambulatorium – NLSH	2017
Familieambulatorium – UNN	2014
Kompetanse nyfødt intensiv - NLSH	2014
LIS-stilling anestesi - NLSH	2017
LIS-stilling anestesi - UNN	2017
Medikamentfritt tilbud - UNN	2017
Nukleærmedisin (takstjustering) - NLSH	2015
Nukleærmedisin (takstjustering) - UNN	2015
Prostatasenter - UNN	2015
Prostatasenter - NLSH	2016
Regional behandling OCD voksne - UNN	2013
Regional enhet LIS-utdanning - UNN	2017
Regional funksjon for autisme, ADHD og Tourettes syndrom (R-FAAT) – UNN	2006

Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse - NLSH	2016
Regional koordinator helsefaglæringer - NLSH	2016
Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet, RAAO, UNN Dropout - UNN	2017
Samvalgssenteret - UNN	2018
Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) - UNN	2015
Sosialpediater v/barnehus - NLSH	2013
Tuberkuloseprogram - NLSH	2015
Tuberkuloseprogram - UNN	2015

### 3 av funksjonene finansiert under 5 år

Regional forbedringsutdanning - NLSH	2018
Regsim - UNN	2021
Senskade kreft (Seneffektpoliklinikken) - UNN	2020

### 6 av funksjonene som er vurdert har ikke særskilt finansiering fra Helse Nord RHF

Kompetansesenter RUS Nord-Norge - KoRus Nord - UNN	1995
Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging - RVTS - UNN	2006
Kompetansetjeneste for arvelig kreft - UNN	1999
Kompetansetjeneste for diagnostisk fysikk - UNN	2008
Regional behandling OCD barn og unge - UNN	2014
Regional enhet for habilitering og rehabilitering (RKE) - UNN	2007

## 7 Prosjektets deltagere

Prosjektet har vært aktivt i perioden januar-2022 til juni-2023 og prosjektorganisasjonen har vært sammensatt som følger:

**Prosjekteier:** Administrerende direktør Helse Nord RHF, Marit Lind

### Styringsgruppe

Rolle	Navn	Tittel
<b>Leder</b>	Hilde Rolandsen	Eierdirektør Helse Nord RHF
<b>Medlem</b>	Siri Tau Ursin/Vivi Brenden Bech/Per Angermo	Adm dir Finnmarkssykehuset
<b>Medlem</b>	Anita Schumacher	Adm dir Universitetssykehuset Nord Norge
<b>Medlem</b>	Beate Sørslett/Siri Tau Ursin	Adm dir Nordlandssykehuset
<b>Medlem</b>	Hulda Gunlaugsdottir/Hanne Frøyshov/Lena E. Nielsen	Adm dir Helgelandssykehuset
<b>Medlem</b>	Baard Einar Martinsen Vara: Sissel Alterskjær	Konserntillitsvalgt
<b>Medlem</b>	Jeanette Mikalsen	Konsernverneombud
<b>Medlem</b>	Hege Johannessen Vara: Ole Marius Minde Johnsen	Brukerrepresentant
<b>Medlem</b>	Tove Klæboe Nilsen	Forskningsdirektør Helse Nord RHF

### Prosjektgruppe

Gruppen har vært sammensatt av fagsjefer/fagdirektører i helseforetakene, fagdirektør i Helse Nord RHF, rådgivere fra Helse Nord RHF med helsefaglig bakgrunn og konserntillitsvalgte.

Rolle	Navn	Tittel
<b>Prosjektleder</b>	Ann-Britt Nilssen	Rådgiver Helse Nord RHF
<b>Prosjektmedlem</b>	Geir Tollåli	Fagdirektør Helse Nord RHF
<b>Prosjektmedlem</b>	Harald Sunde	Fagsjef Finnmarkssykehuset HF

<b>Prosjektmedlem</b>	Marte Lødemel Henriksen	Fagsjef Universitetssykehuset Nord Norge HF
<b>Prosjektmedlem</b>	Tonje Elisabeth Hansen	Fagdirektør Nordlandssykehuset HF
<b>Prosjektmedlem</b>	Hanne Frøyshov/Anne I. Pedersen/Arpad Totth	Med direktør Helgelandssykehuset HF
<b>Prosjektmedlem</b>	Kari Sandnes	Konserntillitsvalgt
<b>Prosjektmedlem</b>	Ann Mari Jenssen (fra august 2022)	Konserntillitsvalgt
<b>Prosjektmedarbeider/ prosjektstøtte</b>	Siw Skår	Rådgiver Helse Nord RHF

## Del II

I denne delen av dokumentet besvares prosjekteiers krav til leveranse pkt 1 og 2 (se kap. 4.1.2). Her presenteres skriftlig datagrunnlag tilknyttet de enkelte funksjoner (fulltekst eller via lenker) samt prosjektets vurderinger/anbefalinger.

De 51 funksjonene som er gjennomgått er av svært ulik karakter. Med tanke på en oversiktlig fremstilling av resultatet, har prosjektet valgt å kategorisere funksjonene som følger:

- Regionale sentre
- Regionale behandlingstjenester
- Regionale kompetansetjenester
- Regionale kompetansenettverk
- Regionale koordinatore
- Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

Det er noen funksjoner som ikke passer inn noen av kategoriene. Disse presenteres under overskriften «Ikke kategorisert».



## 8 Regionale sentre

### 8.1 Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (AMA) –seksjon (AMS) – UNN

#### 8.1.1 Historikk og status

Etableringen av arbeidsmedisin som egen spesialitet kan knyttes til Arbeidsmiljøloven fra 1977 som påla bestemte bransjer å ha bedriftshelsetjeneste (BHT). Det førte til utbygging av denne tjenesten med påfølgende opprettelse av arbeidsmedisinske avdelinger. Avdelingene er bedriftshelsetjenestenes andrelinjeressurs og er en del av spesialisthelsetjenesten. Deres mandat og oppgaver er beskrevet [NOU 1988: 41 «Fagfeltet yrkesmedisin i Norge»](#) s. 8:

1. Undersøke og behandle pasienter med yrkessykdommer og foreta utredning av sykdomstilfeller hvor man mistenker at det foreligger en yrkesmessig årsak.
2. Undersøkelser av arbeidstakere som er utsatt for arbeidsrelatert sykdomsrisiko.
3. Studier av hvordan fysiske, kjemiske, psykiske og organisatoriske forhold i arbeidsmiljøet virker inn på individets helse.
4. Arbeidsplassundersøkelser.
5. Undersøkelser som legger grunnlag for forebygging av arbeidsbetingete helseskader.
6. Å være konsultasjons- og informasjonsorgan for myndigheter, institusjoner, bedrifter og enkeltpersoner, der det gjelder yrkesmedisinske spørsmål.
7. Utdannelse av leger og annet personell i yrkesmedisinsk arbeid.

Fagfeltet arbeidsmedisin ligger under to departementers ansvarsområder –Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). AID har det faglige forvaltningsansvaret for arbeidsmiljøpolitikken, herunder Arbeidstilsynet, Petroleumstilsynet, Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) og bedriftshelsetjenesten. Det arbeidsmedisinske tilbudet i Norge pr. 2022 består av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), bedriftshelsetjenesten (BHT), og 5 arbeidsmedisinske sykehusavdelinger. Avdelingene er organisert under de regionale helseforetakene som skal ivareta sørge-for-ansvaret for de arbeidsmedisinske tjenestene.

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved UNN (AMA), ble etablert i 1988. Alle oppgavene til avdelingen er ifølge funksjonen selv regionale, – ingen tjenester er eksklusive for UNN.

AMA UNN har to seksjoner; Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS som dette kapitlet handler om) og Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO). AMS har ca 20 stillinger, og er tverrfaglig sammensatt med leger og fagpersoner med høyere akademisk utdanning innen naturvitenskaplige fag som fysikk, kjemi, toksikologi, fysiologi og biologi, samt psykologi og samfunnsvitenskap.

De arbeidsmedisinske avdelingene ble finansiert med øremerkede midler fra HOD frem til 2001. Fra 2002 ble finansiering gitt gjennom basisbevilgningen til de regionale helseforetakene. I 2008 vedtok AID å bevilge en årlig sum på 20 mill kroner fordelt på de arbeidsmedisinske avdelingene for å styrke bemanningen, utredningskapasiteten og utdanningskapasiteten. Også disse midlene gis pr. d.d. gjennom basisbevilgningen fra HOD til de regionale helseforetakene.

Avdelingen deler sin tjenesteportefølje inn pasientarbeid, kompetansespredning/veiledning, beredskap og forskningsaktiviteter.

### *Finansiering*

- Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *regionale funksjoner* 15,191 mill.
- Midler fra AID 2008, lagt i rammefinansiering til UNN fra 2018 (Raskere tilbake). Utgjør 5 mill kr i 2022
- ISF pasientbehandling
- I noen grad honorar fra universitetene for undervisning
- [Betalingstjenester BHT/MHV](#): Honorarer, dekning reise/opphold, instrumentutleie
- Ekstern finansiering forskning ca 2-3 mill/år

## 8.1.2 Egenvurdering

### 8.1.2.1 Egenvurdering fra Funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### [Rapport om funksjonen](#)

#### [Vedlegg til rapport om funksjonen](#)

### 8.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Arbeids- og miljømedisinsk avdeling i UNN er en viktig regional funksjon som ble etablert i 1988 med direkte særskilt finansiering. Virksomheten har en stor ekstern aktivitet mot bedrifter, kommuner og alle helseforetakene i Helse Nord og er sterkt etterspurt. UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

## 8.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 8.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset erfarte – særlig under pandemien – nytten av samarbeid med AMA. Vi ser at det vil være utfordrende å bygge opp tilsvarende lokal kompetanse, og vi ser ingen umiddelbare arvtakere. FIN vurderer derfor at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 8.1.3.2 Nordlandssykehuset HF

Lungemedisinsk fagområde i Nordlandssykehuset HF benytter tjenestene til AMS, men i et begrenset omfang. For øvrig er senteret lite kjent og benyttet i organisasjonen. Ut fra

tjenestens selvrapportering er det beskrevet et beskjedent antall oppdrag og mellom 40-50 polikliniske pasienter per år fra Nordland, men det er ikke spesifisert hvor pasientene kommer fra (foretaksområde) og hvem som henviser dem (sykehus, fastleger eller andre). Selv om informasjon og kunnskapsdeling er et av formålene med senteret, rapporterer de selv at kjennskapen til arbeids- og miljømedisin er generelt sett for lav i landsdelens HF og øvrig helsevesen. Tjenestens mandat og oppgaver er forankret i spesialisthelsetjenesteloven og senteret er det eneste av sin art i Helse Nord, likevel stiller vi spørsmål med omfang og ressursbruk. Vi kan ikke se at det er nødvendig å bruke så stor ressursmengde regionalt, da også hovedbruken av senteret foregår i UNNs nedslagsfelt. Nordlandssykehuset HF vurderer derfor at funksjonen videreføres med et økt fokus på kunnskapsdeling, men at finansiering og ressursbruk (dagens ramme) kritisk vurderes.

### 8.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

Fagtilbudet benyttes av pasienter fra Helgeland. Bør videreføres i dagens form.

### 8.1.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

I hvilken del av helsetjenesten arbeider du?	I hvilket helseforetaksområde arbeider du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Tannhelse	Tannhelse Rogaland	Svært imøtekommen og dyktig rådgiver/yrkeshygieniker i pandemien. God støtte til mindre helsetjenester som ikke har samme kompetanse.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Arbeids- og miljømedisinsk senter (regional funksjon) har vært/er en stor støttespiller og god samarbeidspartner, både for meg og for mine kollegaer. For meg, som yrkeshygieniker i bedriftshelsetjeneste i Nord-Norge, er dette tilbudet utrolig viktig! Det er et lite miljø for yrkeshygienikere, og bistanden vi kan hente fra AMA er umistelig. Det bidrar med ny kunnskap, opplæring, støtte, og kvalitet - og alltid med god service. Vi opplever at det er lav terskel for å ta kontakt, og det er derfor helt naturlig at vi ringer/sender mail når vi har behov for å diskutere en sak. De ansatte i AMA er positive og fremoverlent, og leverer god kvalitet i alle ledd!	AMA
NAV Arbeid og ytelser	NAV	For NAV er det helt avgjørende å ha et samarbeid med Arbeids- og miljømedisinsk avdeling ved UNN mtp pasientsaker hos NAV. Dette gjelder spesielt utredning og grundig vurdering av yrkessykdom, godkjenning av yrkessykdom og spesielt årsakssammenheng mellom aktuell eksponering og utvikling av sykdom.	AMA
Statsforvalteren, Miljøavdelinga	Nordlandssykehuset HF	Jeg oppfatter at AMA har et svært godt kurstilbud for kommunalt miljørettet helsevern, og at de også har en målgruppe innenfor miljø/forurensning som kanskje ikke er så godt kjent.	AMA

Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	AMA er svært nyttig andrelinjetjeneste for miljørettet helsevern i kommunene.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Regionalt helseforetak	God yrkeshygienisk kompetanse ved enheten.	AMA
Helse- og sikkerhetsleder	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Arbeids- og miljømedisinsk senter har vært en meget god samarbeidspart med rådgivning og veiledning. Forskning gjort av ansatte på AMA gir veldig viktig kunnskap om hvordan ivareta ansatte med tanke på helseeksponeringer. Dette er banebrytende forskning.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	AMA er svært viktig for oss som jobber i et relativt smalt felt innen medisin.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Nordlandssykehuset HF	AMA. Holde interessante og relevante kurs for fagmiljøet der ute. Bidrar til å svare på/rådgi/veilede på arbeidsmiljømessige spørsmål innenfor et bredt område.	AMA
Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Brann og redning jobber innenfor et komplekst område hvor arbeidsmiljøutfordringene står i kø. Vi har bidratt til forskning som gjelder vårt arbeidsområde ved å stille oss til rådighet. Vi har mottatt undervisning om brann og kreftfare, og fått gjennomført masketthetsmålinger og fått veiledning på flere andre områder. AMA har også gjennomført undervisning spesielt tilrettelagt for vår utrykningsstyrke, og har også vært på flere bedriftsbesøk hos oss. Vi er veldig fornøyd med å ha denne funksjonen tilgjengelig for oss.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Finnmarkssykehuset HF	Som arbeidende i BHT er det helt nødvendig og ha AMA UNN og støtte seg på! Vi trenger en avdeling som er på det nivået for å ivareta utredning og spesiellehenvendelser	AMA
Samarbeider med helse	Regionalt helseforetak	Tjenestene til innbyggerne i Norge i fagfeltet arbeid - helse, forutsetter en økende grad av samhandling mellom NAV og helsetjenestene. Det å ha faste samarbeidsparter med muligheter for å kunne diskutere felles problemstillinger og mulighetsrommet, samt støtte og bidra inn på arenaer hos hverandre, gir en økt kvalitet i tjenestene, både hver for seg og sammen - bidrar til et mer helhetlig tjenestetilbud til pasientene/brukerne	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Nordlandssykehuset HF	Som ansatt i BHT er samarbeidet med AMA i Tromsø svært viktig ifht oppdatering på nyeste forskning og veiledning innen mange sider av BHT sine kjerneområder, og det er sterkt fagnivå som det som leveres på henvendelser fra AMA!	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	I lys av at muskel-/skjelettplager har høy forekomst i arbeidslivet og står for nesten 40% av legemeldt fravær, skulle jeg ønske en større satsning fremover hos AMA innen dette feltet. Eks økt satsing med	AMA

		<p>tilsetting av personale med spesialitet innen muskel-/skjelett.</p> <p>Generelt oppleves god hjelp og bistand ved henvendelser til AMA. Positivt at AMA har høy fokus på samarbeid med BHT.</p>	
Folkehelseinstituttet	ingen	Viktig funksjon til å ta være på toksikologiske kunnskap i regionen. Har mye lokal kunnskap som vi ikke her	AMA
Sykehus	Sykehuset Telemark	<p>Arbeids- og miljømedisinsk avdeling er helt essensiell for å utrede og ivareta pasienter med helseplager knyttet til påvirkning i arbeid og miljø. Avdelingen har unik miljøkompetanse, noe som er kritisk i den tiden vi går inn i med store klimaendringer og 'kode rød' for helseeffekter som følge av endringer i klima og miljø (The 2022 Lancet report). Noen eksponeringer i arbeid er redusert, mens andre og særlig nye eksponeringer kommer til i takt med utvikling av nye materialer og ny teknologi. Som eksempel er det de senere årene tilkommet flere hundre nye astma triggere. Identifisering av disse i arbeid og miljø og utredning av eksponeringsnivå og sammenheng med helseeffekter kan kun utføres ved arbeids- og miljømedisinske avdelinger. Storting og politikere har gjentatte ganger stoppet nedleggelse og nedbemanning av disse avdelingene fordi nye, store grupper arbeidstagere må utredes for mulig arbeidsskade. I tillegg besitter disse avdelingene en unik epidemiologisk kompetanse, noe som Covid-19 pandemien har vist at er helt sentral for å møte en slik helseutfordring på best mulig måte. Her må foretakene kjenne sin besøkelsestid.</p>	AMA
Sykehus	Regionalt helseforetak	<p>Jeg svarer fra arbeidsmedisinsk avdeling, St.Olavs hospital. Vi mener det er helt essensielt at hver helseregion både har en arbeidsmedisinsk avdeling og et regionalt allergisenter. Når det gjelder arbeidsmedisinske avdelinger er hver helseregion pålagt å ha et slikt tilbud, og etter mitt skjønn kan de derfor ikke legges ned eller reduseres kraftig. Arbeidsmedisinsk avdeling ved UNN driver en utstrakt undervisningsvirksomhet som kommer alle helseregionene til gode.</p> <p>RAAO (regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet) ble dannet etter at helseforetakene fikk i oppgave å opprette slike.</p> <p>De regionale helseforetakene fikk i oppdragsdokument fra Helsedepartementet i 2011 pålegg om å etablere et regionale tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for et best mulig tilbud lokalt. Dette er en virksomhet som driver både med utredning/behandling og med kompetanseheving</p>	AMA

		innen allergologi, og er et svært aktuelt tilbud som på sikt vil bedre helsetilbudet til pasienter med allergiske lidelser. Også her er det et svært godt samarbeid mellom de ulike RAAOene.	
Sykehus	STHF	Regional funksjon arbeids- og miljømedisinsk senter: utreder pasienter med mistenkt arbeidsrelatert sykdom i Helse Nord- ingen andre alternativ for å utrede denne pasientgruppen i regionen.	AMA
Privat bedrift BHT/MHV	Nordlandssykehuset HF	<p>Jeg har lang erfaring fra arbeid med miljørettet helsevern (MHV) både kommunalt og interkommunalt, i tillegg til yrkeshygiene (YH) både for BHT'er og Arbeidstilsynet. Nå har jeg etablert eget AS og selger MHV- og YH-tjenester.</p> <p>Når det gjelder MHV, så er dette en lovpålagt tjeneste som alle kommuner plikter å ha/utføre. Pr. dags dato er det alt for få kommuner både i Nord-Norge, og landet ellers, som gjør det de skal. Det er ikke (kun) jeg som mener dette - Statens helsetilsyn kom med meget sterk kritikk til kommunene i 2020 - basert på et landsomfattende tilsyn utført av Statsforvalterne i 2019:  <a href="https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/barns-helse-er-folkehelse/">https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2020/barns-helse-er-folkehelse/</a></p> <p>I Nordland har 20 av 41 kommuner egne stillinger, eller samarbeid om stillinger, som er dedikerte til miljørettet helsevern. Det er en betydelig utfordring å få på plass et fungerende miljørettet helsevern selv med dedikert personell i stillingene - men hva da med de 21 kommunene som ikke har dedikert personell. Mangelen på personell er tilsvarende i resten av landet.</p> <p>Poenget mitt med å dra dette fram i denne sammenhengen, er at det framover vil bli et behov for rekruttering innen MHV. De nyrekrutterte vil ha behov for kompetente fagmiljøer rundt seg. Man kan ikke forvente at de kommer inn med all kompetanse de vil trenge for å være nyttige MHV'ere. Selv om jeg har lang erfaring, og slik sett er langt mer selvgående enn jeg var som nyansatt, har også jeg de senere år dratt nytte av UNN-AMAs særdeles relevante kompetanse - både på kurs som arrangeres, men også ved at de kan være en nyttig diskusjonspartner i enkeltsaker man behandler.</p>	AMA

		<p>Jeg har også opplevd ved gjentatte anledninger at kursene til UNN-AMA har blitt vurdert som relevante av MHV'ere fra den delen av landet som befinner seg sør for Trøndelagsgrensen. Saken er at det arrangeres for lite kurs landet over, som er relevante for MHV'ere. For noen år siden var jeg "i posisjon" til å gi Helsedirektoratet innspill til hva MHV-miljøet trengte fra dem - da spilte jeg inn ideen om "Helsedirektoratets kursserie for MHV-ansatte". Idéen høstet mange anerkjennende nikk rundt bordet, men enn så lenge kan jeg ikke se at Helsedirektoratet har gjort noe med dét - slik sett spiller interesseorganisasjonen NEMFO en viktigere rolle med sine årskonferanser. Poenget mitt her er at kursdagene til UNN-AMA har et potensiale i seg, både for MHV'ere og YH'ere her i Nord-Norge, men også for disse fagmiljøene i hele resten av landet. Da vil det naturlig nok være slik at dette fordrer at UNN-AMA selv fortsetter å ha et trygt og godt fagmiljø, for at man skal ha kunnskap å formidle ut til de som trenger det.</p> <p>For fagmiljøet her i Nord-Norge er det flott at UNN-AMA har hatt en praksis med å arrangere kursene sine på 2 eller 3 ulike steder spredt over hele landsdelen. Dette gjør det betydelig lettere å komme seg på kurs fordi man som deltaker slipper lang reise, noe som også bidrar til at kostnaden ved kursdeltakelsen blir lavere for den enkelte arbeidsgiver.</p>	
Organisasjon	Universitetssykehuset Nord Norge HF	AMA spiller en sentral rolle i det forebyggende helsearbeidet i regionen. Deres arbeid retter seg særlig inn mot å sikre gode arbeidsmiljø, men vil også bidra til god folkehelse. Vi ser verdien av arbeidet ved at industribedrifter får tilgang til HMS-kompetanse ikke minst innen arbeidsmedisin og yrkeshygiene samt deltakelse i forskningsprogram som gir ny kunnskap som vi deler med tilsvarende industri i andre deler av landet.	AMA
Fagforbund	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Jeg jobber som yrkeshygieniker i et fagforbund for oljearbeidere. Jeg mener det er svært viktig at Helse Nord bygger forsetter å bygge opp egen kompetanse på arbeidsmiljø og miljørettet helsevern.	AMA
STAMI	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Jeg leder avdelingen i STAMI som har ansvar for det nasjonale tiltaket under AID: styrking av arbeidsmedisinen i Norge, der UNN er en viktig del av det nasjonale tilbudet og også mottar særskilte midler gitt gjennom tiltaket opprettet i 2008, og som fra 2018 er inkludert i HOD-bevilgningen over statsbudsjettet	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Regionalt helseforetak	Jeg ønsker mer utadrettet virksomhet fra AMA iform av samarbeid om kompetanseheving hos bedriftshelsetjenestene. Jeg ønsker også en sterkere markedsføring av hvilke funksjoner AMA har og hvilke	AMA

		hjelpetilbud de kan gi. Jeg ønsker dem mer "fremme i skoa", opplever dem som lite synlig.	
Bedriftshelsetjeneste	BHT	Denne kompetansen er viktig å inneha på regionalt nivå, da de er en stor samarbeidspartner til arbeidstilsynet og STAMI, som på hver sin måte bidrar til økt kompetanse og kompetanseutvikling til BHT og arbeidsgivere.	AMA
Sykehus	Regionalt helseforetak	Jeg mener at det er viktig å se på helhet og ikke glemme av at flere enheter som for eksempel AMA er en regional funksjon som bidrar til å øke kunnskapsnivået i foretakene slik at ansatte får en bedre arbeidshverdag som er helsefremmende og samtidig bidrar til å øke pasientsikkerheten. Kunnskapen er avgjørende for at vi skal utvikle oss som organisasjon og samtidig ivareta de viktigste ressursene vi har, nemlig de ansatte.	AMA
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Vi som bedriftshelsetjeneste benytter ukentlig AMA for råd og veiledning innen yrkeshygieniske spørsmål, smittevern og arbeidsmedisinske spørsmål inkludert får vi bistand og veiledning innenfor kartlegging av psykososialt arbeidsmiljø.  Vi har også brukt KORSN mye for veiledning rundt smittevern for ansatte.	AMA
Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Vi har benyttet toksikolog ved AMA flere ganger som bistand ved toksikologiske og miljømedisinske problemstillinger. Vi har benyttet lege ved AMA som bistand ved vurdering av helsekonsekvenser ved radioaktiv stråling. Dette har vært svært viktig for de problemstillinger vi har stått i der vi har søkt bistand.	AMA
Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	AMA kompetansesenter: De har hjulpet oss med risikovurderinger av miljøfaktorer, gjennomføring av målinger, risikokommunikasjon(media, berørte parter mv) og ellers bidratt med sin kompetanse i "små" og "større" saker som vi jobber med/forhold vi kommer borti i miljørettet helsevern. I mange tilfeller er det nødvendig for oss med mer spisset kunnskap om en miljøfaktor før vi kan fatte vedtak i en sak. I disse tilfellene har AMA vært uvurderlig. De er mer oppdatert på forskningen i ulike fagfelt enn det vi har muligheten til å være. Ettersom de er nær oss (og vi også treffer dem på kurs o.l. ) er det veldig enkelt og lav terskel for å ta kontakt med dem for å diskutere.  RAAO: Jeg er ikke veldig kjent med hvordan de jobber, men jeg ser for meg at det ville vært svært nyttig for oss om de hadde informasjonskampanjer rettet mot skoler og barnehager- da vi til stadighet får inn bekymringer fra ansatte/elever/foreldre angående	AMA



		astma, allergi, utslett osv. Vi møter enda på skoler og bhg som skal være såkalt parfymefrie, nøttefrie osv. Vi har fått rådgivning fra kompetansesenteret ved ett tilfelle, men kunne sikkert brukt de mer dersom vi hadde en bedre forståelse av hva vi evt kan "bruke de" til.	
Bedriftshelsetjeneste	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Viktig for utvikling av arbeidsmedisinsk kompetanse nord for Trøndelag.	AMA
Helse Nord RHF	Regionalt helseforetak	I en tid med svært stort press på den enkelte helsearbeider og på foretakene, har kompetansen til AMA spilt en vesentlig rolle for å ivareta personellet og til å hjelpe foretakene til å forberede seg. Hvert enkelt foretak sitter ikke på tilstrekkelig kompetanse selv, og har hatt nytte av bistand gjennom regionalt nettverksarbeid. Man ser at kompetansen kommer til anvendelse i arbeidet med ivaretagelse av eget personell i krise, i nærværarbeid, i lederopplæring med mer. Kompetansen til AMA tar lang tid å bygge opp, og den ansees som viktig for å bygge opp en solid og motstandsdyktig organisasjon. Vi anser det som svært viktig at AMA får tilskudd til å fortsette sitt viktige arbeid til beste for medarbeiderne og derved pasienter og pasientsikkerhet.	AMA
<b>Besvarelser i Questback-undersøkelse tilegnet pasienter/brukere</b>			
Hvilken gruppe tilhører du?		Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Test av forurensningsbeskyttelse		Arbeids og miljøteknisk avdeling. Vi har benyttet avdelingens tilbud for testing av åndedrettsmasker. Det har vært svært nyttig for oss å kunne ha tilgang på høy kompetanse og labutstyr for læring og utprøving av prototyper. Målet er å skape nye typer masker som forebygger og beskytter mot luftbårne allergener, støv, virus eller bakterier. Dette for å kunne på den ene side å kunne tilby allergikere, astmatikere og KOLS pasienter mer frihet til å bevege seg utendørs i perioder med mye allergener eller flytestøv i lufta til på den andre side kunne bidra til bedre beredskap mot nye virus- eller bakterieepidemier og kjernefysisk nedfall. Med andre ord bidra til forebygging av sykdom og økt livskvalitet noe som forhåpentligvis vil bidra til lavere behandlings- og medisineringsbehov.	

Arbeidstilsynet	Arbeidsmedisinsk avd. har antagelig landets beste kompetanse på bla åndedrettsvern og har bistått Arbeidstilsynet med denne kunnskapen i utarbeidelse av veiledningsmateriell om temaet. På grunn av sin kunnskap om åndedrettsvern og tetthetstesting av disse, deltok yrkeshygieniker Ann Helen Olsen også på Arbeidstilsynets forespørsel i møte med helsedirektoratet i planleggingen av framtidig beredskapslager for personlig verneutstyr (bla åndedrettsvern) for helsesektoren i landet.
Bedriftshelsetjeneste Nordland	Vi opplever AMA-UNN som et meget kompetent og aktivt senter for det forebyggende arbeidet som vi i bedriftshelsetjeneste driver på med. I tillegg fungerer AMA-UNN som andre-linje tjeneste for flere bedriftshelsetjenester i forbindelse med godkjenningsordningen for bedriftshelsetjenester og innehar dermed en viktig rolle som anerkjennes av Arbeidstilsynet. Vi mener at reduksjon av AMA-UNN sin funksjon derfor kan få store negative ringvirkninger for satsingen på det forebyggende arbeidet som er vårt hovedformål. Det vil i så fall være stikk i strid med satsingen som Staten nå legger opp til gjennom forslag til et nytt regelverk for bedriftshelsetjenester.

#### 8.1.3.5 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.
Pasienterfaring	Helt nødvendig med Astma og allergisenteret for å kunne drive trygg anestesi/operasjonsvirksomhet.
Pasienterfaring	Det er svært viktig å ha et regionalt kompetansesenter for arbeidsmedisinsk vurdering og behandling. Både som referanse for primærhelsetjenesten, og for rask vurdering i helseregionen uten å måtte motta samme hjelp utenfor helseregionen.
Pasienterfaring	Vært til utredning ved, samt at organisasjonen jeg jobber i benyttet AMA for å utrede mulig helseskadelig miljø på arbeidsplassen. Dersom AMA ikke hadde gjort de vurderinger de gjorde i min org., hadde det resultert i at ansatte fortsatte å bli syke pga psykiske og fysiske belastninger. En helt nødvendig regional funksjon for å ivareta og veilede pas og organisasjoner der arb.miljø er skadelig.

#### 8.1.4 Prosjektets vurdering

Dette er en funksjon som har eksistert i over 30 år og som har et ansvarsområde som spenner meget vidt (bedriftshelsetjeneste, primærhelse- og spesialisthelsetjeneste m.v.). Prosjektgruppen har ikke hatt deltakere fra primærhelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste og miljørettet helsevern, noe som vurderes som sentralt for å kunne gjennomgå og vurdere funksjonens kompleksitet i sin helhet.

Det er ingen tvil om at funksjonens oppdrag er sammensatt og kompleks. Spørsmålet for prosjektet er hvorvidt funksjonen fyller sitt regionale oppdrag (spesialist- og primærhelsetjeneste) og i tråd med mandat. Med bakgrunn i størrelsen på den særskilte finansieringen, mener prosjektet at det må rettes blikk mot hvordan funksjonen er fulgt opp av Helse Nord RHF og UNN i relasjon til opprinnelig mandat.

I sin virketid ser Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS) ved AMA, UNN ut til å ha utviklet seg til et omfattende kunnskapssenter for arbeid, miljø og helse i Nord-Norge. På bestilling fra Helse Nord RHF, har UNN ansvar for at funksjonen leverer i tråd med et regionalt oppdrag. Prosjektets initiale gjennomgang av skriftlig materiale samt vurderinger fra interessenter i primær- og spesialisthelsetjeneste, viser at funksjonen spiller en viktig rolle i regionen. Det er i prosjektgruppen imidlertid stilt noen spørsmål ved funksjonens omfang og leveranse på enkelte av de ansvarsområdene som beskrives av funksjonen. I følge funksjonen selv er kjennskapet til arbeids- og miljømedisin generelt sett for lav i landsdelens HF og øvrig helsevesen.

Prosjektet stiller spørsmål ved Helse Nord RHF's oppfølging av funksjonen, når det avdekkes at RHF'et ved tilfeldigheter under ulike omstendigheter de siste par årene er blitt klar over AMS' ressurser.

De konkrete ressurser/tjenester som AMS besitter, bør gjennomgås i en direkte dialog mellom UNN og Helse Nord RHF med tanke på oppdragets omfang/proporsjoner, finansiering og regional utbredelse av tjenestetilbudet. Resultatet av dette kan for eksempel avspeiles i oppdragsdokument til UNN samt i mer konkrete tiltak i UNNs dialogavtale med AMS.

Finansieringen av AMS bør sammenlignes med øvrige regionale helseforetaks finansiering av samme type funksjon. Det bør også vurderes om noen av tjenestene som leveres av AMS, er dekket gjennom øvrige komponenter i inntektsfordelingsmodellen.

Konserntillitsvalgte i prosjektgruppen stiller seg ikke bak at omfang og nivået på finansieringen bør fastsettes etter en dialogbasert gjennomgang.

### 8.1.5 Prosjektets anbefaling

#### DISSENS

1. Funksjonen videreføres. Omfang og nivået på finansieringen bør fastsettes etter en dialogbasert gjennomgang.
2. Konserntillitsvalgte mener at funksjonen skal videreføres som i dag. Konserntillitsvalgte forutsetter at funksjonen følges opp av Helse Nord RHF.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) på prosjektets vurdering.

## 8.2 Kompetansesenter for arvelig kreft – KAK – UNN

### 8.2.1 Historikk og status

Funksjonen er lovfestet i Bioteknologiloven (1. januar 2004).

Medisinsk genetisk avdeling mottok fra ca. 1999 særskilt finansiering i 4 år til oppstart av et tilbud innen arvelig kreft. Etter de 4 første årene har disse midlene inngått i helseforetakets bevilgninger, og det ytes ingen særskilt finansiering til tjenesten.

[Kompetansesenter for arvelig kreft](#) (KAK) har ansvar for opplæring av pasienter, pårørende og helsepersonell. Videre har KAK ansvar for veiledning og utredning av pasienter og familier i forbindelse med mistanke om arvelig kreft. Forskning, kvalitetssikring og evaluering av virksomheten er også en naturlig del av kompetansesenterets oppgaver i tillegg til opplæring av helsepersonell i hele regionen.

KAK har opprinnelig hatt ambulerende poliklinisk virksomhet i Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. I Tilbakemelding fra funksjonen på prosjektets historikkapittel, fremgår det at den polikliniske virksomheten i Bodø opphørte for ca 1 år siden da Nordlandssykehuset i Bodø ikke lenger hadde anledning til å dekke utgiftene.

Pasienter kan henvise seg selv eller bli henvist av lege til KAK.

### 8.2.2 Egenvurdering

#### 8.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

#### 8.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Helse Nord RHF ba i styresak 117-2021:

1. Styret ber administrerende direktør om at nødvendige prioriteringer og investeringer for persontilpasset medisin må tas inn i budsjettarbeidet i årene framover.
2. Styret støtter at det opprettes et senter for persontilpasset medisin ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Ressursbehovet til senteret bes ses i sammenheng med Senter for pasientnær kunstig intelligens, for fellesfunksjoner og synergieffekter.

Behovet for KAK kan sees i sammenheng med etablering av persontilpasset medisin hvor det i stor grad gjøres genetiske analyser i kreftsvulstvev som igjen genererer et økt behov for utredning, veiledning og opplæring av pasienter og helsepersonell for betydningen av funnene som gjøres som ledd i kreftutredningen. Kompetansen i KAK er her svært viktig. Kan dette ivaretas som del av satsningen på persontilpasset medisin i Helse Nord?

UNN vurderer at den regionale funksjonen bør videreføres, men at form og organisering på tjenesten kan vurderes.

## 8.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 8.2.3.1 Finnmarkssykehuset

Ingen vurdering

### 8.2.3.2 Nordlandssykehuset HF

Behandlingsdelen av KAK er godt kjent ved det onkologiske fagmiljøet i Nordlandssykehuset HF og benyttes til flere grupper innenfor kreftområdet. Fagmiljøet hos oss opplever å få god hjelp fra tjenesten og er tilfreds med at også genetisk veiledning kan tilbys poliklinisk i Bodø, for de pasientene som er i behov av det. Slik tjenesten beskriver seg selv er den et kompetansesenter og ikke en kompetansetjeneste. Når det gjelder opplæring av helsepersonell og arbeidet med forskning/kvalitetssikring er dette lite kjent i Nordlandssykehuset. KAK bør derfor styrke informasjonen om tjenesten og formidlingen av det tjenesten gjør. Nordlandssykehuset vurderer at behandlingstjenesten i KAK videreføres i sin nåværende form, men arbeidet med å gjøre øvrig innhold i kompetansesenteret kjent, styrkes.

### 8.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Pasienter og pårørende informeres om at de kan ta kontakt med Kompetansesenteret for arvelig kreft på UNN, de vil få tilbud om time i Helgelandssykehuset, ved Nordlandssykehuset eller UNN. Kompetansesentret har poliklinisk tilbud i Helgelandssykehuset ca. hver annen måned. Fagtilbudet benyttes av pasienter fra Helgeland. Bør videreføres i dagens form.

## 8.2.4 Prosjektets vurdering

Det har etter nærmere gjennomgang vist seg at funksjonen ikke er særskilt finansiert fra Helse Nord RHF. KAK er et regionalt kompetansesenter og en del av det regionale tilbudet som den høyspesialiserte medisinsk-genetiske avdelingen ved UNN har.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) på prosjektets vurdering.

## 8.3 Kompetansesenter for diagnostisk fysikk – UNN

### 8.3.1 Historikk og status

Tjenesten er lovpålagt. Den ble etablert av Helse Nord i juni 2008 (styresak 63-2008) og opprettet for at alle sykehus i regionen skal ha tilgang på fysikertjenester slik det er beskrevet i Strålevernforskriftens § 50 (FOR-2016-12-16-1659). Tjenesten arbeider med spesifikke oppdrag beskrevet i samme forskrift (særskilt §§ 40, 53), og bistår Strålevernkoordinatorer i deres arbeid (§ 17)

Kontrakter med helseforetakene beskriver oppgavene som tilfaller tjenesten, disse justeres etter det enkelte sykehus' meldte behov.

Funksjonen har ingen særskilt finansiering. Helseforetakene faktureres for de tjenester som benyttes.

### 8.3.2 Egenvurdering

#### 8.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

[Årsrapport](#)

#### 8.3.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Kompetansetjenesten er avgjørende for å ivareta lovkrav i Strålevernforskriften §50 ved alle sykehus i Helse Nord:

«I virksomheter som benytter medisinsk strålebruk som krever godkjenning etter [§ 9](#), skal det inngå realfaglig personell på masternivå med realkompetanse i den aktuelle disiplinen av medisinsk fysikk. Virksomheten skal dokumentere ansvar og arbeidsoppgaver. Antall fysikere og arbeidsoppgaver skal være tilpasset virksomhetens omfang og kompleksitet. Faglig ansvarlig fysiker skal ha ytterligere to års klinisk erfaring.»

Tjenesten er svært viktig og sterkt etterspurt. Dersom hvert foretak skal ivareta oppgaven alene vil dette medføre mindre robuste fagmiljø og trolig fordyre tjenesten. UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 8.3.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 8.3.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF opplever å ha god nytte av tjenesten. Vi kan ikke se for oss at vi vil være i stand til selv å bygge et fagmiljø som kan ivareta kravene i loven.

FIN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 8.3.3.2 Nordlandssykehuset HF

Tjenesten er en viktig bidragsyter til Nordlandssykehuset HF's arbeid innen strålevern. Gjennom bruk av kompetansetjeneste for diagnostisk fysikk har avdelingen fått på plass gode rutiner for optimalisering av undersøkelsesprotokoller med tanke på bildekvalitet til det beste for pasienten. Uten denne tilgangen på kvalifisert personell vil vi få store utfordringer med å gjennomføre optimaliseringsarbeid og kvalitetskontroller på en god og systematisk måte. Fysikertjenesten bidrar også inn i ulike anskaffelser prosesser vedrørende bildedannende utstyr. Vi erfarer at å ha personell fysisk tilgjengelig har stor verdi i arbeidet med strålevern og kvalitet. Samtidig ser man at det å samle flere fysikere ved et arbeidssted slik som nå er positivt for samhandlingen. Nordlandssykehuset HF anbefaler derfor at tjenesten videreføres i dagens form.

### 8.3.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK har god nytte av tjenesten. Videreføres i sin nåværende form

## 8.3.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen er ikke særskilt finansiert fra Helse Nord RHF. Helseforetakene faktureres for de tjenester som benyttes.

Kompetansetjenesten er avgjørende for å ivareta lovkrav i Strålevernforskriften §50 ved alle sykehus i Helse Nord. Tjenesten er svært viktig og sterkt etterspurt. Dersom hvert foretak skal ivareta oppgaven alene vil dette medføre mindre robuste fagmiljø og trolig fordyre tjenesten.

## 8.4 Kompetansesenter i smittevern KORSN – UNN

KORSN har levert egen vurdering av smittevernssenteret som helhet, der funksjonene Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) og Tuberkulosekontrollprogram-UNN inngår. De to sistnevnte funksjonene er i rapporten presentert i egne kapitler. Elementer fra den samlede egen vurderingen vil bli hentet inn til disse kapitlene.

«Antibiotikasenter» som opprinnelig var en av funksjonene som skulle vurderes, er tatt ut av prosjektet. Gjelder Nasjonal kompetansetjeneste for påvisning av antibiotikaresistens (K-res).

### 8.4.1 Historikk og status

Ifølge Smittevernloven §7-3 skal det regionale helseforetaket sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern. Smittevernloven beskriver videre at det regionale helseforetaket skal utarbeide en plan om det regionale helseforetakets tiltak og tjenester for å forebygge smittsomme sykdommer eller motvirke at de blir overført. Det gjøres gjennom blant annet Helse Nords smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram og helseforetakenes infeksjonskontrollprogram (IKP).

Smittevernforskriftens kap 3. §3-1 presiserer oppgavene til det regionale helseforetaket, herunder å ha et senter for smittevern i helsetjenesten som skal være kompetansesenter for helseregionen. Kompetansesenteret skal i tillegg:

- samordne smittevernarbeidet, stimulere til aktivitet og fremme fagutvikling i det regionale helseforetakets helseinstitusjoner og
- yte sakkyndig hjelp til andre helseinstitusjoner i det regionale helseforetaket, herunder smittevernrådgivning, overvåking, kompetansehevede tiltak for personell, forskning og oppklaring av utbrudd i samarbeid med Folkehelseinstituttet.

KORSN ble etablert i 2005 med ansettelse av *regional smittevernoverlege* og *regional smittevernsykepleier*.

#### **Regional TB-koordinator**

Opprettet i 2007 som 50% prosjektleder innen tuberkulose-kontroll. Etablert som fast 50% stilling i 2009 (vedtatt i styremøte i Helse Nord RHF 18.06.2008).

I *forskrift om tuberkulosekontroll* § 4-3 tredje ledd står det at det regionale helseforetaket skal sørge for at det utpekes nødvendige tuberkulosekoordinatorer som skal utføre oppgaver som nevnt i §4-4 og utarbeide instruksjoner for tuberkulosekoordinators ansvar og oppgaver som skal inngå som en del av det regionale tuberkulosekontrollprogrammet. I Helse Nord er dette ivare tatt ved stedlige tuberkulosekoordinatorer (i ulike stillingsbrøker) i alle helseforetakene som behandler tuberkulose samt 50% regional tuberkulosekoordinator, ref «Tuberkulosekontrollprogram 2016-2020 Helse Nord kapittel 2.

#### **Regional antibiotikafarmasøyt**



Regjeringens «Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020» og «Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten 2016-2020» påpeker behovet for at arbeidet mot antibiotikaresistens må prioriteres høyere.

Det pågår høsten 2022 et arbeid med å utarbeide regional smittevernsstrategi. Arbeidet ledes av HN RHF der KORSN er sentral deltaker i arbeidet.

Særskilt finansiert i inntektsmodellen for somatikk 2022 – *Regionale funksjoner*: 7,653 mill.

## 8.4.2 Egenvurdering

### 8.4.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Årsrapport](#)

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

### 8.4.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Svært viktig tjeneste som var avgjørende under pandemien. Smittevernloven §7-3 tredje ledd angir at: «Det regionale helseforetaket skal sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern i helsetjenesten. Departementet kan i forskrift gi bestemmelser om senterets oppgaver.»

Pandemien har vist at det er behov for et sterkt kompetansesenter i smittevern i regionen og dette bør styrkes. UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

## 8.4.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 8.4.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF vurderer at KORSNs eksistens er avgjørende for å samle retning samt å bidra til kompetanseheving innen hele smittevernmiljøet i regionen og derved også FIN HF. FINs smittevernmiljø er marginalt, samt at FIN ikke har egen infeksjonsmedisiner og /eller mikrobiolog, og KORSNs faglige bistand og støtte til sykehusinterne hygiene sykepleiere og smittevernleger er avgjørende for å holde smitteverngruppen oppdatert, samt avgjørende ved behov for bistand i kompliserte smittevern kasuser og smitteoppsporinger. Finnmarkssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 8.4.3.2 Nordlandssykehuset HF

I Nordlandssykehuset HF oppfattes KORSN til å være en viktig tjeneste som har vært spesielt synlig under pandemien men også nå under det nasjonale utbruddet med Pseudomonas. Fagmiljøene innenfor mikrobiologi, infeksjonsmedisin og smittevern har stadig kontakt med KORSN grunnet ulike problemstillinger og behov for samordning. Vi

erfarer at de bidrar til god koordinering regionalt og som en videreformidler nasjonalt. Nordlandssykehuset HF anbefaler derfor at KORSN videreføres i nåværende form.

#### 8.4.3.3 Helgelandssykehuset

Kompetansesenteret tilrettelegger for faglig diskusjon på tvers av foretakene og kompetansedeling mellom smittevernpersonell. Videreformidling fra nasjonale råd og publikasjoner. Ivaretar veiledning på systemnivå og mindre i individsaker. Koordinerer tiltak i forbindelse med utbruddshåndtering, f.eks. pseudomonasutbrudd. Bidrar også til generell rådgivning, men ikke tilstrekkelig samordning og beslutninger. Sørger for videreformidling av sentrale råd og veiledere.

Når det gjelder smittevern, ikke konkrete målbare resultater, men vår vurdering er at regional samordning f.eks. gjennom pandemien har bidratt til bedre totalt resultat i HF-et og dermed for pasientbehandlingen under pandemien.

Ikke konkrete målbare enkeltresultater på antibiotikabruk, men dokumentert at det iverksettes kvalitetsarbeid på bakgrunn av initiativ/opplæring fra KORSN, samt oppfølging.

Det er behov for at KORSN har fremtredende funksjon i beredskapsorganisasjonen.

Bør ha et tydeligere mandat for samordning av retningslinjer, bidra til forskning på smittevernfeltet og inkludere hele fagmiljøet i regionen i relevante prosjekt.

Bør ha mer fokus på tilgjengelige retningslinjer/brukervennlige nettsider for smittevernpersonell i hele regionen (f.eks. i retning av Smittevern for kommunehelsetjenesten)

Bør styrke systematisk undervisningsbasert kompetansedeling ut mot smittevernpersonell i HF-ene og ha sterkere fokus på kvalitetsforbedring og systematisk forbedringsarbeid. Under pandemien var dette mer tydelig enn i normaltid.

Antibiotika: Bør videreføres i samme form som nå.

#### 8.4.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Qestback)

Pleie og omsorg	Finnmarks sykehuset	Smitte: De siste år har vi hatt tett kontakt med smittevernspsykepleier fra Finnmarkssykehuset HF, vi er med i KORSN-prosjekt, og ser frem til mer samarbeid. Har før pandemi hatt årlige tilbud om tilsyn/undervisning hva gjelder smitte.	KORSN
-----------------	---------------------	---	-------

#### 8.4.4 Prosjektets vurdering

Helse Nord RHF er gjennom smittevernloven pålagt å sørge for at det finnes et regionalt kompetansesenter i smittevern. KORSN har eksistert i 17 år og ansvarsområdet for tjenesten er beskrevet i Helse Nord's smittevernplan og tuberkulosekontrollprogram.

Tjenesten foretar i stor grad regional kompetansespredning, rådgivning og veiledning og har høy beredskap for unngåelse av smittespredning ved infeksjonsutbrudd. Dette ble svært tydelig under Covid-19-pandemien. Gjennom smittevernsbistand, tuberkulosekontroll og veiledning i antibiotikastyring, bidrar tjenesten til forebyggende og helsefremmende arbeid både i spesialist- og primærhelsetjenesten.

#### 8.4.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

## 8.5 Kompetansesenter rus, Nord-Norge (KORUS-Nord) – UNN

### 8.5.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert i 1995. I kjølvannet av Sosialdepartementets st.meld. NR. 69 (1991-92) «Tiltak for rusmisbrukere», ble det etablert sju regionale kompetansesentre på rusområdet – KORUS - i Norge.

Tjenesten har som overordnet samfunnsoppdrag å bidra til økt kompetanse hos forebyggende virksomhet i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Hovedmålgruppen for arbeidet er kommunalt ansatte, også i andre sektorer enn helsetjenesten.

KORUS-Nord er direktefinansiert fra Helsedirektoratet og har ingen særskilt finansiering fra Hese Nord RHF. Virksomheten rapporteres i [årlige rapporter](#).

