

Rehabiliterings- og private tjenester

Delrapport fra arbeidsgruppe 3



1 Innhold

1	Innhold	2
1.1	Sammendrag	5
2	Innledning	5
2.1	Bakgrunn	5
2.2	Mandatet	6
2.3	Fortolkning av mandatet - avgrensning	6
2.3.1	Samspill og grenseoppgang til de andre arbeidsgruppene	6
2.3.2	Samfunnsmessige forhold	7
2.3.3	Arbeidsprosess og medvirkning	7
2.4	Definisjoner og beskrivelse av datagrunnlag	7
3	Faktabeskrivelse av dagens situasjon - nullalternativet	8
3.1	Overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet	8
3.1.1	Bruk av private aktører - et politisk tema	8
3.1.2	Rehabiliteringsområdet	8
3.1.3	Private og ideelle aktører	9
3.2	Kjøp av private helsetjenester	9
3.2.1	Kjøp fra private institusjoner/sykehus	9
3.2.2	Tildeling av avtalehjemler	9
3.2.3	Kostnader til kjøp hos private	9
3.2.4	Aktivitet i helseforetak og private institusjoner	11
3.3	Særskilt om rehabilitering	14
3.3.1	Rehabilitering i sykehus	14
3.3.2	Rehabilitering i Helse Nord (HF) - Senger	14
3.3.3	Rehabilitering i private institusjoner	16
3.4	Fristbruddsordningen	19
4	Utviklingstrekk og utfordringer med dagens situasjon (null-alternativet)	21
4.1	Private helsetjenester	21
4.1.1	Utfordringer - kjøp av private tjenester	21
4.1.2	Mulighetsrommet private leverandører	22
4.2	Avtalespesialistordningen	23

4.2.1	Utfordringer - avtalespesialistordningen	23
4.2.2	Mulighetsrommet avtalespesialister	24
4.2.3	Felles henvisningsmottak i psykisk helsevern for voksne	24
4.3	Særlig om rehabilitering	24
4.3.1	Vektmodellen.....	24
4.3.2	Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering	25
4.3.3	Utfordringer på rehabiliteringsområdet	26
4.4	Helseforetaksperspektivet.....	27
4.5	Brukerperspektivet.....	29
4.6	Kommuneperspektivet.....	29
4.7	Særskilt ansvar for den samiske befolkning	30
5	Alternativer til ny funksjons- og oppgavedeling.....	30
5.1	Hva vi ønsker å oppnå.....	30
5.2	Rehabilitering – alternativ 1.....	31
5.2.1	Faktisk endring i henvisninger til private institusjoner	31
5.2.2	Endringer i helseforetak	32
5.2.3	Universitetssykehuset Nord-Norge.....	32
5.2.4	Vurdering av alternativ 1	33
5.3	Rehabilitering – alternativ 2.....	36
5.3.1	Endringer i kjøp fra private institusjoner.....	37
5.3.2	Endringer i helseforetak – Nordlandssykehuset.....	37
5.3.3	Vurdering av alternativ 2.....	37
6	Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse	39
7	Konklusjon.....	40
7.1	Avtalespesialistordningen	40
7.2	Anbefalt alternativ	40
7.2.1	Tidligrehabilitering i egne sykehus.....	40
7.2.2	Robuste fagmiljø.....	41
7.2.3	Samhandling med kommunene	41
7.2.4	Pasientreiser	41
7.2.5	Kostnader	41

7.2.6	Risiko og sårbarhetsanalyse	42
7.2.7	Konklusjon	43
7.3	Behov for videre utredninger.	46
7.4	Avsluttende bemerkninger	47
8	Referanser	48
9	Vedlegg	51
9.1	Innspillsnotat fra brukarmedvirker	51
9.2	Innspillsnotater fra kommunedeltakere	52
9.3	ROS-analyse – sluttrapport	54
9.3.1	Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse	55
9.3.2	Risikoområder	57
9.3.3	Forutsetninger, antakelser og dokumentasjon	58
9.3.4	Hovedtrekk ved utredningen	59
9.3.5	Overgangskostnader i forbindelse med overgangen fra nåsituasjonen til skisserte alternativ	60
9.3.6	Overordnet analyse	61
9.3.7	Vedlegg til ROS-analyse sluttrapport	69

1.1 Sammendrag

Rapporten redegjør for nåsituasjonen og Helse Nord RHF's kjøp av helsetjenester på avtaler med private virksomheter og hos avtalespesialister i 2022. Arbeidsgruppen har deretter hatt hovedfokus på spesialisert rehabilitering. Helseforetakenes kapasitet til et økt omfang spesialisert rehabilitering i sykehusene er undersøkt og vurdert.

ROS- analysen viser uakseptabel høy risiko i nullalternativet. Både alternativ 1 og 2 reduserer risikobildet. Arbeidsgruppen foreslår risikoreduserende tiltak i begge alternativene, og har som følge av dette justert alternativ 1 i forhold til opprinnelig forslag.

Flertallet i arbeidsgruppe 3 anbefaler alternativ 2 og utvide kapasiteten i egne helseforetak for å ta hånd om tidligrehabilitering av pasienter etter akutte hendelser som hjerneslag, brudd og slitasjeskader og pasienter med komplekse tilstander. Anbefalt alternativ er også å kjøpe noe mindre spesialisert rehabilitering hos private institusjoner for pasientgruppene muskel- og skjelett, sykelig overvekt og lettere ortopediske tilstander.