### 8.5.2 Egenvurdering

#### 8.5.2.1.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 8.5.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

KORUS Nord arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet. Kompetansesenteret skal bidra til å styrke kunnskap og kompetanse på rusfeltet. KORUS Nord har som overordnet samfunnsoppdrag å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten på tjenestene og den forebyggende virksomheten i kommunene. De tilbyr kompetanseheving og veiledning innen rusforebygging, tidlig innsats, skadereduksjon, oppfølging og behandling. KORUS jobber ut mot primærhelsetjenesten og andre kommunale sektorer for å bidra til å iverksette nasjonale føringer på rusområdet. KORUS har også oppgaver rettet mot spesialisthelsetjenesten.

### 8.5.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 8.5.3.1 Finnmarkssykehuset

Ingen vurdering.

#### 8.5.3.2 Nordlandssykehuset HF

KORUS er den eneste regionale funksjonen som arbeider med rusfeltet, et felt som er stort og under kontinuerlig utvikling. I utgangspunktet skal kompetansesenteret styrke kunnskap og kompetanse innenfor rusfeltet. Vi erfarer imidlertid at fokuset i stort er rettet mot den kommunale helsetjenesten og at formålet ikke bygges opp under. Som eneste kompetansesenter innen rus i nord er det ønskelig med videreføring av funksjonen, under forutsetning av et tydeligere mandat, og fokus og mål om kunnskapsformidling og kompetanseheving rettet mot sykehusene og pasientbehandling.

### 8.5.3.3 Helgelandssykehuset

Dette er hovedsakelig en tjeneste for kommunalt nivå, og brukes i mindre grad av spesialisthelsetjenesten. En ser likevel at spesialisthelsetjenesten nyter godt av at kommunene kan få kompetanseheving gjennom KORUS og legge til rette for fagutvikling.

### 8.5.4 Prosjektets vurdering

KORUS Nord er direktefinansiert fra Helsedirektoratet og har ingen særskilt finansiering fra Helse Nord RHF.

Funksjonen har som overordnet samfunnsoppdrag å bidra til økt kompetanse hos forebyggende virksomhet i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Hovedmålgruppen for arbeidet er kommunalt ansatte, også i andre sektorer enn helsetjenesten.

Tilbakemeldinger fra helseforetakene er at det er ønskelig med et tydeligere mandat med fokus på kunnskapsformidling og kompetanseheving rettet mot sykehusene og pasientbehandling. Funksjonen påpeker i sin tilbakemelding at spesialisthelsetjenesten er nevnt som sekundærmålgruppe for KORUS, men at de aller fleste konkrete oppgavene som tilskuddsbrevet består av er rettet mot kommunene. En dreining mot mer fokus på spesialisthelsetjenesten må i så fall komme fra Helsedirektoratet i form av konkrete oppgaver.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 8.6 Prostatasenter – UNN

### 8.6.1 Historikk og status

I [statsbudsjettet 2014](#) beskrives formålet med prostatasentre som flg:

«Det skal opprettes tverrfaglige prostatasentre for god og effektiv utredning av pasienter med prostatakraft i alle helseregioner».....«Prostatakraft utgjør 25 pst. av alle krefttilfellene hos menn, og er den vanligste kreftformen blant menn. Prostatasentre vil kunne gi pasienter med symptomer på prostatakraft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og sette pasienten i stand til å ta informerte valg».

Helse Nord ble i 2014 tildelt midler fra HOD til etablering av prostatasenter i regionen. Beløpet ble fordelt mellom til Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF. Begge helseforetak skulle opprette sentre i tråd med tiltak i regional kreftplan.

Fra oppdragsdokument 2014 (HN RHF til helseforetakene):

UNN HF: Etablere et prostatasenter. *Samarbeide med NLSH HF* som skal opprette et tilsvarende senter.

Formål og organiseringsform for prostatasentrene i Helse Nord, fremgår ikke av oppdragsdokumentet eller tilhørende saksdokumenter. Men siden funksjonsfordeling av kurativ prostatakraftkirurgi var etablert i Helse Nord lenge før 2014 (kun utførelse ved UNN og NLSH), må det forstås slik at begrunnelsen for tildeling av særskilte midler var igangsetting av tiltak utover det allerede etablerte (utredning og kirurgisk behandling). Og det er da nærliggende å forstå at prostatasenterets oppdrag skulle være kvalitetsheving av det allerede etablerte samt effektivisering av forløp.

Prostatasenteret i UNN ble etablert i 2015. Senteret har ansatt studiesykepleier i 50% stilling for utvikling og oppfølging av kvalitetsregistrering samt koordinator som bistår mot pasienter, primærhelsetjeneste, eksterne utredningsenheter og samarbeidende foretak.

Prostatasenteret i UNN arbeider aktivt med fremtidig forbedring og effektivisering i utredningen av prostatakraft ([vedlegg 3](#)).

UNN har øremerket tildelte midler fra Helse Nord RHF til bruk for senteret.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 3,225 mill

### 8.6.2 Egenvurdering

#### 8.6.2.1 Egenvurdering fra tjeneste

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

### 8.6.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Det er et krav fra HOD til Helse Nord RHF i Oppdragsdokumentet 2014 at Helse Nord skal ha minst ett prostatasenter. Målet med sentrene jf. Statsbudsjettet er å legge til rette for at pasienter med symptomer på prostatakraft kan få en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og settes i stand til å ta informerte valg.

Prostatakraft er en tilstand som i dag utredes og behandles ved alle sykehusene i Helse Nord (medikamentell behandling foregår ved alle sykehus, kirurgi er i dag sentralisert til UNN og NLSH og kurativ stråling til UNN). Andelen pakkeforløp prostatakraft innen standardisert forløpstid er lavere i Helse Nord enn i andre helseregioner. Det er utfordringer med overganger i pakkeforløp mellom sykehusforetakene. Organiseringen med senter avviker i forhold til andre kreftsykdommer.

Vedrørende videreføring i annen form:

Det er i dag ikke god nok måloppnåelse for det sentrene skal oppnå. Det gjelder spesielt på tvers av sykehusforetakene. Hvordan kan vi bedre måloppnåelsen?

UNN vurderer at tjenesten bør videreføres.

## 8.6.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 8.6.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Prostatasenteret på UNN arbeider på overordnet nivå for å overvåke og følge med at/om gjeldende retningslinjer følges og hvordan vi skårer på kvalitetsregistre. Det er i motsetning til NLSHs prostatasenter ikke et behandlingssenter. Finnmarkssykehuset HF har store problemer med å oppnå kravene for pakkeforløp prostata, men ser at vi likevel har gode resultater for harde endemål slik de framkommer i Kreftregisterets årsrapporter. Finnmarkssykehuset mener at tjenesten bør videreføres. Samarbeidet mellom prostatasenteret og Finnmarkssykehuset må intensiveres med det formål å bedre kvalitetsdata fra FIN, særlig innen prostatakraft.

### 8.6.3.2 Nordlandssykehuset HF

Prostatasenteret på UNN er et av to regionale prostatasenter, opprettet av Helse Nord etter oppdrag fra HOD gjennom oppdragsdokumentet 2014. Formålet med de to sentrene er at pasienter med symptomer på prostatakraft kan få en rask diagnostikk og behandling og oppfølging, inkludert god informasjon og mulighet for medvirkning. Nordlandssykehuset HF vurderer at det fortsatt er behov for to prostatasenter i Helse Nord, men at samhandlingen mellom dem kan styrkes. Nordlandssykehuset HF anbefaler at tjenesten videreføres.

### 8.6.3.3 Helgelandssykehuset

Prostatasener på UNN og NLSH bør fungere på samme måte og ta ansvar for hele behandlingsskjeden, inkl. robotkirurgi. HSYK utfører nå selv utredning (fusjonsbiopsier) av sine prostatapasienter. HSYK foreslår at prostatakraft finansieres som andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.

#### 8.6.4 Prosjektets vurdering

Prostatasenteret skal dekke UNN og Finnmarkssykehusets opptaksområde. Andelen pakkeforløp for prostatakraft gjennomført innen standard forløpstid har over tid vært under styringsmålet (70%) i Helse Nord ([Styringsportal](#)).

Selv om resultatene av behandlingen i stort er gode, målt etter nasjonale kvalitetsindikatorer (Kreftregisteret), må andelen innenfor standard forløpstid økes.

Resultatene av behandlingen viser seg likevel å være gode (Kreftregisteret).

Det er likevel grunn til å ta den den lave måloppnåelsen for pakkeforløp prostatakraft gjennomført innen standard forløpstid ad notam.

UNN startet i januar-2014 kartlegging av behov for samhandlings- og utredningsressurser som måtte etableres for å kunne oppfylle målet med et prostatasenter ([vedlegg 1](#)). Etter dette (nov-2015) ble det laget plan for senteret som omtaler ledelse, styringsgruppe, målsetting, arbeidsform og økonomi ([vedlegg 2](#)). Dette tyder på at intensjonen med senteret tidlig ble realitetsbehandlet, men det bemerkes at ansvaret for Finnmarkssykehusets opptaksområde ikke nevnes i disse dokumentene. Egenvurderingen inkluderer imidlertid ansvaret for Finnmarkssykehuset og beskriver kompetansespredning både i spesialist- og primærhelsetjeneste, tiltak for optimalisering av behandlingsforløp samt implementering av nye, anbefalte utredningsteknikker.

Formålet med oppdraget fra HOD var forbedring av prostatakraftomsorgen. Informasjon til pasienter om videre oppfølging og behandling samt det å sette pasienten i stand til å ta informerte valg, er spesielt løftet frem i formålsbeskrivelsen. I dokumentasjonen til prostatasenteret ved UNN, er pasientperspektivet tatt med. Selv om resultater av behandling scorer høyt i UNN, er forventet måloppnåelse for prostatasenteret etter 7-8 års eksistens for lav dersom man bruker måloppnåelse for pakkeforløp som målestokk.

Når det gjelder bedring av kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter med prostatakraft, er det usikkert hvilken betydning satsningen fra 2014 har hatt.

Finnmarkssykehuset sier i sin vurdering av prostatasenteret at samarbeidet mellom prostatasenteret og Finnmarkssykehuset må intensiveres.

I sin tilbakemelding til prosjektet sier leder ved prostatasenteret-UNN følgende:

Prostataomsorgens kvalitet ved UNN, dokumentert årlig gjennom Kvalitetsregisteret (Kreftregisteret) holder høyeste nasjonale standard. Det er min oppfatning at dette i betydelig grad kan tilskrives det handlingsrommet etablering av prostatasenter i UNN har gitt oss.

- På bakgrunn av høy forløpstid og innspill fra Finnmarkssykehuset må Prostatasenter UNN se nærmere på:
  - o hvordan samarbeidet mellom HFene i opptaksområdet kan forbedres på området



- hvor de mest alvorlige «flaskehalsene» for effektive forløp ligger og iverksette tiltak.
- Helse Nord RHF bør definere målene for et prostatasenter og gi et klart mandat.
- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med Nordlandssykehuset i etablering av senteret, synes ikke oppfylt. Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.

### 8.6.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå. Ny vurdering av senterets måloppnåelse foretas i 2025. I denne vurderingen bør det sees på om finansieringen av prostatakraft (inklusive proststasentrenes funksjon) bør bygges på samme modell som for andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.

I nær fremtid:

- Helse Nord RHF må definere målene for et prostatasenter og gi et klart mandat.
- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med Nordlandssykehuset i etablering av senteret, synes ikke oppfylt. Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.

[Tilbakemelding fra tjeneste](#) etter prosjektets vurdering.

## 8.7 Prostatasenter - Nordlandssykehuset HF

### 8.7.1 Historikk og status

I [statsbudsjettet 2014](#), beskrives formålet med prostatasentre som flg:

«Det skal opprettes tverrfaglige prostatasentre for god og effektiv utredning av pasienter med prostatakraft i alle helseregioner».....«Prostatakraft utgjør 25 pst. av alle krefttilfellene hos menn, og er den vanligste kreftformen blant menn. Prostatasentre vil kunne gi pasienter med symptomer på prostatakraft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling, og sette pasienten i stand til å ta informerte valg».

Helse Nord ble i 2014 tildelt midler fra HOD til etablering av prostatasenter i regionen. Beløpet ble fordelt mellom til Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF. Begge helseforetak skulle opprette sentre i tråd med tiltak i regional kreftplan.

Fra oppdragsdokument 2014 (HN RHF til helseforetakene):

Nordlandssykehuset HF: Etablere et prostatasenter. *Samarbeide med UNN HF* som skal opprette et tilsvarende senter.

Formål og organiseringsform for prostatasentrene i Helse Nord, fremgår ikke av oppdragsdokumentet eller tilhørende saksdokumenter. Men siden funksjonsfordeling av kurativ prostatakraftkirurgi var etablert i Helse Nord lenge før 2014 (kun utførelse ved UNN og NLSH), må det forstås slik at begrunnelsen for tildeling av særskilte midler var igangsetting av tiltak utover det allerede etablerte (utredning og kirurgisk behandling). Og det er da nærliggende å forstå at prostatasenterets oppdrag skulle være kvalitetsheving av det allerede etablerte samt effektivisering av forløp.

Prostatasenteret i Nordlandssykehuset ble etablert i 2016. Senteret har tilknyttet en kreftkoordinator som følger opp og koordinerer tjenester mellom oppmøtene i sykehuset.

Særskilt finansiering år 2022 i inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 3,261 mill

### 8.7.2 Egenvurdering

#### 8.7.2.1 Egenvurdering fra tjeneste

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

#### 8.7.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Prostatasenteret i Nordlandssykehuset HF driver utredning og behandling av pasienter med prostatakraft for Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehusets nedslagsfelt.

Funksjonen er spesielt viktig for gjennomføring av pakkeforløp for prostatakraft og kan vise til gode kvalitetsdata dokumentert gjennom Kreftregisteret for prostata. Det er forventet at antall personer med prostatakraft vil øke, pga. økende levealder.

Funksjonen kan ikke ha en annen form, og ved avvikling måtte funksjonen overføres til UNN. Det vil medføre et betydelig ressurspåslag både av personell og økonomi, ved at alle pasientene i NLSH og HSYK måtte utredes og behandles ved UNN, Tromsø.

Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 8.7.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 8.7.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Tjenesten er beskrevet svært forskjellig fra senteret på UNN. På UNN består arbeidet i en mer av overordnet overvåking der senteret følger med at/om gjeldende retningslinjer følges og hvordan helsetjenesten skårer på kvalitetsregistre. Slik NLSHs prostatasenter er beskrevet er dette en rein behandlingstjeneste for Nordland og Helgeland. Vi ser ingen grunn til at den skal ha en regional finansiering.

Finnmarkssykehuset HF vurderer derfor at funksjonen videreføres i NLSH som en behandlingstjeneste, men regional finansiering avsluttes.

#### 8.7.3.2 Universitetssykehuset Nord-Norge HF

UNN viser til at funksjonsfordeling av kreftbehandling vurderes i arbeidet med regional kreftplan og ikke inngår i vurderingene av regionale funksjoner med særskilt finansiering. Det er fornuftig å ha en helhetlig tilnærming til diagnostikk og behandling av prostatakraft. Sentrene bør videreføres.

Hvorvidt diagnostikk og behandling av prostatakraft som eneste kreftform skal organiseres som sentre med særskilt finansiering er et viktig prinsipielt spørsmål som styringsgruppen kan ta stilling til.

Styringsgruppen kan vurdere om finansieringen av disse skal harmoniseres med finansieringen av andre kreftformer. Fjerning av særskilt finansiering vil ikke endre funksjonsfordelingen i Helse Nord.

Det er mulig at innholdet i prostatasentrene bør harmoniseres i Helse Nord? Her kan det sees hen til innhold i prostatasentre i andre helseregioner.

#### 8.7.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK utfører per i dag større del av utredning enn NLSH, og bør dermed inngå i en særskilt finansiering dersom slik finansiering skal opprettholdes. Det er pr i dag et mer komplett utredningstilbud i HSYK (fusjonsbiopsier)

Prostatasener på UNN og NLSH bør fungere på samme måte og ta ansvar for hele behandlingsskjeden, inkl. robotkirurgi. HSYK utfører nå selv utredning (fusjonsbiopsier) av sine prostatapasienter. HSYK foreslår at prostatakraft finansieres som andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.

#### 8.7.4 Prosjektets vurdering

Prostatasenteret skal dekke Nordlands- og Helgelandssykehusets opptaksområde. Andelen pakkeforløp for prostatakraft gjennomført innen standard forløpstid har over tid vært under styringsmålet (70%) i Helse Nord ([Styringsportal](#)).

Selv om resultatene av behandlingen i stort er gode, målt etter nasjonale kvalitetsindikatorer (Kreftregisteret), må andelen innenfor standard forløpstid økes.

Nordlandssykehuset utarbeidet i juni-2015 en [rapport](#) som beskriver prostatasenterets oppdrag, organisatorisk oppbygging, pasientforløp og samarbeid med andre klinikker. Helgelandssykehuset er inkludert i den organisatoriske skissen. Dette tyder på at intensjonen med senteret og tilhørende ekstra bevilgning tidlig ble realitetsbehandlet. Det er imidlertid ingen beskrivelser i rapporten som omtaler samarbeid, kommunikasjon og kompetansespredning rettet mot primærhelsetjeneste og pasienter.

Formålet med oppdraget fra HOD var forbedring av prostatakraftomsorgen. Informasjon til pasienter om videre oppfølging og behandling samt det å sette pasienten i stand til å ta informerte valg, er spesielt løftet frem i formålsbeskrivelsen. Det er vanskelig ut fra egenvurderingen å få et bilde på hvordan Nordlandssykehuset har fokus på det særskilt finansierte oppdraget, da det altoverveiende fokuset i egenvurderingen ligger på den kirurgiske behandlingen som foregår i Nordlandssykehuset Bodø. Selv om resultater av behandling scorer høyt i Nordlandssykehuset, er forventet måloppnåelse for prostatasenteret etter 6-7 års eksistens for lav dersom man bruker måloppnåelse for pakkeforløp som målestokk.

Når det gjelder bedring av kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter med prostatakraft, er det usikkert hvilken betydning satsningen fra 2014 har hatt.

Det er utfra Helgelandssykehusets vurdering vanskelig å få et klart bilde av hvilken betydning prostatasenteret har hatt med tanke på forbedring av prostataomsorgen i deres opptaksområde.

- Prosjektet vurderer det som nødvendig at Prostatasenteret i Nordlandssykehuset ser nøyere på:
  - o intensjonen med de særskilt tildelte midlene fra 2014. Samarbeidet med Helgelandssykehuset må settes på agendaen.
  - o hvor de mest alvorlige «flaskehalsene» for effektive forløp ligger og iverksette tiltak.
- Helse Nord RHF bør definere målene i et prostatasenter og gi et klart mandat
- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med UNN i etablering av senteret, synes ikke oppfylt. Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.

### 8.7.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå. Ny vurdering av senterets måloppnåelse foretas i 2025. I denne vurderingen bør det sees på om finansieringen av prostatakraft (inklusive prostatasentrenes funksjon) bør bygges på samme modell som for andre kreftformer ut fra funksjonsfordeling.

I nær fremtid:

- Helse Nord RHF må definere målene for et prostatasenter og gi et klart mandat.
- Kravet i oppdragsdokument fra Helse Nord RHF om samarbeid med UNN i etablering av senteret, synes ikke oppfylt. Prostatasentrenes arbeidsform bør harmoniseres i Helse Nord.

## 8.8 Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering Helse Nord (RegUt) – UNN

### 8.8.1 Historikk og status

Første budsjettår var 2017 med tildeling fra RHF'et. Leder ble tilsatt mars 2017, samtidig som forskriften trådte i kraft.

RegUt HN ble etablert begrunnet i [Spesialistforskriftens §4 bokstav d](#)) som sier at det skal opprettes regionale utdanningsentra som skal ha ansvar for å utvikle og gjennomføre læringsaktiviteter.

I rundskrivet til forskriften, er det presisert at senteret skal legges til regionsykehuset.

Det er 4 RegUt i Norge og disse har tett samarbeid. De har også [felles mandat og arbeidsrutiner](#).

Innenfor felles mandat, jobber de 4 enhetene noe ulikt og har ulik styring og oppfølging av eget regionsykehus og RHF.

RegUt HN jobber med alle elementer i mandatet, inklusive koordinering av spesialiseringstiltak tilhørende avtaleinngåelser og oppfølging av avtaledokumenter/maler.

Ressursene fordeles på:

- a. Arrangering av nasjonalt anbefalte kurs for LIS fra hele landet
- b. Rådgivning til foretakene i nord mht organisering og forvaltning av LIS utdanning generelt
- c. Kontakt og samarbeid med H-dir og øvrige RegUt for å bidra til samordnet og harmonisert spesialistutdanning i Norge

Styring av tjenesten skjer gjennom [Strategisk råd](#) der sykehusenes fagsjefer og HR-sjefer representerer. Leder for rådet er HR-direktør i Helse Nord RHF.

Tjenesten etterlyser «tilhørighet i ledelse» og felles forvaltningsrammer for regionale funksjoner som skal fungere likeverdig i 4 foretak, slik at det blir mere entydig hva foretakene kan forvente av slike.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 4,030 mill kroner.

### 8.8.2 Egenvurdering

#### 8.8.2.1.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

### 8.8.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

REGUT er etablert i alle helseregioner og en nødvendig funksjon for å ivareta spesialistutdanningen for leger.

## 8.8.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 8.8.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ser stor nytte i at RegUt videreføres i dagens form. Hvert helseforetak (i alle fall Finnmarkssykehuset) er lite og mye nybrottsarbeid ville måtte utføres på hvert nes hvis det ikke hadde vært for RegUt.

### 8.8.3.2 Nordlandssykehuset HF

RegUt Helse Nord er etablert med bakgrunn i lovkrav i Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger, og er en funksjon alle helseregioner er pålagt å ha. Nordlandssykehuset erfarer at RegUt er en nødvendig funksjon for å ivareta spesialistutdanningen i Helse Nord på en god måte, på overordnet nivå. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 8.8.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det er fortsatt behov for regional koordinering da mange fagområder fortsatt ikke er ferdigbehandlet og virksomhetene ikke er godkjent.

Videreføres.

## 8.8.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen er lovpålagt og innlemmet i rutiner med øvrige RegUt og med Helsedirektoratet. Enheten har vært under stadig utvikling siden oppstart og mandatet skal ifølge egenvurderingen diskuteres ila 2022. Dette er ikke gjennomført pr. april 2023.

Det regionale oppdraget løses gjennom:

- Regional koordinering av spesialiseringsperioder og LIS stillinger, gjøres i nettverk med representant (koordinator) fra hvert foretak.
- Ledelse av regional kurskomite for veilederkurs; Et nettverk av kursholdere som avhjelper hverandre i forberedelser og gjennomføring av veilederkurs (som det er besluttet at alle LIS skal ha før de er ferdig med sin spesialistutdanning).
- Regionalt forum for LIS utdanning: Nettverk av utdanningskoordinerende overleger per foretak i nord, samt koordinatorene fra første kulepunkt. Møtes hver 14.dag.
- Holder regionale seminarer og workshops over tema som pedagogikk, kompetansevurdering, organisering, veiledning.
- Bidrar inn i nasjonale konferanser hvor LIS utdanning er tema. Mest sentral er den årlige konferansen om LIS utdanning.

Det er utviklet en rådsstruktur for faglig samarbeid innen HN som matcher organiseringen i øvrige regioner. Denne rådsstrukturen skal bidra til at både regionale og lokale foretak klarer å ivareta sitt nye ansvar for spesialistutdanning av leger – slik det beskrives i forskriften av 2017.

Prosjektet vurderer at oppdraget gjennom dette løses som forventet og at funksjonen er nødvendig for regionen.

Det stilles av leder for senteret spørsmål vedrørende «regional ledelse og inspirasjon» til en tjeneste som er fullfinansiert av regionale midler og skal fungere likeverdig i 4 foretak, samtidig som tjenesten er underlagt ledelsen av ett foretak. Dette er en utfordring som også berører andre lignende, regionale tjenester i Helse Nord. Saken handler bl.a. om tilhørighet i ledelse, økonomiske kjøreregler og forvaltningsrammer.

Det er nødvendig at Helse Nord RHF setter utfordringen på et sakskart der et samspill mellom regional og lokal ledelse kan tydeliggjøres bedre og til det beste for de funksjoner det gjelder.

Prosjektet anbefaler at det gjøres en evaluering av formål og mandat innen 2. halvår 2024.

#### 8.8.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå. Prosjektet anbefaler at det gjøres en evaluering av formål og mandat innen 2. halvår 2024.



## 8.9 Regional koordinerende enhet for helsefaglig simulering i Helse Nord (RegSim Nord) – UNN

### 8.9.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert i 2020 med full bemanning fra februar 2021.

Pålegg om etablering kom i Meld. St.7 fra HOD, [Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023](#): «De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt samarbeid om utvikling og bruk av simulering som metode.»

I oppdragsdokument fra Helse Nord RHF 2020 gis følgende oppdrag til sykehusforetakene i regionen: «Øke bruken av simulering for kompetanseheving og samarbeide med andre helseforetak om utvikling og deling av opplegg for simulering»

Foretaksspesifikke krav til Universitetssykehuset Nord-Norge:

«Etablere regional koordineringsenhet for helsefaglig simulering og ferdighetstrening».

Tjenestens [mandat](#):

- RegSim skal arbeide for at alle helseforetak i nord, skal ha velfungerende enheter for simulerings- og ferdighetstrening.
- Knytte simulering og ferdighetstrening sammen i et regionalt nettverk.
- Overføre erfaringer mellom helseforetak.
- Utvikle kompetanse innen ferdighets- og simuleringstrening, slik at det blir utført med høy faglig kvalitet.
- Oppfordre til hensiktsmessige evalueringer, og eventuelt forskning, av ferdighets- og simuleringsaktiviteter.

Regionale oppgaver:

- Være faglig spydspiss i helsefaglig tverrprofesjonell simulering i regionen som inkluderer alt helsepersonell hvor simulering er egnet læringsarena.
- Besøke og innhente oversikt over ferdighets- og simuleringsaktivitet i regionen, og behovskartlegging i de ulike foretakene.
- Vi skal samarbeide med FOSS og andre relevante aktører
- Samordning av kursaktivitet, arrangere fasilitatorkurs. Holde arbeidsseminar på hvert foretak/sykehus. Delta på RUU seminarmøter for kirurgiske fag.
- Koordinere kompetansebygging, og standardisering av simuleringsaktivitet på tvers av helseforetakene.

Nasjonal oppgave:

- Inngå i nasjonalt samarbeid om simulering. Inkluderes i relevante nasjonale og internasjonale nettverk.

RegSim jobber i 2022 fortsatt mest med kursing av fasilitatorer og teamledere. Det avvikles møter med de foretaksvis koordinatorene og nettverkssamlinger med representasjon fra alle sykehusene i Helse- Nord.

Styring av tjenesten skjer gjennom [Strategisk råd](#) (som for RegUT), der sykehusenes fagsjefer og HR-sjefer representerer. Leder for rådet er HR-direktør i Helse Nord RHF.

Tjenesten etterlyser «tilhørighet i ledelse» og felles forvaltningsrammer for regionale funksjoner som skal fungere likeverdig i 4 foretak, slik at det blir mere entydig hva foretakene kan forvente av slike.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 5,192 mill kroner.

## 8.9.2 Egenvurdering

### 8.9.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg](#)

### 8.9.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

REGSIM er nyetablert og viktig for å understøtte simuleringstrening og spesialistutdanning for leger.

## 8.9.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 8.9.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ser stor nytte i at RegSim videreføres i dagens form. Hvert helseforetak (i alle fall Finnmarkssykehuset) er lite og mye nybrottsarbeid ville måtte utføres på hvert nes hvis det ikke hadde vært for RegSim. RegSim Nord har bidratt til struktur på simulering, utdanning av fasilitatorer og også etablert et svært viktig nettverk for ansatte som driver med simulering.

### 8.9.3.2 Nordlandssykehuset HF

For å oppfylle krav til spesialistutdanningen for leger ble RegSim etablert i 2020 i tilknytning til RegUt ved UNN. Formålet med funksjonen er å koordinere, kurse og understøtte foretakene innenfor ferdighetstrening og simulering. Tilknyttet funksjonen er det etablert lokale simuleringsskordinatorer (50% stilling) ved hvert av de øvrige foretakene. Tjenesten er relativt ny og har fortsatt noe arbeid for å utnytte sitt fulle potensial. Likevel finner vi det riktig at funksjonen videreføres, for å få satt fokus på simulering og ferdighetstrening i utdanningen av leger og annet helsepersonell, samt bidra til å samle og koordinere ressursene i foretakene innenfor området.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 8.9.3.3 Helgelandssykehuset HF

Bør evaluere om Regsim sentralt har oppnådd ønskede mål. Simulering er et satsningsområde i sykehuset og ressursen kan i større grad benyttes i hvert HF uten egen regional koordinering. Bør stimulere til samarbeid med universitet og videregående skoler for å benytte tilgjengelig fasiliteter. Bør nøye vurderes etter evaluering om dette skal videreføres i dagens form. Kan videreføres som nettverksmodell.

### 8.9.4 Prosjektets vurdering

RegSim er en relativt ny funksjon som fortsatt har oppgaver å løse for å oppfylle sitt mandat. Tjenesten jobber i 2022 fremdeles mest med kursing av fasilitatorer og teamledere. Det gjennomføres systematiske møter med de foretaksvis koordinatorene og det holdes også nettverkssamlinger med representasjon fra alle sykehus i nord (ikke bare foretakskoordinatorene). Styringen gjennom Strategisk råd ansees som formålstjenlig med tanke på regional utbredelse av tjenestene.

Pålegg om etablering kom i Meld. St.7 fra HOD, [Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023](#) og ble gitt til UNN som oppdrag fra Helse Nord RHF i 2020. Med unntak av Helgelandssykehuset som mener at oppdraget kan utføres uten regional koordinering (heller etablere nettverk), mener øvrige HF at enheten tjener formålet med tanke på struktur og faglighet.

Det stilles av leder for senteret spørsmål vedrørende «regional ledelse og inspirasjon» til en tjeneste som er fullfinansiert av regionale midler og skal fungere likeverdig i 4 foretak, samtidig som tjenesten er underlagt ledelsen av ett foretak. Dette er en utfordring som også berører andre lignende, regionale tjenester i Helse Nord. Saken handler bl.a. om tilhørighet i ledelse, økonomiske kjøreregler og forvaltningsrammer. Det er nødvendig at Helse Nord RHF setter utfordringen på et sakskart der et samspill mellom regional og lokal ledelse kan tydeliggjøres bedre og til det beste for de tjenester det gjelder.

### 8.9.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

## 8.10 Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD og Tourettes (R-FAAT) – UNN

### 8.10.1 Historikk og status

De regionale fagmiljøer for Autisme, ADHD og Tourettes (RFAAT/RKT), i de ulike regionale helseforetakene, ble opprettet gjennom Oppdragsdokument, HOD 2006 og 2009.

Helsedirektoratet ledet et arbeid i 2005 med å nedlegge autismeenhetens knutepunktfunksjon ved Universitetet i Oslo, som resulterte i overføring av ansvar til de regionale helseforetakene. Habiliteringsseksjonen, UNN ble tildelt ansvaret for å drive satsningen for autisme i Helse Nord fra 01.01.06.

Formålet til R-FAAT er at tjenesten, i samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjenesten, skal arbeide for at mennesker med diagnosene autisme, ADHD og Tourettes syndrom får tjenester som er likeverdige, individuelt tilrettelagt og som preges av kontinuitet og kvalitet. R-FAAT skal bidra til økt kompetanse om autisme, ADHD og Tourettes syndrom blant fagfolk i primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge.

R-FAAT driftes gjennom et arbeidsutvalg som møtes hver 6. uke. Referansegruppen til R-FAAT møtes 2 ganger pr år og gir relevante innspill til prioriteringer og relevans av tiltak for å øke kompetanse om de aktuelle målgruppene. Referansegruppen består av representanter fra brukerorganisasjonene (autismeforeningen, touretteforeningen og ADHD Norge) i tillegg til klinikere fra hele Helse Nord.

R-FAAT gjennomfører relevante kurs og kompetansehevende tiltak, drifter faglige nettverk og yter bistand til relevante enheter i Helse Nord gjennom konsultasjonsteam der klinikere kan melde inn case til drøfting/veiledning og/eller assistanse i utredning.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for psykisk helse: 3,691 mill kroner

### 8.10.2 Egenvurdering

#### 8.10.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 8.10.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Etablert i 2006 i alle helseregioner i forbindelse med nedleggelsen av den nasjonale autismeenhetens knutepunktfunksjon ved OUS. Vi foreslår at dette vurderes som del av helhetlig nasjonal prosess for hvordan tilbudet til pasienter med autisme, ADHD og Tourettes syndrom skal organiseres nasjonalt.

### 8.10.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 8.10.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset har benyttet enheten i liten grad for å diskutere egne pasienttilfeller. FIN ser likevel nytten i denne funksjonen, særlig når det gjelder å sikre oppdatering av kartleggingsverktøy, bidra til å sikre opplæring av ansatte og derved sikre tjenestetilbudet i regionen.

Dette er et såpass komplekst fagområde som det er særs viktig at noen har spesialkompetanse på, FIN støtter derfor at man opprettholder en regional funksjon som kommer oss og pasientene i Helse Nord til gode.

#### 8.10.3.2 Nordlandssykehuset HF

R-FAAT skal, i samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjenesten, arbeide for at mennesker med diagnosene autisme, ADHD og Tourettes syndrom får tjenester som er likeverdige, individuelt tilrettelagt og som preges av kontinuitet og kvalitet. Erfaringen fra Nordlandssykehuset er at dette er en relevant funksjon hvor midlene som brukes til tjenesten tilfaller hele regionen. Det er også et godt samarbeid mellom R-FAAT og Nordlandssykehusets Fagenhet for autisme, samt med fagmiljøet i BUP.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

#### 8.10.3.3 Helgelandssykehuset HF

Benyttes i stor grad av Habilitering, mindre innen BUP Og VOP, kunne med fordel hatt mere fokus også innen ADHD og Tourettes. Mye og god aktivitet mtp fagutvikling innen ASF, har bidratt konkret i fagutvikling innen dette området til Habilitering nå som de har tatt over noen oppgaver fra autismeteamet.

Videreføres i dagens form. Konsultasjonsteamet kunne med fordel ha vært klarere på hvordan man best mulig kan bruke dette i direkte pasientkontakt.

Rådgiverfunksjonen oppleves bra, men her kunne det også vært tydeliggjort hvilke saker og på hvilken måte dette skal legges fram på for å få dette godt journalført i pasientjournalen.

### 8.10.4 Prosjektets vurdering

Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD og Tourettes i Helse Nord, er ett av fire likelydende nasjonale fagmiljøer og utgjør i tillegg en nasjonal funksjon i samarbeidsmodellen med øvrige RFAAT- enheter. Struktur for daglig drift gjennom konsultasjonsteam synes å være godt etablert gjennom et regionalt samvirke, og miljøet har referansegruppe som består av brukerorganisasjoner og fagpersoner fra hele regionen.

Fagmiljøet vurderes av helseforetakene som relevant og nødvendig.

Innspill til forbedring:

- Konsultasjonsteamet kan med fordel være klarere på hvordan det best mulig kan benyttes i direkte pasientkontakt.

- Rådgiverfunksjonen oppleves bra, men veiledning for utvalg av saker og måten saker bør fremlegges på, etterspørres. Dette spesielt med tanke på journalføring av sakene.

## 8.11 Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) – UNN

### 8.11.1 Historikk og status

De regionale helseforetakene fikk i 2011 og 2013 i oppdrag fra HOD å etablere regionale sentre for astma, allergi og overfølsomhet, RAAO. I Helse Nord ble RAAO etablert i 2017, som det siste av fire RAAO i Norge. Senteret er en seksjon i Arbeids- og Miljømedisinsk avdeling (AMA), organisatorisk plassert i Hjerte- Lungeklinikken.

Oppbygning og funksjon til RAAO er beskrevet i Helsedirektoratets handlingsplan for astma, allergi og overfølsomhet, *Allergifrisk 2015-2024*. RAAO har 3 viktige oppgaver:

1. Spesialisert diagnostikk og behandling av astma, allergi og overfølsomhet
2. Utvikling og spredning av kompetanse til pasienter, pårørende, helsepersonell og studenter, herunder etablere og delta i internasjonale, nasjonale, regionale og lokale fagnettverk
3. Forskning

I egenvurderingen omtaler tjenesten seg som en regional behandlingstjeneste og kompetansesenter, dvs. ikke etablert og organisert etter malen for regionale kompetansetjenester i Helse Nord, og derfor ikke tidsavgrenset.

Senteret beskriver seg selv på sin [internettside](#) som et klinisk behandlingssenter og en regional kompetansetjeneste. RAAO har også etablert referansegruppe med deltakere fra alle helseforetakene og Helse Nord RHF.

*Spesialisert utredning og behandling av astma, allergi og overfølsomhet* utgjør den største aktiviteten i RAAO. Kompetanse og tilbud for slike tjenester finnes ikke ved noen andre helseforetak i Helse Nord, noe som gjenspeiles i et stort antall henvisninger fra hele regionen. Innenfor klinisk aktivitet utgjør legemiddelallergier, matvareallergier, luftveisallergier, intoleranser og overfølsomhet de største gruppene. Astma håndteres i stor grad av regionens lungeavdelinger og barneavdelinger og RAAO blir i hovedsak brukt ved overveiende allergisk betinget astmasykdom.

En viktig oppgave er å utvikle og spre kompetanse til gruppene nevnt tidligere, både i spesialist- og primærhelsetjenesten, slik at utredning og behandling i større grad kan skje lokalt. Dette, og oppgaver knyttet til veiledning og rådgivning, er i egenvurderingen beskrevet som godt ivaretatt.

Tjenesten påpeker behovet for en utdanningsstilling ved RAAO. Slike stillinger er opprettet i øvrige regioner. Ved å tilby leger fra regionen tidsavgrensede ansettelser ved RAAO for å tilegne seg allergologisk kompetanse til bruk i eget helseforetak eller fastlegepraksis vil kompetanse totalt sett øke.

Se utførlig beskrivelse av aktivitet i egenvurdering.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk *Regionale funksjoner*: 5,555 mill

## 8.11.2 Egenvurdering

### 8.11.2.1.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

### 8.11.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Det er et krav fra HOD til Helse Nord RHF i Oppdragsdokumentet 2013 at:

- Helse Nord RHF skal som oppfølging av Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012) etablere et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for et best mulig tilbud lokalt.

Virksomheten har stor aktivitet i hele Helse Nord og er sterkt etterspurt.

UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

## 8.11.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 8.11.3.1 Finnmarkssykehuset HF

I Finnmark finnes ingen særskilt allergologisk kompetanse. Ivaretagelse av pasienter med mistenkt vanskelig allergi, herunder mulighet for å gjennomføre desensibilisering er viktig. Finnmarkssykehuset HF erfarer at det er vanskelig å bygge tilstrekkelig varig kompetanse lokalt. Finnmarkssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 8.11.3.2 Nordlandssykehuset HF

RAAO ble opprettet i 2017, men er fortsatt lite kjent og til dels brukt av medarbeidere i Nordlandssykehuset HF. Enkeltmedarbeidere innenfor både barnemedisin og voksenmedisin rådfører seg med tjenesten, spesielt når det gjelder allergi og noen få pasienter (hovedsakelig voksne pasienter). I tillegg utgår det forskningsprosjekt fra tjenesten som Nordlandssykehuset HF deltar i. Tjenesten dekker en stor pasientgruppe og vi ser behovet for å ha en regional, spesialisert behandlingstjeneste knyttet til denne gruppen. Likevel mener vi at tjenesten i for liten grad har drevet utadrettet virksomhet i foretaksgruppen for å informere og heve kunnskapsnivå og kompetanse. F. eks har ikke tjenesten vært og presentert seg og hva den kan tilby av behandling hos oss. Nordlandssykehuset HF anbefaler at tjenesten videreføres i sin nåværende form, men at fokuset på informasjon om tjenesten og kunnskapsdeling/kompetanseheving regionalt må styrkes.

### 8.11.3.3 Helgelandssykehuset HF

Tilbudet benyttes av pasienter fra Helgeland og bør videreføres.

### 8.11.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)



Sykehus	Regionalt helseforetak	<p>RAAO Helse Nord er et av 4 regionale sentre for astma, allergi og overfølsomhet i Norge. Helsedirektoratets 10-års program Allergifrisk (2015-2024) slår fast at RAAO-ene skal være "...både kompetansetjeneste og behandlingssenter... spesielt se til behovet for forsvarlig provokasjonstesting". Videre gi rådgivning og opplæring, både i sykehus og kommuner, støtte kommunenes miljørettede helsevern, og drive forskning på allergiske sykdommer.</p> <p>RAAO Helse Nord har på kort tid etter opprettelsen klart å oppfylle disse målsetningene i stor grad, og driver et utstrakt nettverksarbeid i hele regionen. RAAO Helse Nord er også en viktig samarbeidspartner for de 3 andre sentrene, og inngår i et nettverkssamarbeid fasilitert og ledet av avd. for miljø og helse i Helsedir. De 4 sentrene samarbeider bl. a. om utarbeidelse av nasjonale allergimøter (Allergifrisk-konferansen), nasjonale veiledere i fagområdet, undervisningsmaterieell for primærhelsetjenesten, felles uttalelse til sentrale helsemyndigheter og andre, bl.a. i pandemien gitt råd til Folkehelseinstituttet i f m helserådgivning rundt vaksinerreaksjoner osv.</p> <p>Bakteppet er at allergiske sykdommer fortsatt er økende i prevalens, at Norge ikke har hatt en formalisering av dette fagområdet (de fleste andre land i Europa har lenge hatt spesialitet, subspecialitet eller annen formalisering av fagområdet) før opprettelsen av RAAO-ene fra 2011, samt Legeforeningens opprettelse av et kompetanseområde i allergologi 2012, at det er store geografiske forskjeller i tilbudet til diagnostikk, behandling og oppfølging av allergiske sykdommer, spesielt for pasientgruppene med legemiddelallergi, matoverfølsomhet (særlig for voksne), multiorgan-allergier, anafylaksi, vanskelig dokumenterbar overfølsomhet og behandling med allergen immunterapi.</p>	RAAO
Allmennlege	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Jeg har ett sårinteresse for Astma og allergi og har fått meget med støtte og hjelp der jeg har hatt behov for dette	RAAO

Kommunalt miljørettet helsevern	Universitetssykehuset Nord Norge HF	<p>AMA kompetansesenter: De har hjulpet oss med risikovurderinger av miljøfaktorer, gjennomføring av målinger, risikokommunikasjon (media, berørte parter mv) og ellers bidratt med sin kompetanse i "små" og "større" saker som vi jobber med/forhold vi kommer borti i miljørettet helsevern. I mange tilfeller er det nødvendig for oss med mer spisset kunnskap om en miljøfaktor før vi kan fatte vedtak i en sak. I disse tilfellene har AMA vært uvurderlig. De er mer oppdatert på forskningen i ulike fagfelt enn det vi har muligheten til å være. Ettersom de er nær oss (og vi også treffer dem på kurs o.l.) er det veldig enkelt og lav terskel for å ta kontakt med dem for å diskutere.</p> <p>RAAO: Jeg er ikke veldig kjent med hvordan de jobber, men jeg ser for meg at det ville vært svært nyttig for oss om de hadde informasjonskampanjer rettet mot skoler og barnehager- da vi til stadighet får inn bekymringer fra ansatte/elever/foreldre angående astma, allergi, utslett osv. Vi møter enda på skoler og bhg som skal være såkalt parfymefrie, nøttefrie osv. Vi har fått rådgivning fra kompetansesenteret ved ett tilfelle, men kunne sikkert brukt de mer dersom vi hadde en bedre forståelse av hva vi evt kan "bruke de" til.</p>	RAAO
Sykehus	Oslo universitetssykehus	<p>Regionalt senter for astma, allergi og overfølsomhet (RAAO) Kompetansetjeneste: RAAO inngår i et nasjonalt nettverk som arbeider strategisk og langsiktig for ivaretagelse av pasientgruppene innen allergologi. Vi er helt avhengige av dette nettverket kvalitetssikring, erfaringsutveksling og for å nå våre felles mål for bedret folkehelse, primærforebygging, forebygging, utredning og behandling.</p> <p>RAAO Behandlingstjeneste: Ingen helseregioner er fullt og helt dimensjonert for det pasienttrykket vi har innen allergologi, og vi er avhengige av at hver helseregion håndterer sine egne pasienter.</p> <p>Allergologisk kan vi i tillegg ha ulike problemstillinger knyttet til regionale forhold, og RAAO UNN har best forutsetninger for å utvikle tilbudet for pasienter i Helse Nord.</p> <p>Arbeidsmedisin: Også innen Miljø- og arbeidsmedisin er vi avhengige av nasjonalt nettverk for kvalitetssikring og sikring av likt tilbud uavhengig av hvor i landet pasientene hører hjemme. Spesielt ønsker jeg å trekke frem samarbeidet innen helseplager tilskrevet</p>	RAAO

		miljøfaktorer, hvor Arbeidsmedisinsk avdeling ved UNN har utmerket seg i kunnskapsformidling til helsepersonell. I tillegg vil det også her være en viktig faktor for videreføring, at Arbeidsmedisin ved UNN kjenner de spesifikke allergologiske arbeidsmedisinske utfordringene i Nord-Norge.	
--	--	--	--

#### 8.11.3.5 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Svarer på vegne av brukerorganisasjon	Det er stort behov for at pasienter blir utredet av fagpersonell, får veiledning i riktig behandling samt opplæring for å mestre sykdommer. Det er altfor få som får tilbud om hjelp fra RAAO.  Opplæring av helsepersonell må prioriteres slik at flere kan få hjelp av fastlegen.	RAAO

#### 8.11.4 Prosjektets vurdering

RAAO ble opprettet i 2017 etter oppdrag fra HOD, og er en av funksjonene som er etablert i alle regioner. De regionale sentrene har tett samarbeid nasjonalt, og samarbeider også faglig internasjonalt.

Behandlingstjenesten kan karakteriseres som en tredjelinjetjeneste, som hovedsakelig skal utrede og behandle pasienter etter henvisning fra sykehus, som fastlege og øvrige sykehus i regionene ikke har kompetanse til å ta seg av. Det er svært få spesialister i Helse Nord (og i landet for øvrig) med allergologisk kompetanse, noe som gjør at tilbudet har stor etterspørsel og får henvist mange pasienter også fra fastleger.

På tross av at RAAO selv beskriver seg som utadrettet, deler kompetanse og gir råd og veiledning, vurderer de øvrige helseforetakene at tjenesten i for liten grad har drevet utadrettet virksomhet i foretaksgruppen for å informere og heve kunnskapsnivå og kompetanse. Informasjon om tjenesten og kunnskapsdeling og kompetanseheving regionalt anbefales styrket.

RAAO har fra 2021 etablert regionalt fagnettverk for allergologi, som skal møtes gjennom digitale møter/undervisning 2-3 ganger årlig og arrangere regional konferanse hvert annet år. Målgruppen er alle helseforetak samt fastleger fra hele regionen.

Tjenesten vurderer at de bidrar til bedre *kvalitet, prognose eller livskvalitet for pasienter i hele regionen. Dette underbygges med å vise til at tilbudet manglet før RAAO ble etablert, og til brukerundersøkelse i mai 2021, som viste gode resultater.*

Det er behov for å ha en regional, spesialisert behandlingstjeneste knyttet til denne pasientgruppen, og det er uhensiktsmessig og urealistisk å bygge spisskompetanse lokalt.

RAAO har også et ansvar for å spre kompetanse, og i gjennomgangen har det kommet opp en diskusjon om de skal defineres som kompetansesenter eller kompetansetjeneste. Helse Nord RHF har beskrevet RAAO som en regional behandlings- og kompetansetjeneste, mens tjenesten har sett på seg selv som en kombinert behandlingstjeneste og kompetansesenter. Forskjellen ligger i at en kompetansetjeneste er midlertidig, mens et senter i de fleste tilfeller er permanent. Helse Nord RHF vil avklare dette utenfor prosjektet.

#### 8.11.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå. Når det gjelder kompetanseutvikling og –spredning bør dette arbeidet styrkes, og det bør særlig vurderes hvordan det kan bygges opp tilstrekkelig kompetanse innen allergologi i Helse Nord ved å bruke ressursene som finnes i RAAO.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 8.12 Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) – UNN

### 8.12.1 Historikk og status

RVTS Nord ble etablert i september 2006.

RVTS Nord sitt overordnet samfunnsoppdrag, gitt av HOD og BFD i 2015, fastslår at kompetansesentrene skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i de relevante tjenestene og andre nærliggende sektorer innenfor senterets kompetanseområde og overfor senterets målgrupper.

Sentrene skal være en tjeneste for tjenestene og for den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet. Det kan være forskjellige målgrupper for de ulike sentrene, men for de fleste sentre vil tjenester på begge forvaltningsnivå, forebyggende virksomhet og beslutningstakere være relevante målgrupper. I tillegg kan befolkningen, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner og forvaltningen være målgrupper. RVTSene skal legge dette samfunnsoppdraget til grunn for sitt arbeid. RVTSene er nevnt og gitt en rolle i mange ulike handlingsplaner innenfor våre temaområder.

Tjenesten mottar ingen særskilt finansiering fra Helse Nord RHF.

### 8.12.2 Egenvaluering

#### 8.12.2.1 Egenvaluering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvaluering](#)  
[Årsrapport](#)

#### 8.12.2.2 Egenvaluering fra foretaksledelse UNN

Overordnet samfunnsoppdrag gitt av HOD og BFD i 2015. Kompetansesentrene skal bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i de relevante tjenestene og andre nærliggende sektorer og overfor senterets målgrupper. Sentral aktør for kompetanseheving innenfor forebygging av selvmord, selvskading, vold, traumer, psykososiale belastninger og bedre tilbud til flyktninger og asylsøkere.

### 8.12.3 Vurdering ulike interessenter

#### 8.12.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF oppfatter RVTS til å være et viktig fag- og regionalt ressurscenter som kan bistå Finnmarkssykehuset HFs ansatte og bidra til styrking av vår lokale fagkunnskap.

Det meldes at RVTS sitt mandat har endret seg og gjort dem mindre tilgjengelige enn tidligere med dårligere oppfølging. FIN vurderer at funksjonen bør videreføres som

regional tjeneste – fortrinnsvis i sin tidligere form der de hadde større ressurser til desentral kursing og kompetanseoverføring.

#### 8.12.3.2 Nordlandssykehuset HF

For Nordlandssykehuset HF's medarbeidere er ressurscenterets arbeid lite kjent og lite benyttet. Kompetanse innenfor selvmordsforebygging og vold er viktig kompetanse, som alle helseforetak som behandler psykiske lidelser må inneha. Da vi ikke erfarer at ressurscenteret bidrar til kunnskapsdeling i noen grad, ser ikke Nordlandssykehuset HF behov for å videreføre tjenesten i sin nåværende form. Hvis behovet for kunnskapsutveksling fortsatt er tilstede kan det vurderes å omgjøre tjenesten til et nettverk bestående av ressurspersoner ved de ulike foretakene

#### 8.12.3.3 Helgelandssykehuset

Vi samarbeider både med nasjonalt senter, NKVTS (spesifikt rettet mot traumebehandlingsmodell; TFCBT) og RVTS. Det har vært samarbeid/involvering med den regionale gruppa. Opplevs som nyttig, og vi ønsker å ha kontakt/bruke dem videre.

### 8.12.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen finansieres i sin helhet gjennom øremerkede midler fra HOD og får ingen særskilt finansiering fra Helse Nord RHF.

Funksjonen skal hovedsakelig være rettet mot kommunene. Det er fra helseforetakenes side et ønske om at RVTS i større grad bidrar til kompetanseheving rundt vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging også i sykehusene.

## 8.13 Samvalgssenteret – UNN

### 8.13.1 Historikk og status

Samvalgssenteret ble etablert i 2018, etter at prosjektet *Mine behandlingsvalg*, i samarbeid med Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Kreftforeningen, hadde utviklet og publisert modell for samvalgsverktøy på [helsenorge.no](https://helsenorge.no).

Brukerens rett til medvirkning ved valg mellom undersøkelses- og behandlingsmetoder, er forankret i [Lov om pasient- og brukerrettigheter](#), og tatt inn som sentralt i flere nasjonale og regionale styrende dokumenter.

I 2017 fikk Helse Nord RHF følgende oppdrag i oppdragsdokument fra HOD:

Helse Nord RHF skal utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på [helsenorge.no](https://helsenorge.no), tas i bruk i alle helseforetak.

Oppdraget ble videreført til UNN. Samme år ble det i revidert oppdragsdokument gitt følgende oppdrag:

Helse Nord RHF skal lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk. Dette er en oppfølging av oppgave gitt i oppdragsdokument 2017. Prosjektet bør i tillegg omfatte Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, FHI, KS, relevante profesjonsorganisasjoner og brukere/pasientorganisasjoner.

Også dette ble videreført til UNN, men ledelse av fellesprosjektet ble senere lagt til Helse Nord RHF, helsefagavdelingen. Arbeidet skal ferdigstilles innen utgangen av 2023, og vil i tråd med mandatet gi anbefalinger for hvilke nye samvalgsverktøy som skal utvikles.

Samvalgssenterets hovedoppdrag er:

Produsere, publisere og vedlikeholde samvalgsverktøy på [helsenorge.no](https://helsenorge.no)

Bistå helseforetak i implementering av samvalg regionalt

Dele og spre informasjon om samvalg: undervisning i klinikk, for pasienter- og pasientorganisasjoner, universitet- og høyskoler, samt andre relevante institusjoner

I tillegg bidrar senteret til forskning og deltar i nasjonale og internasjonale fagmiljø.

Samvalgssenteret har i 2022 særskilt finansiering – *Overgangsordning*, på 9,069 mill. kroner.

## 8.13.2 Egenvurdering

### 8.13.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)  
[Årsrapport](#)

### 8.13.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Samvalgssenteret ivaretar en viktig regional funksjon for å understøtte implementeringen av samvalg. Finansieringen bør videreføres på dagens nivå dersom Helse Nord ønsker å på samme nivå som i dag produsere, publisere og vedlikeholde samvalgsverktøy nasjonalt på helsenorge.no, tilgjengelig for alle innbyggere og helseforetak i alle regioner.

## 8.13.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 8.13.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset har benyttet seg av samarbeid med samvalgssenteret i Hammerfest, men aldri gjort det i Kirkenes. Vår erfaring spriker således mye.

Finnmarkssykehuset er av den oppfatning at samvalgsverktøy er viktige for pasienter og ansatte. I hvilken grad har man i Norge sikret at det ikke gjøres dobbeltarbeid i de forskjellige regionale helseforetakene? Har man vurdert om mer av denne tjenesten kunne vært nasjonal med nasjonal finansiering?

### 8.13.3.2 Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset erfarer at Samvalgssenteret har hatt en viktig funksjon i regionen for å samle og spre kunnskap om samvalg i helsetjenesten, men at behovet for Samvalgssenteret i sin nåværende form er endret. Samvalg var i starten nært knyttet opp mot samvalgsverktøy, mens det nå i større grad handler om kultur og holdninger nært knyttet til medvirkning og helsekompetanse. Det har også gjennom perioden vært utviklet gode nasjonale nettsider med informasjon, verktøy, veiledere mm. til bruk i arbeidet med samvalg, noe som gjør Samvalgssenterets funksjon som kunnskapsformidler mer overflødig. Per 2022 har alle foretakene etablert samvalgskoordinatorer for å understøtte implementering av samvalg i foretakene. Med innføringen av koordinatorene er behovet for Samvalgssenteret redusert og behovet for styrking i foretakene økt.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form og videreføres som et nettverk blant samvalgskoordinatorene ev også med noe styrkning av det foretaksvisе arbeidet.

### 8.13.3.3 Helgelandssykehuset HF

Muligens behov for regional koordinering fortsatt en begrenset periode til helseforetakene får etablert lokal koordinering. Se hva som står

Veilederfunksjon om samvalg bør etableres i det enkelte HF. Samarbeid videreføres i nettverksmodell. Videreføres ikke i dagens form.



#### 8.13.4 Prosjektets vurdering

Samvalgsentret har fulgt opp oppdragene og utviklet 13 samvalgverktøy, samt bistått Helse Vest og Helse Midt-Norge i utvikling av to verktøy. Nå ivaretar sentret oppgaven med å vedlikeholde og revidere eksisterende samvalgverktøy i samarbeid med fagmiljøene og FHI. Prosjektet vurderer at dette er en oppgave som inntil videre må videreføres.

De siste to årene har sentret jobbet mer med utvikling og spredning av opplæringsmateriell og implementering av samvalg som metodikk, også ut over egen region. Dette arbeidet er styrket i Helse Nord ved at øvrige helseforetak i regionen har ansatt samvalgskoordinatorer, som samarbeider i et regionalt nettverk med samvalgsentret. I nettverket er det også deltakere fra andre regioner. Prosjektet vurderer at dette arbeidet bidrar til at samvalg i større grad blir integrert i pasientbehandlingen, der pasienten inviteres til å være aktiv og ta valg i utredning og behandling.

Sentret jobber utadrettet med undervisning i etablerte helsefaglige utdanninger, opplæring i helseforetak, kommuner, brukerorganisasjoner og kurs/konferanser både regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Dette vurderes til å være viktig for å integrere samvalg i hele pasientforløpet, ikke bare for det som skjer i spesialisthelsetjenesten.

Det er gjennomført evaluering og brukerundersøkelser, og bruk av samvalgverktøy registreres med målinger. Tilbakemeldinger fra brukerne er gode, og registrering av bruk viser økning.

Prosjektet vurderer at det fortsatt er behov for at samvalgsentret har en rolle som «motor» i arbeidet med samvalg i en begrenset periode, med tanke på kunnskapsspredning og kompetanseoppbygging. For å lykkes med dette er nettverket som er etablert viktig. Fremtidig finansiering bør understøtte lokal oppbygging av kompetanse ved at midler omfordeles fra samvalgsentret til foretakene, eller til andre tiltak som styrker brukerens rett til medvirkning og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell.

#### 8.13.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med finansiering på annet nivå.

Prosjektet anbefaler en gradvis reduksjon i finansiering frem til 2026. Frigiorte midler brukes til å styrke arbeidet med brukers rett til medvirkning og kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell i regionens helseforetak. Deretter gjøres en evaluering av videre nytte og effekt av å opprettholde samvalgsentret som regional funksjon.

[Tilbakemeldinger fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 9 Regionale behandlingstjenester

### 9.1 Diagnostisk enhet uavklarte tilstander -UNN

#### 9.1.1 Historikk og status

Det er nedfelt i Helsedirektoratets pakkeforløpsbeskrivelser at alle helseregioner skal ha minst ett diagnostisk senter. Utredning i *Diagnostisk pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft*, skal fortrinnsvis utføres i diagnostisk senter der det er opprettet. Helseregionene kan velge å opprette lokale diagnostiske sentra innenfor rammene av lokalsykehusenes medisinske avdelinger. Hvis regionen velger en modell med flere diagnostiske sentra, skal Diagnostisk senter ved universitetssykehuset i regionen ha en regional funksjon og ta imot pasienter fra lokale diagnostiske sentra ved behov ([Helsedirektoratet](#)).

Helse Nord RHF bevilget i 2014 1,2 mill kroner til opprettelse av enheten i UNN (styresak 116-2014). Det er vanskelig å finne dokumentasjon på hvorvidt dette var et tilskudd til etablering, men tildelingsteksten («opprettelse») kan tyde på det.

Diagnostisk Enhet ved UNN ble etablert i 2013 og ivaretar utredning i Pakkeforløpene «Diagnostisk pakkeforløp for pasienter med uspesifikke symptomer på alvorlig sykdom som kan være kreft» og «Metastaser med ukjent utgangspunkt». Slik utredning skjer primært ved pasientens lokalsykehus, men i en del tilfeller trengs ressurser som ikke besittes der og Diagnostisk Enhet forestår da utredning for regionale pasienter.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner* 1,248 mill.

#### 9.1.2 Egenvurdering

##### 9.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

##### [Dokument egenvurdering](#)

##### 9.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Diagnostisk enhet er opprettet etter vedtak i styret til Helse Nord RHF (sak 116-2014). Virksomheten har en viktig funksjon med å koordinere henvendelser og utredninger av kreft med ukjent utgangspunkt i hele regionen. Det er sannsynlig at samlet ressursbruk rundt disse pasientene reduseres ved at en enhet har koordinerende utredning, men det er mulig å avvikle tilbudet. Utredningen av disse pasientene må da i større grad foregå ved de respektive lokalsykehusene mens UNN ivaretar pasienter i eget opptaksområde. UNN vurderer at det fremdeles er behov for funksjonen, men at den kan avvikles som regional.

### 9.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 9.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF er av den oppfatning at denne funksjonen er en del av kreftutredningen som skjer i tredjelinje og ikke trenger særskilt regional finansiering.

Finnmarkssykehuset støtter derfor UNNs vurdering om at det fremdeles er behov for funksjonen, men at tjenestens særskilte regionale finansiering kan avvikles.

#### 9.1.3.2 Nordlandssykehuset HF

Denne regionale funksjonen benyttes i liten/ingen grad i Nordlandssykehuset HF og vi anser ikke at den har en fullverdig regional funksjon. Nordlandssykehuset HF vurderer derfor at funksjonen kan avvikles.

#### 9.1.3.3 Helgelandssykehuset

Funksjonen er ikke relevant for HSYK. Bør avvikles i dagens form.

### 9.1.4 Prosjektets vurdering

Den regionale funksjonen har eksistert i ni år i UNN. Oppdraget som omfatter koordinering av henvendelser og utredninger av kreft med ukjent utgangspunkt der lokale ressurser ikke strekker til, ansees som viktig. Det er all grunn til å tro at tilbudet kan føre til bedring av livskvaliteten hos de pasientene som henvises til tjenesten. Det er ifølge egenvurderingen imidlertid usikkert om prognosen bedres.

Vurderinger fra helseforetakene viser at funksjonen i liten grad benyttes utenfor UNNs opptaksområde. Ettersendt informasjon fra enheten vedrørende antall gjennomførte [pakkeforløp i 2022](#) (januar til oktober), bekrefter dette. Enheten har i dette tidsrommet gitt tilbud til 95 pasienter fra UNNs nedslagsfelt (inkluderer også UNNs lokalsykehuspasienter) og til kun 4 pasienter fra andre deler av regionen. Det er vanskelig å vurdere om en så begrenset regional bruk skyldes manglende kjennskap til enheten eller om øvrige HF selv har de ressurser som trengs til å gjennomføre utredning i de aktuelle pakkeforløpene.

Pasientbesøkene er ISF-finansierte.

Prosjektet vurderer at dette er en funksjon som inngår i den kreftutredningen som skal foregå i tredjelinje (regionsykehusnivå).

### 9.1.5 Prosjektets anbefaling

Den regionale funksjonen *Diagnostisk enhet for uavklarte tilstander* er pålagt av HOD og kan ikke avsluttes eller videreføres i annen form. Da finansieringen som ble gitt i 2013 oppfattes som oppstartsstøtte, anbefaler prosjektet at den avsluttes fra 2024.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 9.2 Fagenhet for autisme – Nordlandssykehuset

### 9.2.1 Historikk og status

Tjenesten ble opprettet i 1998 som fylkesdekkende team for Nordland. I de senere år har tjenesten ikke dekket Narvikområdet, som i dag ivaretas av habiliteringstjenesten ved UNN.

I følge egenvurderingen, har autismeteamet vært aktiv og et foregangsteam for kompetansespredning, også i Finnmark med diagnosekurs. De har et nært samarbeid med UNN- Habilitering,

Fagenhet for autisme har som formål å utrede og behandle barn og unge med autismspekterlidelser (ASD) i samarbeid med lokalt hjelpeapparat; spesialist- og primærhelsetjeneste, samt øvrige kommunale tjenester som barnehage og skole.

Teamet består av ni årsverk, hvorav ett årsverk er administrativt, tre årsverk innehas av psykolog/psykologspesialist. Øvrige ansatte er kliniske konsulenter med spesialkompetanse på området. I tillegg benyttes det en overlegeressurs fra annen enhet i avdelingen. Psykologer/psykologspesialister har bygd opp kompetanse og erfaring med utredning av ASD. Kliniske konsulenter har kompetanse innenfor psykisk helsearbeid, atferdsanalyse og behandlingstilnæringer som EIBI<sup>1</sup> og kognitiv terapi.

Tilbudet grenser tett opp mot habiliteringstjenesten, og er i øvrige helseforetak i Helse Nord organisert som en del av habiliteringstjenesten for barn og unge.

Teamet har en særskilt finansiering gjennom inntektsfordelingsmodellen for psykisk helse på 1,081 mill. kr (per 2021), som er knyttet til ambulering (styresak 2016-50).

### 9.2.2 Egenvurdering

#### 9.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 9.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Fagenhet for autisme jobber med å støtte utredningen og behandlingen av barn og unge med autismspekterlidelser i samarbeid med lokalt helsevesen og kommunehelsetjenesten. Funksjonen dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Per i dag kommer hovedfinansieringen av funksjonen fra Nordlandssykehuset, og den regionale funksjonen slik den praktiseres i dag er underfinansiert. Da funksjonen i stort driver veiledning, ser vi det som hensiktsmessig at den kan avvikles i sin nåværende form som regional funksjon og

---

<sup>1</sup> EIBI- Evidensbasert intervensjon for barn i alderen 3-5 år med autisme.

videreføres som et kompetansenettverk. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan videreføres i en annen form enn dagens ordning.

### 9.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 9.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset opplever ikke tilstrekkelig støtte fra fagteamet for autisme til at vi kan støtte videreføring av regional finansiering. Våre opplevelser av fagteamet er flg:

- Vanskelig/tungvint saksforberedelse ved innmelding av saker
- Treg respons
- Ikke tilpasset samisk språk og kultur

Finnmarkssykehuset vurderer at det i utgangspunktet er et behov for en slik særlig kompetansefunksjon i regionen, men denne må da organiseres på en mer målrettet måte. Hvis det ikke lar seg gjennomføre bør midlene fordeles direkte til foretakene som kan styrke egen organisasjon.

#### 9.2.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Siden 2015 har mengden pasienter på autismefeltet for barn og unge økt.

Autismeteamet ved Habilitering for barn og unge UNN Tromsø og Fagenhet for autisme ved Nordlandssykehuset har med sine team drevet fagutviklingen i Helse Nord på autismefeltet. Det er et godt samarbeid mellom autismeteamene i Helgelandssykehuset, Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og UNN. Fagenhet for autisme ved Nordlandssykehuset veileder lokalt helsevesen utenfor UNNs nedslagsfelt og finansieres i hovedsak av Nordlandssykehuset. Habiliteringen for barn og unge UNN dekker nedslagsfeltet til UNN uten særskilt finansiering fra Helse Nord.

UNN støtter vurderingen til Nordlandssykehuset om at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form og videreføres som et kompetansenettverk.

#### 9.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Tilbudet benyttes kun i noen svært få spesifikke og utfordrende pasientsaker og ved second opinion. Avvikles som regional funksjon i tråd med innspill fra Nordlandssykehuset. Kan videreføres som nettverk.

### 9.2.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen ble i sin opprinnelige form opprettet som et fylkesteam i 1998. Ut fra egenervurderingen er formålet å utrede og behandle barn og unge med autismspekterlidelser (ASD) i samarbeid med lokalt hjelpeapparat.

Kompetansespredning, kompetansedeling, veiledning og rådgivning skjer ifølge egenervurderingen gjennom samarbeid med habiliteringstjenestene i regionen, primærhelsetjenesten, foresatte og skole.

Teamet bistår i utredning og eventuelt oppfølging av pasienter, primært ved Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, hvor det også er gjennomført noe ambulerende. Samarbeidet med Helgelandssykehuset er formalisert gjennom avtale.

Teamet involveres i få pasienter fra Helgeland, og i vurderingene fra øvrige helseforetak foreslås det at funksjonen kan videreføres som et kompetansenettverk.

Funksjonen er å betrakte som delregional da den kun dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområde.

Når det gjelder resultater vises det i egenvurderingen til at behandlingsmetoden teamet bruker for førskolebarn (EIBI<sup>2</sup>), kan bidra til å forebygge senere psykisk lidelse. Funksjonen har ikke egne forskningsresultat å vise til, men deltar i forskningssamarbeid med habiliteringstjenesten ved UNN; *Identifisering av psykiske helsevansker hos barn og unge med autismspektervansker*.

---

<sup>2</sup> EIBI <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/autismespekterforstyrrelser-eibi-early-intensive-behavioral-intervention>

## 9.3 Fagenhet for spiseforstyrrelser (barn og unge)– Nordlandssykehuset

### 9.3.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert for over ti år siden, som et ambulerende team organisert ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset.

Formålet med teamet er å tilby et forsterket poliklinisk behandlingstilbud for barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser. Teamet følger opp spiseforstyrrelser, mens eventuelle samtidige andre psykiske lidelser følges opp av lokal poliklinikk. Teamet bistår også med rådgivning knyttet til inneliggende pasienter med spiseforstyrrelser.

Teamet har en særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for psykisk helse og rus på 1,431mill. kr (styresak 2016-50). Midlene går ifølge egenvurderingen hovedsakelig til omfattende oppfølging av pasienter i nedslagsfeltet til blant annet Helgelandssykehuset.

### 9.3.2 Egenvurdering

#### 9.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

### 9.3.3 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Fagenhet for spiseforstyrrelser (barn og unge) har som formål å ha et forsterket poliklinisk behandlingstilbud for barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser i Nordlandssykehusets, og Helgelandssykehusets nedslagsfelt, i tett samarbeid med lokal BUP. Problemstillinger knyttet til spiseforstyrrelser blant barn- og unge øker og tilbudet i regionen til denne pasientgruppen bør styrkes. Da fagenheten får det meste av sin finansiering fra Nordlandssykehuset, vil utvikling av regional funksjon medføre at pasienter tilhørende Helgelandssykehuset, mister sitt tilbud. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 9.3.4 Vurdering fra ulike interessenter

#### 9.3.4.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset opplever ikke tilstrekkelig støtte fra fagenheten for spiseforstyrrelser til at vi kan støtte videreføring av regional finansiering. Våre opplevelser av fagenheten er følgende:

- Vanskelig å få inn pasienter
- Fagenheten tilbyr fire konsultasjoner per år, erfaringene viser at de tilbakemelding vi får om hva vi kan gjøre – er det samme som vi selv tilbyr.
- Vi er mer vant med å bruke RSS, regionalt senter for spiseforstyrrelser.

- Tilbudet ved denne fagenheten anses derfor som lite relevant for Finnmarkssykehuset.

-

#### 9.3.4.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Fagenhet for spiseforstyrrelser behandler pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser i nedslagsfeltet til Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Tjenesten finansieres i all hovedsak av Nordlandssykehuset. Forekomsten av spiseforstyrrelse er økende og tilbudet til pasientgruppen regionalt bør ikke svekkes. Regionalt senter for spiseforstyrrelser har et godt faglig samarbeid med fagenheten for spiseforstyrrelser. UNN behandler alle pasienter fra eget nedslagsfelt.

Fagenhet for spiseforstyrrelser er en delregional funksjon utenfor UNNs nedslagsfelt. Regional særfinansiering kan bidra til at Helgelandsykehuset opprettholder et tilbud til pasientgruppen. UNN foreslår at funksjonen opprettholdes.

#### 9.3.4.3 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset opplever å ha godt samarbeid med fagenheten. Det er vanskelig å bygge opp slik særlig spesialisert kompetanse i relativt små allmenpsykiatriske fagmiljø.

Videreføres i dagens form.

### 9.3.5 Prosjektets vurdering

Fagenheten ble opprettet for over ti år siden som et forsterket poliklinisk tilbud til barn og unge med spiseforstyrrelser i Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområde. Teamet jobber ikke med generell kompetansespredning, men har dialog med og veileder personell i lokale BUP. Veiledning til primærhelsetjenesten går fortrinnsvis gjennom lokal BUP.

Det foreligger ikke dokumenterte resultater, men det er grunn til å tro at teamets bidrag ved poliklinisk oppfølging og intensiv måltidsveiledning til familier i egen leilighet er et viktig supplement til ordinær behandling i BUP, både for fagfolk, pasient og familie.

Prosjektet vurderer at funksjonen er å betrakte som delregional da den kun dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets opptaksområde.



## 9.4 Familieambulatorium – Forebyggende familieteam, UNN

### 9.4.1 Historikk og status

Forebyggende familieteam, FFT, ble etablert i 2014 etter at UNN fikk oppdrag i OD 2013:

Opprette lavterskel/familieambulatorium<sup>3</sup> med særlig vekt på langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud til sårbare familier hvor problematikken kan omhandle psykiatri, rus, somatikk. Det skal legges særlig vekt på familier med barn 0-6 år.

Oppdraget var et ledd i oppfølgingen av barn som pårørende<sup>4</sup> til foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom.

Teamet har fire stillinger med tverrfaglig kompetanse. Klinisk virksomhet er rettet mot familier med barn i alderen 0-6 år der en eller begge foreldrene har psykiske vansker og/eller rusmiddelproblemer. Målet er å fange opp risiko-familier, og gi nødvendig hjelp og oppfølging med sikte på:

- å forebygge skader og komplikasjoner i fosterlivet
- sikre barnet trygge oppvekstvilkår sammen med kompetente voksenpersoner
- styrke foreldrene i deres foreldrekompetanse
- fremme en optimal utvikling hos barnet fysisk, psykisk og sosialt
- forebygge feilutvikling, omsorgssvikt og overgrep
- forebygge at barnet selv utvikler psykiske vansker eller rusmiddelproblemer

Langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling er prioritert. Tilbudet har lav terskel ved at både foreldrene selv og øvrige hjelpeinstanser kan ta kontakt med teamet direkte uten henvisning. Oppfølging skal komme i gang innen to uker etter at henvisningen er vurdert, og tilbudet er gratis. Oppfølgingen tilrettelegges individuelt og kan gis over lengre tid, om nødvendig frem til barnets skolestart. Tilbudet har høy grad av brukermedvirkning, og utformes i nært samarbeid med de som mottar tjenestene. Sentrale samarbeidsaktører er kommunale tjenester, barnehager, NAV og øvrig spesialisthelsetjeneste.

FFT omtales i egenvurderingen som en behandlingstjeneste for UNNs opptaksområde, men har etter at det ble etablert fulgt opp enkelt-pasienter fra både Finnmarkssykehuset og Nordlandssykehuset.

Teamet har ca. 1840 konsultasjoner per år.

---

<sup>3</sup> Familieambulatorium: Tilbud til gravide, mødre og fedre med sammensatte problemer knyttet til psykisk helse og/eller som sliter med pågående eller tidligere rusproblemer

<sup>4</sup> Helsepersonellovens §10 a.

FFT gir i tillegg til klinisk tjeneste veiledning til øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester vedrørende barn som pårørende. I tillegg har teamet bidratt med undervisning om tidlig innsats; bla. i kursrekken *Tidlig inn* i regi av KoRUS Nord.

Opprinnelig tildeling for etablering av familieambulatorier fra HOD var 2,8 mill. Av dette beløpet ble kr. 600 000 tildelt Kirurgi, kreft og kvinnehelseklinikken for å dekke 50% stilling for barneansvarlig med ansvar for oppfølging av barn som pårørende til somatisk syke foreldre.

Teamet har særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for TSB på 2,222 mill. kr.

## 9.4.2 Egenvurdering

### 9.4.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

### 9.4.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Opprettet i alle helseregioner i Oppdragsdokumentet 2013 etter ønske fra HOD og bevilgning i Statsbudsjettet. En nasjonal evaluering fra 2019 fant at:

«I Helse Nord RHF finnes i dag ett familieambulatorie ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN), som skal dekke opptaksområdet til både UNN og Finnmarkssykehuset. Forebyggende familieteam ved UNN står dermed overfor store geografiske utfordringer med tanke på å nå ut til brukere som har bosted lang unna Tromsø. Dette prøver teamet å løse ved å etablere samarbeid med DPS-er/SPHR-er (Sentre for psykisk helse og rus) lokalt. Samtidig uttrykker de bekymring for at organisatorisk arbeid for å få dette til, skal gå på bekostning av ressurser som ellers kunne brukes til å hjelpe familier som trenger det. Nordlandssykehuset fikk også i oppdrag å opprette familieambulatorium. De lyktes ikke med dette og har valgt å løse oppdraget ved å etablere en konsultasjons liaison-tjeneste rettet mot målgruppen. BUP-CL team tar imot pasienter fra både Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. Teamet arbeider ikke ambulant og tar ikke imot primærhenvisninger. Det er uvisst i hvilken grad de når ut til målgruppen i hele sitt opptaksområde, på et tidlig tidspunkt i problemutviklingen.»

## 9.4.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 9.4.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av dette tilbudet, dels fordi FIN bruker andre tjenester ved UNN (CL-team er anført) og dels pga tjenesten er ukjent blant våre ledere.

### 9.4.3.2 Nordlandssykehuset HF

Familieambulatorium på UNN dekker UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt. Vi er ikke kjent med at medarbeidere i Nordlandssykehuset eller pasienter i vårt nedslagsfelt har benyttet denne tjenesten. Vi synes det er vanskelig å vurdere om tjenesten bør

videreføres i nåværende form, siden tjenesten selv beskriver en underdekning, men likevel har en maksimal ventetid på 2 uker etter henvisning er vurdert. Tjenesten selv beskriver at de i hovedsak ivaretar pasienter i eget nedslagsfelt, og det er ikke angitt tall eller data for antall pasienter ivare tatt for Finnmarksykehuset eller øvrig region. Foretaksledelsen ved UNN har ikke vurdert tjenesten, men henviser til en nasjonal evaluering gjennomført i 2018/19. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles som regional funksjon med særskilt finansiering og videreføres som en lokal funksjon i UNN.

#### 9.4.3.3 Helgelandssykehuset HF

Ingen vurdering.

#### 9.4.4 Prosjektets vurdering

FFT beskrives i egen vurderingen som en behandlingstjeneste for UNNs opptaksområde, og det fremgår ikke at tilbudet dekker opptaksområdet til Finnmarkssykehuset. Dersom behandlingsfunksjonen skal kunne regnes som regional, må tilbudet i funksjonens egen strategi utvides til brukere fra Finnmark.

Funksjonen retter seg særlig til familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling. Dette er helt i tråd med oppdraget som ble gitt i 2013. FFT gir veiledning til øvrig spesialisthelsetjeneste og kommunale tjenester vedrørende barn som pårørende, og har bidratt med undervisning om tidlig innsats; bla. i kursrekken *Tidlig inn* i regi av KoRUS Nord. Kompetansespredning ut over dette er ikke beskrevet i egen vurderingen.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) etter prosjektets vurdering.

## 9.5 Familieambulatorium – Nordlandssykehuset

### 9.5.1 Historikk og status

Funksjonen ble etablert i 2017, etter at Nordlandssykehuset fikk oppdrag i OD 2014:

Opprette lavterskel/familieambulatorium med særlig vekt på oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn med mødre i LAR-behandling. Tilbudet skal være et lavterskeltilbud til sårbare familier hvor problematikken kan omhandle psykisk helsevern, TSB og somatikk. Det skal særlig legges vekt på familier med barn mellom 0 og 6 år.

Nordlandssykehuset fikk midler til å opprette tilbudet, men valgte etter utredning å heller opprette et BUP CL-team<sup>5</sup>, organisert i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling. Bemanning: tre fagstillinger; en overlege (ubesatt siden 2020), en psykologspesialist og en klinisk konsulent. Teamet ivaretar også barnepasienter fra Helgelandssykehusets nedslagsfelt.

**Etter etableringen i 2018 mottok Helse Nord RHF følgende statusbeskrivelse vedr. etablering av familieambulatorium i NLSH:**

BUP-CL team ble planlagt våren 2017 og hadde oppstart 1. september 2017. Teamet er organisert i barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, BUPA.

BUP-CL team har flere oppgaver/mandat.

- Vi skal gi tilbud til barn med kroniske sykdommer og følelsesmessige reaksjoner knyttet til det, kroniske smerter, utmattelse, funksjonelle lidelser, støttesamtaler til foreldre i krise, og være tilgjengelig for kvinner med psykiske lidelser eller LAR-behandling som er gravide og barn med alkoholsyndrom.
- Teamet har sitt daglige virke til Nordlandssykehuset Somatikk, Bodø. Vi jobber med pasienter og pårørende tilhørende kvinne-barn klinikken dvs. Føde/barsel og gyn.pol samt barn og foresatte som mottar behandling i barneavdelings tilbud (nyfødintensiv, store barn sengepost, ped.pol og barnehabilitering). Vi tar ikke imot primærhenvisninger fra fastleger eller andre. Dette er for å sikre at pasienter som møter oss er tilstrekkelig somatisk avklart til at samtalebehandling er forsvarlig å starte opp. Vi ønsker å være et lavterskel tilbud i spesialisthelsetjenesten, dvs lett å komme i kontakt med og rask til å sette opp en vurderingssamtale, for de pasientgrupper vi skal gi tilbud til.
- Barn med alkoholsyndrom ligger det godt til rette for at vi skal kunne fange opp siden barn med mistanke om denne tilstanden henvises til utredning på ped.pol.
- Mødre i LAR-behandling kan vi også møte ifm oppfølging i sv.skap/fødsel barsel om det ønskes bistand fra behandlende lege/gynekolog.
- Teamet er ikke satt opp som et ambulant team. BUP-CL team vil kunne bistå i en periode til andre relevante tjenester er inne og har overtatt oppfølging

---

<sup>5</sup> CL (consultation-liaison) er den internasjonale betegnelsen på arbeidet som gjøres av psykologer og psykiatere innenfor fysiske sykdommer av akutt, langvarig og alvorlig grad. CL betyr å søke om råd, binde sammen.

I egenvurderingen beskrives teamet bla. som et lavterskeltilbud for forebygging av rusrelaterte skader og psykososiale vansker hos barn, med tidlig innsats i utsatte familier. Dette tilbudet ble imidlertid nedprioritert i etterkant av at overlegestilling ble vakant (siden 2020).

Teamet jobber med forebygging/behandling av psykiske vansker og spiseforstyrrelser i BUP og med diabetes hos barn. De jobber også med psykosomatiske tilstander og funksjonelle lidelser som er i prioritert (prioriteringsveileder).

Teamet har særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for TSB på 2,222 mill. kr.

## 9.5.2 Egenvurdering

### 9.5.2.1 Egenvurdering fra tjeneste

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

### 9.5.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Familieambulatorium er en funksjon hvor det er etablert et BUP CL-team som jobber med barn- og unge med kroniske lidelser eller kombinasjonslidelser med både somatikk og psykiatri. CL-teamet jobber med både polikliniske og innlagte barn og unge fra Nordlandssykehuset og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Problemstillinger knyttet til både psyke og soma er økende, og vi ser at det er et behov for at kompetanse innenfor psykisk helsevern er tilstede i somatikken. Funksjonen kan ikke inneha en annen form, og ved en evt. avvikling, vil tjenestetilbudet fjernes. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

## 9.5.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 9.5.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av dette tilbudet.

### 9.5.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Det fremgår at virksomheten ved Familieambulatorium ved Nordlandssykehuset er rettet mot barn- og unge med kroniske lidelser eller kombinasjonslidelser med både somatikk og psykiatri i nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset. Nordlandssykehuset har således en annen tilnærming til oppdraget enn det HOD i 2013 la til grunn da oppdraget ble gitt i oppdragsdokumentet: «Det skal legges særlig vekt på langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling».

UNN foreslår at funksjonen opprettholdes under forutsetning av at virksomheten rettes mot det oppdraget (langsiktig oppfølging av familier med barn med alkoholsyndrom og barn av mødre i LAR-behandling) som lå til grunn for finansieringen fra HOD, jf. oppdragsdokumentet 2013.

### 9.5.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det kan virke som tilbudet er noe ulikt mellom UNN og Nordlandssykehuset. Det bør tilstrebes at regionale funksjoner som er delt mellom to helseforetak tilbyr mest mulig lik tjeneste. Bør utredes om det er tilstrekkelig å ha dette tilbudet enten på UNN eller Nordlandssykehuset.

Helgelandssykehuset har barneansvarlig som har eget internt nettverk for barneansvarlige. Videreføres ikke i dagens form.

Når regionale funksjoner deles mellom to helseforetak, må finansieringen avklares.

### 9.5.4 Prosjektets vurdering

Etter at Nordlandssykehuset fikk oppdraget om å opprette et familieambulatorium i 2014, ble det gjennomført en utredning i helseforetaket der konklusjonen ble å heller opprette et BUP CL-team. Prosjektet vurderer at dette teamet har et annet innhold enn oppdraget som ble gitt, og fungerer ikke som familieambulatorium etter de kriterier som foreligger.

Teamet vurderer selv at de ikke har en rolle med å spre kompetanse, drive veiledning og rådgivning til øvrige helseforetak (Helgelandssykehuset), men sier de ivaretar barnepasienter fra Helgelandssykehusets nedslagsfelt.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 9.6 Henteteam nyfødte – UNN

### 9.6.1 Historikk og status

Henteteamene for nyfødte i Helse Nord skal:

- Stabilisere og transportere syke nyfødte og premature til en av regionenes nyfødt intensivavdelinger
- Transportere syke nyfødte som trenger behandling på universitetssykehus. Dette gjelder særlig nyfødte med medfødte, tidskritiske tilstander aktuelle for sentralisert kirurgi, for eksempel alvorlig medfødt hjertefeil som skal behandles videre på OUS.

Formålet er å kunne tilby god kvalitet, tilgjengelighet og en pasientsikker tjeneste til alle nyfødte i regionen uavhengig av fødested. Med lange avstander til sykehus med nyfødtmedisinsk kompetanse foregår hovedtyngden av neonatal transport ved lufttransport, enten med ambulansefly eller helikopter. Hvert år gjennomføres ca. 50 henteturer.

I [Nasjonal standard for helsepersonell som transporterer syke nyfødte i luftambulansetjenesten](#) (Luftambulansetjenesten, 2016) gis det anbefalinger for helsepersonell som transporterer syke nyfødte, bla hvilke kompetansekrav som stilles.

Teamet består av syv spesialsykepleiere med lang erfaring i transport av nyfødte og fire til fem faste overleger tilknyttet Nyfødt Intensiv UNN.

Teamet har særskilt finansiering gjennom inntektsmodellen for somatikk – felles funksjoner, på 4,469 mill. kroner. (Tatt inn som ny kostnadskomponent ved revidering av modellen i 2018/19.)

### 9.6.2 Egenvurdering

#### 9.6.2.1.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 9.6.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Viktig tilbud for å hente nyfødte med behov for intensivbehandling. Over 95% av premature i Troms og Finnmark fødes i UNN pga. god seleksjon. Likevel er det noen få barn som må hentes av henteteamet årlig. Funksjonen er nødvendig, men det kan diskuteres om den skal finansieres ved særskilt bevilgning.

## 9.6.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 9.6.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset mener at kuvøseteamet ved UNN har en særlig viktig funksjon for barne- og ungdomsenheten ved Hammerfest sykehus, fødestua i Alta og fødeavdelingen ved Kirkenes sykehus når det gjelder transport av syke nyfødte som behøver behandling på universitetssykehus. Tiden er ofte en kritisk faktor, så det er avgjørende at det er ressurser som er i beredskap og kan utkalles på kort varsel ved behov. Funksjonen bør derfor videreføres i den formen den har i dag.

### 9.6.3.2 Nordlandssykehuset HF

Helse Nord som region er preget av spredt befolkning, lange avstander mellom sykehus og derfor behov for beredskap med gode systemer når uforutsette hendelser oppstår. Henteteamet for premature og syke nyfødte på UNN gjør at tilbudet til innbyggerne i Troms og Finnmark blir likeverdig sammenliknet med befolkningen i resten av landet. Med reduksjon til kun et henteteam i regionen, vil avstandene og perioder med utfordrende værforhold gjøre at tidsvinduet blir for stort til at tjenesten til befolkningen blir god nok. Med et henteteam i nord vil derfor risikoen for uønskete hendelser knyttet til nyfødte og prematur øke betraktelig. Helse Nord er derfor i behov av to henteteam for nyfødte, ett team for å ivareta befolkningen i Troms og Finnmark og ett team for å ivareta befolkningen i Nordland. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 9.6.3.3 Helgelandssykehuset HF

To henteteam i Nord gir et mer robust tilbud ved bla. dårlig vær. Videreføres i dagens form. Redder liv hos syke nyfødte. Kompetansekrav gjør at tjenesten ikke kan desentraliseres ytterligere. Bidrar til kompetanseheving ved jevning kursing i bla. resuscitering av nyfødte i HSYK. Avklaring om finansiering når regional funksjon deles mellom to helseforetak.

## 9.6.4 Prosjektets vurdering

Henteteamet ved UNN ivaretar beredskapen på dette området i UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt. Med Nord-Norges geografi er henteteamene nødvendig for å gjøre tilbudet til for tidlig fødte og syke nyfødte tilgjengelig for hele regionen.

I tillegg til å opprettholde og videreutvikle egen kompetanse i teamet, beskriver teamet i egenrevisjonen at de sprer kompetanse til fødeavdelinger og barneavdelinger i regionen gjennom sporadisk/etablert undervisning. Undervisning og veiledning anses også som viktig for å opprettholde et godt samarbeid i akutte situasjoner. Prosjektet vurderer at kompetansebygging i teamet, og spredning av kompetanse, undervisning og veiledning til samarbeidsaktører er en viktig del av henteteamets oppgaver.

Prosjektet vurderer at det fortsatt er behov for denne funksjonen, og at den bør videreføres.



### 9.6.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

## 9.7 Henteteam nyfødte – Nordlandssykehuset

### 9.7.1 Historikk og status

Henteteamene for nyfødte i Helse Nord skal:

- Stabilisere og transportere syke nyfødte og premature til en av regionenes nyfødt intensivavdelinger
- Transportere syke nyfødte som trenger behandling på universitetssykehus. Dette gjelder særlig nyfødte med medfødte, tidskritiske tilstander aktuelle for sentralisert kirurgi, for eksempel alvorlig medfødt hjertefeil som skal behandles videre på OUS.

Formålet er å kunne tilby god kvalitet, tilgjengelighet og pasientsikker tjeneste til alle nyfødte i regionen uavhengig av fødested. Med lange avstander til sykehus med nyfødtmedisinsk kompetanse foregår hovedtyngden av neonatal transport ved lufttransport, enten med ambulansefly eller helikopter.

Teamet omtaler seg som en behandlingstjeneste, organisert i Barneklubben ved Nordlandssykehuset. Teamet er bemannet med ni spesialsykepleiere fra nyfødtintensiv og legespesialister med subspecialisering innenfor nyfødtmedisin. Det gjennomføres ca. 50 henteturer per år.

I [Nasjonal standard for helsepersonell som transporterer syke nyfødte i luftambulansetjenesten](#) (Luftambulansetjenesten, 2016) gis det anbefalinger for helsepersonell som transporterer syke nyfødte, bla hvilke kompetansekrav som stilles.

Teamet er særskilt finansiert gjennom inntektsfordelingsmodellen for somatikk – felles funksjoner, med 4,473 mill. kroner. (Tatt inn som ny kostnadskomponent ved revidering i 2018/19.)

### 9.7.2 Egenvurdering

#### 9.7.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 9.7.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

«Hentetjenesten» med et eget kuvøseteam for transport av nyfødte er organisert under Barneklubben i Nordlandssykehuset og dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Teamet er et høyspesialisert team som er en svært viktig del av fødsels-/nyfødtomsorgen, spesielt i Nordland med lange avstander og mange lokalsykehus. Med sine ca. 50 oppdrag i året, utgjør teamet en betydelig ressurs. Hvis funksjonen skulle opphøre, ville det bety at funksjonen måtte overføres til UNN som da får ansvar for å dekke henteteam for hele regionen. Med de avstandene som er i

Helse Nord og med de ressursene som er til rådighet, ville det medføre en endring som ikke er mulig å gjennomføre og samtidig opprettholde dagens tilbud og kvalitet.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 9.7.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 9.7.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av Nordlandssykehuset sitt tilbud.

#### 9.7.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Det er etablert to henteteam i regionen, hhv ved UNN og ved Nordlandssykehuset. Henteteamet ved Nordlandssykehuset vurderes å fungere etter intensjonen og i et godt samarbeid med henteteamet ved UNN. UNN vurderer at funksjonen er nødvendig, at regionen er i behov av to henteteam som begge bør videreføres i sin eksisterende form. Det kan dog diskuteres om disse skal finansieres særskilt.

Utfasing eller endring i funksjonen Henteteam nyfødte ved Nordlandssykehuset vil medføre økt aktivitet for henteteamet i UNN, og følgelig økt ressursbruk. UNN vurderer at *henteteam nyfødte ved Nordlandssykehuset* fungerer etter intensjonen og bør videreføres i dagens form. UNN foreslår at funksjonen opprettholdes.

#### 9.7.3.3 Helgelandssykehuset HF

To henteteam i Nord gir et mer robust tilbud ved bla dårlig vær. Videreføres i dagens form. Redder liv hos syke nyfødte. Kompetansekrav gjør at tjenesten ikke kan desentraliseres ytterligere. Bidrar til kompetanseheving ved jevning kursing i bla rescusitering av nyfødte i Helgelandssykehuset. Avklaring om finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

### 9.7.4 Prosjektets vurdering

Henteteamet ved Nordlandssykehuset ble etablert i 1975 og ivaretar beredskap på dette området i Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Med Nord-Norges geografi er henteteamene nødvendig for å gjøre tilbudet til for tidlig fødte og syke nyfødte tilgjengelig for hele regionen.

I tillegg til å opprettholde og videreutvikle egen kompetanse i teamet, beskriver teamet i egenrevisningen at de sprer kompetanse til fødeavdelinger og barneavdelinger i regionen gjennom sporadisk/etablert undervisning. Undervisning og veiledning anses også som viktig for å opprettholde et godt samarbeid i akutte situasjoner. Prosjektet vurderer at kompetansebygging i teamet, og spredning av kompetanse, undervisning og veiledning til samarbeidsaktører er en viktig del av henteteamets oppgaver, som med fordel kan tydeliggjøres.

Prosjektet vurderer at det fortsatt er behov for denne funksjonen, og at den bør videreføres.

### 9.7.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 9.8 Medikamentfritt behandlingstilbud (MFBT) – UNN

### 9.8.1 Historikk og status

I oppdragsdokument fra HOD for 2015 ble det satt følgende mål: "Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene». Etablering av tilbudet ble behandlet i styresak 143-2015.

[Medikamentfrie behandlingstilbud](#) ble etablert på bakgrunn av gjennomslag som [Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp](#) fikk hos regjeringen Solberg.

Det er valgt ulike løsninger og målgrupper i ulike helseregioner og oppdraget er tolket forskjellig. Helse Nord har svart på oppdraget ved å gi tilbudet til personer med psykoselidelser og/eller bipolar lidelse i hele landsdelen ([protokoll](#)).

Tjenesten ble etablert i 2017.

Helse Nord er den eneste helseregionen som har valgt å opprette en egen sengepost ved PHRK UNN HF med seks sengeplasser, der det gis medikamentfri behandling for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Alle innleggelse er frivillige. Et slikt tilbud er enestående i internasjonal sammenheng. Det foregår følgeforskning for behandlingstilbudet, men resultater foreligger enda ikke.

HN RHF har i samarbeidsmøter fått rapportert at det på noen områder vært behov for å avvike fra protokollen. En vesentlig endring av protokollen er at det ikke er et krav at pasienter er ferdig nedtrappet på nevroleptika ved henvisning til behandlingstilbudet. Bakgrunnen for dette var at det tidlig i etableringen av tilbudet ble klart at det var lite systematiserte erfaringer omkring nedtrapping av nevroleptika, og at pasienter beskrev prosessen som langvarig og krevende. Det ble derfor tidlig klart at prosessen med nedtrapping av nevroleptika, for mange, var en vesentlig del av et medikamentfritt behandlingstilbud, og at behandlingstilbudet kunne ha en rolle i dette.

87 pasienter har i perioden 01.01.17 – 31.12.21 hatt aktivt forløp i MFBT. I tillegg til dette har omtrent 60 personer blitt henvist til tilbudet, men av ulike årsaker ikke påbegynt et forløp. Av de 87 som har vært i forløp er 63% avsluttet, mens 37% fremdeles var i et aktivt forløp ved årsskiftet 2021/2022. Etersom MFBT er lagt opp som behandlingsforløp i samarbeid med lokal DPS og kommunale tjenester, vil det variere om behandlingstilbudet avsluttes i sin helhet i spesialisthelsetjenesten, eller om det fortsetter i lokalt DPS etter avslutning ved MFBT.

Justerte tall i forhold til befolkningen i hvert enkelt fylke/område, viser følgende fordeling mht. hvor henvisninger er kommet fra (totalt 147): 46% fra Troms, 16% fra Nordland og 38% fra Finnmark.

Oppdaterte tall etter tilbakemelding fra tjeneste:

For perioden 01.01.17 - 01.01.23 har 104 individuelle personer hatt aktive forløp i MFBT. I tillegg til dette har omtrent 60 personer blitt henvist til tilbudet, men av ulike

årsaker ikke påbegynt et forløp. Av de 104 som har vært i forløp har omtrent 70% avsluttet forløpet, mens omtrent 30% er i et aktivt forløp. Størrelsen på gruppen personer som til enhver tid har vært i et aktivt forløp har vært nokså stabilt rundt 30.

Justerte tall ift befolkningen i hvert enkelt fylke/område viser følgende fordeling mht hvor henvisninger er kommet fra: Finnmark 39%, Troms 41%, Nordland 20%. Vi har opplevd en økning i henvisninger fra Nordland det siste året. Utover disse talljusteringene er det ikke store endringer ift hvor henvisningene kommer fra, diagnosegruppe eller medisinerings ved henvisning ect.

86,9% er henvist fra behandler i lokalt DPS, mens 13,1% er henvist fra annen døgnavdeling eller fastlege.

Særskilt finansiert i inntektsmodellen for psykisk helse: 6,784 mill.

## 9.8.2 Egenvurdering

### 9.8.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

### 9.8.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Tilbudet er vedtatt opprettet av styret i Helse Nord RHF (styresak 42-2016). Det er et sterkt ønske fra pasientforeningene og politisk at spesialisthelsetjenesten har et medikamentfritt behandlingstilbud.

## 9.8.3 Vurderinger fra ulike interessenter

### 9.8.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Vi ser nytten av at dette finnes på UNN som regionalt tilbud.

### 9.8.3.2 Nordlandssykehuset HF

Selv om medikamentfrie tilbud er sterkt ønsket fra pasientforeninger er dette et svært omdiskutert og med liten dokumentasjon av effekt for de alvorligst syke pasientene (alvorlig schizofreni, bipolarlidelse osv.). Både nasjonale og internasjonale retningslinjer anbefaler at disse gruppene av pasienter får medikamentelle tilbud som sin behandling, også for å forebygge nye sykdomsutbrudd. Nordlandssykehuset HF er derfor av den oppfatning at Medikamentfritt tilbud – UNN bør rettes mot pasienter med lettere psykiske lidelser (angst, depresjoner, personlighetsforstyrrelser), som vi mener kan ha nytte av medisinfri behandling gitt at øvrige terapeutiske metoder som benyttes er riktige. Vi anbefaler derfor at tjenesten endrer form og at målgruppe og formål revideres.

### 9.8.3.3 Helgelandssykehuset HF

Liten erfaring med tilbudet, og dermed vanskelig å uttale seg om. Pasienter er blitt henvist, men har ikke opplevd tilbudet slik de ønsket og skrevet seg ut. Lite informasjon om hvordan avdelingen konkret jobber.

### 9.8.4 Prosjektets vurdering

Behandlingstjenesten er etablert på bakgrunn av oppdrag fra HOD i 2015. Etableringen har bidratt til at det nå eksisterer et regionalt døgntilbud hvor formålet er å fylle et behandlingssmessig tomrom for personer med alvorlig psykisk lidelse som ønsker behandling uten nevroleptika. Behandlingstilbudet har bidratt til en vesentlig økt bredde i behandlingsmuligheter for denne pasientgruppen, og tilgjengeliggjort at pasienter kan ta valg som er i tråd med individuelle ønsker og preferanser.

Skjevfordelingen av mottatte henvisninger fra opptaksområde for Nordlands- og Helgelandssykehuset kontra fra UNN og Finnmarkssykehuset er betydelig.

I vurderingen av tilbudet fremkommer uenighet i regionens fagmiljø hvorvidt denne typen tilbud skal gis til de alvorligst syke og det er kommet innspill om at tjenesten bør endre form og at målgruppe og formål revideres. Uenigheten kan være av betydning for hvordan tilbudet anbefales for pasienter og blir benyttet i regionen.

Følgeforskning (fra 2016) undersøker ulike perspektiver av motivasjon og erfaringer blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser over 18 år som behandles ved MFBT, samt erfaringer med tilbudet blant helsepersonell. Resultater fra følgeforskning foreligger ikke enda.

Resultater fra følgeforskning avventes primært før det gjennomføres en evaluering. Dersom disse ikke foreligger innen utgangen av 2024, anbefales en evaluering innen utgangen av 2025. I tilbakemeldingen fra tjenesten, oppfordres det til at Fellesaksjonen for medikamentfrie behandlingsforløp trekkes inn ved en gjennomgang.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 9.9 Psykiatrisk innsatsteam (PIT) - Nordlandssykehuset HF

### 9.9.1 Historikk og status

Behandlingstjenesten ble etablert i 2009 som regional funksjon (etablert i Nordlandssykehuset HF i 1991)

Tjenesten er ikke lovpålagt, men anbefalt av Sosial og helsedirektoratet i 2006, referert i Veileder for voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten 2009; «Personer med moderat og alvorlig psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser bør behandles ved sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse på området».

*Funksjon:* Psykiatrisk Innsatsteam (PIT) har en ambulant poliklinisk regional funksjon for pasienter med alvorlig psykisk lidelse og samtidig psykisk utviklingshemning/ alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse / og eller autismspekterforstyrrelse.

*Formål:* å utrede /avklare mistanke om alvorlig psykisk lidelse, behandle psykiske lidelser samt veilede og gi råd om medisinsk- og miljøterapeutisk behandling til både aktuell spesialisthelsetjeneste, tjenesteytere i 1.linjetjenesten og pårørende

*Innhold:* Teamet ved saksansvarlig konsulent, psykologspesialist og overlege i psykiatri utreder, behandler og følger opp pasient og miljø lokalt i helseregionen med ambulante tjenester. PIT samarbeider med annen lokal spesialisthelsetjeneste, herunder særlig habiliteringsenheter og DPS'er, og aktuelle kommune/privat leverandør av primærhelsetjeneste i koordinerte pasientforløp.

*Forskning:* PIT deltar sammen med 7 andre regionale enheter i nasjonal forskning i form av en multisenterstudie ledet av NEVSOM ved Oslo Universitetssykehus.

*Nasjonale krav:* PIT har implementert prosedyrer for pakkeforløp/ pasientforløp psykiske lidelser for voksne. Med vekt på klinisk beslutning innen 6. uker, behandlingsplan og oppfølging av pasient i tett samarbeid med involverte 1.-2. linjetjenester samt pårørende.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse: 9,345 mill

### 9.9.2 Egenvurdering

#### 9.9.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 9.9.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Psykiatrisk innsatsteam ble utviklet for å veilede kommunene i regionen som overtok pasientene etter HVPU reformen, for pas som har alvorlig psykisk lidelse i tillegg til psykiske utviklingshemning. Dette til forskjell fra pasienter som kun har utviklingshemning og ivaretas av habiliteringstjenestene. Denne kompetansen består i dag som PIT. Teamet erfarer at kompetansen på DPS og andre psykiatriske enheter ikke



er tilstrekkelig i regionen for å kunne foreta utredning og behandling av psykisk lidelse hos pasientgruppen. Den kompetansen teamet har på veiledning og rådgivning om medisinsk og miljøterapeutisk behandling, samt utredning/avklaring rundt voldsrisiko, er viktig å opprettholde i regionen. Antallet henvisninger samt oppslutning rundt deltakelse i PITs regionale fagnettverk underbygger også behovet for teamets kompetanse. Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 9.9.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 9.9.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF har lang erfaring med å samarbeide med PIT. Vi erfarer flg:

- PIT har spesialisert kompetanse på et svært komplekst fagfelt
- PITs kompetanse oppfattes som helt uvurderlig
- PIT ambulerer og er utstrakt desentrale i sin arbeidsform – noe som oppleves trygt for ansatte i habilitering i Finnmarkssykehuset HF.

Finnmarkssykehuset HF vurderer at PITs regionale funksjon må videreføres og beholdes i sin nåværende form.

#### 9.9.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Psykiatrisk innsatsteam er en ambulant regional tjeneste ved NLSH for pasienter med komorbiditet innen psykisk lidelse og psykisk utviklingshemming/ alvorlig kognitiv funksjonsnedsettelse og/eller autismespekterforstyrrelse.

I 2020 fikk UNN i oppdrag fra Helse Nord å etablere et behandlerstøtteteam for pasienter med samtidig psykisk lidelse og/eller avhengighet og utviklingshemming/utviklingsforstyrrelse (tidl. BP2U.) Etter opprettelsen av behandlerstøtteteamet ved UNN er behovet for PIT i vår del av regionen redusert. Behandlerstøtteteamet ved UNN bidrar med sin spisskompetanse på feltet også overfor helsetjenesten i Finnmark.

Det er behov for kompetanse på tvers av fagområdene innen psykiatri og habilitering, samt et godt samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. UNNs vurdering er at PIT bidrar til det i hovedsak for pasienter i NLSH sitt nedslagsfelt.

#### 9.9.3.3 Helgelandssykehuset HF

Vi har hatt god og tett kontakt med PIT over mange år, de bidrar i saker der det er behov for forsterkning eller spesialisert kompetanse.

### 9.9.4 Prosjektets vurdering

Tjenesten er ikke lovpålagt, men anbefalt av Sosial og helsedirektoratet i 2006, referert i Veileder for voksenhabilitering i spesialisthelsetjenesten 2009; «Personer med moderat

og alvorlig psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser bør behandles ved sentraliserte spesialenheter med særlig kompetanse på området».

PITs regionale funksjon med en ambulerende utredningspoliklinikk stiller store krav til logistikk og arbeidsplanlegging. Tjenesten sier selv at de over år har bygd opp gode rutiner, fått erfaring med reisevirksomhet/ oppsøkende virksomhet og bruk av digitale løsninger. Teamet virker å ha god kjennskap til regionen.

Både Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset beskriver at de har god nytte av tjenesten som leverer høy kompetanse på feltet og som i stor utstrekning jobber desentralisert.

UNN fikk i 2020 oppdrag fra Helse Nord om å etablere et behandlerstøtteteam for behandlere i UNN og Finnmarkssykehuset som skal ivareta pasienter med samtidig psykisk lidelse og/eller avhengighet og utviklingshemning/utviklingsforstyrrelse. Etter dette er behovet for PIT redusert for UNNs nedslagsfelt, da nødvendige avklaringer gjøres på et tidligere tidspunkt i pasientforløpet som et resultat av behandlerstøtteteamet.

2/3 av henvisningene til PIT kommer fra Nordland.

## 9.10 Regional behandling OCD (tvangslidelser) voksne – UNN

### 9.10.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert i 2013.

Formål: Å tilby dokumentert virksom behandling for tvangslidelse (OCD) til alle pasientene i hele opptaksområdet (Helse Nord). Tilby utredning, vurdering der andre er usikre på diagnose.

Tall for regional bruk av tjenesten er presentert i [vedlegg](#) (rapport), der det fremgår at vel 50 % av henvisningene kommer fra UNNs opptaksområde. I illustrasjon side ti illustreres det for 2021 en økende tendens på henvisninger fra Nordlandssykehuset, nedgang fra Finnmarkssykehuset og uendret mengde fra Helgelandssykehuset. Når det gjelder antall pasienter som har fått gjennomført behandling, synes antallet rimelig stabilt (ca 50% av antall henviste), men de behandlede pasientenes bosted fremgår ikke av rapporten.

Alle pasienter tilbys i hovedsak digital behandling, uavhengig av avstand til bosted. I en periode for tilrettelegging for digital behandling, har pasienter innenfor en times reisevei blitt tilbudt fysisk behandling.

Tjenesten har opprettet kvalitetsdataregister for egne pasienter og bidrar til forskning i samarbeid med Helse Bergen. Kompetanse til de ansatte i teamet er utviklet gjennom flere års utdanning i regi av Helse Bergen, opplæring og sertifisering av gruppeledere og behandlere i B4DT. Tjenesten har 3 stillinger per i dag, hovedsakelig finansiert av VPP Tromsø. Stillingene skal være finansiert gjennom inntekt på konsultasjoner, gjestemidler, men slik praktiseres det ikke i dag ifølge egenvurderingen.

Særskilt finansiert i inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner* 1,562 mill.

### 9.10.2 Egenvurdering

#### 9.10.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

#### 9.10.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Firedagersprogrammet er et svært ressurseffektivt tilbud som foregår etter opplæring og sertifisering fra Helse Bergen. Det er viktig å opprettholde et robust fagmiljø i Helse Nord.

### 9.10.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 9.10.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset HF har i tidligere fagsjefmøte støttet forslag om at OCD-tjenesten, både for barn og voksne, avvikles som regional funksjon. I henhold til referat fra fagsjefmøtet 2.9.21 skulle saken tas til Fagrådet for psykisk helsevern og belyses der. Informasjon fra dette fagrådet burde fulgt med saken.

#### 9.10.3.2 Nordlandssykehuset HF

Tjenesten tilbyr behandling etter en anerkjent metodikk (fredagersprogrammet), som de fleste foretakene de senere år også har fått kompetansen på selv. Dette er et typisk eksempel på en «høyspesialisert» behandling som over tid, når kompetansen spres, blir mindre høyspesialisert med mulighet for desentralisert behandling.

Nordlandssykehuset HF erfarer at det regionale tilbudet ikke er tilgjengelig for de pasientene som har størst behov for det. Tilbudet er for smalt og tar ikke imot pasienter med ulike samsykeligheter. I tillegg er det faglige ansvaret uklart, da pasientens behandler ved lokalt foretak fortsatt må stå som ansvarlig under behandlingen uten å ha kjennskap til status og resultat av forløpet. For pasienter bosatt utenfor nedslagsfeltet til UNN gis det kun et digitalt tilbud. Vår erfaring er at ikke alle pasienter klarer å nyttiggjøre seg hele forløpet gjennom videokonsultasjoner, da unngåelse ligger til alle angstlidelsers natur og oftere medfører «drop out» enn om man har mulighet på noe tidspunkt å også treffe pasienten selv. I tillegg har det de siste årene vært svært lang ventetid på behandlingstilbudet (< 12 mnd.), noe som har medført at hovedandelen av pasientene har blitt ivaretatt lokalt, uansett.

Nordlandssykehuset HF's vurdering er derfor at den regionale funksjonen kan avvikles, og at midlene brukt til det regionale tjenestetilbudet i stedet fordeles til alle foretakene f. eks over en periode på to år med formål om kompetanseheving lokalt. Dette vil medføre en betydelig styrkning av tilgjengeligheten til tilbudet og redusere ev uønsket variasjon og dermed sikre likeverdig behandling uansett bosted.

#### 9.10.3.3 Helgelandssykehuset

Inntrykk av at sakene som henvises dit, ikke tas inn/kommer i retur, tar lang tid, kanskje treffer en ikke behovet hos pas. God erfaring med jobben som gjøres selv, her ved egen avdeling. Vi har henvist ganske mange, men tilbakemeldingene går for ofte i retning av at det ikke er «ren-OCD» /er for komplekse. Ønske om at de kan bidra mer; gi råd i saker. Men: pasientene blir orientert om tilbudet de har, og at de kan henvises/få hjelp/bli vurdert for inntak der, om de ønsker.

### 9.10.4 Prosjektets vurdering

Behandlingstjenesten har eksistert i ni år og det er bygd opp kompetanse i et team gjennom utdanning i 4-dagersprogrammet, Helse-Bergen, samt gjennom kontinuerlig praksis. Alle pasienter tilbys i hovedsak digital behandling, uavhengig av avstand til bosted.

Den regionale funksjonen i UNN blir av øvrige helseforetak i Helse Nord vurdert som overflødig, da man mener at den er et typisk eksempel på en høyspesialisert behandling

som over tid, når kompetansen spres, blir mindre høyspesialisert med mulighet for desentralisert behandling. Foretakene formidler at de i hovedsak ivaretar disse pasientene selv, da både tilgjengelighet og behandlingsform (digitalt tilbud) ikke alltid tilfredsstillende behøver.

Utfordringene ble tatt opp i fagsjefmøte 02.09.21, der det ble fremmet ønske om at den regionale funksjonen avvikles. Saken ble igjen behandlet i fagsjefmøte 29.09.22 (sak 112/22), der Helse Nord RHF formidlet at tilbudet vil bli videreført på samme nivå som pr. d.d.

Tilbakemelding fra funksjonen etter prosjektets vurdering: Norsk OCD og angstforening (ANANKE) har ytret bekymring for at pasienter behandles lokalt uten å få informasjon om eller bli henvist til det regionale OCD-teamet. Vi er kjent med at ANANKE sendte inn en [bekymringsmelding](#) til Helse Nord i 2021 basert på henvendelser fra pasienter og pårørende, både på grunn av dette og lang ventetid på behandling.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) etter prosjektets vurdering.

## 9.11 Regional behandling OCD (tvangslidelser) barn og unge – UNN

### 9.11.1 Historikk og status

Helse- og omsorgsministeren tok i 2009 initiativ til en satsning for å sikre at behandling ble gjort tilgjengelig for dem som er rammet av tvangslidelse (OCD). Fram til 2016 ble det, etter initiativ fra Helseministeren og i oppdrag fra Helsedirektoratet, opprettet OCD-team i alle helseforetak.

OCD har ganske lav forekomst. For å få et stort nok opptaksområde slik at behandlere fikk nok erfaring med tilstanden og for å sikre stabilitet i et fagmiljø, ble teamet for de nordligste fylkene regionalisert til UNN i 2016. Teamets mandat er å gi behandling til barn og ungdom med tvangslidelse (OCD).

Antall pasienter i utredning og evt. behandling 2014-sept 2022

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
7	14	13	22	16	18	34	42	15

Behandling pr sykehus Helse Nord pr år/henvisninger 2014-sept 2022

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
5/10(UNN)	7/20 (UNN)	3/19 (UNN)	3/21 (UNN)	9/14 (UNN)	6/17 (UNN)	9/23 (UNN)	17/32 (UNN)	8/22 (UNN)
0/0 (NLSH)	0/0 (NLSH)	2/10 (NLSH)	7/13 (NLSH)	1/6 (NLSH)	6/14 (NLSH)	9/22 (NLSH)	9/18(NLSH)	1/9 (NLSH)
0/0 (FIN)	0/0 (FIN)	2/7 (FIN)	1/7 (FIN)	1/4 (FIN)	1/4 (FIN)	6/13 (FIN)	6/13 (FIN)	1/3 (FIN)
0/0 (HSYK)	0/0 (HSYK)	2/6 (HSYK)	0/5 (HSYK)	1/1 (HSYK)	2/6 (HSYK)	1/4 (HSYK)	1/4 (HSYK)	0/4 (HSYK)
Tot: 5	Tot: 7	Tot: 9	Tot: 11	Tot: 12	Tot: 15	Tot: 25	Tot: 30	Tot: 10

Teamet samarbeider med 19 BUP'er. For pasienter utenfor Tromsøregionen tilbys utredning og behandling over videosamtaler.

Funksjonen er ikke særskilt finansiert.

### 9.11.2 Egenvurdering

#### 9.11.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

#### 9.11.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Firedagersprogrammet er et svært ressurseffektivt tilbud som foregår etter «The Bergen 4 day treatment (B4DT)». Teamet ved Barne- og ungdomsklinikken UNN Tromsø tar imot pasienter fra alle 19 poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge i Nord-Norge. OCD-teamet har hatt en økning i antallet henvisninger. For å være i stand til å gi barn og unge med OCD i helseregionen et likeverdig tilbud med korte ventetider er det viktig å opprettholde et robust fagmiljø i Helse Nord.

### 9.11.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 9.11.3.1 Finnmarkssykehuset

Finnmarkssykehuset HF har i tidligere fagsjefmøte støttet forslag om at OCD-tjenesten, både for barn og voksne, avvikles som regional funksjon.

#### 9.11.3.2 Nordlandssykehuset HF

Tjenesten tilbyr behandling etter en anerkjent metodikk. Erfaringen fra barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset HF er at dette er et tilbud som ikke er tilgjengelig for de pasientene som har størst behov for det. Den gjennomgående opplevelsen av dette teamet er at oppgavene deres er for dårlig definert. Vi opplever at det på informasjonsmøter formidles en lav terskel for henvisning og at det ikke er nødvendig for våre BUP-er å ha kompetanse på OCD-behandling. Likevel erfarer vi ved henvisning av pasienter at det er få pasienter som passer inn i tjenestens tilbud: symptomtrykket må ikke være for høyt, det må ikke være samsykelighet og barnet/ungdommen/familien må i de aller fleste tilfellene klare å nyttiggjøre seg fire-dagers behandling over videokonsultasjon. For pasienter med store utfordringer rundt OCD, og også de med samsykelighet er det vanskelig å nyttiggjøre seg et slikt tilbud. Vi har ved flere anledninger da opplevd at pasientene blir avsluttet med begrunnelse i manglende motivasjon og den lokale BUP må overta OCD-behandlingen. I likhet med hos voksne mener vi at dette er en behandling som kan tilbys ved alle helseforetakene. Da vi allerede må behandle de sykeste pasientene selv, anses konsekvensene for Nordlandssykehuset HF ved en utfasing funksjonen, som svært begrensede.

Nordlandssykehuset HF anbefaler at funksjonen avvikles som regional funksjon og at tjenestetilbudet i stedet styrkes ved alle foretakene.

#### 9.11.3.3 Helgelandssykehuset

Svært lang ventetid som er utilfredsstillende for alle parter. Pasientene burde kunne få behandling lokalt ved hjelp av egnet metode. Teamet brukes i veiledning iht. arbeidet før diagnose setting, det fungerer. Vi kan ivareta dette selv.

### 9.11.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen er ikke særskilt finansiert.

Behandlingstjenesten har eksistert i åtte år og det er bygd opp kompetanse i et team gjennom utdanning i 4-dagersprogrammet, Helse-Bergen, samt gjennom kontinuerlig praksis. Tilbudet gis i stor grad kun digitalt til pasienter bosatt utenfor nedslagsfeltet til

UNN. Det opplyses om at henvisningsmengden har økt betraktelig de siste årene. Funksjonen selv påpeker behovet for at pasienter som er rammet av OCD, får tilgang til spesialisert behandling utført av fagpersoner med omfattende opplæring i aktuelle behandlingsmetoder og nødvendig erfaring med tilstanden. Forekomsten av OCD er lav, og opptaksområde bør være så stort som det er nå.

Oversikt over hvordan behandlingstilbudet benyttes i regionen (2014- sept 2022) viser følgende fordeling: UNN (ca 50 %) Nordlandssykehuset (ca 26 %). Finnmarkssykehuset (ca 13 %) og HSYK (ca 9 %). Det fremkommer ingen markant endring i denne fordelingen de siste årene.

Øvrige helseforetak i regionen vurderer at det ikke lengre er behov for den regionale funksjonen. Foretakene sier de ivaretar disse pasientene i hovedsak selv, da både tilgjengelighet og behandlingsform (digitalt tilbud) ikke alltid tilfredsstillende behøver.

Tilbakemelding fra funksjonen:

- Pasienter med samsykelighet gis et tilbud. Som for andre tilstander gjør samsykelighet at prognosen for godt utfall av behandling reduseres (dette er ikke unikt for pasienter med OCD)
- De (få) som har gitt tilbakemeldinger om at formatet med behandling via video har reist til Tromsø og blitt kjent med teamet, så har video blitt tatt i bruk igjen og da med god effekt.
- Uavhengig av om tilbud gis regionalt eller innen hvert HF er anbefalingene at behandling foregår der pasienten bor og da er video en svært gunstig løsning.
- Brukertilbakemeldingene er jevnt over svært gode fra pasienter og pårørende etter endt behandling.
- Teamet ser med bekymring på om pasientene (pga lav forekomst) vil få et likeverdig tilbud innen hvert HF dersom den regionale funksjonen oppløses.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.



## 9.12 Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge – UNN

### 9.12.1 Historikk og status

Regionalt senter for spiseforstyrrelser - barn og unge (RSS) ble etablert i UNN i 2009. Senteret har som oppgave å gi et behandlingstilbud til barn og unge opp til 18 år i regionen med spiseforstyrrelser som ikke har tilstrekkelig effekt av poliklinisk behandling i ordinær spesialisthelsetjeneste (i hovedsak Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker), samt i komplekse tilfeller der det kreves spesialisert kompetanse på utredning, diagnostikk og behandling. Videre skal tjenesten bistå lokal spesialisthelsetjeneste med konsultasjon og veiledning til fagpersonell og derigjennom styrke kompetanse på fagfeltet i regionen.

RSS' oppdrag er fra etableringen av å gi behandling til de alvorligst syke pasientene med spiseforstyrrelser i Helse Nord. Bakgrunnen for dette igjen skriver seg fra nasjonal strategiplan for spiseforstyrrelser fra 2000. Dette ble forankret i styresaker i Helse Nord, først i 2002 der det av saksdokumenter framgår at administrasjonen har i sin vurdering lagt hovedvekt på:

- 1) at tilbudet som bygges opp, skal være et tillegg til den behandlingsskjeden som allerede er etablert via primærhelsetjenesten og lokale helseforetak
- 2) at tilbudet skal være forbeholdt de få og mest kritisk syke pasientene, der det øvrige behandlingsapparatet ikke strekker til
- 3) at det er behov for oppbygging av bred og sammensatt spesialkompetanse for å dekke pasientenes samlede behov

Følgende ble vedtatt 5.12.02:

- 1) Styret i Helse Nord RHF erkjenner behovet for etablering av et regionalt, høyspesialisert behandlingstilbud for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser.
- 2) Enheten for barn og unge legges til UNN. Pga. den aktuelle ressursituasjonen, samt usikkerhet rundt kapasitetsbehov i en høyspesialisert enhet, legges det i første omgang til rette for 6 plasser

Det er å bemerke at RSS har hatt driftsmidler til fire senger i perioden 2009 – 2016, til fem senger fra 2017. På grunn av betydelig pågang av henvisninger i 2020 og 2021 med vesentlig økt ventelisteid, fikk en som koronatiltak midler til drift av en sjettede seng i 2021. Finansiering for den sjettede sengen er videreført ut 2025.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse: 15,668 mill kr

### 9.12.2 Egenvurdering

#### 9.12.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

## [Vedlegg egenvurdering](#)

### 9.12.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Dette er en svært spesialisert virksomhet. Henvendelsene har økt vesentlig som følge av pandemien.

## 9.12.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 9.12.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Brukes i de tyngste sakene, vi verdsetter å ha kompetanse tilgjengelig når det trengs.

### 9.12.3.2 Nordlandssykehuset HF

Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge ved UNN er en svært viktig døgnetenhet. Regionen er helt avhengig av å ha et spesialisert døgntilbud til denne gruppen og det er urealistisk å tenke at dette tilbudet kan ivaretas lokalt.

Nordlandssykehuset HF opplever imidlertid flere begrensninger i tilbudet, som gjør at det regionale tilbudet ikke er tilgjengelig for alle pasientene som har behov for et slikt spesialisert døgntilbud. Da dagens behov er større enn kapasiteten ved senteret, mener vi det er avgjørende at tilbudet videreutvikles og styrkes, og funksjonen videreføres i UNN hvor det allerede er bygd opp et solid fagmiljø. Helt konkret mener Nordlandssykehuset HF at det er behov for:

- Etablering av akuttfunksjon, slik regional senter for spiseforstyrrelser voksne har, slik at pasienter som har behov for et spesialisert døgntilbud kan få dette umiddelbart, og ikke bli liggende på akuttpsykiatrisk eller medisinsk sengepost ved andre foretak.
- Akuttfunksjon må også inkludere tilrettelagte fasiliteter for bruk av tvangsbehandling.
- At tilbudet må kunne ivareta komorbide lidelser (psykose, angst, depresjon osv.). Nordlandssykehuset HF har opplevd at flere med spiseforstyrrelser der det er samsykelighet med psykose har fått avslag hos tjenesten. Dette til tross for at den psykotiske lidelsen er godt behandlet og stabilisert.
- Økt døgncapasitet i tråd med den økte forekomsten som har vært i regionen. Kapasiteten er for lav på nåværende tidspunkt, slik at disse pasientene får ikke det spesialiserte tilbudet de trenger, og binder opp behandlingsskapasitet andre steder.

Nordlandssykehuset HF anbefaler derfor at funksjonen videreføres, men at det er et behov for styrkning i tråd med beskrivelsen over.

### 9.12.3.3 Helgelandssykehuset HF

Godt tilbud i forhold til veiledning pr teams. Dette kan bidra til å forhindre innleggelser. De kan gi både konkrete forslag og veiledning i behandling. De er en viktig samarbeidspartner i forhold til å ha lett tilgjengelighet til spesialister innen feltet. Det er så pass lav prevalens at det må være et slikt spesialisert tilbud for å kunne bli skikkelig gode på dette.

Helgelandssykehuset har erfaring med at vi kan ha pasienter innlagt i egen døgnavdeling ved hjelp av veiledning og bistand fra enheten. Dette har bidratt til kompetanseheving i både døgnavdeling og poliklinikker.

Har varierende opplevelser fra innleggelser, da noen av de mest komplekse sakene (stort sett de eneste vi legger inn) kan komme tilbake med samme hjelpebehov eller til og med en «forventning» om at det skal gå enda bedre poliklinisk enn ved innleggelse. Det har skjedd i noen tilfeller. Det er en ulempe i slike tilfeller at de er så langt borte, de er ikke kjent med de kommunale tilbudene og har ikke fått til godt/ryddig samarbeid med barnevern og lokalt sykehus. Det er problematisk at enheten har stort trykk og lange ventelister.

#### 9.12.3.4 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Pårørendeerfaring	Jeg synes RSS og avd for spiseforstyrrelse ved Nordlandssykehuset bør samarbeide tettere. Synes RSS sin beh modell bør revurderes og foreldre bør IKKE brukes som behandlere i prosessen. Har mye mere tro på den beh. som de gjør i Bodø! Vi har vært i dette systemet i 6 år og det et beh i Bodø som har hatt størst effekt!	RSS

#### 9.12.4 Prosjektets vurdering

Senteret har hatt en vesentlig økning i henvendelser i forbindelse med pandemien. Regionen er helt avhengig av å ha et spesialisert døgntilbud til denne gruppen og det er urealistisk å tenke at dette tilbudet kan ivaretas lokalt. Senteret er en viktig samarbeidspartner for øvrige helseforetak i forhold til å ha lett tilgjengelighet til spesialister innen feltet. Tilstanden er alvorlig for en stor del av pasientene og at liggetiden i døgn kan være over flere måneder.

Tilbudet bør videreutvikles og styrkes og det gis konkrete forslag til dette:

- Det må etableres akuttfunksjon, slik at de som har behov for døgntilbud kan få dette umiddelbart, og ikke bli liggende på akuttpsykiatrisk eller medisinsk sengepost ved andre foretak. Akuttfunksjon må også inkludere tilrettelagte fasiliteter for bruk av tvangsbehandling.
- Tilbudet må kunne ivareta komorbide lidelser (psykose, angst, depresjon osv.).
- Døgnkapasiteten må økes i tråd med den økte forekomsten som har vært i regionen. Kapasiteten er for lav på nåværende tidspunkt, noe som fører til at behandlingsskapasitet bindes opp i andre helseforetak.

[Tilbakemelding fra funksjonen](#) etter prosjektets vurdering.

## 9.13 Regionalt senter for spiseforstyrrelser voksne – Nordlandssykehuset HF

### 9.13.1 Historikk og status

Tjenesten ble opprettet i 2004 (Styresak 06-2004).

Sentret er bygd opp etter føringer i Strategiplan spiseforstyrrelser (2000) fra sosial- og helsedirektoratet, og følger anbefalinger i [Nasjonalt faglig retningslinje for spiseforstyrrelser \(2017\)](#).

Regional døgnetenhet for spiseforstyrrelser gir utrednings- og behandlingstilbud til voksne pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser i Nord Norge. Behandlingstilbudet er for pasienter med alvorlig anorexia nervosa, bulimia nervosa, eller annen uspesifisert alvorlig spiseforstyrrelse. Tilbudet er for pasienter med behov for mer spesialisert behandling enn det som kan tilbys ved lokale DPSer eller andre sykehusenheter.

Innleggelseslengde tilpasses den enkelte pasient mht. alvorlighet og symptomtrykk; fra et par uker til flere måneder. Enheten har også noe konsultativ virksomhet og veiledning med andre deler av spesialisthelsetjenesten i nedslagsfeltet, også for å sikre gode overganger mellom nivå og forløp. Enheten har en bred og sammensatt spesialkompetanse på fagfeltet.

Innholdet i døgntilbudet inkluderer:

- Utredning og behandling av spiseforstyrrelsen(e), psykiske lidelser, og sekundære somatiske komplikasjoner.
- Aktiv og persontilpasset måltidsveiledning og måltidsoppfølging, ved indikasjon utføres også sondeernæring.
- Terapeutisk behandling med medikasjon ved indikasjon og psykoterapeutiske intervensjoner (mentaliseringsbasert/kognitiv terapi).
- Gruppe- og individuell terapi/ veiledning til pasient og pårørende.
- Tett oppfølging og behandling av somatiske komplikasjoner
- 

Per februar 2021 var beleggsprosenten 95 (444 liggedøgn), per februar 2022 var beleggsprosenten 84 (393 liggedøgn). Per februar 2022 er gjennomsnittlig ventetid innenfor frist. Totalt var det 28 henvisninger i 2021 (19 primær og 9 sekundær)

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse: 26,979 mill

### 9.13.2 Egenvurdering

#### 9.13.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)  
[Årsrapport](#)

### 9.13.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Regional døgnerhet og regionalt kompetanseteam har opparbeidet seg en solid, etterspurt kompetanse i regionen og har et spesialisert behandlingstilbud på døgn og poliklinikk som i fremtiden vil kunne sikre gode spesialiserte pasientforløp i regionen. Teamet sikrer at denne kompetansen opprettholdes i landsdelen uten å være sårbar i forhold til personavhengighet, samt viktigheten av et slikt team som referanse for det nasjonale kvalitetsregister som er i fagfeltet. Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

## 9.13.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 9.13.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset er fornøyd med den tjenesten som senteret tilbyr til våre pasienter og ser helst at tjenesten videreføres.

### 9.13.3.2 Universitetssykehuset Nord- Norge HF

Regionalt senter for spiseforstyrrelser drifter et spesialisert tilbud til voksne pasienter med ulike typer alvorlige spiseforstyrrelser i Helse Nord. Psykisk helse og rusklinikken ved UNN har praksis for å henvise pasienter til dette regionale tilbudet. UNN verdsetter senterets kompetanse på en sårbar og kompleks pasientgruppe, og vurderer at det er behov for videre drift. UNN vurderer at fagenhet for spiseforstyrrelser ved NLSH bør videreføres i dagens form.

### 9.13.3.3 Helgelandssykehuset

Foretaket har godt samarbeid med RESSP. Etablert samarbeid med ernæringsfysiolog og leger med spesialkompetanse på spiseforstyrrelser. På disse pasientene er det helt nødvendig å kunne få veiledning hos fagpersoner med spesialisert kompetanse.

RESSP har tilbud om digital undervisning med relevante temaer for alle behandlere i Helse Nord. Dette er et nyttig tilbud.

Pasienter med spiseforstyrrelse som har behov for ø-hjelpsinnleggelse eller innleggelse på tvang trenger en annen type behandling enn andre pasienter som legges inn på akuttpost. Derfor viktig å ha disse plassene i en spesialisert avdeling. Det siste året har det vært lang ventetid, noe som har blitt forklart med alvorlighetsgrad hos inneliggende pasienter og redusert andel plasser på RESSP, i perioder mange pasienter på tvang.

Dette er utfordrende da denne pasientgruppen har høy grad av komorbiditet både psykiske lidelser og somatikk.

RESSP gir anbefaling om innleggelse lokalt DPS i påvente av innleggelse ved RESSP. De tilbyr da veiledning. Har vært tilbud om veiledning til behandler i de tilfellene pasient har vært innlagt på lokalt DPS. Mulighet for veiledning i polikliniske saker også.

Ved endringer i kapasitet er det viktig at foretakene informeres om dette, og kan gi tilbakemelding om mulige konsekvenser.

Vurdere reetablering av nettverk for spiseforstyrrelser for gjensidig kompetanseheving.

#### 9.13.3.4 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Pasienterfaring	Viktig at man sprer kompetansen til flere kommuner. Kortere ventekøer er sentralt. Ventetiden gjør alt verre.	Spis voksne
Pårørendeerfaring	Et viktig satsingsområde. Deltatt i multifamiliegruppa. Et utrolig bra tilbud for den voksne pasienten og pårørende. Dette påvirker hele familien og tilbudet kan med fordel utvides til å gjelde flere diagnoser vil jeg tro. Det er min opplevelse at både pasienter og pårørende har stor nytte av dette tilbudet og denne «behandlingen» for en helt uforståelig sykdom. Økonomisk er dette en stor kostnad for helseforetaket, men for pasient og pårørende er det essensielt at det er spisset fagkompetanse som utfører behandlingen. For oss som reiser fra Finnmark, betyr avstanden ingenting så lenge det er kompetente folk som utfører behandlingen	Spis voksne
Pårørendeerfaring	Ventetida er altfor lang. Pasienten rekker å bli livstruende syk før behandling realiseres. Lokal kompetanse er for tilfeldig og svak i alle faser av behandlingen og oppfølgingen. Ressurser til behandling av spiseforstyrrelser er kritisk mangelvare og det forebyggende arbeidet er ikke-eksisterende. Økt bruk av mentorer/fadderordning anbefales for effektiv behandling innen spiseforstyrrelser. Familieinvolvering i behandlingen er prekært nødvendig og bidrar med positiv helseeffekt for involverte, samt er besparelse i forhold til potensielle pasientkostnader.	Spis voksne

#### 9.13.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen tilbyr behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos voksne og er etterspurt og benyttet av hele regionen. Dette er et fagområde der forekomsten av sykdom er relativt lav. Det er derfor hensiktsmessig å samle ressurser og spisskompetanse for fagfeltet på ett sted i regionen.

## 9.14 Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO) – Nordlandssykehuset HF

### 9.14.1 Historikk og status

RSSO ble etablert ved Nordlandssykehuset Bodø høsten 2004 (Styresak 48/2004), som et senter for kirurgisk behandling av sykkelig overvekt, etter oppdrag i styringsdokument fra HOD til Helse Nord RHF 2004:

Det skal etableres regionale og flerregionale behandlingstilbud for pasienter med helseproblemer som følge av sterk overvekt.

På dette tidspunktet var det kun ett tilbud i Norge om bariatrisk kirurgi, og mange pasienter dro utenlands for å få gjennomført operasjon, uten at det var et opplegg for oppfølging i tiden etter operasjon. Derfor skulle tilbudet også omfatte slik oppfølging.

I 2007 ble det utarbeidet en interregional retningslinje, *Utredning og behandling av sykkelig overvekt i spesialisthelsetjenesten voksne*, og i 2011 utga Helsedirektoratet *Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Disse har sammen med prioriteringsveilederen dannet grunnlaget for dagens pasientforløp og organisering av tilbudet.

RSSO har nå et medisinsk og kirurgisk tilbud for pasienter med sykkelig overvekt, der tverrfaglig utredning, behandling og oppfølging gjøres av et team bestående av spesialsykepleiere, ernæringsfysiolog, helsesekretær, fysioterapeuter, medisinske leger og kirurger.

Organisering av tilbudet har utviklet seg ulikt i landet. I Helse Nord er det holdt fast ved at det ved sykehusene i alle helseforetak skal være et lokalt tilbud om utredning og behandling av en viss varighet (minimum seks måneder). Før henvisning til RSSO skal pasientene ha fått tilbud om utredning, behandling og oppfølging både i primærhelsetjenesten og ved et lokalsykehus. Lokalt er det stor variasjon i hvilket tilbud pasienten får, og det er derfor ofte nødvendig med ytterligere utredning og oppfølging ved RSSO før beslutninger om konservativ eller kirurgisk behandling kan tas. De siste par årene er medikamentell behandling av fedme implementert i både konservative og kirurgiske behandlingsforløp.

For å spre kompetanse i regionen og bidra til utvikling av helhetlige pasientforløp fikk Nordlandssykehuset i 2012 oppdrag om å etablere en 50% regional koordinator/rådgiverstilling for sykkelig overvekt. Denne er nå av Nordlandssykehuset redusert til 30%, og ivaretas av enhetsleder. Oppgavene som prioriteres i stillingen er å dele informasjon om pasientforløp til fastleger og lokalsykehus, tilby hospitering ved RSSO og være tilgjengelig for å besvare spørsmål fra lokale aktører. Videre har det vært arrangert noen regionale nettverksmøter.



Per 2022 er det ca. 660 pasienter tilknyttet RSSO; enten i utrednings- eller oppfølgingsforløp. Tabellen viser antall pasienter som er utredet, operert og konservativt behandlet siden oppstart i 2004. Antall operasjoner er primæroperasjoner.

Det er estimert at det blir operert like mange pasienter fra regionen ved andre sykehus, som det blir operert ved Nordlandssykehuset Bodø pr år.

Pasientene kommer fra hele regionen, men det kan se ut som det er overvekt av pasienter fra Nordlandssykehusets nedslagsfelt. Oppdaterte tall for 2022 viser 122 kirurgisk utredede (94 opererte) og 51 konservativt utredede.

Årstall	Antall Utredet	Antall Opererte	Antall konservative	Nordlandssykehusets nedslagsfelt
2004	31	15	-	
2005	60	45	-	-
2006	80	63	-	-
2007	58	44	-	-
2008	72	62	1	-
2009	68	53	7	-
2010	155	89	13	-
2011	104	80	-	-
2012	135	86	2	-
2013	121	77	-	20*
2014	132	97	2	44
2015	179	88	20	68
2016	137	87	29	75
2017	174	95	35	110
2018	188	104	35	89
2019	180	124	30	91
2020	90	72	21	36
2021	145	74	34	72
<b>Sum</b>	<b>2109</b>	<b>1355</b>	<b>229</b>	<b>585</b>

Figur 1 Tekst kommer senere

RSSO rapporterer kvalitetsdata fra alle som gjennomgår fedmekirurgi til [Scandinavian obesity surgery registry, SOREG](#). Dekningsgraden er høy og RSSO scorer høyt når det gjelder pasienter i kontrollopplegg med > 90 prosent etter ett år og > 80 prosent etter to år. Komplikasjons- og reinnleggelsesraten ligger på 1-2 prosent, noe som er lavere enn nasjonalt gjennomsnitt. Pasienter som har vært gjennom kirurgi følges opp i ti år.

RSSO har bidratt med inkludering av pasienter til forskningsprosjekter, bla. til en skandinavisk studie, [BEST-studien](#).

Ved etablering i 2004 ble tilbudet finansiert etter en beregning av kostnader for oppstart (utstyr og opplæring) og nettokostnader pr. operasjon.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 2,670 mill



## 9.14.2 Egenvurdering

### 9.14.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

### 9.14.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Gjennom RSSO har Nordlandssykehuset HF over år har bygd god kompetanse innen fagområdet sykelig overvekt og har erfarne kirurger med god kompetanse innen fedmekirurgi. Nordlandssykehuset HF er per i dag det eneste sykehuset som tilbyr slike operasjoner i regionen. Ved en eventuell avvikling av denne behandlingstjenesten, må det bygges opp tilsvarende tjenester ved de andre foretakene i Helse Nord, noe som vil være ressurskrevende, både økonomisk og personellmessig. Likevel vil det være mulig å avvikle RSSO som regional funksjon og videreføre tjenesten som en lokal funksjon for nedslagsfeltet til Nordlandssykehuset HF. Nordlandssykehuset HF er i dag ikke finansiert for merkostnader knyttet til ivaretagelse av denne regionale funksjonen. Ved videreføring av regional funksjon har Nordlandssykehuset HF en forventning om at behandlingstjenesten fullfinansieres. Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen kan avvikles som regional funksjon og videreføres som lokal funksjon, med de konsekvenser som beskrevet.

## 9.14.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 9.14.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Tilbudet ved Nordlandssykehuset HF fungerer godt og det vil derfor være uheldig å rokke ved dagens organisering, særlig siden vi her snakker om et begrenset pasientgrunnlag. Ved Hammerfest sykehus har vi i dag en overvektspoliklinikk med en engasjert dietist. Sykehuset har også den kirurgiske kompetansen som trengs for å kunne utføre denne typen kirurgi. Hvis behovet for fedmeoperasjoner i regionen tiltar i de nærmeste årene kan man vurdere om Hammerfest sykehus kan ta et medansvar for denne pasientgruppen – også kirurgisk.

### 9.14.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Tilbudet ved Nordlandssykehuset HF fungerer godt og vi vil se det som uheldig å dele opp det kirurgiske behandlingstilbudet på flere steder med et såpass begrenset befolkningsgrunnlag. UNN støtter dagens funksjonsfordeling av kirurgi ved sykelig overvekt.

UNN har i dag gode tilbud om livsstilsendringer i henhold til regionale og nasjonale planer. Det kan vurderes å omgjøre kompetansedelen av det regionale senteret for sykelig overvekt til et nettverk. Dette vil ikke endre funksjonsdelingen for kirurgi som vil måtte finansieres gjennom ISF-inntektene på lik linje med øvrig kirurgi som er funksjonsfordelt til ulike foretak i Helse Nord.

### 9.14.3.3 Helgelandssykehuset HF

Funksjonsfordelt til NLSH og bør videreføres. Det vil være svært ressurskrevende og derfor ikke hensiktsmessig å etablere denne kompetansen flere steder i landsdelen.

HSYK jobber med å ivareta sine lokale oppgaver til denne pasientgruppen på en god måte (LSSO).

#### 9.14.4 Prosjektets vurdering

RSSO er opprettet som et regionalt tilbud etter oppdrag fra HOD, i likhet med i øvrige regioner. Tilbudet om konservativ eller kirurgisk behandling av sykelig overvekt er rettet mot en pasientgruppe som ofte har sammensatte utfordringer innen somatikk og psykisk helse. Det stiller krav til tverrfaglighet i utredning og behandling, og at metoder som brukes er dokumentert å ha effekt. Derfor er det viktig å rapportere til kvalitetsregister og initiere og delta i forskning, noe tjenesten gjør. Resultatene er gode.

RSSO har en viktig oppgave med å spre kompetanse og gi råd og veiledning til både lokalsykehus og primærhelsetjeneste, for å skape kvalitetsmessig gode og sammenhengende pasientforløp. Ut fra egenvurderingen og tidligere tilbakemeldinger går det frem at de ikke opplever å ha tilstrekkelig ressurser til å ivareta disse oppgavene slik de ønsker. Fra å primært være et tilbud om bariatrisk kirurgi, er det nå et tilbud som omfatter både kirurgi og konservativ behandling, inkludert medikamentell behandling. Tilbudet kan ses på som en 3.linjetjeneste, da pasienter som henvises til RSSO skal ha gjennomgått behandling i primærhelsetjenesten og ved et lokalsykehus.

Den lokale behandlingen varierer mye i innhold og kvalitet, noe som har konsekvenser for forløpet i RSSO. Helse Nord RHF's intensjon med å opprette en 50% regional koordinatorstilling i RSSO, var å spre kompetanse i regionen og *bidra til utvikling av helhetlige pasientforløp*. Når denne stillingen nå er redusert til 30%, synes det som om intensjonen vanskelig lar seg oppfylle.

I vurderingen fra Nordlandssykehuset konkluderes det med at den særskilte finansieringen ikke dekker merkostnader knyttet til ivaretagelse av denne regionale funksjonen. Ved videreføring av regional funksjon har Nordlandssykehuset en forventning om at behandlingstjenesten fullfinansieres. Øvrige helseforetak i regionen anbefaler videreføring av et regionalt tilbud om bariatrisk kirurgi.

Prosjektets vurdering er at tilbudet bør videreføres som en regional behandlingstjeneste for kirurgisk utredning og behandling av sykelig overvekt, og som et regionalt tilbud til pasienter med behov for konservativ oppfølging etter gjennomført utredning og behandling i lokalsykehus.

Helse Nord RHF bør sørge for at det gjennomføres en evaluering av det totale tilbudet til pasienter med sykelig overvekt i regionen, med vekt på både organisering og innhold i tilbudene i lokalsykehusene og i RSSO. Fokus på regional koordinering for helhetlige pasientforløp og kompetansespredning blir viktig i denne sammenhengen.

Helse Nord RHF bør be Helsedirektoratet om å utarbeide nasjonale, faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med sykelig overvekt.

#### 9.14.5 Prosjektets anbefaling

RSSO videreføres som regional behandlingstjeneste for kirurgisk utredning og behandling av sykelig overvekt, og som et regionalt tilbud til pasienter med behov for konservativ oppfølging etter gjennomført utredning og behandling i lokalsykehus. En eventuell endring av finansiering må vurderes etter at anbefalt evaluering er gjennomført.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 9.15 Senskade kreft – seneffektpoliklinikk UNN

### 9.15.1 Historikk og status

I prosjektets arbeid med å frembringe dokumentasjon for etablering av behandling av seneffekter etter kreft i Helse Nord, finnes følgende spor:

Fra Regional kreftplan 2014-2021: «Det bør opprettes et regionalt kompetansesenter for seneffekter i Helse Nord». Senteret foreslås lagt til UNN. Kreftplanen ble godkjent i styresak 147/2013, med vedtak om at iverksetting av enkelttiltak i planen (heriblant etablering av kompetansesenter) skulle følges opp i årlige oppdragsdokumenter og budsjett til helseforetakene.

Bevilgninger til gjennomføring av tiltak i kreftplanen omtales i styresak 116/2014, der overføringer fra 2016 beløper seg til 44,2 mill for hele regionen. Det ble ikke gitt anbefalinger for hvordan midlene, internt i helseforetakene, skulle fordeles mellom de spesifikke tiltakene i planen.

Slik det ser ut, ble ikke et Kompetansesenter for seneffekter etter kreft opprettet innenfor gitte bevilgninger fra og med 2014. Det forelå ingen krav til UNN (eller øvrige helseforetak) om en helhetlig gjennomføringsplan for tiltak i kreftplanen ved overføring av midler.

I Oppdragsdokument 2019 fikk UNN følgende spesifikke oppdrag: Etablere regionalt kompetansesenter for senvirkninger av kreftbehandling

Helse Nord RHF har i etterkant (2019) mottatt søknad fra UNN for etablering og finansiering av en *kompetansetjeneste*. Prosjektet kan ikke finne at denne søknaden er besvart av RHFet.

Fra 2020 fikk UNN tildelt 2,1 mill kroner til etablering av behandlingstjenesten Regional kreft seneffektpoliklinikk. Målgruppen for behandling i den etablerte poliklinikken, er voksne kreftoverlevende fra hele regionen med komplekse og sammensatte seneffekter uten tilbakefall og hvor kreftbehandlingen er avsluttet for minst ett år siden. Dette gjelder både overlevende etter kreft i barnealder og etter kreft i voksen alder.

I oppdragsdokument 2021 - tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020-2021)

De regionale helseforetakene skal bygge opp regional kompetanse om seneffekter etter kreft hos barn og voksne med personell som skal bidra til å overføre kompetanse til allmennlegene om diagnostikk og behandling av seneffekter. Videre skal spesialisthelsetjenesten kunne ta imot pasienter med kompliserte seneffekter for utredning og behandling. Oppdraget bør ses i sammenheng med pågående prosess for utvikling av Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter av kreft og videreføring av denne kompetansen gjennom en annen organisering, som for eksempel kompetansenettverk.

Avvikling av den nasjonale kompetansetjenesten som nevnt ovenfor er pr. mai 2023 under planlegging i Helse Sør-Øst med annen organisering fra 2024.

Avvikling av den nasjonale kompetansetjenesten som nevnt ovenfor er pr. mai 2023 under planlegging i Helse Sør-Øst med annen organisering fra 2024.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 2,234 mill

## 9.15.2 Egenvurdering

### 9.15.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

### 9.15.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Nyetablert funksjon hjemlet i oppdragsdokumentet. Sterkt etterspurt av pasientorganisasjoner og politisk. Svært viktig fagområde under oppbygging.

UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

## 9.15.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 9.15.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Det blir stadig flere kreft-overlevende. Dermed blir det også flere som overlever med senskader etter kreft. Dette er et fagområde som etterspørres fra pasientorganisasjoner, og temaet er i vinden politisk. Det må derfor påregnes økende krav om at det må finnes kompetanse over hele landet. Lokalsykehus vil verken ha tilstrekkelig bredde- eller dybdekompetanse til å kunne ivareta denne pasientgruppen på en fullgod måte. Finnmarkssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 9.15.3.2 Nordlandssykehuset HF

Dette er en nyetablert funksjon som ikke er kjent i Nordlandssykehuset HF, og som vi derfor ikke benytter oss av. Funksjonen selv beskriver at de har etablert samarbeidspartnere ved ulike avdelinger internt i UNN og med en rekke kommunale instanser og at de har jobbet med å lage en struktur for hvordan pasientforløpene i denne tjenesten skal være. Da tjenesten er etablert som en regional funksjon er det en forventning om at tjenesten også etablerer samarbeidspartnere ved de øvrige foretakene i regionen. Vi har forståelse for at tiden så langt har vært kort, men at det framover i tjenesten er et større fokus på hvordan de skal fylle formålet om en regional behandlingstjeneste. Inkludert i dette er informasjon til Brukerutvalg og Ungdomsråd sentralt.

Nordlandssykehuset HF anbefaler en videreføring av funksjonen i nåværende form under forutsetning av at det regionale fokuset forsterkes framover.

### 9.15.3.3 Helgelandssykehuset HF

Den regionale funksjonen og samarbeidet med HFene bør bli mer tydelig og bør videreutvikles. Funksjonen bør videreføres.

### 9.15.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

Andre kommunale helsetjenester	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Senskadepoliklinikk for kreftpasienter er et nytt tilbud for kreftpasienter i vårt område. Det vil ta tid før man kan se nytteverdien av dette tilbudet for den enkelte kreftpasient. Jeg har fått god informasjon om tilbudet, og svar på spørsmål som er stilt.	Sen Skade kreft
Pleie og omsorg	Helgelandssykehuset HF	Senskade klinikken og UNN palliative team for barn er også meget viktige, men er nye tilbud som ikke har vært lenge nok operativt til at vi har fått så mye kontakt med dem foreløpig, men vi ser frem til samarbeid også her.	Sen Skade Kreft

## 9.15.4 Prosjektets vurdering

Behandlingstjenesten Regional kreft seneffektpoliklinikk, er nyetablert og kan ansees som et delmål for oppfølging av tiltak i Regional kreftplan 2014-2021, krav i oppdragsdokument 2019 (etablering av kompetansesenter) og krav i tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 195 S (2020-2021). Prosjektet har ikke funnet dokumentasjon vedrørende formål og regionalt samarbeid da midlene til poliklinikken ble tildelt, men anbefalinger for organisering, målgruppe og innhold er delvis beskrevet i kreftplanen.

På [nettsiden](#) til «Kreft seneffektpoliklinikk», er overordnet målsetning at poliklinikken skal «bidra til å fremme best mulig helse blant kreftoverlevende». Tjenesten opplyser å ha etablert samarbeidspartnere ved ulike avdelinger internt i UNN og med en rekke kommunale instanser, men samarbeid med øvrige helseforetak omtales ikke ut over at det er publisert henvisningsrutiner. Den regionale tjenesten i UNN var ut fra tilbakemeldinger i 2022, lite kjent i de andre helseforetakene. Funksjonen har siden da gjort et større informasjonsarbeid i regionen. Da tjenesten er etablert som en regional funksjon, er det en forventning om at det også etableres samarbeidspartnere ved de øvrige foretakene i regionen. Det er forståelse for at tiden så langt har vært kort, men at tjenesten fremover setter et større fokus på hvordan formålet med en regional behandlingstjeneste skal fylles.

Innspill fra tjenesten etter prosjektets vurdering:

- Seneffektpoliklinikken vil oppdatere sine hjemmesider med utfyllende informasjon
- Helse Nord RHF bør å lage et innslag om poliklinikken i et av sine nyhetsbrev.

Med tanke på kompetansespredning, er tjenesten ikke utbygd i et slikt omfang som tjenesten selv vurderer er nødvendig ut fra behovet. Det blir stadig flere kreft-overlevende, også flere som overlever med senskader etter kreft. Større oppmerksomhet rundt dette etterspørres fra både pasienter, pasientorganisasjoner og fagfolk. Det må derfor påregnes økende krav om at det finnes kompetanse på området over hele landet. Hvordan dette skal ivaretas i Helse Nord må vurderes når Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter av kreft avvikles fra 2024.

Det er etablert et lokalt register for å kunne dokumentere kvaliteten i tilbudet og om det gir ønsket effekt i form av bedre livskvalitet for pasientene. Foreløpig har ikke tjenesten hatt kapasitet til å analysere data.

NB! I [årsrapport](#) for 2022 (levert februar-23), viser tjenesten til behandling av av 84 pasienter. Fordeling i regionen: Finnmark 21%, Troms 58%, Nordland 21%.

### 9.15.5 Prosjektets anbefaling

Behandlingstjenesten Regional kreft seneffektpoliklinikk videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 10 Regionale kompetansetjenester

### 10.1 Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse - Nordlandssykehuset

#### 10.1.1 Historikk og status

[Kompetansetjenesten](#) ble etablert i desember 2016 etter [tilsagn](#) fra Helse Nord RHF. Tjenesten er ikke lovpålagt gjennom lov eller forskrift. I revidert nasjonal strategiplan for arbeid og helse (2022) anbefales det at det «etableres en felles nasjonal kompetansetjeneste for alle nivåer og begge sektorer, for å utvikle og styrke fagfeltet». Dette er en anbefaling fra Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet samlet.

Kompetansetjenesten har i hovedsak fire virkeområder:

- Bidra med formidling av kunnskap om, og utvikling av, forskning på arbeid og psykisk helse i Helse Nord. Målet er å bidra til etablering av nye strukturelle løsninger for pasientgruppen
- Bidra til nye arbeidsmåter, direkte knyttet til rollen som jobbspesialister gjennom opplæring i individuell jobbstøtte (IPS), samt veiledning og registerbaserte løsninger
- Bidra til å utvikle og drifte regionale nettverk
- Fag og metodeutvikling for innføring av IPS i norsk helsetjeneste, kvalitetskontroll og kvalitetsutvikling av tjenesten.
- 

Flere samfunnsområder er relevante for kompetansetjenesten:

Helsesektoren, både den kommunale og i spesialisthelsetjenesten, utdanningssektoren, arbeids- og velferdssektoren og arbeidslivet generelt.

Totalt i 2021: 38 IPS stillinger i Nordland og ca. 22 i Troms og Finnmark. IPS skaleres fremdeles opp, og 2021 har vært preget av nye stillinger innen satsningsområde IPS ung.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse: 3,496 mill

#### 10.1.2 Egenvurdering

##### 10.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

[Årsrapport](#)

##### 10.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Opgavene KAPH utfører både regionalt og nasjonalt vil vanskelig kunne ivaretas i normal sykehusdrift eller gjennom et ordinært fagnettverk. Det vil være et fortsatt



behov for å fullføre igangsatte forskningsprosjekter som på sikt vil kunne gi svar på om satsningen i region nord har bidratt til høyere deltakelse i arbeid og redusert forbruk av helsetjenester. KAPH var landets første regionale kompetansetjeneste på fagområdet, og det er nå uttalt et ønske om en nasjonal kompetansetjeneste innen fagfeltet.

Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

## 10.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 10.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Det er ansatt noen IPS-konsulenter med arbeidssteder i Finnmark. Forutsatt at finansieringen av disse stillingene videreføres er dette nyttig for oss. Hvis finansieringen av disse stillingene faller fra og stillingene forsvinner vil vi ikke ha nytte av tilbudet og det kan nedlegges.

### 10.1.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse bidrar til tjenestetilbudet til en pasientgruppe med et betydelig utenforskap fra samfunnet. Målsetningen med arbeidet er økt helsegevinst gjennom inkludering i arbeidslivet. Tjenesten har vært i drift i 5 år, og forskningsprosjekter som ennå ikke er avsluttet vil kunne gi svar på om satsningen har ført til et lavere forbruk av helsetjenester, færre reinnleggelser og bedret livskvalitet.

Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse ved Nordlandssykehuset er et fagområde i utvikling, det har forskningserfaring og kompetanse innen arbeid og helse. Dette har vært positivt for UNNs arbeid og helsesatsing. UNN støtter at tilbudet videreføres i dagens form.

### 10.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

Har bidratt til en viktig utvikling og fokus på arbeid/aktivitet for pasienter med alvorlig psykisk lidelse/rusproblemer. Etablering av styringsgruppe bør prioriteres etablert av RHF.

### 10.1.3.4 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Svarer på vegne av brukerorganisasjon	Har hatt stor glede av samarbeidet og har betydd veldig mye for den virksomhet vi driver. En fjerning av denne tjenesten vil være svært uheldig og direkte skadelig for det utviklingsarbeid som drives ved vår virksomhet. De ansatte i tjenesten har stor grad av faglighet og profesjonalitet som er svært verdifull for oss.	RKAP
Samarbeidspartner	Kompetansetjenesten for arbeid og psykisk helse gjør en svært viktig jobb med tanke på forebyggende arbeid og utvikling av tjenester og samhandling som er svært nødvendig for helse og livskvalitet for målgruppen, og som har stor betydning for at offentlige tilbud innen området utvikles til effektive og målrettede tiltak med effekt både for enkeltpersoner og samfunnet.	RKAP

Samarbeidspartner	Nordland fylkeskommune har vedtatt en strategi mot ungt utenforskap og arbeider med en handlingsplan for ung inkludering. Regional kompetansetjeneste for arbeid og psykisk helse har bidratt med kompetanse i strategiarbeidet og er samarbeidspart i en rekke tiltak for å sikre gode overganger mellom grunnskole og videregående opplæring og bidra i arbeidet med å gi flere unge en bedre tilknytting til arbeidslivet. RKAPH har forskningskompetanse som gir fylkeskommunen mulighet til å søke selv eller være partner sammen med RKAPH i søknader til forskningsrådet og annen forskningsfinansiering for å få økt kunnskap i arbeidet med å inkludere unge i utdanning, arbeid og deltakelse.	RKAP
-------------------	--	------

#### 10.1.4 Prosjektets vurdering

Kompetansetjenesten ble opprettet etter søknad for seks år siden, og retter seg mot en gruppe mennesker som står i fare for utenforskap i samfunnet, og som har økt risiko for stort forbruk av helsetjenester.

Vurderingene fra øvrige helseforetak kan forstås slik at tjenesten bidrar til regionalt samarbeid innen dette feltet og oppleves nyttig. Forskningen som pågår vil kunne gi noen svar på effekten av tiltakene i tjenesten og gi retning for videre satsinger.

Kompetansetjenesten er etablert i tråd med Retningslinje for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester – 2017. Det anbefales at tjenesten videreføres på samme nivå til 2026, og at det innen den tid gjøres en evaluering med tanke på resultater, hvilke funksjoner i tjenesten som evt. bør videreføres mm.

## 10.2 Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet (inkludert årlig konferanse) - Nordlandssykehuset

### 10.2.1 Historikk og status

Kompetansetjenesten ble etablert av Helse Nord RHF i 2012.

Tjenesten er organisert i Seksjon for pasientsikkerhet ved Nordlandssykehuset HF. Fagsjefmøtet er referansegruppe.

Kompetansetjenesten ble opprettet for å:

- Samle gode, formålstjenlige verktøy (herunder om implementering og kultur) på feltet og gjøre dem tilgjengelig for alle foretak.
- Systematisk dokumentasjon av behov for kunnskap og kompetanse blant ledere og frontlinjepersonell
- Bistå foretakene i utvikling og evaluering av egne pasientsikkerhetsverktøy
- Drive egen forskning samt etablere nettverk og samarbeid med andre nasjonale og internasjonale forskningsmiljø på feltet.

Hovedmål er å fremme pasientsikkerhet, dvs. forhindre uønskede hendelser og pasientskader som et resultat av helsetjenestens behandling, og lære av disse for å forebygge at de gjentar seg. Foretakenes kliniske fagmiljø og ledelse er tjenestens viktigste målgruppe. Den viktigste oppgaven er å drive kunnskapsdeling innenfor praktisk/klinisk pasientsikkerhetsarbeid, som gjøres via:

- forskning
- forbedringsutdanning
- forebygging og læring fra pasientskader
- kultur og nettverk
- arrangere regional pasientsikkerhetskonferanse årlig siden 2013

Tjenesten arbeider med en helhetlig regional tilnærming til aktiviteter beskrevet i [Meld. St. 11 \(2020–2021\) Kvalitet og pasientsikkerhet 2019](#), og pasientsikkerhetsprogrammet «[I trygge hender 24/7](#)», hvor målsetningen er færre pasientskader, bedre pasientsikkerhetskultur og varige strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Også nasjonale faglige råd, som *Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand* er grunnlag for arbeidet som gjøres.

Global Trigger Tool analysen i Helse Nord har en innovativ digital løsning med portalen NCAF. Dette er en unik registrering og rapportløsning enn andre helseforetak i landet bruker.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk *Regionale funksjoner*: 6,911 mill.

## 10.2.2 Egenvurdering

### 10.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)  
[Årsrapport](#)

#### 10.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset HF

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet har gjennom de ti årene tjenesten har eksistert bidratt til kompetanseheving, kompetansespredning og oppbygging av strukturer innenfor pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. De viktigste tiltakene for dette har vært den årlige, regionale pasientsikkerhetskonferansen, etablering og drift av forbedringsutdanning og kompetanseløft/spredning av ulike verktøy (GTT, hendelsesanalyser, innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet osv.). Kompetansetjenesten kan utvikles i sin nåværende form og gå over i et regionalt nettverk, men det vil medføre konsekvenser for gjennomføring av regional pasientsikkerhetskonferanse, drift av regional forbedringsutdanning og opplæring innenfor GTT som da vurderes utviklet.

Nordlandssykehuset HF vurderer at funksjonen kan utvikles i sin nåværende form og ev videreføres som et regionalt nettverk, med de konsekvenser beskrevet.

## 10.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 10.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Den regionale kompetansetjenesten for klinisk pasientsikkerhet har i noen grad bidratt med innføring og implementering av tiltakspakker fra nasjonalt Pasientsikkerhetsprogram. Tiltakspakker skal nå være implementert i daglig drift, og RKPS har ingen videre funksjon her. I forbindelse med GTT gir Helse Nord RHF midler til NLSH som sikrer funksjonell forvaltning og opplæring, dette fungerer svært godt – men løsningen forutsetter ikke opprettholdelse av RKPS.

RKPS ivaretar flere regionale nettverk som flere opplever som nyttige, eksempelvis innen Hendelsesanalyse og GTT. Slike nettverk kan etableres også uten RKPS, hvor NLSH tar ansvar for GTT og et annet foretak tar ansvar for Hendelsesanalyse (eks. UNN). Regional pasientsikkerhetskonferanse blir planlagt og gjennomført i regi av RKPS. Dersom funksjonen utvikles må dette ivaretas som et samarbeid mellom RHF og alle foretak. Finnmarkssykehuset HF vurderer at funksjonen kan utvikles i sin nåværende form, men nettverk, opplæring og konferanse må ivaretas.

### 10.2.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

UNN er enig i at funksjonen kan utvikles i sin nåværende form og støtter at dette videreføres som et regionalt nettverk. Alle foretakene har i dag ressurser dedikert til pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsarbeid.

UNN er enig i at det er viktig at foretakene går sammen om å legge gode planer for hvordan pasientsikkerhetskonferansen videreføres, samt den regionale

forbedringsutdanningen og opplæringen innen GTT. UNN bidrar i arbeidet med dette og vil prioritere dette. Videreføringen kan gjøres i en egen prosess og det kan være naturlig å her involvere det videreførte nettverket.

#### 10.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

RKPS har ansvar for drift/forvaltning av GTT portalen og dette fungerer godt.

Flere andre regionale nettverk ledes også fra RKPS og det har fungert bra. Men nettverkene kan også driftes på andre måter ved å dele koordineringsansvaret mellom helseforetakene.

HSYK anbefaler en mer desentralisert modell med regional styring/nettverk som ivaretar opplæring (QI-Nord, GTT) og konferansen.

### 10.2.4 Prosjektets vurdering

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet har gjennom ti år bidratt til kompetanseheving, kompetansespredning og oppbygging av strukturer for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i hele Helse Nord. De viktigste tiltakene for dette har vært den årlige, regionale pasientsikkerhetskonferansen, etablering og drift av forbedringsutdanning<sup>1</sup> og kompetanseløft/spredning av ulike verktøy for [GTT](#), hendelsesanalyser og innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet.

Arbeidet har vært viktig og har med stor sannsynlighet bidratt til positiv utvikling av pasientsikkerhetskulturen i regionen.

I dag har alle helseforetakene dedikerte ressurser til pasientsikkerhetsarbeid og kvalitetsarbeid.

RKPS ivaretar regionale nettverk for hendelsesanalyse og GTT som flere opplever som nyttige. Prosjektet vurderer at nettverkene kan videreføres også uten RKPS, hvor ansvaret for å lede nettverkene fordeles/rulleres mellom helseforetakene.

Tjenesten ivaretar opplæring i GTT. Helseforetakene er pålagt å ha et eget team som rapporterer pasientskader i et omfang som beskrives i [Veileder for bruk av Global Trigger Tool tilpasset norske forhold](#). Det må kunne forventes at de eksisterende GTT-teamene gir opplæring ved utskifte av teammedlemmer. Helsedirektoratet arrangerer også ifølge veileder tre opplæringskurs pr år som kan benyttes.

### 10.2.5 Prosjektets anbefaling

Prosjektet anbefaler at regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet utvikles. Videreutvikling og deling av kompetanse kan ivaretas i et formalisert kompetansenettverk.

For opplæring i GTT, må innspill fra funksjonen vedrørende bruk og forvaltning av regionalt etablert rapportløsning (NCAF) hensyntas.

Den regionale pasientsikkerhetskonferansen bør videreføres. Helse Nord RHF må i samarbeid med helseforetakene vurdere og planlegge for hyppighet, og hvordan organisering av konferansen og finansiering skal være i kommende år.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 10.3 Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling - Lindring i Nord – UNN

### 10.3.1 Historikk og status

Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling - Lindring i nord (LIN) - er en av fire regionale kompetansetjenester i Norge på fagområdet. Formålet for kompetansetjenesten er å styrke kvaliteten på lindrende behandling i regionen og bidra til at alvorlig syke og døende, og deres pårørende, får et best mulig behandlings- og omsorgstilbud uavhengig av bo- og oppholdssted.

Forslag om opprettelse av kompetansesenter for lindrende behandling ved alle landets regionsykehus og at det skulle avsettes 5 mill kroner pr år til dette fra 1999, ble foreslått i Statsbudsjettet 1998-1999 med tilslutning i Stortinget ([NOU 1999:2](#), s. 102).

Tjenesten ble etablert i 2000 i UNN – som et 5-årig prosjekt, og etter tjenestens egen oppfatning videreført som fast tilbud fra februar 2005. Som dokumentasjon for dette henvises det til bestillerdokument fra Helse Nord RHF til UNN 2005 (s. 10) der det er formulert at «Kompetansesenteret for lindrende behandling (LIN) ved UNN må styrkes for å ivareta den økte aktiviteten ut mot kommunene». LIN har svart på dette i

Årsrapport 2004 til Helse Nord RHF: «For vårt vedkommende er det også svært gledelig at LIN nå i februar 2005 går over fra prosjekt til å bli permanent».

Referansegruppe for LIN ble etablert i 2017 etter Helse Nord's kriterier for regionale kompetansetjenester fra 2016. Referansegruppen er tverrfaglig sammensatt med representanter fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Hovedoppgaver.

- Kompetanseheving gjennom undervisning, veiledning, informasjon og implementering av palliative faglige råd, retningslinjer og verktøy.
- Bidra til et helhetlig organisert lindrende tilbud gjennom nettverksarbeid, gode pasientforløp og systematisk oppbygging av det palliative tilbudet i spesialist- og kommunehelsetjenesten.
- Fagutvikling og forskning.
- 

Målgruppen for tjenesten er alle typer helsepersonell som arbeider med voksne pasienter med behov for lindrende behandling i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

Tjenesten leverer årlige rapporter til Helse Nord RHF.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk *Regionale funksjoner*: 3,574 mill

### 10.3.2 Egenvurdering

#### 10.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

### 10.3.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Det er et sterkt behov for økende kompetanse i palliasjon også i takt med at stadig flere pasienter lever lenge med sin kreftsykdom uten å bli kurert. Dette er sterkt etterspurt av pasientforeninger og det har politisk vært et mangeårig ønske om å ha kompetansesentre for smertelindring ved alle landets regionsykehus, jf. St prp 61 (1997-98) og der komiteen ved behandling i Stortinget uttalte at:

«Komiteen er tilfreds med at departementet også vil at det skal satses på lindrende behandling og pleie og omsorg for uhelbredelig syke kreftpasienter. Komiteen slutter seg derfor til at det bygges opp kompetansesentre for smertelindring ved alle landets regionsykehus.»

Behovet for kompetansesentrene er fremhevet i Stortingsmelding 24 (2019-20) Lindrende behandling og omsorg – vi skal alle dø en dag. Under behandlingen i Stortinget uttalte komiteen at

«Komiteen merker seg at meldingen fremhever flere ulike kompetansemiljøer som relevante og viktige for kunnskapsformidling om palliasjon, herunder *regionale kompetansesentre for lindrende behandling*, utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, senter for omsorgsforskning og allmenmedisinske forskningsenheter.»

Avvikling eller omgjøring av kompetansesenteret vil risikere å medføre forringelse av tilbudet til pasienter i Helse Nord. UNN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form

## 10.3.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 10.3.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Pasientgruppen som håndteres er sårbar, og det er viktig med et godt og likeverdig behandlingstilbud som er uavhengig av pas oppholdssted. God kompetanse i kommunehelsetjenesten vil redusere belastningen i spesialisthelsetjenesten, der det også kan være utfordrende å bygge opp nødvendig kompetanse ved alle lokalisasjoner.

Finnmarkssykehuset HF etterlyser bedre kompetanseoverføring og mer utadrettet virksomhet fra denne tjenesten. FIN vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form, men etterlyser samtidig en økt satsing på kompetanseoverføring og utadrettet virksomhet.

### 10.3.3.2 Nordlandssykehuset HF

Det er fortsatt et stort behov for kunnskap- og kompetansedeling innenfor lindrende behandling. Dette er også et område som det er satt fokus på fra sentrale helsemyndigheter gjennom ulike oppdrag i oppdragsdokumentene. I tillegg er dette områdene som pasienter og pårørende er svært opptatt av og som vi antar øker i



omfang gitt den demografiske utviklingen framover. I Nordlandssykehuset HF er det i hovedsak palliativt team som benytter seg av, og har et samarbeid med kompetansetjenesten. Vi erfarer at tjeneste med fordel kunne vært mer synlig og jobbet mer aktivt inn mot pasienter og brukere. Nordlandssykehuset HF anbefaler at tjenesten videreføres i sin nåværende form, men at tjenesten øker sin synlighet.

#### 10.3.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det er behov for å synliggjøre tilbudet/tjenesten og etablere tettere samarbeid med HF-ene for kompetanseoverføring. Tjenesten bør videreføres.

#### 10.3.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

Sykehus	Oslo universitets sykehus	Den regionale kompetansetjenesten er svært viktig for utviklingen av fagområdet i nord. De har en viktig funksjon i arbeidet med nettverk, utdanning, kompetanseutvikling og forskning. De oppfyller sitt mandat i henhold til Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen, de deltar i nasjonale fora knyttet til fagområdet - spesielt oppfølgingen av Stortingsmelding 24 i Helsedirektoratet. De deltar nasjonalt om forskningsprosjekter og da spesielt knyttet til rurale strøk som nord representerer. De har jobbet grundig og systematisk over år, de har knyttet viktige nettverk lokalt, regionalt og nasjonalt. UNN har dessverre ikke prioritert den kliniske delen av palliasjon og det medfører bl.a. at UNN ikke kan utdanne kommende spesialister i palliativ medisin. Alt arbeid de gjør kommer pasienter og pårørende til gode gjennom trygge og kompetente helsepersonell. Vi stiller oss svært undrende til at Helse Nord RHF vurderer å nedprioritere et så viktig fagområde gjennom det arbeidet regional kompetansetjeneste gjør. De har gjort veldig mye over år, men oppdraget er ikke sluttført, det gjenstår mye ugjort og det er kun regional kompetansetjeneste som kan løse det oppdraget.	LIN
Sykehus	Helse Vest	Jeg svarer for en samarbeidspartner i annen del av landet. Etter vår erfaring har den regionale kompetansetjenesten for lindrende behandling i Nord-Norge hatt stor betydning for kompetansespredning (kurs og undervisning), etablering og drift av nettverk for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling, forskning på palliative problemstillinger og god organisering av palliative tjenester, herunder utprøving av telemedisin i palliasjon. Tjenesten har også gitt viktige bidrag til nasjonale oppgaver, f eks som medlemmer av nasjonale utvalg eller ved bidrag til nasjonale utredninger og rapporter. Denne kompetansetjenesten har et spesielt fokus på den samiske befolkningen og har tilrettelagt palliative	LIN

		<p>ressurser for denne befolkningen. Ut fra sin kompetanse og erfaring har de ansatte også særlig oppmerksomhet mot palliasjon i grisgrendte strøk og mot undervisning i palliasjon i videre- og etterutdanninger, og gir viktige bidrag nasjonalt og også internasjonalt på disse områdene.</p> <p>Kompetansetjenesten har gitt ut håndboken Lindring i Nord, som brukes over hele landet og er svært etterspurt. Det pågår for tiden en revidering av denne håndboken.</p> <p>Nord-Norge er eneste landsdel som ikke har et fullt utbygd regionalt palliativt senter, med både regional kompetansetjeneste, palliativt team og palliativ sengepost på regionsykehuset. I henhold til nasjonale føringer skal den regionale kompetansetjenesten være en obligatorisk og selvsagt del av et slikt regionalt senter. Det er å håpe at UNN snart kan etablere et fullt regionalt palliativt senter og dermed kunne utdanne sine egne spesialister i palliativ medisin. Den regionale kompetansetjenesten vil være en svært viktig samarbeidspartner for den kliniske virksomheten, både ved etablering og drift av et slikt senter.</p>	
Pleie og omsorg	Finnmarkssykehuset HF	<p>Lindring: blir lite brukt som rådgivende organ for oss som sykehjem. Det ses behov for kontaktinformasjon og spredning om lavere terskel for å ta kontakt, spesielt i de lindrende casene, der vi erfarer å ikke komme i mål, behandling tar for lang tid, eller preparatvalg.</p> <p>Ved tilbud om kompetansehevende tilbud som gagnar min virksomhet, ta gjerne kontakt.</p>	LIN
Stab helse og omsorg	Universitetssykehuset Nord Norge HF	Kommunen har hatt nært samarbeid med lindring i Nord gjennom mange år. De har i stor grad bidratt til utvikling av det kommunale tilbudet.	LIN
Pleie og omsorg	Nordlandssykehuset HF	Helsepersonell i vår kommune har gjennom flere runder deltatt i undervisning arrangert av LIN, vi benytter ofte den informasjonen og linkene som LIN har på sin hjemmeside og vi har knyttet nær kontakt med de ansatte som gjør at terskelen for kontakt blir veldig lav. Opplever det som en stor trygghet for oss som fagpersonell at de er tilgjengelig, holder oss faglig oppdatert med nyhetsbrev om hva som rører seg innen fagfeltet, kompetanseheving og tilstedeværelse når vi har behov for dette.	LIN

Pleie og omsorg	Nordlandssykehuset HF	I min jobb som kreftsykepleier i kommunehelsetjenesten jobber man mest "alene" og det er viktig med det nettverket for ressursykepleiere som kompetansesenteret organiserer. Gull verdt:)	LIN
Pleie og omsorg	Helgelandssykehuset HF	Det regionale tilbudet innen for kreft og palliasjon er meget viktig for å fortsette å bygge opp kompetansen i landsdelen innenfor dette området. Det gir oss tilgang og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bidrar med fokus på palliasjon.	LIN
Pleie og omsorg	Finnmarkssykehuset HF	Lindring i Nord har vært til stor hjelp for kompetanseheving og nettverksbygging i mellom kommunehelse og spesialisthelsen.	LIN
Pleie og omsorg	Universitetssykehuset Nord Norge HF	For meg som kreftsykepleier har LIN vært viktig for å holde faget varmt og få nyheter, veiledning og opplæring. Men de har også bidratt til at man knytter kontakter i miljøet, både på de ulike avdelingene på UNN, men også med andre kreftsykepleiere i hele regionen. Dette gir kunnskap, trygghet og styrke til å stå i jobben som kreftsykepleier i kommunen, hvor man er ganske alene med den kompetansen. LIN støtter på den måten kommunene i arbeidet med kreftpasienter og kronisk syke på en måte som kanskje bare kreftsykepleierne er klar over.	LIN
Pleie og omsorg	Helgelandssykehuset HF	Det gir en trygghet for oss som kommunalt ansatte at vi har et oppslagsverk/kontaktpunkt som lindring i nord når vi behandler palliative pasienter. Det bidrar til en verdig avslutning for pasienten.	LIN

### 10.3.3.5 Pasient-/brukererfaring (fritekst Questback)

Hvilken gruppe tilhører du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Svarer på vegne av brukerorganisasjon	Vår erfaring fra samarbeid med Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling i Helse Nord  Kreftforeningen anser Regional kompetansetjeneste for lindrende behandling, - Lindring i Nord (LiN) som en av våre viktige samarbeidspartnere og ønsker med dette å fremheve betydningen av fortsatt å ha et kompetansesenter for lindrende behandling i Helse Nord. Med bakgrunn i et stadig økende antall krefttilfeller og økende gjennomsnittsalder i befolkningen er vår anbefaling at kompetansen i lindrende behandling både må styrkes og videreutvikles. I dette arbeidet mener vi at LiN har hatt og også i årene fremover vil komme til å ha en sentral rolle.	LIN

	<p>Vi har over flere år samarbeidet tett med Lindring i Nord i oppbyggingen av et nettverk for ressurspsykepleiere innen kreft- og lindrende behandling over hele regionen, herunder gjennom å arrangere felles kurs og møter for sykepleiere i lokalsykehusene og kommunene i Helse Nord området. Vi har også brukt LiN sin kompetanse i utviklingen av våre tilbud.</p> <p>I våre møter med ressurspsykepleiere i lindrende behandling har Kreftforeningen sammen med Lindring i Nord invitert inn ressurspersoner fra spesialist og kommunehelsetjenesten, samt personer med brukermedvirkning. Vi har hatt et godt samarbeid om programmet hvor Lindring i Nord har tilført tung faglig kompetanse og der Kreftforeningen har hatt fokus på brukerperspektivet. I sum har det medført gode samlinger og kurs der temaene har vært alt fra avanserte former for lindrende behandling til senskader, pårørendeperspektivet, seksualitet, presentasjoner av nye behandlingsformer, innføring av Pakkeforløp hjem, veiledere osv. For Kreftforeningen har disse samlingene vært en unik mulighet til å møte aktuelle ressurspersoner i spesialist og primærhelsetjenesten for å spre kunnskap i hele regionen. Vi ville ikke hatt denne muligheten uten Lindring i Nord.</p> <p>Vi ser også at arbeidet til Lindring i Nord har tilført kompetanse og struktur ut til en sårbar kommunehelsetjeneste som ofte består av uerfarne leger og legevikarer og der sykepleiertjenesten må ta et stort faglig og praktisk ansvar for alvorlig syke og døende. I dette arbeidet er vår erfaring at kompetansetilførselen og nettverksmøtene for ressurspsykepleierne er svært viktig for at mange av disse tross mange utfordrende situasjoner velger å bli stående i jobbene sine.</p> <p>I samtaler med kreftkoordinatorer og andre ressurspersoner ser vi at mange også har lent seg mot Lindring i Nord i utviklingen av egne, kommunale planer for lindrende behandling, både faglig og økonomisk. Vi ser at dette har vært ekstra viktig i mindre kommuner hvor fagmiljøene er små og preget av høy turnover. Vi vil herunder også peke på "Håndbok i Lindrende behandling" - et praktisk arbeidsverktøy for medisinske og praktiske tiltak innen lindrende behandling utarbeidet av Lindring I Nord. Dette heftet er distribuert ut til hele helsetjenesten i Helse Nord området og også utover det ganske land og anses som et faglig godt og nyttig verktøy. Heftet er nå under en større revidering i regi av LiN, noe som sikrer faglig kvalitet gjennom bruk av ny, forskningsbasert kunnskap. Avslutningsvis vil vi fremheve at Lindring i nord er et velfungerende kompetansesenter som gjennom mange år har bidratt til å heve og styrke den lindrende kompetansen i hele regionen. I et pasient- og pårørendeperspektiv er det avgjørende med rett kompetanse i helsetjenestens alle ledd, og det er en viktig grunn til at Kreftforeningen ser samarbeidet med Lindring i Nord som svært viktig. Kreftforeningen setter sin lit til at Kompetansesenteret for Lindrende behandling ikke bare vil bestå, men også gis den nødvendige</p>	
--	--	--

	mulighet for vekst og videreutvikling i takt med befolkningens voksende behov for lindrende behandling av solid kvalitet.	
--	---	--

### 10.3.4 Prosjektets vurdering

Forslag om opprettelse av kompetansesenter for lindrende behandling ved alle landets regionsykehus ble foreslått i Statsbudsjettet 1998-1999 med tilslutning i Stortinget.

Det er et sterkt behov for økt kompetanse i palliasjon. Målgruppen er hovedsakelig pasienter med kreft, men også andre pasientgrupper kan ha behov for lindrende behandling. Tjenesten jobber i stor grad utadrettet (kursing, ledelse av nettverk i Nord-Norge, digitale veiledere), benyttes mye av både sykehus og primærhelsetjeneste og har nasjonale oppdrag.

Prosjektet vurderer at det er fortsatt et stort behov for kunnskap- og kompetansedeling innenfor lindrende behandling. I tillegg er dette et område som pasienter og pårørende er svært opptatt av. Tjenesten oppfatter seg selv som permanent fra 2005. Det vil likevel, som for alle tjenester som spesialisthelsetjenesten tilbyr, være behov for jevnlig evaluering av om tjenesten skal videreføres i samme form.

Tjenesten har i tråd med Retningslinje for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester i Helse Nord konsentrert arbeidet sitt om å dele kompetanse med fagpersoner i spesialist- og primærhelsetjenesten. Helseforetakene etterspør økt kompetanseoverføring og mer utadrettet og synlig virksomhet fra tjenesten. Videre er det anbefalt at tjenesten jobber mer aktivt inn mot pasienter og brukere for styrking av helsekompetanse i befolkningen

### 10.3.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med finansiering på dagens nivå. Evalueres i tråd med retningslinjer, tentativt 2025.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

# 11 Regionale kompetansenettverk

## 11.1 Regionalt barnepalliativt team – UNN

### 11.1.1 Historikk og status

HOD ga i 2020 alle regioner i oppdrag å etablere regionale barnepalliative team. Helse Nord RHF videreførte oppdraget til UNN:

Etablere et regionalt barnepalliativt team som skal veilede de lokale barneavdelingene og ha ansvar for helseregionens kompetanse, tilbud og kvalitet innen barnepalliasjon, i samsvar med Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge. Helse Nord sitt barnepalliative team må ha tilgang til samisk språk og kulturkompetanse og skal bistå de andre helseregionenes barnepalliative team ved behov for samisk språk og kulturkompetanse.

Teamet skal være lokalisert til den regionale barne- og ungdomsklinikken, og ha hovedansvaret for fag- og kompetanseutvikling i sin region, samarbeide med og være rådgivende for de lokale teamene.

En arbeidsgruppe ledet av UNN har i samarbeid med de øvrige helseforetakene i regionen gjennomført et arbeid for å beskrive innhold i og organisering av et regionalt barnepalliativt team. Rapport fra arbeidet er levert, men teamet er ikke etablert. Forslaget fra arbeidsgruppen er å etablere en nettverksmodell med deltakere fra de lokale barnepalliative teamene i regionen.

Funksjonen har siden 2021 hatt særskilt finansiering – *Overgangsordning*, på 1 mill.

### 11.1.2 Egenvurdering

#### 11.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 11.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Nasjonal føring om å etablere regionalt barnepalliativt team i hver helseregion. Oppdrag fra HOD til RHF-ene i 2020. Sterkt ønsket av pasienter og politiske myndigheter.

### 11.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 11.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ønsker at det palliative teamet ved UNN videreføres i dagens organisering.

Finnmarkssykehuset har eget team under oppbygging. Når eget team er operativt kan det være nyttig å se på organiseringen og økonomien på dette fagfeltet på nytt.

### 11.1.3.2 Nordlandssykehuset HF

Nasjonale myndigheter har lagt føringer gjennom oppdragsdokumentet om å etablere regionale barnepalliative team i hver region. UNN er tildelt denne oppgaven i Helse Nord med budsjettmidler fra 2020. På tross av at en arbeidsgruppe har levert anbefalinger om hvordan et slikt team kan organisere, er ikke et regionalt barnepalliativt team etablert. Arbeidsgruppen anbefaler en modell lik den man har i Helse Vest, hvor man ivaretar funksjonen gjennom en nettverksmodell med representanter fra de 3 lokale barnepalliative temaene (FIN, UNN og NLSH). Dette vil føre til bedre samhandling og harmonisering av tilbudet til alle pasienter i region Nord.

Nordlandssykehuset anbefaler at midlene tildelt regionalt palliativt team brukes til å etablere et nettverk etter arbeidsgruppens anbefalinger for koordinering av og kompetanseheving i de lokale barnepalliative teamene i regionen.

### 11.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK er av den oppfatning at det er behov for et slikt tilbud i regionen både for å bedre kompetansen og veilede innen barnepalliasjon. Etableres på et HF i Helse Nord eller i samarbeid med annen region.

Det er per nå ikke etablert et tilbud på UNN da det avventes beslutning fra Helse Nord.

### 11.1.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

I hvilken del av helsetjenesten arbeider du?	I hvilket helseforetaksområde arbeider du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Pleie og omsorg	Helgelandssykehuset	Det regionale tilbudet innen for kreft og palliasjon er meget viktig for å fortsette å bygge opp kompetansen i landsdelen innenfor dette området. Det gir oss tilgang og samarbeid med spesialisthelsetjenesten og bidrar med fokus på palliasjon. Senskade klinikken og UNN palliative team for barn er også meget viktige, men er nye tilbud som ikke har vært lenge nok operativt til at vi har fått så mye kontakt med dem foreløpig, men vi ser frem til samarbeid også her.	Barnepall

## 11.1.4 Prosjektets vurdering

Med bakgrunn i *Nasjonal faglig retningslinje for palliasjon til barn og unge uavhengig av diagnose*, og i tråd med oppdrag fra HOD 2020, skal det etableres et regionalt barnepalliativt team i Helse Nord. Teamet skal ha hovedansvaret for fag- og kompetanseutvikling, ha samarbeid med og være rådgivende for de lokale teamene.

Rapporten som er utarbeidet er et grunnlag for etablering og drift av et slikt team. Siden teamet ikke er etablert enda kan prosjektet verken vurdere eller gi anbefaling for videre drift, ut over at teamet bør etableres snarest mulig.

Teamet har siden 2021 hatt særskilt finansiering – *Overgangsordning*, på 1mill. kroner.

### 11.1.5 Prosjektets anbefaling

Når funksjonen etableres må finansiering vurderes i ordinært budsjettarbeid.



## 12 Regionale koordinatører

### 12.1 Regional koordinator helsefagarbeiderlæringer – Nordlandssykehuset

#### 12.1.1 Historikk og status

Etter endt regionalt prosjekt «*Satsingsprosjekt helsefaglæringer 2014-2016*», vedtok styret i Helse Nord RHF å satse videre på helsefagarbeidere i regionen.

Hvert helseforetak fikk midler til å følge opp tiltak internt. I tillegg fikk Nordlandssykehuset særskilt finansiering av 50% regional koordinatorstilling. Stillingens hovedformål er å koordinere og lede regionalt fagnettverk som består av lokale fagrådgivere i de øvrige helseforetakene, konserntillitsvalgt og representant fra Helse Nord RHF.

Hovedoppgaver for nettverket er regionalt samarbeid og erfaringsutveksling knyttet til rekruttering, faglig utvikling og kvalitetsarbeid av helsefagarbeiderlæringer i Helse Nord. Oppgavene er nærmere skissert om følger:

- Utarbeidelse av handlingsplaner for videreført satsning på helsefagarbeiderlæringer
- Regionale piloter for å teste oppgavedeling/- glidning tilknyttet helsefagarbeidere
- Utarbeidelse av regional lærlingestrategi
- Sikre at inntak av lærlinger samsvarer med fremtidig behov for tjenesten gjennom å delta i scenarioarbeid og framskrivning i regional bemanningsmodell
- Rekruttering og gjennomføringsgrad av helsefagarbeiderlæringer
- Markedsføring som rekrutterer tilstrekkelig kvalifiserte søkere til stillinger som helsefagarbeiderlæringer
- Tilstrekkelig med kvalifiserte og motiverte instruktører/ veiledere
- Et godt samarbeidsnettverk med fylkeskommune, kommunene, opplæringskontorene og skolene i regionen.
- Sikre kontinuerlig kompetanseheving som eksempelvis gjennomføring av fagdager
- At kompetansemål for helsefagarbeiderlæringer registreres inn i Dossier kompetansemodul
- Jevnlige evalueringer mot lærlinger, veiledere og faglig ledere
- Rullerende regionale kommunikasjonsplaner for denne satsningen
- Å samle saksgrunnlag for å svare ut ulike kartlegginger og saksutredninger tilknyttet helsefagarbeiderlæringer
- 

Ordningen ble evaluert i 2022. Arbeidet til regional koordinator, og viktigheten av det ble beskrevet slik:

Arbeidet er preget av erfaringsutveksling og deling av gode (og mindre gode) løsninger, samt refleksjon, evaluering og justering av planlagte aktiviteter. Det er viktig med felles ramme. Uten en regional leder for dette arbeidet vil det ikke være mulig å lykkes. Lederen har en viktig rolle med å holde samarbeidet i gang. Hun har det regionale blikket og bidrar til koordineringen av utviklingen og erfaringsdelingen. Leder har også en viktig rolle som kontaktperson mellom HF og RHF.

Den særskilte finansiering for regional koordinator er klassifisert som *Overgangsordning* med 557 000 kroner. De ansvarlige for helsefagarbeiderlærlinger i de respektive helseforetakene er ikke en del av denne funksjonen, men er finansiert som tabellen viser:

FIN	UNN	NLSH	HSYK
582	685	578	579

## 12.1.2 Egenvurdering

### 12.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

### 12.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Denne funksjonen innebærer å koordinere driften av det regionale nettverket, oppfølging av medlemmene og tiltakene, være kontaktpunktet mot Helse Nord, samordne og svare ut felles høringsuttalelser og videreutvikle regional bruk av kompetanseportalen for helsefagarbeiderlærlingene. Nordlandssykehuset innehar funksjoner da vi er det foretaket som har mest og best resultater og praksis, vært mest innovativ i forhold til tjenesten, utviklet prosjekter og ivaretatt ordningen best i regionen. Gjennomgangen viser midlertid at det ikke er like stort behov for som tidligere for funksjonen, og at funksjonen kan reduseres fra 50% til 20%. Den resterende funksjonen vil ivareta den mest sentrale og godt fungerende oppgaven med å koordinere det regionale fagnettverket for helsefagarbeiderlærlinger. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan videreføres i en annen form enn dagens ordning.

## 12.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 12.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset oppfatter at stillingen som regional koordinator for helsefagarbeiderlærlinger har stor betydning i arbeidet med helsefagarbeiderlærlinger i Finnmarkssykehuset. Det er ansatt en person i 50% stilling i Finnmarkssykehuset til å jobbe med lærlinger og da har det regionale nettverket for helsefaglærlinger vært viktig for vedkommende.

### 12.1.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Nasjonal helse og sykehusplan, samt oppdragsdokument fra Helse Nord gir føringer for satsning på helsefagarbeidere. Stillingen som regional koordinator for helsefaglæringer ved NLSH har en oppfølgende- og rådgivende rolle på regionalt nivå.

Funksjonen som regional koordinator verdsettes i UNN og vurderes som sentral i arbeidet med å øke utdanningskapasiteten og å rekruttere flere helsefagarbeidere til spesialisthelsetjenesten.

UNN støtter målet om å utdanne flere og å rekruttere helsefagarbeidere til spesialisthelsetjenesten. UNN har hittil ikke lyktes å nevneverdig øke andelen helsefagarbeidere. I dag er andelen 3,6%. Det bør gjøres en helhetlig vurdering av om regionens eksisterende tilnærming for å styrke helsefagarbeidere, inkludert regional koordinator, er det rette grepet.

### 12.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

For å oppnå mål i OD er det fortsatt behov for koordinering/nettverk i Helse Nord.

Videreføres i dagens form. Vurdere nettverksmodell når mål i OD er oppnådd.

## 12.1.4 Prosjektets vurdering

Stillingen som regional koordinator for helsefagarbeiderlæringer ble opprettet i 2016. Regional koordinator leder et regionalt nettverk, som har mange oppgaver knyttet til helsefagarbeiderlæringer, jf. statusbeskrivelsen over.

I egenvurderingen vises det til hvilke resultater som er oppnådd. Prosjektet vurderer at oppgavene det jobbes med og resultatene som er oppnådd er viktige for at Helse Nord skal være en god læringsarena for helsefagarbeiderlæringer, og for at flere helsefagarbeidere tilbys jobb i foretakene.

Vurderinger fra helseforetakene støtter videreføring av satsing på helsefagarbeiderlæringer, men har ulike syn på behovet for å videreføre regional koordinatorstilling. Nordlandssykehuset foreslår at stillingen kan reduseres og konsentreres om enkelte oppgaver. UNN mener det bør gjøres en helhetlig vurdering av om regionens tilnærming for å styrke helsefagarbeidere, inkludert regional koordinator, er riktige tiltak for å nå målet.

Prosjektet vurderer det som viktig at Helse Nord fortsetter satsingen på helsefagarbeiderlæringer, ikke minst for å være rustet for fremtidens behov for tilstrekkelig tilgang til fagfolk i spesialisthelsetjenesten.

Nettverket som er etablert vurderes som en viktig faktor og drivkraft for å lykkes med dette arbeidet. Nettverket kan på sikt videreføres uten regional koordinator, f.eks. ved at ansvaret for å lede nettverket rulleres mellom de lokale koordinatorene i helseforetakene. Prosjektet vurderer likevel at regional koordinator fortsatt har en så sentral rolle i arbeidet at den bør videreføres for en begrenset tidsperiode. I perioden bør måloppnåelse og overgang til nettverk der ledelse går på omgang vurderes.

Konserntillitsvalgte er ikke enig i prosjektets anbefaling om tidsbegrensning.

### 12.1.5 Prosjektets anbefaling

#### **DISSENS**

1. Funksjonen videreføres ut 2024 med dagens finansiering. I forkant av eventuell endring, må det gjennomføres en evaluering.
2. Konserntillitsvalgtes anbefaling: Funksjonen videreføres med dagens form og finansiering.

## 12.2 Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (RKE) – UNN

### 12.2.1 Historikk og status

I [Forskrift om habilitering, rehabilitering og koordinator](#), er det nedfelt at det skal finnes koordinerende enhet i hvert helseforetak. Forskriften stiller ikke krav om regionale koordinerende enheter, men som oppfølging av «Kronikersatsningen», ga Helse Nord RHF i Oppdragsdokument 2007, UNN følgende oppdrag:

- Etablering av Regional koordinerende enhet for rehabilitering ved UNN HF. Funksjonen skal omfatte alle aldersgrupper og diagnoser, både innen somatikk og psykiatri/rus, samt private rehabiliteringsinstitusjoner.
- Utarbeiding av forslag til organisering av koordineringsfunksjonen i de andre foretakene i regionen, i samarbeid med disse, med sikte på oppstart i 2008.

Regional koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i Helse Nord, ble etablert i januar-2007. Samme type enhet ble opprettet i de andre tre regionale helseforetakene i landet.

På enhetens [nettsider](#) finnes [lenker](#) med kontaktinformasjon til koordinerende enhet i helseforetakene. Disse er videre lenket til tilsvarende informasjon om koordinerende enhet i kommunene. Det betyr at tjenesteytere, som har pasienter fra ulike deler av landet, enkelt kan finne frem til koordinerende enhet i alle landets kommuner og helseforetak.

Hovedarbeidsområder i 2021:

- Å ha oversikt, formidle informasjon og bidra til samarbeid mellom aktørene i ReHabiliteringskjeden lokalt, regionalt og nasjonalt innenfor helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner, kommunale tjenester, brukerorganisasjoner og andre.
- Å følge opp de lovpålagte ansvarsområdene koordinerende enheter, samt ordningene koordinator og individuell plan i helseforetakene. Dette arbeidsområdet omfatter alle fagområder og klinikker.

Enheten er i 2022 bemannet med 2 x 50%-stillinger.

### 12.2.2 Egenvurdering

#### 12.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via [lenker](#).

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

[Årsrapport](#)

### 12.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Dette er en funksjon etablert i alle helseregioner med basis i Oppdragsdokumentet 2007. Denne er etablert med hjemmel i tidligere forskrift om habilitering og rehabilitering er det etablert koordinerende enheter i hver av de fire helseregionene. Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at denne praksisen videreføres jfr Prop. 91 L (2010-2011), side 373. Funksjonen er nødvendig.

## 12.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 12.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ønsker klart at denne funksjonen videreføres som en regional funksjon. Funksjonen er en viktig forutsetning for at rehabiliteringsavdelingen ved Finnmarkssykehuset (Kirkenes sykehus) skal fungere optimalt.

Det etterlyses imidlertid en mer tydelig regional rolle ved at ansatte i «Koordinering, rehabilitering UNN» framstår med RHFet – og ikke UNN - som overordnet hvis noe skal tas opp i linja for beslutning.

Videre er det viktig at denne stillingen har et overordnet ansvar for å samle all info om rehabilitering i regionen, oppdatere nettsider, og opprettholder kompetanse som så spres til alle rehab-miljøene i regionen.

### 12.2.3.2 Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehusets fagmiljø for rehabilitering har i liten grad/ingen grad benyttet seg av RKE de senere årene. De som har brukt funksjonen i Nordlandssykehuset er koordinerende enhet. I beskrivelsen fra funksjonen selv, er den tett koblet mot koordinerende enhet (KE) og nettverket bestående av de koordinerende enhetene ved alle foretakene i regionen. Dette er i tråd med vår erfaring. Da alle foretakene har funksjonen KE vil dette nettverket kunne videreføres, selv om RKE avvikles, noe som sannsynligvis er hensiktsmessig gitt den økonomiske rammen og hva vi erfarer at vi får tilbake for disse midlene.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form og videreføres som et regionalt nettverk bestående av representanter for de koordinerende enhetene.

### 12.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det er nå etablert koordinerende enhet i hvert HF og behovet for regional koordinering fra UNN er mindre. Tjenesten kan organiseres som nettverk i stedet for en regional tjeneste da det er etablert koordinerende enheter i hvert HF. Videreføres ikke i dagens form.

### 12.2.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

I hvilken del av helsetjenesten arbeider du?	I hvilket helseforetaksområde arbeider du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller samarbeidet med? Bruk	

		fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Direktorat	Direktorat	RKE har drevet viktig og målrettet arbeid i mange år, og vært et viktig bidratt til direktoratets prosesser. Sørger for enhetlig praksis på tvers av helseregionene, og fremstilling av viktige helsetilbud innen habilitering og rehabilitering til befolkningen. RKE har vært en viktig pådriver for et forbilledlig samarbeid i spesialisthelsetjenesten.  Dette svaret er en samlet og tverrfaglig tilbakemelding fra direktoratet.	Rehab
Allmennlege	Universitetssykehuset Nord Norge	Med mindre jeg misforstår funksjonen, er RKE (vurdering rehabilitering) et uforholdsmessig stort hinder for å gi tilbud til pasienter, og er veldig rigide i avslag, mens klager ofte går igjennom. Det er ingen forskjell mellom henvisning og klage, hvorfor skal sistnevnte plutselig gjøre at mer ressurssterke pasienter får plass på rehabilitering? Dårlig samhandling og forsinkelse av behandling som reduserer funksjonsnivå for de som trenger det.	Rehab. OBS, en annen funksjon innenfor rehab som er vurdert?

#### 12.2.4 Prosjektets vurdering

Tjenesten er ikke særskilt finansiert av Helse Nord RHF.

I Helse Nord RHF's budsjettoversikter er det oppført en tjeneste med særskilt finansiering navngitt som «Koordinering rehabilitering». Ved prosjektstart ble det oppfattet at dette gjaldt RKE. Etter prosess med egenvurdering og interessenters vurdering av RKE, viser nærmere granskning av dokumentasjon for tildeling av midler at budsjettposten gjelder [Regional vurderingsenhet UNN \(RVE\)](#). Sistnevnte tjeneste vil pga fremdriften i prosjektet, ikke bli vurdert på nåværende tidspunkt.

Alle landets helseregioner har likelydende enheter som RKE. Enheten ivaretar samarbeid mellom aktører i rehabiliteringskjeden, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Helseforetakenes vurdering av tjenestens betydning de siste årene er sprikende, fra Finnmarkssykehuset som mener at tjenesten er en forutsetning for at rehabiliteringsavdelingen i Kirkenes skal fungere optimalt, til Nordlands- og Helgelandssykehuset som mener at tjenesten kan gå inn i et rent nettverk.

Siden tjenesten ikke har en særskilt finansiering, ønsker ikke prosjektet å komme med en konkret anbefaling.

## 12.3 Regional traumekoordinator – UNN

### 12.3.1 Historikk og status

Regional traumekoordinator ble etablert 1. september 2011, etter at styret i Helse Nord RHF (styresak 133-2010) vedtok å etablere et regionalt traumesystem i tråd med anbefalingene i Nasjonal Traumerapport.

Formålet med funksjonen er, jf. vedtaket:

Regional traumekoordinator skal legge til rette for å innføre regionalt traumesystem i Helse Nord, drive kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid innenfor traumesystemet og bidra til traumatologisk forskning i regionen.

I mars 2017 (styresak 26-2017) ble det også tatt beslutning om innføring av nasjonal traumeplan i Helse Nord, [Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem Norge 2016](#), som retningsgivende for utvikling og organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Nord.

Alle regionene har pr. i dag regionale traumekoordinatorer som følger opp de lokale traumesentrene og -koordinatorer, og bidrar på systemnivå til innføring og opprettholdelse av nødvendig traumekompetanse ved hvert helseforetak.

Regional traumekoordinator leder regionalt traumenettverk, rapporterer direkte til fagdirektør i Helse Nord RHF og er også saksbehandler for fagdirektør og ledelse i Helse Nord RHF i saker vedrørende traumatologi.

Funksjonen finansieres gjennom inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner* med 1,313 mill. kroner i 2022.

### 12.3.2 Egenvurdering

#### 12.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 12.3.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Etablert i forbindelse med vedtak i styret i Helse Nord 133-2010 «Regional traumekoordinator skal legge til rette for å innføre regionalt traumesystem i Helse Nord, drive kvalitetssikrings- og utviklingsarbeid innenfor traumesystemet og bidra til traumatologisk forskning i regionen». Vi mener denne funksjonen er viktig for å sikre og understøtte traumefunksjonene ved alle foretakene i Helse Nord.



### 12.3.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 12.3.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset opplever regional traumekoordinator som essensiell i arbeidet med å være pådriver og oppfølger av behandling av akutte traumer i Finnmarkssykehuset. Traumekoordinator-funksjonen beskrives som avgjørende for å sikre kvaliteten i dette arbeidet. Dagens ordning med regional koordinator og traumenettverk gjør kommunikasjon, samhandling og kompetansespredning på tvers av sykehusene enkel og systematisk, noe som er effektivt og tids- og kostnadsbesparende.

#### 12.3.3.2 Nordlandssykehuset HF

Regional traumekoordinator ble etablert i 2010 og har vært en pådriver for innføring og opprettholdelse av nødvendig traumekompetanse ved foretakene i Helse Nord, hovedsakelig gjennom regional traumeplan. Vi erfarer at regional traumekoordinator har et stort engasjement i fagområdet og har vært en viktig pådriver, men ikke alltid har kunnskap og forståelse for rammene rundt – som også er viktig for å oppnå målene innenfor traumefaget. Vi er enige i at det regionale nettverket er den sentrale delen av denne funksjonen og ser at med økt kunnskap og økt bruk av blant annet Nasjonalt traumeregister, at selve koordinatorrollen ikke er like sentral for å sikre faget status og anseelse ved foretakene. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form og videreføres som et regionalt nettverk.

#### 12.3.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK leverer data til Nasjonalt Traumeregister. Regional traumekoordinator har en tilsynsfunksjon og har bidratt med organisering/ opplæring. Regional traumekoordinator er ikke involvert i traumeorganiseringen i HSYK.

Videreføres ikke i dagens form. HSYK foreslår organisering som et nettverk ledet av UNN.

### 12.3.4 Prosjektets vurdering

Funksjonen er ikke pålagt gjennom lov eller forskrift, men vedtatt i styresak og beskrevet og anbefalt i Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2016.

Regional traumekoordinator leder og drifter regionalt traumenettverk. Nettverket bidrar til ensartet behandling og til å spre faglig veiledning og råd.

I Helse Nord RHF vurderes det som verdifullt at funksjonen er faglig direkte underlagt fagdirektøren i Helse Nord, både ved behov for forankring i Helse Nord og for å nå ut med råd og veiledning. Regional traumekoordinator har også på oppdrag fra fagdirektør hatt en rolle i å følge opp i hvor stor grad de ulike traumeteamene følger de sterke anbefalingene i revidert nasjonal traumeplan.

Resultater fra [Nasjonalt traumeregister](#) viser stor variasjon i regionen når det gjelder måloppnåelse for kvalitetsindikatorer, noe som kan bety at det fortsatt er behov for opplæring og oppfølging av fagområdet.

Helseforetakene har gjort ulike vurderinger av om funksjonen bør videreføres. Prosjektet vurderer at det fortsatt er behov for regional traumekoordinator for å bidra på systemnivå til å opprettholde nødvendig kompetanse og prosedyrer ved hvert traumemottak, men funksjonen bør evalueres opp mot opprinnelig formål og mandat.

### 12.3.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå inntil evaluering av formål og mandat er gjennomført.

## 13 Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

### 13.1 Pasienttelefon - Informasjonstjeneste for pasienter og personell vedrørende valg behandlingssted – Nordlandssykehuset

#### 13.1.1 Historikk og status

[Pasienttelefonen](#) ble etablert i 2001 i alle regioner, jf. [rundskriv I-53/2000](#), og er en regional informasjonstjeneste for pasienter om valg av behandlingssted ([Informasjonstjenesten Velg behandlingssted](#)). Den regionale tjenesten inngår i et nasjonalt nettverk. Alle pasientrådgiverne ved informasjonstjenesten deltar i tre nasjonale møter årlig med tjenesteansvarlig i Helsedirektoratet, der også andre samarbeidsparter jevnlig inviteres.

Oppgaven til informasjonstjenesten er å informere befolkningen om rettigheter og ventetider i den offentlige spesialisthelsetjenesten og øvrige behandlingssteder som har avtale med det offentlige. Det gis også individuell rådgiving og oppfølging der det er behov for det, og informasjon til helsepersonell.

De siste fire årene (2019-2022) mottok tjenesten i Helse Nord henholdsvis 1529, 2168, 2686 og 2925 telefoner. Økningen de siste årene kan være et resultat av at direktenummeret til tjenesten nå oppgis i alle venteliste-brev.

Tjenesten har også ansvar for å følge opp helseforetakene i forbindelse med oppdatering av ventetider og informasjonen som ligger på [Velg behandlingssted](#). Dette innebærer å:

- holde oversikt over ventelisteansvarlige ved helseforetakene
- gi opplæring i bruken av Helsetjenestekatalogen
- oppdatere informasjonen i Helsetjenestekatalogen
- 

Ifølge opplysninger fra tjenesten gjennomføres det ikke jevnlig møter med ventelisteansvarlige ved sykehusene i Helse Nord, men tjenesten har jevnlig kontakt med de fleste. Ventelisteansvarlige kontakter tjenesten ved spørsmål eller behov for opplæring i bruk av Helsetjenestekatalogen. Sykehusene rapporterer ventetider i tråd med veilederen, men det kan være noe ulikt hvordan veilederen forstås. Dersom det er store avvik mellom angitt og faktisk ventetid tas det kontakt for gjennomgang av veilederen. Tjenesten overvåker om ventetidene er oppdatert og tar kontakt med ventelisteansvarlig dersom det oppdages avvik.

I følge årsrapport for 2022 har tjenesten én full stilling fordelt på tre deltidsstillinger.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*: 1,607 mill. kroner.

## 13.1.2 Egenvurdering

### 13.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

### 13.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Informasjonstjenesten Velg behandlingssted har som funksjon å informere befolkningen om rettigheter og ventetider i.f.t den offentlige spesialisthelsetjenesten, i tillegg til alle de andre behandlingsstedene som har avtale med det offentlige på lik linje med tilsvarende funksjon i de øvrige helseregionene. Funksjonen ble i sin tid pålagt regionene. Hvis dette pålegget endres, kan funksjonen avvikles. Det er ikke aktuelt å videreføre funksjonen i en annen form.

## 13.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 13.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset opplever lite nytte av dette tilbudet. Det oppleves at telefonen gir lite bistand utover å informere om hvor man kan ringe videre for å få problemet løst. Slik tjenesten framstår i dag kan den avvikles.

Det ville vært bedre om man kunne ha etablert et «Regionalt senter for å redusere fristbrudd». Et slikt senter kunne hatt til oppgave å formidle, bistå, gi opplæring og sørge for at alle pasienter får time til rett tid. Ansatte ved et slikt senter kan enkelt ved bruk av HN-LIS hente ut ventetider og til enhver tid ha oversikt over hvor det er kortest ventetid. Dette fordrer ukentlig kontakt med alle fagområder i Helse Nord, og avklaring om eks. overføring av 15 BUP pas. fra et HF til et annet.

### 13.1.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Godt etablert og pålagt regional funksjon, jf rundskriv I-53/2000. UNN vurderer at tjenesten bør videreføres i sin nåværende form så lenge det er pålegg fra myndighetene om at funksjonen skal være i drift.

Konklusjon: Det er stor mangel på sykepleiere i Helse Nord. Vi foreslår at bemanning og finansiering tilpasses slik at denne bemannes av f.eks. helsesekretær. Ut over det foreslås ingen endringer.

### 13.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

Vi er usikre på om det er behov for å ha denne tjenesten i Helse Nord. HSYK er ikke kjent med at dette tilbudet benyttes i større grad av klinikkene. Kan avvikles hvis nasjonalt pålegg om å ha en slik tjeneste i hver region opphører.

### 13.1.3.4 Instanser utenfor spesialisthelsetjenesten Helse Nord (fritekst Questback)

I hvilken del av helsetjenesten arbeider du?	I hvilket helseforetaksområde arbeider du?	Er det noe mer du ønsker å si knyttet til den/de regionale tjenestene eller funksjonene du har benyttet eller	

		samarbeidet med? Bruk fritekstfeltet, og skriv hvilken funksjon du kommenterer.	
Allmennlege	Nordlandssykehuset	Synes det er ekstremt vanskelig å komme i kontakt med tjenestene og videreformidle pasienttelefoner osv. til tjenesten. Opplevs dermed veldig utilgjengelig eller forbeholdt de få som på et tidspunkt har fått direkte info. Finner eksempelvis ikke nummer til pasienttelefon for fritt behandlingsvalg. Savner sterkt samlet oversikt med telefonnummer over rådgivnings-, veilednings- og pasienttelefoner som kan benyttes, og som kan henge på alle legekontor.	Pasienttelefon

### 13.1.4 Prosjektets vurdering

Tjenesten ble etablert i alle regioner i 2001, etter innføring av fritt sykehusvalg som følge av Pasientrettighetsloven § 2-4.

Tjenesten skal være tilgjengelig på telefon for spørsmål fra pasienter ang. ventetider og valg av behandlingssted.

Tjenesten har også oppgaver knyttet til opplæring av ventelisteansvarlige i helseforetakene og for oppdatering av ventetider på Velg behandlingssted. Helsedirektoratet anser det nasjonale nettverket som et viktig bindeledd mellom de regionale svartjenestene og Helsedirektoratet.

Prosjektet vurderer at noen av funksjonene som tjenesten har kan ivaretas på annen måte, f.eks. ved at opplæring gis som e-læring. Det vurderes også at ansvaret for avdekking og oppfølging av avvik, kan ligge hos ventelisteansvarlige i helseforetakene. Det er imidlertid usikkert om disse oppgavene vil bli ivaretatt på samme måte når de fordeles, kontra at de er samlet i denne tjenesten, og om det vil være ressursbesparende. Så lenge pasienttelefonen er en nasjonal ordning organisert i hver region bør den ivaretas slik som nå.

Det gis ingen indikatorer på at finansieringen benyttes til virksomhet utover lønn til ansatte, verken i egenvurderingen eller i tilbakemelding på prosjektets initiale vurdering.

### 13.1.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres. Siden finansieringen kun går til lønn, bør størrelsen justeres.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 13.2 Regional forbedringsutdanning – Nordlandssykehuset

### 13.2.1 Historikk og status

Regional forbedringsutdanning (QI Nord) startet i 2018 som et lokalt tilbud, og ble etablert som en regional utdanning i 2020. Utdanningen driftes av den regionale kompetansetjenesten for pasientsikkerhet i samarbeid med avdeling for kontinuerlig forbedring ved UNN.

Formålet med utdanningen er å gi sykehusansatte på alle nivå, kunnskap om hvordan de setter i gang, leder og gjennomfører forbedringsprosjekt og gir forbedringsveiledning, noe som kan gi varige endringer av tjenestene til beste for pasienter, pårørende og medarbeidere.

Siden 2018 har totalt 379 medarbeidere fullført forbedringsutdanningen, med følgende fordeling: NLSH: 198 HSYK:18 SANO: 10 UNN 123 FIN: 22 HN RHF: 8. De tre første kullene ble arrangert kun i Bodø med hovedsakelig deltakelse fra NLSH. Fra kull 4 ble det en regional utdanning. 32 medarbeidere har fullført utdanning som forbedringsveileder og 12 er under utdanning.

Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet leder og følger opp arbeidet med QI Nord i samarbeid med UNN. Arbeidet inkluderer ledelse, planlegging, organisering, arrangering og undervisning.

Utdanningen er særskilt finansiert innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Regionale funksjoner*, med 2,083 mill. kroner. Midlene er fordelt på drift av fire kull årlig, og dekker primært kostnader knyttet til gjennomføring av samlinger (tre samlinger per kull, totalt sju dager).

### 13.2.2 Egenvaluering

#### 13.2.2.1 Egenvaluering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvaluering](#)

#### 13.2.2.2 Egenvaluering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Regional forbedringsutdanning og regional utdanning for forbedringsveileder (ikke regionalt finansiert) er avledet av de lokale forbedringsutdanningene i Nordlandssykehuset. Utdanningene har stor oppslutning i regionen og bidrar til økning i forbedringskompetanse som er nødvendig for å lykkes med kvalitetsforbedringsarbeid. Allerede kan det vises til flere gode kvalitetsforbedringsprosjekter utgående fra utdanningene. Uten regional finansiering vil ikke utdanningene kunne driftes som i dag. Da vil utdanningene enten gå tilbake til å være lokale utdanninger i Nordlandssykehuset, eller så vil det innføres deltakeravgift per deltaker for å kunne opprettholde et regionalt tilbud. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form, men da med de konsekvenser som beskrevet.

## 13.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 13.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset stiller spørsmål til om vi har behov for Regional kompetansetjeneste for pasientsikkerhet. FIN HF benytter dette tilbudet i liten grad. Tidligere år opplevde FIN HF denne tjenesten som et konstruktivt nettverk, som i stor grad bidro til implementering av tiltakspakker i Pasientsikkerhetsprogrammet. Kompetansetjenesten har ansvar for den regionale pasientsikkerhetskonferansen, men kanskje kunne dette vært administrert av regionalt nettverk innen pasientsikkerhet, og på rundgang mellom foretakene. Tilbud om forbedringsutdanning/veilederutdanning har FIN HF bare i liten grad fått benyttet, da dette krever fysisk oppmøte i Tromsø eller Bodø – og genererer store utgifter for oss. FIN HF har ikke fylt sine plasser her, og har blant annet ingen som har deltatt på veilederutdanningen. FIN HF skulle gjerne ønsket at utdanning innen forbedring kunne vært gitt digitalt, med færre fysiske samlinger.

### 13.2.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

UNN og NLSH har siden 2019 samarbeidet om å gjøre forbedringsutdanningen regional. I 2020-21 har 123 UNN-ansatte gjennomført utdanningen, og med dette 60-70 forbedringsprosjekter. Fra 2021 er det også etablert en regional forbedrings-veilederutdanning.

UNN bidrar vesentlig med ressurser til den regionale forbedringsutdanningen i form av fagansvar for både QI-Nord og forbedrings-veilederutdanningen, og verdsetter et regionalt samarbeid for økt forbedringskunnskap blant helsepersonell og ledere i regionen.

Både UNN og NLSH har per i dag kompetanse til å kjøre egne kurs og støtter således vurderingen til NLSH om at funksjonen kan avvikles i sin eksisterende form. Uten regional finansiering vil ikke utdanningene kunne driftes som i dag. Da vil utdanningene enten gå tilbake til å være lokale utdanninger, eventuelt kan et regionalt tilbud finansieres gjennom en deltakeravgift.

Konklusjon: UNN vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form. Utdanningen kan videre finansieres gjennom deltakeravgift på lik linje med øvrige kurs i Helse Nord.

### 13.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Det tilbys forbedringsutdanning x2 per år (NLSH og UNN). HSYK har årlig 10 plasser. HSYK karer ikke å fylle sin kvote og foreslår derfor at utdannings kapasiteten halveres. Alle HF har over noen år fått denne kompetansen inn i klinikkene.

Videreføres ikke i dagens form. Reduseres til x1 per år i Helse Nord, vekselvis mellom UNN og NLSH.

Tilbakemelding fra funksjonen: Helgelandssykehuset sier de årlig blir tilbydd 10 plasser, det er ikke riktig. De blir tilbydd 10 plasser per kull. Det er lagt opp til to kull per år.

### 13.2.4 Prosjektets vurdering

Etter fem år med forbedringsutdanning i Helse Nord, har hvert helseforetak flere medarbeidere med kompetanse innen forbedring, som kan veilede og støtte nye medarbeidere som er under utdanning.

Både UNN og Nordlandssykehuset sier i sine egenvurderinger at dersom den særskilte finansieringen tas bort, kan utdanningen finansieres gjennom deltakeravgift.

I [Strategi for for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for Helse Nord RHF 2022-2027](#) er det anbefalt å videreføre forbedrings- og forbedringsveilederutdanningen.

Prosjektet vurderer at utdanningen bør videreføres i regi av UNN og Nordlandssykehuset, men at utgifter for deltakelse dekkes av eget helseforetak. I tråd med vurderingene fra Finnmarkssykehuset bør det vurderes om deler av undervisningen kan gjøres digital.

Nordlandssykehuset er uenig i denne vurderingen.

### 13.2.5 Prosjektets anbefaling

#### **DISSENS**

1. Forbedringsutdanningen videreføres, men den særskilte finansieringen avsluttes. Utgifter for deltakelse dekkes av eget helseforetak. Det bør vurderes om deler av undervisningen kan gjøres digital.
2. Ved å fjerne disse midlene vil svært få utenfor Tromsø og Bodø delta på forbedringsutdanningen fordi det i tillegg til reise/opphold vil måtte bli avkrevd en deltakeravgift på 6000-9000 per deltaker for å dekke utgifter til lokaler, bevertning og forelesere. Nordlandssykehuset mener derfor at regionen vil tape på det, fordi færre vil ta denne utdanning. Dette er også på tvers av Helse Nord's kvalitetsstrategi som nettopp er vedtatt.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.



## 14 Ikke kategoriserte funksjoner

### 14.1 Dropout – UNN

#### 14.1.1 Historikk og status

Funksjonen ble etablert i 2014 som et nasjonalt prosjekt for å redusere frafall fra behandling. Prosjektet ble avsluttet 2016. Midlene gikk ifølge egenvurderingen inn i rammen og ble omprioritert til andre formål.

Økonomioversikter i Helse Nord RHF viser at UNN har mottatt dette som særskilt finansiering årlig fra 2014 og frem til d.d.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for psykisk helse – *Regionale funksjoner 2*, 146 mill (fra 2014).

#### 14.1.2 Egenvurdering

##### 14.1.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

##### [Dokument egenvurdering](#)

##### 14.1.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Dette var et nasjonalt prosjekt for å redusere frafall i behandlingen og ble avsluttet i 2016.

#### 14.1.3 Vurdering fra ulike interessenter

##### 14.1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ser at denne funksjonen er avsluttet, og det skrives at finansieringen er overført til rammefinansieringen. Vi håper da at det betyr at dette er overført ikke bare til UNNs ramme, men til alle helseforetakenes ramme.

##### 14.1.3.2 Nordlandssykehuset HF

Denne funksjonen kjente ikke Nordlandssykehuset til at verken var etablert, eller avvirket slik UNN selv beskriver det. Hvis det er slik at UNN fortsatt mottar midler for denne regionale funksjonen, men ikke har aktivitet i funksjonen siden 2016, må midlene tilbakeføres til Helse Nord RHF til bruk for andre formål. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen er avvirket, og midlene derfor tilbakeføres til Helse Nord RHF.

##### 14.1.3.3 Helgelandssykehuset HF

Som det går fram av egenvurderingen ble dette avsluttet i 2016. Bevilgning på 2,46 mill gikk inn i rammen til UNN og brukt til andre formål der. Bør avvikles, da prosjektet ble avsluttet i 2016. Dette arbeidet bør ligge i hvert HF.

#### 14.1.4 Prosjektets vurdering

Prosjektet ble avsluttet i 2016. Her må det ha vært en svikt i kommunikasjonen mellom UNN og Helse Nord RHF vedrørende avslutning av oppdraget, da UNN har mottatt denne særskilte finansieringen årlig fra 2014 og frem til d.d. Prosjektet stiller spørsmål ved oppfølgingsrutiner i Helse nord RHF på oppdrag som gis.

#### 14.1.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte finansieringen avsluttes.

## 14.2 Kompetanse nyfødt intensiv – Nordlandssykehuset

### 14.2.1 Historikk og status

Ordningen ble opprettet i 2014 etter vedtak om å sentralisere behandling av de minste premature (gestasjonsalder < 25+6 uker) til UNN, jf styresakene 47-2013 og 119-2013/4. Tiltaket skal sikre vedlikehold av kompetanse hos leger og sykepleiere på nyfødtintensivavdelingen ved Nordlandssykehuset Bodø, Begrunnelsen for ordningen var at sentralisering av de minste reduserte erfaringsgrunnlaget for høyintensiv behandling, og det var behov for tiltak for å motvirke kompetansetap/vedlikeholde kompetanse.

Det er likevel slik at disse behandlingsprinsippene og prosedyrene er de samme for premature født etter uke 25 og i stor grad også for andre syke nyfødte, og kuvøseteamet henter ofte pasienter hvor denne kompetansen er påkrevd.

Kompetansemidlene har bla. blitt brukt til:

- prosedyrekurs for leger, arrangert i samarbeid med forskningslab ved Nord Universitet og anestesivdelingen ved Nordlandssykehuset Bodø
- regelmessig deltakelse på kurs og seminarer, for å tilegne seg ny kunnskap om behandling av pasientgruppen
- hospitering for sykepleiere og leger på større nyfødtintensivavdelinger. Dette bidrar også til å holde kontakt med og skape nettverk i nasjonalt og internasjonalt fagmiljø

For at kuvøseteamet skal kunne videreføre sin hestetjeneste er det helt nødvendig at medlemmene jevnlig trener på akutte situasjoner og prosedyrer og til enhver tid er oppdatert faglig. I følge egenvurderingen bidrar kompetansemidlene til at dette lar seg gjøre.

Det ble gitt en særskilt finansiering som en overgangsordning på kr. 503 000, som ved revidering av inntektsfordelingsmodellen for somatikk i 2018 ble flyttet fra regionale funksjoner i kostnadskomponent til behovskomponenten. Internt fordeles midlene med 300 000 til leger og 200 000 til sykepleiere på nyfødtintensiv.

### 14.2.2 Egenvurdering

#### 14.2.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 14.2.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Kompetansemidlene for nyfødtintensiv benyttes for å fortsatt sikre kompetanse for høyspesialisert nyfødtintensivbehandling, etter at de minste premature (gestasjonsalder < 25+6 uker) ble funksjonsdelt til UNN. Bakgrunnen for tildeling av kompetansemidlene er at de minste premature, selv om de er få i antall, står for en stor andel av intensiv- og

respiratordøgnene i en nyfødtintensivavdeling. Ved sentralisering av de minste ble derfor mye av erfaringsgrunnlaget for høyintensiv behandling tatt bort og det var behov for tiltak for å motvirke kompetansetap blant både leger og sykepleiere ved nyfødtintensiv. Funksjonen må derfor også sees i sammenheng med henteteam nyfødte og behovet for kompetanse til transportmedisin av både premature og syke fullbårne barn. Ved bortfall av denne funksjonen vil det få konsekvenser for mulighetene for faglig oppdatering og hospitering ved større sentra nasjonalt/i Norden, og et ev tap av kompetanse vil påvirke både påvirke muligheten for kompetanseheving i avdelingen og for deltakere i henteteamet. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 14.2.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.2.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av Nordlandssykehuset sitt tilbud.

#### 14.2.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Den særskilte regionale finansieringen av denne funksjonen ved Nordlandssykehuset ble opprettet i forbindelse med sentraliseringen av premature født < gestasjonsuke 26 til UNN. Det bemerkes at UNN ikke ble tilført midler i forbindelse med vedtaket. UNN foreslår at den særskilte finansieringen avvikles da slik kompetanseheving bør finansieres av foretakene selv.

Det bemerkes at UNN ikke ble tilført midler i forbindelse med vedtaket. UNN er ikke kjent med at den særskilte finansieringen av denne funksjonen ved Nordlandssykehuset brukes i forbindelse med hospitering til Nyfødt Intensiv ved UNN.

Konklusjon: UNN foreslår at den særskilte finansieringen avvikles da slik kompetanseheving bør finansieres av foretakene selv.

#### 14.2.3.3 Helgelandssykehuset HF

Kuvøseteamet henter syke nyfødte og bidrar i tillegg med å vedlikeholde og øke kompetansen hos helsepersonell i Helgelandssykehuset. Videreføres. Det er helt nødvendig for Helgelandssykehusets syke nyfødte med desentralisert kompetanse i Nordlandssykehuset og tilbud om kuvøseteam.

### 14.2.4 Prosjektets vurdering

Ordningen er en tildeling av midler kurs, trening og hospitering for sykepleiere og leger, som erstatning for tapt erfaringskompetanse ved at de minste premature (gestasjonsalder < 25+6 uker) ikke lenger behandles ved Nordlandssykehuset Bodø.

Prosjektet vurderer at vedlikehold av kompetanse er det enkelte helseforetaks ansvar og noe som dekkes gjennom basisfinansieringen. Dette er et prinsipp som i de fleste tilfeller bør følges.

Likevel vurderer prosjektet at det er grunnlag for å videreføre den særskilte finansieringen på dette området. Bakgrunnen for at ordningen ble etablert er ikke

endret, og det vurderes som fortsatt nødvendig å gjennomføre særskilte tiltak som hospitering, kurs og trening for å kompensere for lavt erfaringsgrunnlag. Pasientgruppen er i utgangspunktet liten. Selv om de minste utgjør svært få pasienter, representerer de en stor andel liggedøgn<sup>6</sup> med avansert behandling, som tiltakene kompenserer for.

#### 14.2.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på samme nivå inntil videre. Ny vurdering gjøres ved kommende gjennomgang av organisering av nyfødteintensivtilbudet i regionen.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

---

<sup>6</sup> I styresak 119-2013/4 anslått til ca. 35% av liggedøgnene

## 14.3 Kropp og selvfølelse – kompetanseprogram – UNN

### 14.3.1 Historikk og status

I tråd med opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2006) ble det fra Helsedirektoratet bevilget midler til kompetanseprogrammet om spiseforstyrrelser - Kropp og Selvfølelse. Det var et mål å etablere programmer i alle landets helseregioner og i helseregion Nord ble det etablert som et prosjekt i 2001, forankret ved Universitetssykehuset i Nord-Norge.

I Oppdragsdokument 2009 fra HOD til Helse Nord punkt 3.3.7 (styresak 40/2009), ble Helse Nord RHF pålagt å «finansiere og videreutvikle kompetanseprogrammet kropp og selvfølelse som et ledd i å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser». Prosjektet hadde tidligere vært finansiert og styrt av Helsedirektoratet. Det ble besluttet å videreføre prosjektet etter samme mal i 2009 med finansiering på 1 mill kroner med ubrukte opptrappingsplanmidler. Fra 2010 ble oppgaven overført til den regionale enheten for spiseforstyrrelser for barn og unge under 18 år som er etablert ved UNN.

Programmet har som hovedmål å bidra til økt kompetanse blant helsepersonell om behandling av spiseforstyrrelser i hele regionen og spesielt innenfor spesialisthelsetjenesten.

Kompetanseprogrammet startet ut i 2001 med 17 kursdager og 50 timer veiledning, senere 11 kursdager og 50 timer veiledning som så ble endret til ulike kurs for å øke behandlingskompetansen på anbefalte terapiformer, jfr. nasjonale retningslinjer.

I 2023 arrangeres en CBT-E (Kognitiv terapi for spiseforstyrrelser) som består av 3 x 2 kursdager (inkludert veiledning) og tilsammen 28 timer veiledning.

I programmets levetid har i overkant av 800 deltakere gjennomført kompetanseprogram i regi av Kropp og Selvfølelse i Nord-Norge.

Både fra spesialisthelsetjenesten i Norge og internasjonalt meldes om en sterk økning i antall henvendelser vedrørende pasienter med spiseforstyrrelser. Pasientene er yngre og sykere enn før. Spiseforstyrrelser hos barn og unge fremheves i Helsedirektoratets innspill til ny folkehelsemelding som en av de største utfordringene nå og i tiden fremover når det gjelder folkehelse gjennom livsløpet, og kompetansebehovet er stort.

Nettverkskoordinator innen voksen (NLSH) inngår i arbeidsgruppe med nettverkskoordinator (UNN) og studieleder for å sikre at opplæring ivaretar behovene innenfor både barn- og voksenfeltet.

Det jobbes med e-læringsprogram som skal tilgjengeliggjøres for regionen høsten 2023.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for psykisk helse: 1,562 mill kroner

## 14.3.2 Egenvurdering

### 14.3.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

### 14.3.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Dette er en svært viktig funksjon opprettet nasjonalt i 2001. Behovet er forsterket som følge av den store økningen i barn og unge med spiseforstyrrelser etter pandemien.

## 14.3.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 14.3.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset har hatt gode erfaringer med dette kompetanseprogrammet og ser gjerne at det videreføres.

### 14.3.3.2 Nordlandssykehuset HF

Kompetanseprogrammet kropp og selvfølelse ble etablert allerede i 2001 og har hatt som målsetning å øke kompetansen til helsepersonell i helse regionen, med særlig fokus på spesialisthelsetjenesten. Den regionale funksjonen er lagt til RSS ved UNN. I Nordlandssykehuset er denne funksjonen kjent i BUP, men også kun der. Det foreligger ikke data på hvor mange utenfor UNN sitt nedslagsfelt som benytter funksjonen, for å vurdere om dette er en reell regional funksjon. Noen medarbeidere i Nordlandssykehuset har gjennom årene deltatt på kursene som arrangeres av tjenesten, men med utvikling av egne utdanningsprogram har behovet avtatt. Vi er derfor usikre på om det er behov for å videreføre kompetanseprogrammet som en regional funksjon. Nordlandssykehuset vurderer at det bør vurderes om funksjonen er en reell regional funksjon, og hvis ikke anbefales det avvikling av funksjonen i sin nåværende form.

### 14.3.3.3 Helgelandssykehuset HF

HSYK mener at denne tjenesten bør sees i sammenheng med fase-1-tjenesten Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge UNN. Helsepersonell i HSYK som har deltatt på kurs i regi av kompetansprogrammet gir god tilbakemelding.

HSYK foreslår at fagenhet for spiseforstyrrelser ved UNN ser på om de har sammenfattende oppgaver med kropp og selvfølelse og vurderer mulige synergier.

Videreføres ikke i dagens form.

## 14.3.4 Prosjektets vurdering

«Kropp og selvfølelse» er et relativt omfattende utdanningsprogram som er etablert som prosjekt av Helsedirektoratet i alle regionale helseforetak for å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser. Prosjektet vurderer at dette kompetanseprogrammet er en del av behandlingstjenesten Regionalt senter for spiseforstyrrelser barn og unge – UNN.

Tjenesten har eksistert i over 20 år. Ca 800 personer har tatt utdanningen. Det foreligger ikke konkrete data på hvilket område av regionen de som har gjennomført kurset kommer fra, men vedlagt [oversikt over kurs i 2023](#) viser at 50% av deltakerne kommer fra helseforetak utenfor UNNs nedslagsfelt. Kurs og veiledning kan tilbys gjennom digitale løsninger, noe som gjør tilgjengeligheten høy uavhengig av bosted i landsdelen.

Kvaliteten på programmet vurderes av deltakere som god. Helgelandssykehuset er utydlig i sine anbefalinger. Nordlandssykehuset har laget sitt eget program, noe som har gjort at deres behov for tjenesten har avtatt. Prosjektet stiller spørsmål ved om programmet i Nordlandssykehuset er et kostnadseffektivt tiltak når det gjelder en slik tjeneste.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.



## 14.4 LIS-stilling anestesi – UNN

### 14.4.1 Historikk og status

Det er vanskelig å finne formell dokumentasjon og beslutning vedrørende tildeling av særskilte midler til én LIS-stilling anestesi ved hhv UNN og Nordlandssykehuset fra 2017. Tildelingen av midler kan spores til styresak 79/2016 – justering av budsjett.

Bakgrunnen for tildeling av midler til opprettelsen av LIS stillingen var økt behov for vaktberedskap i forbindelse med etableringen av vaktfunksjon ved redningshelikopterbasen i Longyearbyen (muntlig informasjon). Som følge av etableringen ble det et økt behov for anestesileger. Stillingene ble tildelt UNN og Nordlandssykehuset da disse foretakene ivaretar beredskap for henholdsvis hele Nordland og Troms og Finnmark. Midlene har vært brukt til å ha en ekstra LIS stilling i hhv. Tromsø og Bodø, som også har bidratt til økt utdanningskapasitet innenfor anesthesiologi.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,384 mill kroner.

### 14.4.2 Egenvurdering

#### 14.4.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

#### 14.4.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

De regionale funksjonene LIS anestesi startet i 2017 som direktebevilgning (økt driftsramme) tilsvarende en LIS-stilling anestesi ved Nordlandssykehuset og tre LIS-stillinger anestesi ved UNN HF (HN ref: 2017/150-5/004). Bevilgningen ble gjort som en følge av etablering av anestesileger i vakt ved redningshelikopterbasen i Longyearbyen, og som en følge av dette et økt behov for anestesileger i regionen. Hverken ved Nordlandssykehuset eller UNN er det gitt et spesifikt mandat for å fremskrive behov, og tilpasse utdanningstakt i regionen.

Jfr. Spesialistforskriften §4, første ledd pkt a), skal regionen sørge for at det er tilstrekkelig med stillinger for å sikre nødvendig tilgang på spesialister. Dette er også i tråd med Regional handlingsplan 2020-2024 «rekruttering og stabilisering». En rekke spesialiteter har utfordringer med rekruttering til sitt fagområde (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, onkologi og radiologi), og det kan vurderes en felles tilnærming til dette. Vi foreslår at en regional funksjon for kartlegging og framskrivning av regionens behov for spesialister legges til REGUT (dette er i dag ikke en del av deres mandat).

Problemstillingen er spesielt viktig for anesthesiologi, hvor flere helikopterbaser er etablert i regionen over de siste årene og forventet turnover og avganger blant landsdelens anesthesiologer. Dersom utdanningstakten av anesthesiologer ikke tilpasses det fremtidige behovet i nær fremtid, vil regionen stå med en kritisk underdekning av egne anesthesiologer til å sikre de pre- og intrahospitale tjenestene.

Konklusjon: Det er et stort fremtidig behov for anestesileger i Helse Nord. Særskilt finansiering er nødvendig, men dagens form sikrer ikke tilstrekkelig økt utdanningsvolum på LIS anesthesi. UNN foreslår fortsatt særskilt finansiering av LIS anesthesi for Nordlandssykehuset og UNN, men med innspill til dagens form som beskrevet over. I tillegg til at særskilt finansiering bør videreføres, må det vurderes å øke denne allerede nå for å ha mulighet til å dekke regionens behov for anestesileger på kort og lang sikt.

En rekke spesialiteter har utfordringer med rekruttering til sitt fagområde (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, onkologi og radiologi). Kan det vurderes en felles tilnærming til dette?

### 14.4.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.4.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset mener at en slik LIS-stilling bør finansieres av helseforetaket som eier stillingen, i dette tilfellet UNN.

#### 14.4.3.2 Nordlandssykehuset HF

For Nordlandssykehuset er det viktig at funksjonene LIS-stilling anesthesi UNN og LIS-stilling anesthesi i Nordlandssykehuset vurderes likt. Som vi skrev i vurderingen av tilsvarende funksjon hos oss, ble disse to stillingene opprettet med bakgrunn i et økende behov for dekke vaktfunksjoner i ulike beredskapsteam og ulike former for prehospitale lufttransporttjenester. Ved ev avvikling av funksjonen må UNN vurdere om de skal redusere antallet LIS stillinger på anesthesi eller om de selv skal finansiere en slik stilling. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form, med de konsekvenser som beskrevet

#### 14.4.3.3 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset har ingen nytte av ekstra finansierte LIS stillinger anesthesi ved UNN og Nordlandssykehuset. Vi forstår ikke hvorfor disse finansieres særskilt. Utdanning ligger også i kostnadskomponenten i den regionale inntektsfordelingsmodellen. Både UNN og Nordlandssykehuset må ta ansvar for gjennomstrømnings-stillinger for å få godkjent alle læringsmål i spesialistutdanningen. Videreføres ikke i dagens form.

### 14.4.4 Prosjektets vurdering

Særskilt finansiering av én stilling til LIS-lege anesthesi i hhv UNN og Nordlandssykehuset ble begrunnet med økt utdanningsbehov. Helse Nord har mange sårbare spesialiteter og

fagmiljø som har økt utdanningsbehov for stabilisering og rekruttering. Prosjektet finner det ikke riktig eller hensiktsmessig at bare en av disse spesialitetene gis en særstilling med regional finansiering av LIS-stillinger. Finansiering av utdanningsstillinger bør inngå i sykehusenes rammefinansiering.

#### 14.4.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte regionale finansieringen avsluttes fra og med 2024.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 14.5 LIS-stilling anestesi – Nordlandssykehuset

### 14.5.1 Historikk og status

Det er vanskelig å finne formell dokumentasjon og beslutning vedrørende tildeling av særskilte midler til én LIS-stilling anestesi ved hhv UNN og Nordlandssykehuset fra 2017. Tildelingen av midler kan spores til styresak 72/2016 – budsjett uten kommentar.

Bakgrunnen for tildeling av midler til opprettelsen av LIS stillingen var økt behov for vaktberedskap i forbindelse med etableringen av vaktfunksjon ved redningshelikopterbasen i Longyearbyen (muntlig informasjon). Som følge av etableringen ble det et økt behov for anestesileger. Stillingene ble tildelt UNN og Nordlandssykehuset da disse foretakene ivaretar beredskap for henholdsvis hele Nordland og Troms og Finnmark. Midlene har vært brukt til å ha en ekstra LIS stilling i hhv. Tromsø og Bodø, som også har bidratt til økt utdanningskapasitet innenfor anesthesiologi.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,384 mill kroner.

### 14.5.2 Egenvurdering

#### 14.5.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 14.5.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

LIS-stilling anestesi ble opprettet for å imøtekomme kravene til at anestesileger skal betjene mange vaktfunksjoner (i sykehuset, luftambulanse, ambulanshelikopter, 330-skvadron, NOR-EMT team og nå også ResceEU team). Midlene benyttes til å ha en ekstra LIS stilling innenfor fagområdet anestesi for å sikre utdanningskapasiteten. Funksjonen kan ikke ha en annen form, enn i dag. Ved en ev avvikling av funksjonen hvor finansieringen opphører, vil Nordlandssykehuset gjøre en vurdering av om vi må redusere med 1 LIS stilling anestesi. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles i sin nåværende form, med de konsekvenser som beskrevet.

### 14.5.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.5.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset mener at en slik LIS-stilling bør finansieres av helseforetaket som eier stillingen, i dette tilfellet Nordlandssykehuset.

#### 14.5.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

De regionale funksjonene LIS anestesi startet i 2017 som direktebevilgning (økt driftsramme) tilsvarende en LIS-stilling anestesi ved Nordlandssykehuset og tre LIS-stillinger anestesi ved UNN (HN ref: 2017/150-5/004). Bevilgningen ble gjort som en følge av etablering av anestesileger i vakt ved redningshelikopterbasen i Longyearbyen, og som en følge av dette et økt behov for anestesileger i regionen. Hverken ved Nordlandssykehuset eller UNN er det gitt et spesifikt mandat for å fremskrive behov, og tilpasse utdanningstakt i regionen.

Jfr. Spesialistforskriften §4, første ledd pkt a), skal regionen sørge for at det er tilstrekkelig med stillinger for å sikre nødvendig tilgang på spesialister. Dette er også i tråd med Regional handlingsplan 2020-2024 «rekruttering og stabilisering». En rekke spesialiteter har utfordringer med rekruttering til sitt fagområde (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, onkologi og radiologi), og det kan vurderes en felles tilnærming til dette. Vi foreslår at en regional funksjon for kartlegging og framskriving av regionens behov for spesialister legges til REGUT (dette er i dag ikke en del av deres mandat).

Problemstillingen er spesielt viktig for anesthesiologi, hvor flere helikopterbaser er etablert i regionen over de siste årene og forventet turnover og avganger blant landsdelens anesthesiologer. Dersom utdanningstakten av anesthesiologer ikke tilpasses det fremtidige behovet i nær fremtid, vil regionen stå med en kritisk underdekning av egne anesthesiologer til å sikre de pre- og intrahospitale tjenestene.

Konklusjon: Det er et stort fremtidig behov for anestesileger i Helse Nord. Særskilt finansiering er nødvendig, men dagens form sikrer ikke tilstrekkelig økt utdanningsvolum på LIS anestesi. UNN foreslår fortsatt særskilt finansiering av LIS anestesi for Nordlandssykehuset og UNN, men med innspill til dagens form som beskrevet over. I tillegg til at særskilt finansiering bør videreføres, må det vurderes å øke denne allerede nå for å ha mulighet til å dekke regionens behov for anestesileger på kort og lang sikt.

En rekke spesialiteter har utfordringer med rekruttering til sitt fagområde (f.eks. barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri, onkologi og radiologi). Kan det vurderes en felles tilnærming til dette?

#### 14.5.3.3 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset har ingen nytte av ekstra finansierte LIS stillinger anestesi ved UNN og Nordlandssykehuset. Vi forstår ikke hvorfor disse finansieres særskilt.

Utdanning ligger også i kostnadskomponenten i den regionale inntektsfordelingsmodellen Både UNN og NLSH må ta ansvar for gjennomstrømningsstillinger for å få godkjent alle læringsmål i spesialistutdanningen.

Videreføres ikke i dagens form.

#### 14.5.4 Prosjektets vurdering

Særskilt finansiering av én stilling til LIS-lege anestesi i hhv UNN og Nordlandssykehuset ble begrunnet med økt utdanningsbehov. Helse Nord har mange sårbare spesialiteter og fagmiljø som har økt utdanningsbehov for stabilisering og rekruttering. Prosjektet finner det ikke riktig eller hensiktsmessig at bare en av disse spesialitetene gis en særstilling med regional finansiering av LIS-stillinger. Finansiering av utdanningsstillinger bør inngå i sykehusenes rammefinansiering.

#### 14.5.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte regionale finansieringen avsluttes fra og med 2024.

## 14.6 Mammografitilbud (ambulant screening)- UNN

### 14.6.1 Historikk og status

Mammografitjenesten i UNN ble etablert i år 2000.

Grunnlaget for særskilt tilleggsfinansiering av dette tilbudet i 2010, er dokumentert i styresak 99-2009 der UNN og NLSH tildeles 1 mill. kr hver for å gi et mammografitilbud til pasienter fra henholdsvis Finnmark og Helgeland.

I følge [internettsiden](#) til Brystdiagnostisk senter i UNN, får kvinner som bor i Tromsø, Karlsøy og Balsfjord kommune tilbud om mammografiscreening i Tromsø. Kvinner som bor i Sør-Troms og nordre Nordland får tilbud om mammografiscreening ved UNN Narvik eller UNN Harstad. Kvinner som bor ellers i Troms og Finnmark inviteres til mammografibussen som kommer på besøk annet hvert år.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,249 mill kr.

### 14.6.2 Egenvurdering

#### 14.6.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 14.6.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Nødvendig funksjon.

### 14.6.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.6.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset vil ikke klare å organisere dette tilbudet i egen regi, vi vil ikke ha radiolog-tjenester som kan betjene denne funksjonen. Vi ønsker derfor at dette tilbudet fortsatt organiseres i regional regi.

#### 14.6.3.2 Nordlandssykehuset HF

Mammografitilbudet ved UNN er et behandlingstilbud som dekker behovet for denne tjenesten for UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt, tilsvarende Nordlandssykehusets mammografitilbud som dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Begge mammografisentrene er en del av det nasjonale mammografiprogrammet og en avgjørende del av tjenestetilbudet for utredning av sykdom i bryst, inkludert hovedgruppen kreft, i tråd med myndighetenes anbefalinger. Vi ser det som viktig at mammografitilbudet ved de to brystdiagnostiske sentrene i regionene vurderes likt med bakgrunn i samme formål og funksjon.

Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

#### 14.6.3.3 Helgelandssykehuset HF

Tjenester som dekker opp for Finnmarkssykehuset. Videreføres i dagens form.

Finansiering må avklares når regional tjeneste dekkes av 2 HF-er.

#### 14.6.4 Prosjektets vurdering

Ved oppstart av prosjektet for gjennomgang av regionale tjenester, hersket det uklarhet rundt begrunnelsen for særskilt finansiering fra 2010 av mammografitjenesten ved UNN. Dette har medført at UNN og øvrige interessenter har gjort en vurdering av mammografitjenesten ved UNN som helhet. Prosjektet burde med bakgrunn av bevilget beløp, sett at dette måtte være en finansiering knyttet til noe spesifikt regionalt. Dokumentasjon i styresak tyder på at finansieringen er gitt for å tilby kvinner i Finnmarkssykehusets nedslagsområde en enklere tilgang til screeningsprogrammet, et oppdrag som ivaretas av UNN.

#### 14.6.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.



## 14.7 Mammografitilbud (ambulant screening) – Nordlandssykehuset

### 14.7.1 Historikk og status

Mammografitjenesten i Nordlandssykehuset ble etablert i år 2000. Grunnlaget for særskilt tilleggsfinansiering av dette tilbudet i 2010, er dokumentert i styresak 99-2009 der UNN og NLSH tildeles 1 mill. kr hver for å gi et mammografitilbud til pasienter fra henholdsvis Finnmark og Helgeland.

Alle Saltenkommuner inviteres til [Brystdiagnostisk senter](#) ved Nordlandssykehuset, mens resterende kommuner i Nordland blir invitert til mammografibussen. Bussen kommer til Mo i Rana, Mosjøen, Sandnessjøen, Brønnøysund, Værøy, Røst, Leknes, Svolvær, Andøya, Sortland og Innhøvet.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,270 mill kr.

### 14.7.2 Egenvurdering

#### 14.7.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 14.7.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Mammografitjenesten ved brystdiagnostisk senter i Nordlandssykehuset er en del av det nasjonale mammografiprogrammet og en avgjørende del av tjenestetilbudet for utredning av sykdom i bryst, inkludert hovedgruppen kreft. Funksjonen har god kvalitet på sine tjenester og dekker Nordlandssykehusets og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Funksjonen er blant annet avgjørende for gjennomføringen av brystkreftpakkeforløp i tråd med nasjonale myndigheters føringer og en ev endring/avvikling v funksjonen vil få store konsekvenser for denne pasientgruppen. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 14.7.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.7.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av dette tilbudet.

#### 14.7.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Mammografitilbudet ved NLSH utgjør ett av to Brystdiagnostiske sentre i regionen, hvorav det andre er lokalisert til UNN. For å sikre befolkningen i Helse nord et forsvarlig tilbud om brystdiagnostiske undersøkelser bør begge sentre videreføres i sin nåværende form.

UNN har per i dag ikke kapasitet til å dekke behovet for alle pasientene i Nordland dersom tilbudet ved Brystdiagnostisk senter ved NLSH avvikles. UNN vurderer at funksjonen bør opprettholdes i nåværende form.

#### 14.7.3.3 Helgelandssykehuset HF

Tjenester som dekker opp for Helgelandssykehuset. Videreføres i dagens form.

Finansiering må avklares når regional tjeneste dekkes av 2 HF-er.

#### 14.7.4 Prosjektets vurdering

Ved oppstart av prosjektet for gjennomgang av regionale tjenester hersket det uklarhet rundt begrunnelsen for særskilt finansiering av mammografitjenesten ved Nordlandssykehuset fra 2010. Dette har medført at Nordlandssykehuset og øvrige interessenter har gjort en vurdering av mammografitjenesten ved Nordlandssykehuset som helhet. Prosjektet burde med bakgrunn av bevilget beløp, sett at dette måtte være en finansiering knyttet til noe spesifikt regionalt. Dokumentasjon i styresak tyder på at finansieringen er gitt for å tilby kvinner i Helgelandssykehusets nedslagsområde en enklere tilgang til screeningsprogrammet, noe som ivaretas av Nordlandssykehuset.

#### 14.7.5 Prosjektets anbefaling

Funksjonen videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

## 14.8 Nukleærmedisin (takstjustering) – UNN

### 14.8.1 Historikk og status

Tradisjonelle nukleærmedisinske undersøkelser har vært gjennomført ved UNN i en årrekke og fra 2010 har det vært utført PET-undersøkelser ved helseforetaket.

Den særskilte finansieringen som tildeles Nukleærmedisin UNN, skriver seg tilbake til 2015 og har sitt grunnlag i [Statsbudsjettet for 2015](#) som omtaler omlegging av finansieringsordningen for radiologi (side 94). På bakgrunn av dette har styret for Helse Nord RHF gjort følgende beslutning i sak 110/2015:

«Nukleærmedisinske undersøkelser inngår i den polikliniske finansieringsordningen for radiologi. Basisrammen økes med 4,6 mill. kroner i forbindelse med omlegging av finansiering av radiofarmakum (radioaktivt sporstoff som anvendes i undersøkelsen). Bevilgningen fordeles mellom UNN HF og NLSH HF etter størrelse.»

I rapport vedrørende revidering av inntektsmodellen for somatikk (styresak 83-2018), foreslår prosjektgruppen at eventuelle endringer av dagens finansieringsmodell for laboratoriemedisin, utsettes i påvente av aktivitetsdata.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 3,264 mill kroner.

### 14.8.2 Egenvurdering

#### 14.8.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 14.8.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Nødvendig funksjon for å ivareta diagnostikk og (presisjons)behandling av kreftsykdommer i Helse Nord.

### 14.8.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.8.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset ønsker at dagens tilbud innen nukleærmedisin videreføres på UNN i dagens form.

#### 14.8.3.2 Nordlandssykehuset HF

Nukleærmedisin ved UNN er koblet til PET-senteret ved UNN, som er det eneste PET-tilbudet i regionen. Fagmiljøet ved UNN har et tett og godt samarbeid med tilsvarende fagmiljø i Nordlandssykehuset. Funksjonen er nødvendig for å ivareta forsvarlig diagnostikk og deler av behandlingen hos kreftpasienter i regionen, men også viktig for

den framtidige utviklingen av fagområdet presisjonsmedisin. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

#### 14.8.3.3 Helgelandssykehuset HF

Nukleærmedisin ved UNN dekker mer enn NLSH siden PET-scan bare drives ved UNN-Tromsø. Vi ser ikke behov for desentralisering av tjenesten da det ikke er volum til nukleærmedisin ved FIN og HSYK. Videreføres i dagens form. Viktig med avklaring av finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

#### 14.8.4 Prosjektets vurdering

Ved oppstart av prosjektet for gjennomgang av regionale tjenester hersket det uklarhet rundt begrunnelsen for særskilt finansiering av nukleærmedisin ved UNN fra 2015. Dette har medført at UNN i sin egen vurdering har omtalt PET-tjenesten ved UNN, og øvrige interessenter har da basert sine vurderinger på dette.

Dokumentasjon for den særskilte finansieringen viser etter nøyere etterforskning at denne er gitt på bakgrunn av en sentral omlegging av finansieringsordningen for radiologi i 2015 og gjelder refusjon for diagnostisk radiofarmaka, ikke terapeutisk radiofarmaka som benyttes av PET-tjenesten. Det er ikke gjort endringer i Helse Nords finansieringsmodell for laboratorietjenester etter dette.

#### 14.8.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte finansieringen videreføres på dagens nivå. Ved neste revidering av finansieringsmodellen for somatikk, må finansiering av laboratorietjenester gjennomgås.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 14.9 Nukleærmedisin (takstjustering)- Nordlandssykehuset

### 14.9.1 Historikk og status

Tjenesten har vært en del av tjenestetilbudet ved Nordlandssykehuset fra 1980.

Den særskilte finansieringen som tildeles Nukleærmedisin ved Nordlandssykehuset, skriver seg tilbake til 2015 og har sitt grunnlag i [Statsbudsjettet for 2015](#) som omtaler omlegging av finansieringsordningen for radiologi (side 94). På bakgrunn av dette har styret for Helse Nord RHF gjort følgende beslutning i sak 110/2015:

«Nukleærmedisinske undersøkelser inngår i den polikliniske finansieringsordningen for radiologi. Basisrammen økes med 4,6 mill. kroner i forbindelse med omlegging av finansiering av radiofarmakum (radioaktivt sporstoff som anvendes i undersøkelsen). Bevilgningen fordeles mellom UNN HF og NLSH HF etter størrelse.»

I rapport vedrørende revidering av inntektsmodellen (styresak 83-2018), foreslår prosjektgruppen at eventuelle endringer av dagens laboriemodell utsettes i påvente av aktivitetsdata.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,785 mill kroner.

### 14.9.2 Egenvurdering

#### 14.9.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 14.9.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Nukleærmedisin er en behandlingstjeneste som utfører diagnostikk som en del av «sørge for ansvaret» til Helse Nord RHF for pasienter i Nordland. Funksjonen dekker en viktig del av tjenestetilbudet i Nordlandssykehuset, og som med utvikling av teknologi og persontilpasset medisin vil bli enda viktigere framover. En endring/avvikling av funksjonen vil få store konsekvenser for utredning og oppfølging av behandling hos kreftpasienter. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 14.9.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.9.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av tilbudet ved NLSH.

#### 14.9.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Nukleærmedisin ved Nordlandssykehuset gjennomfører ca 1100 undersøkelser i året og bidrar med det vesentlig til det nukleærmedisinske diagnostiske tilbudet i regionen.

Vi anbefaler at virksomheten opprettholdes på dagens nivå med tradisjonelle nukleærmedisinske undersøkelser, noe som medfører kortere reisevei for de pasienter som tilhører opptaksområdet til Nordlandssykehuset/Helgelandssykehuset.

UNN vurderer at Nukleærmedisin ved NLSH bør videreføres i sin nåværende form.

#### 14.9.3.3 Helgelandssykehuset HF

Nukleærmedisin ved UNN dekker mer enn NLSH siden PET-scan bare drives ved UNN-Tromsø. Vi ser ikke behov for desentralisering av tjenesten da det ikke er volum til nukleærmedisin ved FIN og HSYK. Videreføres i dagens form.

Viktig med avklaring av finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

### 14.9.4 Prosjektets vurdering

Ved oppstart av prosjektet for gjennomgang av regionale tjenester hersket det uklarhet rundt begrunnelsen for særskilt finansiering av nukleærmedisin ved Nordlandssykehuset fra 2015. Dette har medført at Nordlandssykehuset og øvrige interessenter har gjort en vurdering av nukleærmedisinsk tjeneste ved Nordlandssykehuset som helhet.

Dokumentasjon for den særskilte finansieringen viser etter nøyere etterforskning at denne er gitt på bakgrunn av en sentral omlegging av finansieringsordningen for radiologi i 2015 og gjelder refusjon for radiofarmaka. Det er ikke gjort endringer i Helse Nords finansieringsmodell for laboratorietjenester etter dette.

### 14.9.5 Prosjektets anbefaling

Den særskilte finansieringen videreføres på dagens nivå. Ved neste revidering av finansieringsmodellen for somatikk må finansiering av laboratorietjenester gjennomgås.

## 14.10 Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) – UNN

### 14.10.1 Historikk og status

Det regionale helseforetaket skal ifølge Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten påse at nødvendige tjenester innen smittevern etableres i helseinstitusjonene (§ 3-1), og en lege skal ha ansvaret for å koordinere smittevernet innen institusjonen (§ 2-3).

I Nordlands- og Helgelandssykehuset er smittevernoverlegen organisert i seksjon for smittevern, Fagavdelingen. I UNN er smittevernoverlegen ansatt i Medisinsk klinikk, avdeling for Mikrobiologi og smittevern. Smittevernoverlegen for Finnmarkssykehuset er ansatt i KORSN, UNN, hvorfra ansvaret for Finnmark ivaretas. Smittevernarbeid fordrer langsiktighet og det har vist seg vanskelig å rekruttere smittevernoverleger til helseforetak/sykehus i Helse Nord. Finnmarkssykehuset har ikke klart å få søkere på utlyst stilling med lokalisasjon Hammerfest eller Kirkenes.

Stilling for Rådgivende smittevernlege ved Finnmarkssykehuset, underlagt KORSN, ble utprøvd i et prosjekt i perioden 2014-2016. I styresak 14/271 der Smittevernplan 2016-2020 ble vedtatt, er ett av tiltakene å sørge for at «Prosjektstillingen for rådgivende smittevernoverlege ved Finnmarkssykehuset videreføres som varig ordning fra 2017» ( Smittevernplanen, pkt 4.4.1). Organiseringen av stillingen ansees derfor som permanent.

Helse Nord RHF tilbød (2014) også Helgelandssykehuset en stilling som rådgivende smittevernoverlege, lokalisert og organisert i Bodø, med samme tanke om å sikre smittevern faglig legekompentanse forankret i et godt fagmiljø til et lite sykehus. Dette ville også ha styrket infeksjonsmedisin/mikrobiologi/smittevernmiljøet i NLSH. HSYK valgte å ikke ta imot dette tilbudet. Gjennom pandemien var Helgelandssykehuset uten smittevernoverlege.

I følge KORSN, bidrar stillingen som rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset til stabilitet i KORSN, noe som igjen kommer andre helseforetak i Helse Nord til gode. Gjennom pandemien var bare en av de to overlegestillinger ved KORSN besatt med jobbgliding mellom funksjonene. KORSN ville vært svært sårbar dersom stillingen som rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset ikke hadde vært.

Særskilt finansiering i inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner* 2,290 mill NOK

### 14.10.2 Egenvurdering

#### 14.10.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg egenvurdering](#)

Beskrevet og egenvurdert under Kompetansesenter i smittevern Helse Nord KORSN, UNN.

#### 14.10.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Smittevernoverlege i Finnmarkssykehuset er svært viktig og lovpålagt. Øvrige smittevernoverleger er finansiert av hvert helseforetak. Hvorvidt dette som eneste smittevernoverlege skal finansieres særskilt av Helse Nord RHF kan diskuteres.

### 14.10.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.10.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehusets smittevernstilling ble i sin tid etablert ved KORSN ved UNN-Tromsø av flere grunner. Én grunn var at det var vanskelig å rekruttere til en slik stilling i Finnmark uten at stillingen var etablert i et relevant fagmiljø. En annen grunn var at denne stillingen derved bidrar inn i KORSN-miljøet som en grasrot-stilling som er i tett dialog med hele Finnmarkssykehuset og tiliggende kommuner, og derved bidrar med kunnskap og erfaring inn i KORSN sitt smittevernmiljø. Vedkommende har sørget for at erfaring fra både flyktningestrømmen over Storskog i 2015 og også de heftige pandemi-effektene ved Hammerfest sykehus i 2020-21 er formidlet inn til senteret. Stillingen sikrer således jording/forankring fra senteret ut mot den mest perifere delen av landet. Stillingen styrker også KORSN slik at senteret har en ekstra stilling der når det er størst pågang av arbeidsoppgaver, slik som ved en pandemi. Finnmarkssykehuset mener derfor at det er objektive grunner for at stillingen bør videreføres som en regional stilling.

#### 14.10.3.2 Nordlandssykehuset HF

Alle helseforetakene har et lovpålagt krav om å ha smittevernoverlege, også Finnmarkssykehuset. Til forskjell dekker de øvrige foretakene i regionen denne funksjonen gjennom egne budsjett.

Nordlandssykehuset anbefaler at funksjonen smittevernoverlege i Finnmark videreføres som en lokal funksjon, slik at den regionale finansieringen av denne stillingen opphører.

#### 14.10.3.3 Helgelandssykehuset HF

Egen særskilt finansiering av smittevernoverlege FIN bør opphøre. Videreføres ikke.

### 14.10.4 Prosjektets vurdering

Rådgivende smittevernoverlege ved Finnmarkssykehuset har sitt primære arbeidssted i Kompetansesenter i smittevern (KORSN). KORSN formidler at overlegen, via sin tette kontakt med Finnmarkssykehuset og tilknyttede kommuner, bidrar med lokalsykehusdimensjonen inn i senteret slik at miljøet der holder seg informert om hvor smitte-skoen trykker i de mindre sykehusene i regionen (og i kommunene). Stillingen bidrar til stabilitet i senteret som kun har én lege tilsatt (100%) utover smittevernoverlegen for Finnmark. Dette mener KORSN kommer andre helseforetak i Helse Nord til gode. Utfra et slikt perspektiv kunne det være rimelig at noe av finansieringen ble tildelt fra særskilte regionale midler. Dette er imidlertid en løsning



som prosjektgruppen som helhet ikke kan stille seg bak, da øvrige helseforetak finansierer egne hele stillinger for smittevernoverleger.

Representant for Finnmarkssykehuset tar dissens i saken og mener at en 50-50-fiansiering mellom Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset er en god og rettferdig ordning. Dette begrunnes som følger ([hele begrunnelsen](#)):

For at en slik stilling skal være faglig rekrutterende må stillingen være tett knyttet opp mot et fagmiljø for smittevern. Da stillingen i sin tid ble etablert ble den lagt til KORSN i Tromsø, noe som har vært en suksessfaktor. Under siste utlysning ble det gitt mulighet for å søke på en slik stilling med lokalisasjon Hammerfest eller Kirkenes, men FIN fikk ingen søkere med ønske om de lokalisasjonene. Søkeren som fikk jobben (og som står i stillingen i dag) satte som forutsetning tilknytning til KORSN. Faglig samling av funksjoner for å holde fokus på kvalitet og attraktive arbeidsplasser er i tråd med Helse Nord's overordnede strategi.

Stillingen som rådgivende smittevernlege i FIN har en viktig rolle for KORSN og derved hele Helse Nord-regionen på flg vis:

- Stillingen er godt forankret inn mot smittevernarbeid på golvet gjennom sitt nære og tette samarbeid med hygienesykepleierne i Finnmarkssykehuset (tre som jobber sykehusinternt og én som har samarbeidsrolle ut mot kommunene).
- Stillingen bidrar aktivt med innspill fra regionens småsykehus og regionens mest grisgrendte periferi, noe som gir viktig kompetanse
- Stillingen bidrar aktivt inn i KORSNs fagmiljø og styrker dette og bidrar til mindre sårbarhet under arbeidstopper eller ved fravær (overlegepermisjon, ferie, sykdom osv). *Eksempel:* Under pandemien var først stillingen som regional smittevernoverlege vakant i 6 måneder, hvoretter stillingen som rådgivende smittevernoverlege for Finnmarkssykehuset sto vakant fra oktober 2020 til mars 2022. Det var en stor styrke for både Finnmarkssykehuset og Helse Nord at det tross alt var to legestillinger tilknyttet KORSN, slik at både regionen og FIN fikk legestøtte på tross av ubesatt stilling.
- KORSN samordner smittevernet i regionen bl a. gjennom samarbeidsutvalg for smittevern i Helse Nord, og ved å bidra i RHF'ets arbeid med å utarbeide smittevernstrategi og i beredskapsarbeid. To legestillinger ved KORSN trykker denne funksjonen, noe som både RHF'et og de andre HF drar nytte av.

Prosjektgruppen som helhet stiller spørsmål ved størrelsen på finansieringen av én legestilling, dvs. at den synes for høy.

#### 14.10.5 Prosjektets anbefaling

##### DISSENS

1. Organisatorisk plassering av stillingen kan fortsette, men den særskilte finansieringen avvikles.

2. Stillingen videreføres med særskilt finansiering på annet nivå, der HN RHF og Finnmarkssykehuset finansierer 50% hver. Dagens størrelse på finansieringen bør vurderes.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 14.11 Sosialpediater v/barnehus – UNN

### 14.11.1 Historikk og status

Tjenesten ble etablert i 2010.

I 2006 ga Justis- og beredskapsdepartementet Politidirektoratet i oppdrag å etablere barnehus, som et samarbeidsprosjekt mellom tre departementer: Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

Statens barnehus er et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, der det foreligger en politianmeldelse. Undersøkelsene begjæres av politiet. På barnehusene foretas både klinisk rettsmedisinske undersøkelser og sosialpediatriske undersøkelser. De regionale helseforetakene har ansvar for både de klinisk rettsmedisinske undersøkelsene og øvrige medisinske undersøkelser. Dette utføres av pediatere ansatt ved barneavdelingen i UNN.

Barneleger ambulerer fra UNN til Barnehuset i Kirkenes.

De aller fleste pasientene kommer fra eget helseforetaks nedslagsfelt. Det gjennomføres ca 150 undersøkelser pr år.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – Felles funksjoner: 1,408 mill kr.

### 14.11.2 Egenvurdering

#### 14.11.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

[Dokument egenvurdering](#)

[Vedlegg](#)

#### 14.11.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Sosialpediater ved barneavdelingen i UNN dekker tilbudet i Troms- og Finnmark fylke. Det planlegges et nytt barnehus i Finnmark og da må det vurderes om tilbudet skal ytes fra Tromsø eller om Finnmark etablerer et eget tilbud. Tilbudet bør videreføres.

### 14.11.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.11.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset har ikke denne erfaringen i eget hus. Dette er et viktig tilbud til en sårbar pasientgruppe. Barn som utsettes for seksuelle overgrep bør undersøkes av erfaren sosialpediater for å dokumentere evt synlige skader. Finnmarkssykehuset ønsker derfor at barne- og ungdomsenheten ved Hammerfest sykehus også i fremtiden

kan benytte ekspertisen ved Barnehuset UNN for ivaretagelse av denne kategorien barnepasienter.

#### 14.11.3.2 Nordlandssykehuset HF

I likhet med Nordlandssykehusets sosialpediater v/barnehus dekker denne funksjonen Helse Nords sørge for ansvar for å gjennomføre klinisk rettsmedisinske undersøkelser og øvrige medisinske undersøkelser hos barn og unge som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep. Funksjonen dekker UNN og Finnmarkssykehusets nedslagsfelt, på samme måte som tilsvarende funksjon i Nordlandssykehuset dekker Nordland. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

#### 14.11.3.3 Helgelandssykehuset HF

Behov tilstede og HSYK har ikke selv denne kompetansen tilgjengelig og benytter tilbudet ved NLSH. Videreføres i dagens form.

Avklaring av finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

#### 14.11.4 Prosjektets vurdering

Viktig og pålagt funksjon for en sårbar gruppe.

#### 14.11.5 Prosjektets anbefaling

Videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 14.12 Sosialpediater v/barnehus – Nordlandssykehuset

### 14.12.1 Historikk og status

Barnehuset i Bodø ble opprettet i 2013

I 2006 ga Justis- og beredskapsdepartementet Politidirektoratet i oppdrag å etablere barnehus, som et samarbeidsprosjekt mellom tre departementer: Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.

Statens barnehus er et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, der det foreligger en politianmeldelse.

Statens barnehus gir også råd og veiledning til privatpersoner og offentlige instanser i anonyme saker som er uavklarte, typisk fra primærhelsetjenesten, barnevern, skole etc.

Sosialpediater og barnesykepleier er ansatt ved Barneklubben i Nordlandssykehuset og arbeider ukentlig på barnehuset i Bodø. Det er i 2022 også startet opp med ambulerings- og behandlingstilbud til barnehuset i Mosjøen.

Særskilt finansiering innenfor inntektsmodellen for somatikk – *Felles funksjoner*: 1,408 mill.

### 14.12.2 Egenvurdering

#### 14.12.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### 14.12.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Barnehusene skal gi et viktig og godt tilbud til barn og unge i politianmeldte saker om vold og overgrep. Barnelege/sosialpediater i Nordlandssykehuset betjener Statens Barnehus i Bodø og Mosjøen. For å kunne tilby denne tjenesten videre er vi avhengig av at finansieringen opprettholdes. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen bør videreføres i sin nåværende form.

### 14.12.3 Vurdering fra ulike interessenter

#### 14.12.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter ikke denne funksjonen.

#### 14.12.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Særdeles viktig funksjon for den sørlige delen av Helse Nord som betjenes av barneleger knyttet til barneavdelingen ved NLSH. Tilsvarende funksjon i UNN for Troms og Finnmark. Opprettholdelse av dagens form og finansiering vurderes som nødvendig for å sikre et regionalt tilbud til en særskilt sårbar pasientgruppe.

En reduksjon eller avvikling av funksjonen sosialpediater ved barnehus ved NLSH vil kunne medføre en forventning om at UNN skal overta funksjonen for hele regionen. Det lar seg ikke gjennomføre. Konsekvensene vil være barn og unge som ikke får et tilbud om undersøkelser ved Statens barnehus. UNN vurderer at funksjonen bør opprettholdes i sin eksisterende form.

#### 14.12.3.3 Helgelandssykehuset HF

Behov tilstede og HSYK har ikke selv denne kompetansen tilgjengelig og benytter tilbudet ved NLSH. Videreføres i dagens form.

Avklaring av finansiering når regional funksjon deles mellom 2 HF-er.

#### 14.12.4 Prosjektets vurdering

Viktig og pålagt funksjon for en sårbar gruppe. Positivt at det ambuleres til barnehuset på Helgeland.

#### 14.12.5 Prosjektets anbefaling

Videreføres med særskilt finansiering på dagens nivå.

## 14.13 Tuberkulosekontrollprogram (stedlig koordinator) – UNN

### 14.13.1 Historikk og status

Den særskilte finansieringen i Helse Nord RHF's oversikt, omtalt som «Tuberkulosekontrollprogram», ble delt ut fra og med vedtatt budsjett 2015 (totalt 1 mill. kroner for UNN og NLSH). Ref. styresak 78-2014 *Plan 2015-2018 – inkl. rullering av investeringsplanen 2015-2022 (ingen begrunnelse i styresaken)*.

Med stor sannsynlighet gjelder denne tildelingen økning av stillingsprosenten for stedlige TB-koordinatorer i Nordlandssykehuset og UNN (etterlevelse av rammer i Tuberkulosekontrollprogrammet). **Prosjektets uheldige begrepsbruk i omtale av funksjonen som skal vurderes, har medført at både egenvurderinger og foretakenes vurderinger bærer preg av at man ikke helt har visst hva som skulle omtales.**

**Finansieringen gjelder ikke regional tuberkulosekoordinator (UNN), da denne stillingen er dekt av særskilt finansiering til KORSN.**

Dokumentasjon for at dette gjelder stedlige TB-koordinatorer, kan spores i [henvendelser fra KORSN](#) til administrasjonen i UNN, mai 2014. **Her redegjør regional smittevernoverlege, med henvisning til Tuberkulosekontrollprogram 2012-2015 (styresak 52-2012) for at antall pasienter med TBC er betydelig høyere enn hva stillingsbrøken er dimensjonert for, både ved UNN og Nordlandssykehuset.** KORSN anbefaler at det innen januar 2015 opprettes minimum 100% stilling som TB-koordinator i tillegg til eksisterende 50% stilling ved UNN Tromsø. I [e-post](#) til avdelingsleder ved UNN sier smittevernoverlegen i tillegg følgende:

«KORSN jobber samtidig for økt stillingsandel for TB-koordinator ved Nordlandssykehuset. KORSN har orientert Helse Nord om situasjonen både ved NLSH og UNN Tromsø. NLSH har allerede søkt Helse Nord om midler til økt TB-koordinatorstilling. Det foreligger ingen tilsvarende søknad fra UNN Tromsø. Helse Nord har nå fokus på TB-koordinatorer i sine sykehus. KORSN anbefaler derfor at UNN Tromsø snarest søker Helse Nord om midler til 100% TB-stilling. KORSN kan bistå med dokumentasjon ved en slik søknad.»

Ifølge [forskrift om tuberkulosekontroll § 4-3](#) skal det regionale helseforetaket sørge for at det utpekes nødvendige tuberkulosekoordinatorer. I Helse Nord er dette ivaretatt ved stedlige tuberkulosekoordinatorer (i ulik stillingsbrøk, tilpasset omfang av behandling og sikring av kompetanse og kontinuitet) i alle helseforetakene som behandler tuberkulose, samt 50% regional tuberkulosekoordinator organisert ved (og finansiert gjennom) KORSN. All forebyggende og aktiv tuberkulosebehandling skjer i tett samarbeid mellom stedlig tuberkulosekoordinator og behandlende spesialist (lunge/infeksjon/ barn). Tuberkulosekoordinator samhandler mellom ulike nivå i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I følge KORSN, har stedlig tuberkulosekoordinator ved UNN ingen regionale oppgaver, men ivaretar pasienter i UNNs opptaksområde. Oppfølging av pasienter med

sammensatt sykdomsbilde fra mindre helseforetak ansees ikke som en regional oppgave, men følger vanlige henvisningsrutiner i spesialisthelsetjenesten og er noen ganger nødvendig for å sikre god ivaretagelse av pasienter.

Prosjektet har verken funnet dokumentasjon på henvendelse fra UNN eller fra Nordlandssykehuset til Helse Nord RHF, eller en konkret styresak for behandling av tildelte midler. Sammenfall i tid mellom henvendelser fra KORSN til UNNs administrasjon og tildeling av midler, taler for at prosjektets redegjørelse er relevant.

I styresak 78/2014 står UNN oppført med kr 660 000 og Nordlandssykehuset med kr 340 000, noe som kan gjenspeile hhv 100% og 50% stilling. I 2019 ble beløpene flyttet fra budsjettpost for *særskilte finansieringer – regionale* til *overgangsordninger*. I denne forbindelse ser det ut som at det har skjedd en feilpostering, der UNN har fått Nordlandssykehuset sitt beløp og vice versa. Denne feilen er rettet opp i budsjett for 2023.

Særskilt finansiering 2022 – *Overgangsordning*: 378 000 kroner (feilpostering mellom UNN og NLSH, rettet opp fra 2023)

## 14.13.2 Egenvurdering

### 14.13.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

Beskrevet og egenvurdert under Kompetansesenter i smittevern Helse Nord KORSN, UNN.

#### [Dokument egenvurdering](#)

#### [Vedlegg egenvurdering](#)

### 14.13.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse UNN

Tuberkuloseprogrammet i Helse Nord er en nødvendig funksjon for å ivareta tuberkulosekontollprogrammet i Nord-Norge. Dette er lovpålagt gjennom forskrift om tuberkulosekontroll kapittel to.

## 14.13.3 Vurdering fra ulike interessenter

### 14.13.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset erfarer at Regional TB-koordinator (RTBK) sprer kompetanse ut til helseforetakene, både mellom foretakene og også fra nasjonale helsemyndigheter. RTBK er samlende for alle TB-koordinatorene i Helse Nord, gir fortløpende veiledning og råd generelt faglig og spesielt i konkrete pasientsaker. RTBK videreformidler erfaringer og læring fra slik veiledning og pasientsaker, slik at dette bidrar til læring/utdanning for alle TB-koordinatorene i helseforetakene i regionen.

RTBK håndterer henvendelser ved fravær hos en TB-koordinator i et helseforetak. Ved utbrudd eller andre situasjoner som krever ekstra beredskap, så bidrar RTBK både direkte i situasjonen eller bidrar til at det allokeres f.eks. nasjonal bistand med ressurser



om det kreves, eks flyktningstrømmen i 2015. Under Covid19-pandemien ble kombistillingene som hygienesykepleier/TB-koordinator i Hammerfest og Kirkenes dominert av pandemiarbeid. Da var RTBK en viktig beredskapsressurs for både Hammerfest og Kirkenes slik at disse fikk bistand til TB-arbeid. Vi opplever også at RTBK bidrar til god faglig praksis.

Finnmarkssykehuset opplever RTBK til å være selve limet i tuberkulosekontrollen i Helse Nord. Det vurderes også veldig fornuftig at RTBK fysisk er plassert ved KORSN sammen med de andre regionale funksjonene, det er mye synergieffekt i et slikt felles faglig senter. Finnmarkssykehuset anbefaler derfor at ordningen med RTBK videreføres som i dag.

#### 14.13.3.2 Nordlandssykehuset HF

Tuberkulosekontrollprogrammet ved UNN må sees i sammenheng med tilsvarende funksjon i Nordlandssykehuset. Tuberkulosekontrollprogram er definert i forskrift om tuberkulosekontroll, men organiseringen slik den er i dag i Helse Nord er ikke lovpålagt. Ved bortfall av funksjonen vil Finnmarkssykehuset måtte ivareta egen oppfølging, egne pasienter. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen, i likhet med funksjonen i Nordlandssykehuset, kan avvikles som regionale funksjoner, men med de konsekvenser som beskrevet.

#### 14.13.3.3 Helgelandssykehuset HF

Bør kunne avvikles som regional tjeneste. Alle HF-ene har tbc-koordinator.

Videreføres ikke i dagens form. Nettverk mellom koordinatorene i hvert HF videreføres.

#### 14.13.4 Prosjektets vurdering

Den særskilte finansieringen gjelder økning av stillingsbrøk for stedlig tuberkulosekoordinatorer i UNN (100%), ikke regional tuberkulosekoordinator. I følge Forskrift om tuberkulosekontroll skal det regionale helseforetaket sørge for at det er utpekt tuberkulosekoordinatorer i alle helseforetak. Stillingsprosent skal ifølge Tuberkulosekontrollprogram Helse Nord bl.a. dimensjoneres etter antall tilfeller av aktiv TB-behandling.

Ansvar for å dimensjonere og finansiere stedlige tuberkulosekoordinatorer, ligger hos det enkelte helseforetak. Prosjektet stiller derfor spørsmål ved hvorfor denne funksjonen fra 2015-2019 ble særskilt finansiert som regional funksjon.

I tidlige forberedelser til prosjekt for gjennomgang av funksjonene (2019), kan en se at finansieringen er ompostert til *overgangsordning*. Dette kan tyde på at finansieringen var tenkt innlemmet i basisfinansieringen til UNN. I budsjett for 2023 er Tuberkulosekontrollprogram UNN fremdeles oppført som overgangsordning med kr 704 000.

#### 14.13.5 Prosjektets anbefaling

Stilling som stedlig tuberkulosekoordinator i UNN kan ikke avvikles så lenge forekomsten av pasienter i aktiv TB-behandling er på det nivået som ble beskrevet ved stillingens opprettelse. Den særskilte finansieringen fra Helse nord RHF avsluttes, da finansiering ansees som dekket av basisfinansieringen.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## 14.14 Tuberkulosekontrollprogram (stedlig koordinator) – Nordlandssykehuset

### 14.14.1 Historikk og status

Den særskilte finansieringen i Helse Nord RHF's oversikt, omtalt som «Tuberkulosekontrollprogram», ble delt ut fra og med vedtatt budsjett 2015 (totalt 1 mill. kroner for UNN og NLSH). Ref. styresak 78-2014 *Plan 2015-2018 – inkl. rullering av investeringsplanen 2015-2022 (begrunnelse er ikke tekstlig omtalt i styresaken)*.

Med stor sannsynlighet gjelder denne tildelingen økning av stillingsprosenten for stedlige TB-koordinatorer i Nordlandssykehuset og UNN (etterlevelse av rammer i Tuberkulosekontrollprogrammet). Prosjektets uheldige begrepsbruk i omtale av funksjonen som skal vurderes, har medført at både egenvurderinger og foretakenes vurderinger bærer preg av at man ikke helt har visst hva som skulle omtales. Finansieringen gjelder ikke regional tuberkulosekoordinator (UNN), da denne stillingen er dekt av særskilt finansiering til KORSN.

Dokumentasjon for at dette gjelder stedlige TB-koordinatorer, kan spores i [henvendelser fra KORSN](#) til administrasjonen i UNN, mai 2014. Her redegjør regional smittevernoverlege, med henvisning til Tuberkulosekontrollprogram 2012-2015 (styresak 52-2012) for at antall pasienter med TBC er betydelig høyere enn hva stillingsbrøken er dimensjonert for, både ved UNN og Nordlandssykehuset. KORSN anbefaler at det innen januar 2015 opprettes minimum 100% stilling som TB-koordinator i tillegg til eksisterende 50% stilling ved UNN Tromsø. I [e-post](#) til avdelingsleder ved UNN sier smittevernoverlegen i tillegg følgende:

«KORSN jobber samtidig for økt stillingsandel for TB-koordinator ved Nordlandssykehuset. KORSN har orientert Helse Nord om situasjonen både ved NLSH og UNN Tromsø. NLSH har allerede søkt Helse Nord om midler til økt TB-koordinatorstilling. Det foreligger ingen tilsvarende søknad fra UNN Tromsø. Helse Nord har nå fokus på TB-koordinatorene i sine sykehus. KORSN anbefaler derfor at UNN Tromsø snarest søker Helse Nord om midler til 100% TB-stilling. KORSN kan bistå med dokumentasjon ved en slik søknad.»

Ifølge [forskrift om tuberkulosekontroll § 4-3](#) skal det regionale helseforetaket sørge for at det utpekes nødvendige tuberkulosekoordinatorer. I Helse Nord er dette ivaretatt ved stedlige tuberkulosekoordinatorer (i ulik stillingsbrøk, tilpasset omfang av behandling og sikring av kompetanse og kontinuitet) i alle helseforetakene som behandler tuberkulose, samt 50% regional tuberkulosekoordinator organisert ved (og finansiert gjennom) KORSN. All forebyggende og aktiv tuberkulosebehandling skjer i tett samarbeid mellom stedlig tuberkulosekoordinator og behandlende spesialist (lunge/infeksjon/ barn). Tuberkulosekoordinator samhandler mellom ulike nivå i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

I følge KORSN, har stedlig tuberkulosekoordinator ved Nordlandssykehuset ingen regionale oppgaver, men ivaretar pasienter i Nordlandssykehusets opptaksområde.

Oppfølging av pasienter med sammensatt sykdomsbilde fra mindre helseforetak ansees ikke som en regional oppgave, men følger vanlige henvisningsrutiner i spesialisthelsetjenesten og er noen ganger nødvendig for å sikre god ivaretagelse av pasienter.

Prosjektet har verken funnet dokumentasjon på henvendelse fra UNN eller fra Nordlandssykehuset til Helse Nord RHF, eller en konkret styresak for behandling av tildelte midler. Sammenfall i tid mellom henvendelser fra KORSN til UNNs administrasjon og tildeling av midler, taler for at prosjektets redegjørelse er relevant.

I styresak 78/2014 står UNN oppført med kr 660 000 og Nordlandssykehuset med kr 340 000, noe som kan gjenspeile hhv 100% og 50% stilling. I 2019 ble beløpene flyttet fra budsjettpost for *særskilte finansieringer – regionale* til *overgangsordninger*. I denne forbindelse ser det ut som at det har skjedd en feilpostering, der UNN har fått Nordlandssykehuset sitt beløp og vice versa. Denne feilen er rettet opp i budsjett for 2023.

Særskilt finansiering 2022 – *Overgangsordning*: 704 000 kroner (feilpostering mellom UNN og NLSH, rettet opp fra 2023)

#### 14.14.2 Egenvurdering

##### 14.14.2.1 Egenvurdering fra funksjon

Skriftlig dokumentasjon fra funksjonene selv er tatt med i sin helhet via lenker.

##### [Dokument egenvurdering](#)

##### 14.14.2.2 Egenvurdering fra foretaksledelse Nordlandssykehuset

Gjennom tuberkuloseprogrammet fikk Nordlandssykehuset tildelt funksjonen tuberkulosekoordinator for å kunne bistå med kontroll av tuberkulose i alle ledd både i Nordlandssykehusets, og Helgelandssykehusets nedslagsfelt. Hvis funksjonen bortfaller, vil også funksjonen ovenfor Helgelandssykehuset knyttet til avanserte pasienter bortfalle og blir overført til lokal koordinator i Helgelandssykehuset. Det er ikke aktuelt å videreføre funksjonen i en annen form. Nordlandssykehuset vurderer at funksjonen kan avvikles, med de konsekvenser som beskrevet.

#### 14.14.3 Vurdering fra ulike interessenter

##### 14.14.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset benytter seg ikke av dette.

##### 14.14.3.2 Universitetssykehuset Nord Norge HF

Tuberkulosekontrollprogram Helse Nord er en del av Smittevernplan Helse Nord 2016-2020 og lovpålagt i Forskrift om tuberkulosekontroll. I Helse Nord er dette ivarettatt ved stedlige tuberkulosekoordinatorer i alle helseforetakene som behandler tuberkulose. I tillegg er det ved KORSN ansatt en regional tuberkulosekoordinator i 50% stilling. Den sørger for at et relativt lite fagmiljø i regionen er oppdatert, koordinert og samkjørt.

Tuberkulosekoordinator ved Nordlandssykehuset har etter vår kunnskap ingen regionale oppgaver, men ivaretar pasienter i eget opptaksområde. Å følge opp pasienter med sammensatt sykdomsbilde fra mindre helseforetak ansees ikke som en regional oppgave, men følger vanlige henvisningsrutiner i spesialisthelsetjenesten og er noen ganger nødvendig for å sikre god ivaretagelse av pasienter.

All forebyggende og aktiv tuberkulosebehandling skjer i tett samarbeid mellom tuberkulosekoordinator og behandlende spesialist (lunge/infeksjon/ barn).

Tuberkulosekoordinator samhandler mellom ulike nivåer i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Stillingen som tuberkulosekoordinator ved NLSH kan ikke avvikles om NLSH fortsatt skal utrede og behandle pasienter med aktiv og latent tuberkulose. Dersom tuberkulosekoordinatorstillingen ved NLSH avvikles vil det medføre overføring av pasienter til UNN Tromsø, hvilket vil belaste behandlingsskjeden i Tromsø og være en betydelig ulempe for pasientene.

Det er uklart hvorfor NLSH særskilt finansieres med et nesten dobbelt så høyt beløp for ivaretagelse av tuberkuloseprogrammet enn UNN.

UNN vurderer at særskilt finansiering av Helse Nords tuberkuloseprogram bør vurderes på ny, med harmonisering av tilskudd i forhold til pasientmengde

#### 14.14.3.3 Helgelandssykehuset HF

Bør kunne avvikles som regional tjeneste. Alle HF-ene har tbc-koordinator.

Videreføres ikke i dagens form. Nettverk mellom koordinatorene i hvert HF videreføres.

#### 14.14.4 Prosjektets vurdering

Den særskilte finansieringen gjelder økning av stillingsbrøk for stedlig tuberkulosekoordinator i Nordlandssykehuset (50%) fra 2015, ikke regional tuberkulosekoordinator. I følge Forskrift om tuberkulosekontroll skal det regionale helseforetaket sørge for at det er utpekt tuberkulosekoordinatorer i alle helseforetak. Stillingsprosent skal ifølge Tuberkulosekontrollprogram Helse Nord bl.a. dimensjoneres etter antall tilfeller av aktiv TB-behandling.

Ansvar for å dimensjonere og finansiere stedlige tuberkulosekoordinatorer, ligger hos det enkelte helseforetak. Prosjektet stiller derfor spørsmål ved hvorfor denne funksjonen fra 2015-2019 ble særskilt finansiert som regional funksjon.

I tidlige forberedelser til prosjekt for gjennomgang av funksjonene (2019), kan en se at finansieringen er ompostert til *overgangsordning*. Dette kan tyde på at finansieringen var tenkt innlemmet i basisfinansieringen til Nordlandssykehuset.

I budsjett for 2023 er Tuberkulosekontrollprogram Nordlandssykehuset fremdeles oppført som overgangsordning med kr 378000.

#### 14.14.5 Prosjektets anbefaling

Stilling som stedlig tuberkulosekoordinator i Nordlandssykehuset kan ikke avvikles så lenge forekomsten av pasienter i aktiv TB-behandling er på det nivået som ble beskrevet ved stillingens opprettelse. Den særskilte finansieringen avsluttes, da finansiering ansees som dekket av basisfinansieringen.

[Tilbakemelding fra funksjon](#) etter prosjektets vurdering.

## Del III

I denne delen besvares prosjekteiers krav til leveranse pkt 3 (se kap 4.1.3) og gir forslag til rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering.

## 15 Rammeverk for etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særskilt finansiering

I forslag til inndeling og rammeverk er det tatt utgangspunkt i regionale funksjoner med særskilt finansiering som er gjennomgått i prosjektet. Det kan finnes flere regionale funksjoner med særskilt finansiering enn de som er gjennomgått i prosjektet, og rammeverket bør også omfatte disse.

Presiseringen om at dette gjelder funksjoner med *særskilt finansiering*, gis fordi det finnes øvrige regionale funksjoner/tjenester i regionen som finansieres gjennom basisramme. For særskilt finansierte funksjoner, bidrar alle helseforetakene i Helse Nord med finansieringen.

Videre finnes det regionale funksjoner som er organisert i UNN, men med oppdrag og finansiering fra eksterne. To av disse, KoRus Nord og RVTS Nord, er omfattet av prosjektets vurdering, men har oppdrag og finansiering fra Helsedirektoratet. I rapporten er disse kategorisert som regionale sentre i Helse Nord, men omfattes ikke av rammeverket.

Rammeverket skal bidra til forutsigbarhet i etablering, oppfølging, evaluering og endring/avvikling av regionale funksjoner med særfinansiering.

Formålet med regionale funksjoner er å levere ulike tjenester til hele regionen innenfor aktuelt fagområde. Målgruppen kan være både pasienter, helsepersonell i spesialist- og primærhelsetjenesten, og i noen tilfeller andre samarbeidsaktører.

Regionale funksjoner kan etableres med utgangspunkt i oppdrag/pålegg fra nasjonale myndigheter, oppdrag fra Helse Nord RHF, styrevedtak i RHF-styret eller etter søknad fra et helseforetak. Ved søknad må tiltaket være godt forankret i regionalt fagmiljø.

Ved tildeling av en regional funksjon skal det utarbeides et tydelig mandat, og helseforetaket som tildeles funksjonen må legge forholdene til rette for en aktiv regional utførelse.

Finansiering og krav til oppfølging og rapportering må være forutsigbart. Rapportering utføres årlig etter mal, og Helse Nord RHF tar initiativ til planlagt evaluering eller når dette ansees som nødvendig. Evaluering skjer i et samarbeid mellom tjenesten, helseforetakene og regionalt helseforetak.

### 15.1 Beskrivelse av og kriterier for ulike kategorier av funksjoner

På bakgrunn av formål og innhold i funksjonene som er vurdert i prosjektet, foreslås inndeling i følgende kategorier:

- Regionale sentre
- Regionale behandlingstjenester



- Regionale kompetansetjenester
- Regionale kompetansenettverk
- Regionale koordinatore
- Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

### 15.1.1 Regionale sentre

Et regionalt senter kjennetegnes ved at det har en samlet, ofte tverrfaglig spisskompetanse på aktuelt fagområde. Kunnskapen skal være nyttig og etterspurt i hele regionen og senteret skal løse oppgaver på vegne av og/eller for hele regionen. Funksjonen til et regionalt senter kan være sammensatt, og kan omhandle både deling av kompetanse og ansvar for pasientbehandling.

Noen regionale sentre er utenfor RHFets styringslinje, men organisatorisk lagt til UNN.

- Et regionalt senter skal kun etableres ved ett helseforetak i regionen
- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF eller nasjonale myndigheter
- Funksjonstid kan variere
- Mandat
- Regional referansegruppe og/eller regionalt nettverk
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres etter gitt funksjonstid og/eller hvert 5. år

### 15.1.2 Regionale behandlingstjenester

En regional behandlingstjeneste skal i hovedsak ha ansvar for utredning og behandling av en gruppe pasienter som har behov for høyspesialisert kompetanse eller bruk av spesialisert medisinsk utstyr. En regional behandlingstjeneste skal som regel bare etableres ved ett helseforetak, men kan i enkelte tilfeller etableres i to helseforetak i regionen. Behandlingstjenesten omtales da som delregional. Ved etablering i to helseforetak, skal tilbudene være like. Sentralisering av et behandlingstilbud skal bidra til helsemessige gevinster i form av bedre prognose og livskvalitet for pasienten, økt kvalitet og kompetanse i behandlingen samt bedre regional kostnadseffektivitet.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF, funksjonsdeling eller etter søknad fra et helseforetak
- Funksjonstid kan variere
- Mandat, inkludert beskrivelse av hvilke diagnoser, prosedyrer eller del av pasientforløpet behandlingstjenesten omfatter
- Regional referansegruppe
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres hvert 5. år

### 15.1.3 Regionale kompetansetjenester

Regionale kompetansetjenester har som formål å styrke kvaliteten på tjenestene i regionen, gjennom oppbygging og spredning av kompetanse både innen spesialisthelsetjenesten og til kommunene. Regionale kompetansetjenester skal både

kunne bidra til å sikre kvalitet i bredden og kunnskap om ny behandling og nye måter å arbeide på.

- Etableres etter søknad (Jf. Vedlegg 2: [Regional retningslinje for etablering, organisering og finansiering av regionale kompetansetjenester i Helse Nord](#))
- Funksjonstid fem år
- Mandat
- Regional referansegruppe
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

#### 15.1.4 Regionale kompetansenettverk

Regionale kompetansenettverk er i denne sammenheng definert som et faglig, regionalt samarbeid der aktørene har et felles ansvar for kompetansespredning og for at ny kunnskap blir tatt i bruk i regionen. Ett av helseforetakene koordinerer aktiviteten. Kompetansenettverket skal bidra til å videreføre fagmiljø som er bygget opp, med mål om likeverdige helsetjenester og reduksjon av variasjon i praksis.

- Etableres som videreføring av en kompetansetjeneste eller etter søknad fra et helseforetak
- Funksjonstid inntil fem år
- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

#### 15.1.5 Regionale koordinatører

Ved behov for koordinert implementering eller koordinert samarbeid i regionen, kan Helse Nord RHF opprette regionale koordinatører for kortere eller lengre perioder.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF eller nasjonale myndigheter
- Funksjonstid kan variere
- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

#### 15.1.6 Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte

Kategorien benyttes for funksjoner som ikke kan plasseres i øvrige kategorier.

- Etableres etter oppdrag fra Helse Nord RHF
- Funksjonstid kan variere
- Mandat
- Årlig rapportering til HF og RHF
- Evalueres siste virkeår

Kategori	Bakgrunn for etablering	Funksjons-tid	Mandat	Regional referanse-gruppe	Årlig rapportering	Evaluering
<b>Regionalt senter</b>	Oppdrag fra departement eller RHF	Kan variere	Ja	Ja	Til HF og RHF	Etter angitt tid, eller hvert 5. år
<b>Regional behandlingstjeneste</b>	Oppdrag/ funksjonsdeling/ søknad (standard søknadsskjema og søknadsbehandling)	Kan variere	Ja, med beskrivelse av diagnoser/ prosedyrer/ del av et pasientforløp	Ja	Til HF og RHF	Hvert 5. år
<b>Regional kompetansetjeneste</b>	Søknad (standard søknadsskjema og søknadsbehandling)	5 år	Ja	Ja	Til HF og RHF	Siste virkeår
<b>Regionalt kompetansenettverk</b>	Søknad, eller som Videreføring av en regional kompetansetjeneste eller etter søknad	5 år	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår
<b>Regional koordinator</b>	Oppdrag fra RHF eller nasjonale myndigheter	Kan variere	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår
Andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte	Oppdrag fra RHF	Kan variere	Ja	Nei	Til HF og RHF	Siste virkeår

Tabell: Skjematisk fremstilling av kriterier for etablering og oppfølging

### 15.1.7 Funksjoner som faller utenfor kategoriene

Prosjektet har identifisert 10 funksjoner med særskilt finansiering som ikke faller inn under noen av kategoriene og som da ikke vil bli fanget opp i det rammeverket som skisseres av prosjektet. For 4 av disse foreslås det at *finansieringen* avvikles. For de øvrige må det tas stilling til hvordan disse skal følges opp:

Kompetanse nyfødt intensiv (NLSH)

LIS-stilling anestesi (UNN) **Avvikles**

LIS-stilling anestesi (NLSH) **Avvikles**

Mammografitilbud (lokal screening) (UNN)

Mammografitilbud (lokal screening) (NLSH)

Nukleærmedisin (takstjustering) (UNN)

Nukleærmedisin (takstjustering) (NLSH)

Smittevernoverlege (ansvarsområde Finnmark) (UNN)

Tuberkulosekontrollprogram - Tuberkulosekoordinator (stedlig) (UNN) **Avvikles**

Tuberkulosekontrollprogram - Tuberkulosekoordinator (stedlig) (NLSH) **Avvikles**

### 15.1.8 Øvrige nettverk i regionen

Det finnes mange ulike nettverk i Helse Nord. Nettverkene etableres etter behov og initiativ fra RHF, helseforetakene eller fagmiljøene og omfattes ikke av rammeverket. Noen av nettverkene har faste midler, andre søker årlig regionale fagnettverksmidler.

Noen av disse nettverkene kan falle innenfor definisjonen for regionale kompetansenettverk. I et nytt rammeverk for oppfølging, bør Helse Nord RHF vurdere om noen av disse bør inngå i rammeverket.

## 15.2 Helse Nord RHF's oppfølging av regionale funksjoner

Det er behov for en mer forutsigbar oppfølging av regionale funksjoner i Helse Nord, og prosjektet anbefaler derfor at det i Helse Nord RHF etableres et «servicemiljø» med ansvar for saksbehandling knyttet til etablering, oppfølging, evaluering og avvikling av regionale funksjoner. I anbefalingen er det sett til nasjonalt servicemiljø for oppfølging av nasjonale tjenester (nasjonale kompetansetjenester, behandlingstjenester, kvalitets- og kompetansenettverk og senter) som ble etablert som en oppfølging etter helhetlig gjennomgang av nasjonale kompetansetjenester.

Nasjonalt servicemiljø er sammensatt av deltakere fra alle helseregionene, og i hver region er det disse som har ansvar for regional oppfølging av nasjonale tjenester.

## 15.3 Regionalt servicemiljø

Prosjektet anbefaler å knytte sammen ansvaret for oppfølging av nasjonale og regionale tjenester, da det vil være flere oppgaver som er sammenfallende eller har likhetstrekk.

Oppgaver for det regionale servicemiljøet i Helse Nord RHF:

- være kontaktpunkt for helseforetakene når det gjelder regionale funksjoner
- foreta saksbehandling i forbindelse med søknader, årsrapportering og evaluering
- sørge for å utarbeide og vedlikeholde retningslinjer, veiledere og søknadsmaler for ulike kategorier av tjenester/funksjoner
- sørge for at nettside om regionale funksjoner er oppdatert med informasjon og linker til tjenestene

### 15.3.1 Etablering av nye regionale funksjoner

Etablering av nye regionale funksjoner kan skje på to måter, og saksbehandlingen avhenger av hvorvidt funksjonene er søknadsbaserte eller har utspring i et konkret oppdrag.

Når det gjelder regionale behandlingstjenester, kan etablering av disse være et resultat av en prosess for funksjonsdeling. For dette vises det til veileder «*Funksjonsdeling av*

*spesialisthelsetjenester i Helse Nord innen fagområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB».*

#### 15.3.1.1 Etablering og oppfølging av regionale funksjoner etter søknad fra et helseforetak

I beskrivelse av søknadsprosessen er det tatt utgangspunkt i dagenes veileder for behandling av søknader om etablering av regionale kompetansetjenester.

Søknad utformes etter mal. Pr i dag finnes det bare mal for søknad om regionale kompetansetjenester, og det bør utarbeides mal for behandlingstjenester, senter og kompetansenettverk.

Tidsangivelser for søknadsprosess og oppfølging etter etablering har tatt hensyn til budsjettprosesser og er illustrert i Årshjul (fig) som følger:

Søknadsfrist: 31. januar

Behandling av søknad i regionalt fagsjefmøte: mars

Behandling av søknad i regionalt direktørmøte: april

Behandling av søknad i ledermøte i Helse Nord RHF: mai

Svarfrist søknad: 1. oktober

Årlig oppfølging av etablerte tjenester:

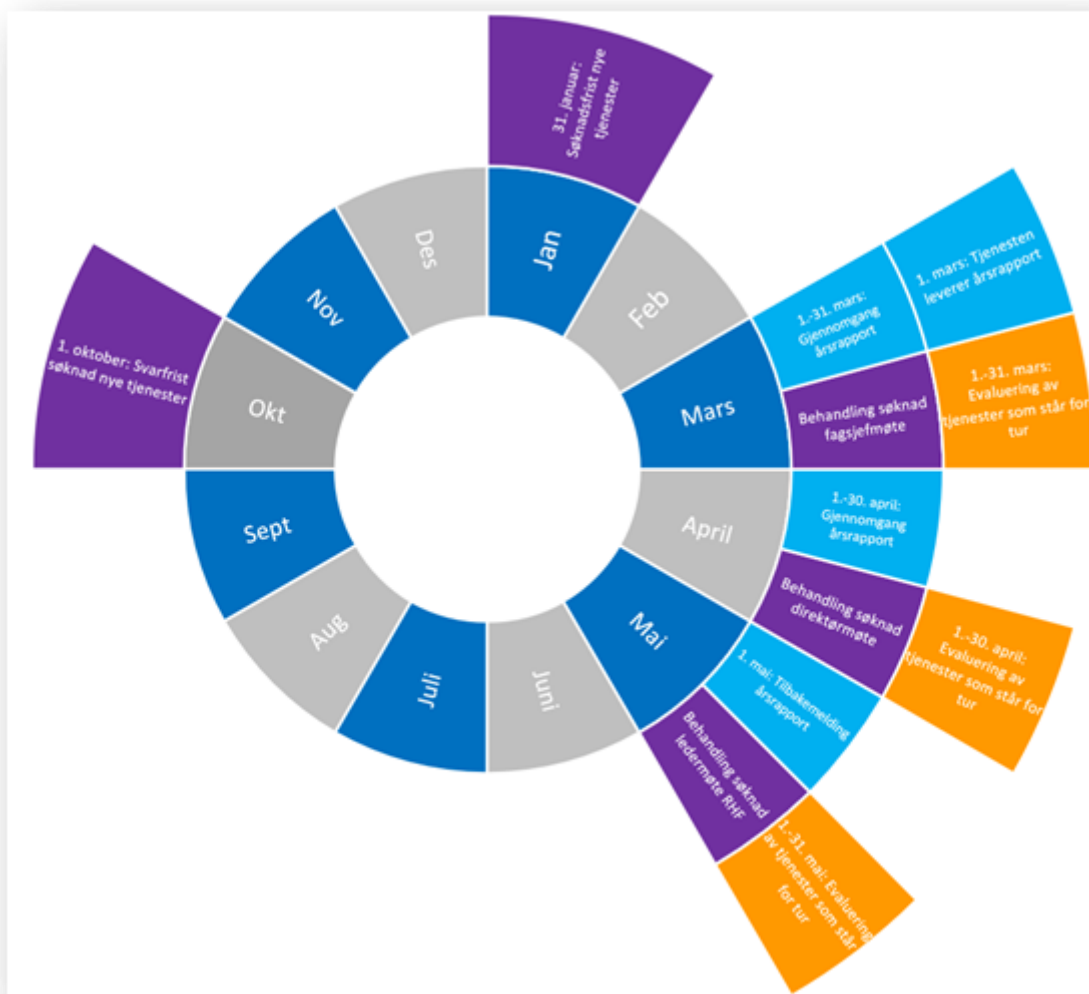
Funksjonen leverer årsrapport: 1. mars

Gjennomgang av årsrapporter i Helse Nord RHF: 1. mars – 1. mai

Tilbakemelding årsrapport fra RHF: mai - juni

Evaluering av funksjoner der tidsavgrensning er satt ved etablering (videreføring, overgang til annen form, avslutning): 1. mars – 1. juni.

Disse funksjonene skal til enhver tid være presentert i en oversikt som viser tidspunkt (år) for evaluering. Oversikten skal være tilgjengelig på nettside for regionale funksjoner (se pkt. 5.4).



Figur 1: Illustrasjon av søknadsprosess og oppfølging etter etablering av regionale funksjoner med særfinansiering. Årshjulet kan utvides for å få med detaljer i intern saksbehandling.

### 15.3.1.2 Etablering og oppfølging av regionale funksjoner på bakgrunn av konkrete oppdrag

Proessen for etablering av regionale funksjoner som er gitt som oppdrag til et helseforetak vil være annerledes enn for søknadsbaserte funksjoner, men rutiner for oppfølging vil være lik.

Det erfares i dag at forutsetninger for etablering ikke alltid er godt nok beskrevet og kartlagt før oppdraget gis. Derfor bør det legges til rette for en prosess i samarbeid med helseforetaket som tildeles funksjonen, der forventninger til funksjonen avklares, inkludert tilgang til ressurser og kompetanse.

## 15.4 Arkivering/dokumentasjon i saks- og budsjettbehandling

Bakgrunnen for at det gis anbefalinger på dette området, er de erfaringer som prosjektet har gjort med hensyn til å finne frem til arkivert dokumentasjon.

### 15.4.1 Saks- og arkivsystem

Saks- og arkivsystemet er viktigste base for aktuell og historisk informasjon. Det bør opprettes sak for hver regional funksjon der beslutninger knyttet til etablering, finansiering og endring dokumenteres.

### 15.4.2 E-rapport

Pr. i dag leveres årsrapporter i dokumentformat. Prosjektet foreslår å ta i bruk e-rapport som for nasjonale tjenester.

### 15.4.3 Budsjettoversikter

Når nye funksjoner etableres og særfinansieres, må begrepsbruken i budsjettet tydelig avspeile hvilken funksjon bevilgningen er tiltenkt. Merknader kan eventuelt benyttes for ytterligere tydeliggjøring. Dette er spesielt viktig med tanke på kommunikasjon med helseforetakene, men også med tanke på historikk.

## 15.5 Nettside for regionale funksjoner

All overordnet informasjon om og presentasjon av regionale funksjoner samles på én nettside, med lenker til nettside for den enkelte funksjon.

Det bør utarbeides en mal for hvordan funksjonen skal presentere seg:

- Korrekt navn
- Hvordan er funksjonen organisert?
- Historikk, når opprettet, hvem de er
- Formål og handlingsplan
- Årsrapport

Regionale funksjoner/tjenester som er finansiert gjennom basisramme eller fra eksterne instanser, kan også vurderes presentert på denne nettsiden via lenker fra helseforetakenes nettsider.

## 16 Vedlegg

1. «Gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering i Helse Nord – Grunnlag, fremgangsmåte og resultat» - Vedlegg til rapport.
2. [Retningslinjer regionale kompetansetjenester Helse Nord - 2017](#)



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF  
Postboks 100  
9038 TROMSØ

Att.:Marte Lødemel Henriksen

Deres ref: Vår ref: Saksbehandler Dato:  
2021/1658-29/ Siw Skår/ Bodø, 22.03.2024

## Gjennomgang regionale funksjoner - Arbeids- og miljømedisinsk senter

I arbeidet med gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering konkluderte styringsgruppen med følgende:

*Funksjonen videreføres. Funksjonens omfang og nivået på finansieringen bør fastsettes etter en snarlig dialogbasert gjennomgang mellom Helse Nord RHF og UNN, og senere dialog i direktørmøtet.*

Det er nå gjennomført møter mellom Helse Nord RHF, UNN og Arbeids- og miljømedisinsk senter (AMS). Helse Nord RHF's vurdering er basert på arbeidet som ble gjort i prosjektgruppen, og ytterligere informasjon fra møter mellom Helse Nord RHF, UNN og AMS høst/vinter 2023/2024.

I 2024 har UNN 17,2 mill. i særskilt finansiering for aktiviteten i AMS.

### Anbefaling

I prosjektet ble det laget et rammeverk for kategorisering, etablering, oppfølging og avvikling av regionale funksjoner. Funksjonene ble sortert i seks kategorier; regionale sentre, behandlingstjenester, kompetansetjenester, kompetansenettverk, koordinatorene og andre regionale funksjoner som er særskilt finansierte.

Funksjoner og oppgaver i AMS kan kategoriseres som følgende:

- Regional behandlingstjeneste
- Regionalt kompetansesenter
- LIS-utdanning
- Forskning
- Beredskap

Helse Nord RHF har vurdert hvilke funksjoner i AMS som faller under kategorien av oppgaver som finansieres særskilt fra det regionale helseforetaket, og det er gjort en vurdering av volum på oppgavene for å avgjøre nivå på det økonomiske tilskuddet. Det

er etter Helse Nord RHF's vurdering den regionale behandlingstjenesten og kompetansesenter-funksjonen som fyller kriteriene for regional finansiering. Helse Nord RHF's forståelse av kompetansetjenesteområdet er at det ikke er begrenset bare til spesialisthelsetjenesten.

Både LIS-utdanning og forskning har egen finansiering i andre deler av budsjettet, og prioriteres ut fra et samlet behov, Helse Nord RHF har ikke definert særskilte regionale oppgaver til UNN innenfor beredskapsområdet.

Helse Nord RHF vil innstille til styret i Helse Nord RHF å trappe ned særskilt finansiering for AMS med seks mill. kroner over en periode på tre år med hhv en, tre og to mill. kr. pr år. Dette vil gi UNN tid til intern omstilling.

Helse Nord RHF forutsetter at UNN gjør egne vurderinger om disponering av resterende ramme på 11,3 mill. kr. innenfor oppdragene behandlings- og kompetansetjeneste. Oppdrag som er eksternt finansiert, er et internt anliggende i UNN.

## **Nærmere om regionale oppgaver**

### *1. Regional behandlingstjeneste*

AMS har behandlet 6000 pasienter siden oppstart. Det er ikke identisk tilbud i de øvrige helseforetakene, og det vurderes derfor at AMS kan defineres som en regional behandlingstjeneste innen arbeidsmedisin. Funksjonen bør videreføres og prioriteres, slik at pasienter raskere får tilbud om utredning. Dette er allerede iverksatt, jf. informasjon i møte 23. november 2023.

Regionale behandlingstjenester gis vanligvis særskilt finansiering i en oppstartsfase, mens det på sikt beregnet finansiering gjennom rammefinansiering, ISF og mobilitetskomponenten. Siden utredning av disse pasientene er omfattende og består av flere konsultasjoner med forholdsvis lav ISF er det grunn til å videreføre en viss grad av særskilt finansiering.

### *2. Kompetansebygging og -spredning, undervisning og rådgivning*

Kompetansebygging og -spredning er oppgaver AMS har, og angir at de lykkes med. AMS gir råd, veiledning, undervisning og konkret bistand i enkeltsaker, til sykehusene og kommuner, og i særlig grad bedriftshelsetjenester og bedrifter. AMS opplever stor etterspørsel og at behovet fortsatt er stort. Tilbakemeldingene både fra de andre helseforetakene, og fra eksterne samarbeidspartnere, er at dette er en tjeneste som det er behov for. Arbeidet på dette feltet bør videreføres, men tilpasses kapasitet. Når mottakerne er eksterne/utenfor spesialisthelsetjenesten bør disse faktureres, slik praksis også er nå. Regionale kompetansesenter skal ut fra rammeverket evalueres etter fem år, og AMS vil bli inkludert i slik oppfølging.

Den foreløpige oversikten viser et forslag til utfasing/omdisponering av ca 31 mill. kr. av et samlet budsjett på ca 55 mill. kr. I tillegg foreslås at tre funksjoner skal evalueres i 2024-2025.

Helse Nord RHF tar sikte på å legge frem en samlet sak til styret i Helse Nord RHF 29.5.2024, etter forutgående forankring i direktørmøte, regionalt brukerutvalg og hos konserntillitsvalgte/-verneombud.

Saken blir presentert sammen med eksempler på områder med nye behov for faglig utvikling.

Vi imøteser UNNs eventuelle kommentarer til sakens innhold innen 5.4.2024, slik at de kan innarbeides i saksfremlegg til direktørmøtet 11.4.2024.

Vennlig hilsen

På vegne av eierdirektør Hilde Rolandsen

Siw Skår  
seniorrådgiver

Kopi:

Adm. dir. M. Lind

Fagdirektør G. Tollåli

Direktør for helsefagavdelingen J. T. Finnsson

Økonomidirektør Erik A. Hansen.

# Vedlegg 4B

## Dialog med UNN HF vedr. endringer Arbeids- og miljømedisinsk senter

**Fra:** Rolandsen Hilde <Hilde.Rolandsen@helse-nord.no>  
**Sendt:** onsdag 3. april 2024 20:44  
**Til:** Henriksen Marte Lødemel <Marte.Lodemel.Henriksen@unn.no>  
**Kopi:** Finnsson Jon Tomas <Jon.Tomas.Finnsson@helse-nord.no>; Skår Siw Gøril <Siw.Skaar@helse-nord.no>; Bugge Einar <Einar.Bugge@unn.no>  
**Emne:** Gjennomgang regionale funksjoner

Hei,

Jeg viser til dialog rundt gjennomgang regionale funksjoner/UNN avd. AMS (AMA?)  
Vi sendte et brev like før påske, det gikk via Elements med deg som mottaker.

Før vi ferdigstiller saken hos oss, vil jeg gjerne ha en «løypemelding» fra deg mht om dere har kommentarer til innholdet, og hvorvidt konklusjonen er kommunisert slik vi har avtalt.

Ha en fin kveld!

Mvh,  
Hilde



Henriksen Marte Lødemel

Til Rolandsen Hilde

Kopi Finnsson Jon Tomas; Skår Siw Gøril; Bugge Einar

Du svarte på meldingen 04.04.2024 10:59.



tor. 04.04.2024 08:47

Hei Hilde,

Takk for e-post. Jeg mener dokumentet svarer til våre forventninger om en redegjørelse for de vurderinger som er gjort i saken og hva som ligger til grunn for de foreslåtte kuttene i særskilt finansiering av Arbeids- og miljømedisinsk senter. Fagmiljøet har gitt tilbakemelding om at de setter pris på anerkjennelsen av den regionale behandlingstjenesten og kompetansesenterfunksjonen slik det fremgår i brevet.

Vi jobber nå med å sammenstille våre kommentarer. Jeg har et avklarende møte om saken i morgen formiddag og vi vil kunne sende dere vår tilbakemelding nokså umiddelbart etter det.

Vennlig hilsen  
Marte

SV: Gjennomgang regionale funksjoner



Henriksen Marte Lødemel

Til Rolandsen Hilde

Kopi Finnsson Jon Tomas; Skår Siw Gøril; Bugge Einar

Du svarte på meldingen 05.04.2024 15:29.



fre. 05.04.2024 11:58



Hei Hilde,

Takk for muligheten til å kommentere på HN RHF's redegjørelse for kutt i særskilt finansiering av Arbeids- og miljømedisinsk senter. UNN tar redegjørelsen til etterretning. Vi forstår at endelig beslutning i saken tas i styremøtet til HN RHF 29.mai, og ber om å bli imøtesett med at endret særskilt finansiering trer i kraft fra og med 2025.

Fagmiljøet har synspunkter som de ønsker å fremme for HN RHF i forberedelsene til videre saksbehandling. Disse er vedlagt.

Med vennlig hilsen/Deanvuodaiguin

Marte Lødemel Henriksen  
Medisinsk fagsjef  
Tlf: 99 51 6711

Universitetssykehuset Nord-Norge HF  
Senterleder Fag- og kvalitetssenteret

Ved pasienten – for pasienten

## **Ad. "Gjennomgang regionale funksjoner – Arbeids- og miljømedisinsk senter", brev fra Helse Nord RHF 22.03.24**

Jan Haanes, leder Arbeids- og miljømedisinsk seksj./avd. (AMS), UNN

05.04.24

Det vises til oversendelse fra Helse Nord RHF (HN) 22.03.24 ad. "Gjennomgang regionale funksjoner – Arbeids- og miljømedisinsk senter". Vi takker for muligheten til i å gi kommentarer. Videre setter vi pris på at HN anerkjenner verdiene av de regionale behandlingstjenestene og kompetansesenterfunksjonene ved Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS) i UNN.

### **LIS-utdanning**

AMS har 3 faste LIS-stillinger og 1 gjennomstrømningsstilling for bedriftsleger (eneste mulighet i landsdelen). UNNs andel av finansieringen av AMS er i dag ca. 8,5 mill. kr./år og disse LIS koster ca. 4,5 mill. kr./år. Dermed dekker UNN allerede LIS, slik HN angir at UNN skal gjøre.

### **Forskning, kompetansebygging og -spredning**

Forskning innen fagområdet arbeids- og miljømedisin skiller seg langt på vei ut fra annen forskning i spesialisthelsetjenesten ved at den i hovedsak er en integrert del av funksjonen som regionalt kompetansesenter overfor helsetjenester og øvrige brukere – tjenester som er forebyggende og helsefremmende. Alle fagpersonene på AMS er involvert i kompetansetjenestene og dermed langs akse forskning, kompetansebygging og særlig -spredning. HN har tidligere fått utførlig dokumentasjon på dette. jfr. intervensjonsprosjekter, kompetansebygging og -spredning f.eks. i fiskeriindustrien, smelteverk, helsevesen og feiere. Betydelige deler av forskningen finansieres eksternt gjennom PhD, PostDoc, frikjøp mv. med 3-4 mill. kr./år. Det er rimelig å stille krav til ekstern finansiering av forskning, men gitt den tette integrasjonen med den regionale kompetansesenterfunksjonen er det helt nødvendig at en mindre del av forskningen i praksis dekkes av ordinært budsjett. Slik HN angir at UNN skal gjøre, dekker UNN allerede denne delen, innenfor resterende del av de nevnte 8,5 mill. kr/år.

### **Beredskap**

Som meddelt HN i tidligere dokumentasjon, har AMS viktig og unik kompetanse som HN/helseforetakene trenger ved bl.a. CBRNE hendelser. Deler av dette dekkes ikke av andre, som f.eks. FHI og Strålevernet. HN bes vurdere å gå i nærmere dialog med UNN om behovene og hvordan disse eventuelt kan dekkes.

### **Regional behandlingstjeneste og kompetansesenter**

Alle LIS er erfarne og bidrar vesentlig til de regionale behandlingstjenestene og kompetansesenterfunksjonene. Den tette integrasjonen mellom forskning, kompetansebygging

og -spredning bidrar til kompetansesenterfunksjonene. Dermed dekker UNN i dag disse regionale særfunksjonene med nærmere 8,5 mill. kr./år. "Helse Nord RHF's vurdering [er at] den regionale behandlingstjenesten og kompetansesenter-funksjonen... fyller kriteriene for regional finansiering." I tråd med denne vurderingen, og det at LIS, forskning og beredskap i dag ikke dekkes av de særskilte midlene fra HN, mener UNN at det er naturlig at HN fortsetter å særskilt finansiere AMS på dagens nivå.

### **Iverksettelse av eventuelle reduksjoner**

Endelig vedtak i saken vil tidligst kunne fattes 29.05.24. Dette er så langt ut i året at det blir utfordrende å iverksette eventuelle reduksjoner før 2025.

### **Bærekraft og god ressursutnyttelse**

HN angir at behandlingstjenesten skal prioriteres. Dersom AMS får redusert budsjettet, vil kuttet dermed måtte skje i kompetansefunksjonene, dvs. de forebyggende og helsefremmende tjenestene. AMS har estimert at foreslåtte reduksjon på 6 mill. kr./år, konservativt vil gi tap for HN/helseforetakene på i størrelsesorden 10 mill. kr./år og totalt for samfunnet i størrelsesorden 40 mill. kr./år., i tillegg vil mange personer få sykdom som kunne vært forebygget. Det vises til vedlegget "Arbeids- og miljømedisin, UNN: Økonomi og nytte – bidrag til bærekraft".

*I en tid med stort fokus på bærekraft, god ressursutnyttelse og forebygging bør det vurderes om det er hensiktsmessig å kutte ned i den særskilte finansieringen av den trolig mest rendyrkede forebyggende funksjonen i nord-norsk helsevesen – potensielt også den mest lønnsomme.*

## Arbeids- og miljømedisin, UNN: Økonomi og nytte – bidrag til bærekraft

Jan Haanes, leder Arbeids- og miljømedisinsk seksj./avd. (AMS), UNN

05.04.24

AMS er Nord-Norges fremste senter på kompetanse innen sammenhenger mellom arbeid, miljø og effekter på helse. Helse Nord RHF (HN) foreslår å redusere den særskilte finansieringen av AMS med 6 mill. kr./år. En reduksjon på 6 mill. kr./år vil føre til nedlegging av betydelige deler av kompetansetjenestene, inkludert forskningen – altså de helsefremmende og forebyggende tjenestene.

For nord-norsk helsevesen, virksomheter og samfunnet ellers vil en eventuell reduksjon på **6 mill. kr./år** i det helsefremmende og forebyggende tjenestetilbudet medføre merkostnader konservativt estimert til **ca. 40 mill. kr./år** og for HN/HFene alene **ca. 10 mill. kr./år**. En slik reduksjon støtter ikke opp om bærekraft, samt er i motstrid til spes.htj.loven §1-1: "1. fremme folkehelsen og å motvirke sykdom" og "4. bidra til at ressursene utnyttes best mulig". **Det å beholde kompetansefunksjonene ved AMS minst på dagens nivå er et godt bidrag til å sikre god bærekraft og økonomi i HN og HFene, samt viktig i UNNs rolle som universitetssykehus.**

Å konkret beregne effekter av forebyggende og helsefremmende tiltak er krevende og innebærer til dels betydelig usikkerhet. Imidlertid er forebygging og helsefremme så sentrale for befolknings helse og samfunnets/helsevesenets økonomi at slike beregninger likevel må legges til grunn ved beslutninger. Estimaten i dette notatet bygger på en 36 siders redegjørelse med stort antall detaljerte og transparente beregninger. For kontroll er beregningene estimert på kryss, basert på ulike kilder og innganger. Videre er klart konservative anslag brukt – redegjørelsen er tilgjengelig på forespørsel. I følgende eksempel foreligger spesifikke data som tillater estimater med relativt lav usikkerhet:

AMS prosjektet DeMaskUs er en nylig avsluttet kombinert intervensjons- og forebyggingsinnsats i smelteverksindustrien – finansiert av Forskningsrådet, industrien, AMS mv. Prosjektet førte til konkret dokumentert redusert støveksponering, som igjen reduserte risiko for å utvikle KOLS til ca. 1/6 av før intervensjonen. På landsbasis beregnes dette prosjektet alene å gi sparte helsetjenestekostnader på **ca. 9 mill. kr./år** – i praksis for mange år framover. Industrien var svært fornøyd med prosjektet, inkl. tilhørende bedriftsøkonomiske gevinster. De totale samfunnsgevinstene overstiger sannsynligvis **40 mill. kr./år**.

### A. AMS' kompetansefunksjoner: Nytte for Helse Nord RHF og tilhørende HF

1. *Arbeidsmiljø og stabilisering.* For HN/HFene er rekruttering og stabilisering en stor og kostbar utfordring. Godt og trygt arbeidsmiljø er svært viktig for HN/HFenes ansatte, pasientene/produktiviteten og økonomien. Dersom kompetansedelen reduseres, vil AMS i liten grad kunne fortsette å bidra til godt psykososialt, organisatorisk, fysisk, kjemisk mv. arbeidsmiljø på sykehusene.

2. *Unødvendig pasientbehandling.* Redusert helsefremme og forebygging gjør at flere nordlendinger får sykdommer som kunne vært unngått. Se pkt. B.

3. *Kostnader og tap.* Konservative estimater ved vesentlig reduksjon av AMS' kompetansetjenester:

#### Årlige økonomiske tap for HN/HFene:

- Relatert til arbeidsmiljø, stabilisering, sykefravær, produktivitet, økt dyr innleie av personell mv. i størrelsesorden minst 2 mill. kr. Om ønskelig kan AMS trappe opp tjenestene til HN/HFene – og altså bidra til å hente ut en større gevinst
- Behandling av sykdommer som kunne vært forebygget, i størrelsesorden minst 6 mill. kr.
- Bortfall av ca. 3-4 mill. kr. i eksterne forskningsmidler til AMS, som i hovedsak kommer fra utenfor HN (Forskningsrådet og næringslivet), samt publikasjonspoeng

#### Øvrige tap for HN/HFene:

- Ansatte får dårligere arbeidsmiljø, sykdommer, plager, fravær mv. som kunne vært forebygget
- HN/HFene får færre helsepersonell til disposisjon, større avhengighet av dyr innleid arbeidskraft
- Dårligere pasientbehandling, som følge av de øvrige faktorene
- UNN, som landsdelens universitetsklinikk, svekkes på både kompetanse og publikasjoner

### **B. AMS' kompetansefunksjoner: Nytte for befolkning, virksomhetene og samfunnet**

1. *Samfunnsnytte.* Nord-Norges helsevesen, næringsliv, kommuner og øvrige virksomheter får helsefremmende og forebyggende tjenester både direkte og indirekte fra AMS. De indirekte tjenestene når svært bredt ut ved at landsdelens fremste senter innen arbeid, miljø og helse gjennom utdanning, løpende kunnskapsoverføring (inkludert fra den praksisnære forskningen), veiledning, rådgivning, instrumentpark for målinger i arbeid og miljø mv. når ut til det meste av arbeidslivet mv. Dette skjer særlig gjennom to viktige deler av primærhelsetjenesten: bedriftshelsetjenestene og miljørettet helsevern i kommunene. For dokumentasjon, vises til eget dokument med et stort antall uttalelser fra det vide spekteret av tjenestemottakere – tilgjengelig på forespørsel.

2. *Forskning.* AMS har gjennom mer enn 25 år skaffet betydelige eksterne forskningsmidler (over 100 mill. kr.), bidratt vesentlig til HN' indikatorer for forskningsaktivitet, er en attraktiv partner i forskningsmiljøer og viktig samarbeidspartner for nord-norske virksomheter. Nåværende basisbemanning (bredde og kvalitet på fagkompetansen, forskningslab mv.) må beholdes dersom det skal være mulig å fortsette forskningen, inkludert å utnytte og å tiltrekke seg den eksterne finansieringen. Det har tatt mange år å bygge opp nåværende kompetanse og bemanning.

3. *Nord-norsk næringsliv.* Over flere tiår har AMS samarbeidet tett med viktige nord-norske næringer, særlig bredt sjømatnæringen og smelteverksindustrien. Gjennom forskning og kompetansespredning vektlegges konkrete tiltak på arbeidsplassene, som fremmer helse og forebygging av sykdom.

4. *Kostnader og tap.* Konservative estimater ved vesentlig reduksjon av AMS' kompetansetjenester:

#### Årlige økonomiske tap for Nord-Norge:

- Samfunnsmessig i størrelsesorden 40 mill. kr., herunder produktivitet i nord-norsk næringsliv

#### Øvrige tap for Nord-Norge:

- Flere får sykdommer fra eksponeringer i arbeid og miljø. For de som rammes, er det alvorlig få en sykdom som kunne vært unngått
- Nord-norske virksomheter mister verdifull kunnskap som bidrar til godt arbeidsmiljø, stabilisering av arbeidstokken, produktivitet og lønnsomhet

### **C. Bærekraft, god ressursutnyttelse og forebygging**

Nasjonale helse- og samhandlingsplan 2024-27 peker på utfordringene med å prioritere forebygging vs. kurativ virksomhet, herunder at "finansieringssystemet ikke i tilstrekkelig grad understøtter helsefremmende og forebyggende innsats, og er til hinder for å prioritere dette i tjenestene". "Regjeringen vil forsterke den forebyggende innsatsen" og ber "Helsedirektoratet utrede hvordan omstilling til en mer forebyggende helse- og omsorgstjeneste systematisk kan støttes og evalueres."

Også spesialisthelsetjenesteloven, strategi- oppdrags- og øvrige styrende dokumenter for sykehusene understreker viktigheten av å sikre god ressursutnyttelse, bærekraft, de ansatte som den viktigste ressurs, stabilisering, forskning, utdanning, beredskap, samarbeid med næringslivet, kommunene, samfunnsansvaret mv.

***Det framstår ikke hensiktsmessig å kutte ned i den særskilte finansieringen av den trolig mest rendyrkede forebyggende funksjonen i nord-norsk helsevesen – potensielt også den mest lønnsomme. Helse Nord RHF bør derfor fortsatt særskilt finansiere AMS på nåværende nivå.***



## Vedlegg 5

### Gjennomgang regionale funksjoner med særskilt finansiering

			Forslag til nedtrapping 1000 kr.				Evalue ring	Begrunnelse
Direktør-møte	Funksjon	Budsj. 2024	2024	2025	2026	Totalt		
12.10.2023	Diagnostisk enhet uavklarte tilstander	UNN	1 416	1 416			1 416	Finansiering gitt 2013 var "oppstartstøtte" Avsluttet 2016 Inngå i rammefinansiering i tråd med andre utd.stillinger Inngå i rammefinansiering i tråd med andre utd.stillinger Etter fem år har mange fått kompetansen. Utd. Videreføres, dekkes av eget HF Videreutvikling kompetanse i eget komp-nettverk. Konferanse videreføres med egen fin. Særskilt fin. avsluttes, ansees dekket av basisfinansiering Særskilt fin. avsluttes, ansees dekket av basisfinansiering
	Dropout (2014-2016)	UNN	2 437	2 437			2 437	
	LIS-stilling anestesi	UNN	1 530	1 530			1 530	
	LIS-stilling anestesi	NLSH	1 530	1 530			1 530	
	Regional forbedringsutdanning	NLSH	2 356	2 356			2 356	
	Reg. komp.tj. Klin. pas.sikkerhet. Inkl. årlig konf.	NLSH	7 842	7 842			7 842	
	Tuberk.kontr.program og stedlig -koordinator	UNN	796	796			796	
	Tuberk.kontr.program og stedlig -koordinator	NLSH	428	428			428	
07.12.2023	Samvalgsenter	UNN	10 349	1 500	3 000		4 500	2025
	Pasienttelefon	NLSH	1 824	900			900	Halveres til å dekke én stilling, f.o.m. 2H2024 Finansiering halveres til å dekke én stilling, 50% finansieres fra RHF (2H24)
	Smittevernoverlege FIN	UNN	2 597	1 300			1 300	
	Reg. senter sykkelig overvekt	NLSH	3 030					
	Regional traumekoordinator	UNN	1 489					
17.04.2024	Arbeids- og miljømedisinsk senter	UNN	17 233		4 000	2 000	6 000	2024
<b>Delsum</b>			<b>54 857</b>	<b>22 035</b>	<b>7 000</b>	<b>2 000</b>	<b>31 035</b>	

## Drøftingsprotokoll

Vår ref.:  
2023/1434-3

Saksbehandler:  
Lisa F Carlsen

Dato:  
06.05.2024

Møtetype:	Drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 42 mellom konserntillitsvalgte.onsernverneombud og Helse Nord RHF.
Møtedato:	6. mai 2024
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

### Tilstede

<b>Navn:</b>	
Ann-Mari Jenssen	YS Helse
Baard Einar Martinsen	SAN
Kari B. Sandnes	LO Stat
Sissel Alterskjær	UNIO
Martin Øien Jenssen	Akademikerne
Jeanette Mikalsen	konsernverneombud
Anne Lise Kjellvik	seniorrådgiver
Anita Mentzoni-Einarsen	HR direktør
Hilde Rolandsen	eierdirektør
Siw Skår	konstituert seksjonsleder

### Forfall:

*Ingen hadde meldt forfall til dette drøftingsmøtet.*

### Gjennomgang av regionale funksjoner

Hilde Rolandsen innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet, slik det ble sendt ut, den 29. april 2024.

Saken ble tatt opp til drøfting.

## Protokoll:

### 1. Arbeidsgiver anførte følgende:

Arbeidsgiver la frem saken for KTV/KVO. Det vises til rapport og anbefaling etter gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering. Gjennomgangen har resultert i forslag om å avslutte eller redusere omfanget av noen regionale funksjoner.

Arbeidsgivers forståelse er at det er bred enighet om de fleste funksjoner som berøres, men ikke alle og da spesielt det som berører Arbeids- og miljømedisinsk seksjon UNN.

Ledelsen i UNN har tatt Helse Nord RHF's vurdering til etterretning, mens det aktuelle fagmiljøet mener nedskalering av finansieringen ikke er riktig prioritering. Adm. direktør mener at behandlings- og kompetansetjenesten skal prioriteres og at gjenværende finansiering er tilstrekkelig for oppdraget.

I denne forbindelse er det grunn til å peke på formålet med gjennomgang av funksjonene, sitert fra mandatet på side 1: *For å gi rom til nye satsinger, vil det være nødvendig å omprioritere midler innenfor tildelte rammer. Helse Nord vil de neste årene ha behov for regionale satsinger på blant annet utdanning, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialisert rusbehandling, persontilpasset medisin (...)*

Helseforetakenes innspill til nye prioriteringer i økonomisk langtidsplan er langt høyere forslag til nedprioritering av regionale funksjoner med særskilt finansiering. I denne saken legger adm. direktør mest vekt på at nye behov må sikres finansiering. I tillegg til områder som er nevnt i mandat for arbeidet, følger behov knyttet til kreftbehandling og persontilpasset medisin, beredskap, informasjonssikkerhet mm. Den finansielle situasjonen tilsier at det ikke er rom for nye satsinger uten at noe nedprioriteres.

### 2. KTV anførte følgende:

KTV forutsetter at Helse Nord RHF tar læring av prosjektet og anbefaler at man på regionalt nivå sørger for en bedre oppfølging av regionale funksjoner i fremtiden. For eksempel bør det tildeles en fast saksbehandler for disse funksjonene som ivaretar en hensiktsmessig oppfølging.

KTV viser til at tilbakemeldingen fra UNN er uklar og det fremkommer ikke tydelig hvilke konsekvenser nedskalering av AMS vil føre til. Det faglige miljøet i AMS er svært kritisk. Saken fremstår derfor ikke som tilstrekkelig opplyst.

Det løftes frem to dissenser fra KTV i forbindelse med gjennomgang av regionale funksjoner og anbefalte endringer:

1. Knyttet til nedskalering av AMS og uenig om anbefalt nedskalering.
2. Knyttet til Koordinering av helsefagarbeidere og viktigheten av å beholde en regional koordinator for helsefagarbeiderlæringer

KTV og KVO har utformet hver sin protokolltilførsel som ble gjennomgått i møtet.

Bodø, den 6. mai 2024

*Protokollen ble godkjent i etterkant av drøftingsmøtet.*

Anne Lise Kjelkvik  
Helse Nord RHF

Hilde Rolandsen  
Helse Nord RHF

Ann-Mari Jenssen  
YS Helse

Baard Einar Martinsen  
SAN

Kari B. Sandnes  
LO Stat

Sissel Alterskjær  
UNIO

Martin Øien Jenssen  
Akademikerne

Jeanette Mikalsen  
Konsernverneombud

### **Protokolltilførsel fra KTV:**

Deler av denne saken er drøftet tidligere. KTV viser til drøftingsprotokoll av 17. Oktober 2023.

Saksdokumentet inneholder ingen beskrivelser av dissenser i arbeidsgruppen som har utarbeidet rapporten om regionale funksjoner. KTV i arbeidsgruppen hadde dissenser for to av funksjonene. Disse må fremgå i saksdokumentet.

### **Særskilt om Arbeids- og miljømedisinsk seksjon ved UNN:**

KTV mener saken slik den fremstår ikke er tilstrekkelig opplyst. Saken inneholder ingen redegjørelse av konsekvenser av den foreslåtte reduksjonen, den inneholder ikke tilstrekkelige opplysninger om UNNs tilsvarende til den foreslåtte reduksjonen og den inneholder ikke uttalelser fra brukere av tjenesten som er kommet etter at anbefalingen til Helse Nord ble klar. Disse uttalelsene gir svært viktig informasjon om betydningen av denne kompetansen for brukere.

I saken fremgår det at Helse Nord RHF ønsker at UNN gjennom AMS skal «prioritere regional behandlingstjeneste samt kompetanse bygging, -spredning, undervisning og rådgivning». I UNNs svar til Helse Nord fremgår det at det med foreslått reduksjon ikke vil være mulig og at det er nettopp denne delen av tjenesten som vil rammes. UNN har i sitt svar til HN angitt at de allerede finansierer utgifter til utdanning av legespesialister og at det dermed kun er de tjenestene HN angir skal prioriteres som kan kuttes.

Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS), ved Arbeids- og miljømedisinsk avdeling (AMA) ved UNN er et landsledende kompetansemiljø innen feltet forebygging og helsefremming. Miljøet har svært høy kompetanse innen Helse Miljø og sikkerhet og sykefravær, og fremstår som et kompetansemiljø man i vesentlig grad har bruk for.

### **Nasjonale og regionale føringer:**

Nasjonal Helse- og samhandlingsplan understreker viktigheten av at spesialisthelsetjenesten forsterker sitt arbeid med forebygging og helsefremming. Planen vektlegger viktigheten av å integrere forebyggende tiltak og helsefremmende arbeid i tjenestene for å forbedre helsetilbudet og redusere fremtidig sykdomsbyrde.

Helse Nord's Regionale utviklingsplan (RU-38) er like tydelig. RU-38 sier blant annet at: «Forebygging og folkehelsearbeid må derfor vies betydelig mer plass fremover også i spesialisthelsetjenesten.» (s.8) og «Helse Nord RHF har sørge for-ansvar for at befolkningen får likeverdige, kvalitativt gode spesialisthelsetjenester. Ansvarer favner også om det å bidra til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade» (s. 9) og «Helse Nord vil [...]» «Legge større vekt på å fremme folkehelsen, forebygge sykdom, skade og uhelse» (s.10 punktliste). Forslaget synes således ikke å være i tråd med føringer fra Nasjonal helse- og samhandlingsplan eller Regional utviklingsplan.

Det vises til Styresak 54-2024 «Handlingsplan for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord 2024-2026» som ble vedtatt i styret 25. april 2024. I handlingsplanene legges det opp til et samarbeid med blant andre AMS i arbeidet under hovedpunkt 3 «Tiltaksplan ledelse, arbeidsmiljø og arbeidsvilkår». UNN har vært tydelig på at et slikt samarbeid ikke vil være mulig dersom den foreslåtte reduksjonen gjennomføres.

### **Økonomi:**

Økonomiske beregninger fra tjenesten selv indikerer at kostnadene ved kutt i tjenesten med god margin vil overgå den foreslåtte reduksjonen. KTV anerkjenner at det er krevende å

beregne gevinster ved forebyggende og helsefremmende arbeid, men har stor tro på at riktig satsning på dette feltet vil kunne gi betydelig gevinstrealisering.

#### **Helse Nords særskilte situasjon:**

Helse Nord står i en særlig vanskelig situasjon med hensyn til økonomi og bemanning. Et av hovedgrepene som er identifisert er å «legge til rette for attraktive arbeidsplasser» (jfr Strategi for Helse Nord RHF 2021-2024 og Regional utviklingsplan 2023-2038). Å bygge ned foretaksgruppens samlede kompetanse på hva som er, og hvordan man kan legge til rette for, attraktive arbeidsplasser fremstår som særlig lite hensiktsmessig i den situasjonen foretaksgruppen står i nå. Det er et paradoks at næringsliv og industri i regionen tradisjonelt har benyttet seg av denne kompetansen i betydelig høyere grad enn helseforetak.

KTV foreslår at man i stedet for å gjennomføre den foreslåtte reduksjonen, går i en dialog med miljøet for å videreutvikle hvordan man kan bruke den kompetansen miljøet har til det beste for regionens ansatte, pasienter og foretaksgruppen som helhet.

KTV viser for øvrig til dissens i arbeidsgruppen for gjennomgang av regionale funksjoner:

*«Konserttillitsvalgte mener at funksjonen skal videreføres som i dag. Konserttillitsvalgte forutsetter at funksjonen følges opp av Helse Nord RHF».*

#### **Andre regionale funksjoner:**

##### Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet:

Denne tjenesten har bidratt til forbedringsutdanning og pasientsikkerhetskonsferansen som har vært tilgjengelig for alle helseforetak i Helse Nord, inkludert Sykehusapotek Nord. Det er viktig med arenaer der alle helseforetakene er inkludert, og får løftet sin kompetanse og engasjement i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid. Pasientsikkerhetskonsferansen og forbedringsutdanningen bør sikres videreført i en hensiktsmessig form.

##### Regional koordinator helsefagarbeiderlæringer:

Konserttillitsvalgte viser til egenvurderingen fra fagnettverket for koordinatorordningen som gir uttrykk for at funksjonene til den regionale koordinatoren har stor betydning for at nettverket fungerer så godt som det gjør. KTV viser til dissens i arbeidsgruppen:

*«Konserttillitsvalgtes anbefaling: Funksjonen videreføres med dagens form og finansiering.»*

KTV SAN, Akademikerne, YS Helse, UNIO, LO Stat i Helse Nord

### **Protokolltilførsel fra KVO:**

KVO støtter flere av betraktningene og poengene til KTV. Videre poengteres det fra KVO:

Det er viktig og bra at vi får på plass en oversikt over de regionale funksjonene og det er gjort et godt stykke arbeid, men KVO mener at det fortsatt er behov for å se fremover slik at vi sikrer et godt faglig tilbud i vår region både i dag og fremover.

KVO understreker at det stilles spørsmål ved grunnlaget for å ta bort 6 millioner kroner ved Arbeids- og miljømedisinsk seksjon (AMS). Dette med bakgrunn i at Helse Nord har et regionalt ansvar for foretakene i forhold til å inneha særskilt kompetanse for systematisk HMS arbeide. Denne tjenesten er ikke godt nok kjent, eller brukt og en nedskalering vil degradere en funksjon som blant annet skal være med på å understøtte ivaretagelsen av de ansatte i regionen i fredstid, men også i krise (som f. eks pandemi). Viktig kunnskap og kompetanse kan gå tapt og viktige funksjoner i regionen kan risikere og å ikke få den støtten og kunnskapen som er nødvendige i en høyspesialisert kunnskapsorganisasjon.

KVO forventer at vurderingen angående regionale funksjoner tas opp igjen slik at regionene fortsetter å ha en god oversikt og kunnskap om de ulike funksjonene.

Konsernverneombud i Helse Nord

**RBU-sak 40-2024 Regionale funksjoner med særskilt finansiering, gjennomgang**

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord tar informasjonen om gjennomgang av regionale funksjoner med særskilt finansiering til orientering.
2. RBU forutsetter at regelmessig gjennomgang og evaluering iverksettes i tråd med rammeverket som fremgår av saken.
3. RBU er urolig for at de små og sårbare pasientgruppene som har inngått i disse regionale funksjonene med særskilt finansiering ikke får behovet dekket.