Som følge av anbefalingen må sengekapasitet og ressurser økes i egne sykehus. Vurderingene heller til at et slikt alternativ er bærekraftig både med hensyn til personell og økonomi. Anbefalingen forutsetter et mer forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablerte helsefelleskapene, som også bør inkludere de private avtalepartene som gir spesialisert rehabilitering.

Arbeidsgruppens ene mindretall tar ikke stilling og vil avvende ROS-analysen av helhetlig plan. Et mindretall på fire mener anbefalingen ikke svarer ut hovedutfordringene i mandatet, bygger på et mangelfullt kunnskapsgrunnlag og ikke ivaretar kommuneperspektivet.

2 Innledning

2.1 Bakgrunn

Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038¹ [1] og styresak 11–2023 *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*² [3] beskriver nåsituasjonen og utfordringsbildet i Helse Nord. Utfordringene er relatert til demografi, urbanisering, medisinsk faglig spesialisering, utdanning og økonomi. Som i øvrige helseregioner er tilgangen til kvalifisert arbeidskraft den største utfordringen for å ha en bærekraftig og likeverdig helsetjeneste og driver for å samle flere funksjoner.

Private aktører er et supplement til spesialisthelsetjenestene som leveres av helseforetakene. Det regionale helseforetakets avtaler med private ideelle og

¹ [Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038](#)

² [Styresak 11–2023 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord](#)

kommersielle institusjoner som yter helsetjenester og avtalespesialister bidrar til å oppfylle Helse Nord's sørge- for-ansvar med hensyn til tilgjengelighet, kvalitet og kapasitetsutnyttelse. Private med avtale med Helse Nord RHF er en del av den offentlige spesialisthelsetjenesten i Helse Nord.

For øvrige referanser henviser klammeparantesene til andre grunnlagsdokumenter i kapittel 8.

2.2 Mandatet

Mandatet går frem av Helse Nord RHF's styresak 57–2023, [4]³ jf. styresakene 11–2023 og 29–2023 [3] [5]⁴. Arbeidsgruppe 3 skal utrede rehabiliterings- og private tjenester og om kapasiteten i egne helseforetak kan økes for å gi mer spesialisert rehabilitering i sykehus og redusert kjøp av helsetjenester fra private. Styresakene beskriver målsetninger, hovedretninger og øvrige delområder for utredningen.

2.3 Fortolkning av mandatet - avgrensning

Slik gruppen leser mandatet skal utredningen vise om tjenestetilbudet kan samles på færre enheter slik at egne sykehus kan tilby spesialisert rehabilitering og andre avtalebaserte helsetjenester i større grad enn i dag. Arbeidsgruppen forstår mandatet slik at rehabilitering skal utredes særskilt på grunn av fagområdets betydning for pasientforløp, omfang, aktivitet og samspill med kommunal rehabilitering.

Utredningen er avgrenset mot habilitering. Kjøp av habilitering hos private er betydelig mindre enn kjøp av spesialisert rehabilitering og skiller seg vesentlig fra hvordan habiliteringsområdet er organisert i sykehus.

Utredningen gjelder både kjøp fra private institusjoner og avtalespesialister.

Privatfinansiert aktivitet (som personer betaler selv eller gjennom helseforsikringer) omfattes ikke.

2.3.1 Samspill og grenseoppgang til de andre arbeidsgruppene

Foruten rehabilitering forstår arbeidsgruppen at utredningen skal konsentrere seg om de store tjenestekjøpområdene psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), elektiv kirurgi, indremedisin og radiologi, og avtalespesialistene.

Arbeidsgruppene har delvis overlappende mandat. Arbeidsgruppe 3 beskriver null-alternativet for de private tjenestekjøpene på alle fagområder. Arbeidsgruppe 1, 2, 4 og 5 beskriver null-alternativet for de samme områdene sett fra egne sykehus.

På rehabiliteringsområdet utreder arbeidsgruppe 3, i tillegg til 0-alternativet, ett alternativ 1 og 2.

³ [Styresak 57–2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning](#)

⁴ [Styresak 29–2023 Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning](#)

Eventuell reduksjon av private tjenestekjøp innenfor psykisk helsevern (PHV), tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), elektiv kirurgi og radiologi avhenger av alternativene som blir foreslått av de andre gruppene.

2.3.2 Samfunnsmessige forhold

Tverrsektorielt samspill for å sikre sosial, økologisk, økonomisk bærekraft og samfunnssikkerhet og beredskap, er vesentlig for befolkningen. Utredningen kan utfordre opplevd trygghet, bolyst og fremtidstro. Gruppen har likevel prioritert å konsentrere seg om mandatet isolert sett og berører ikke samfunnsmessige aspekter.

2.3.3 Arbeidsprosess og medvirkning

Arbeidsgruppen består av 15 medlemmer fra Helse Nord RHF, de fire helseforetakene; Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Helse-landssykehuset, et brukermember, en konserntillitsvalgt og fire kommunale medlemmer.

Gruppen møttes første gang i digitalt møte før felles oppstartmøte for alle arbeidsgrupper 23. juni 2023. Første fysiske samling ble gjennomført 21-22. august 2023. Gruppen har hatt jevnlig, digitale møter i arbeidsperioden, og ytterligere to fysiske heldagsmøter før ROS- analysen. Arbeidsgruppen har underveis vært delt i fire mindre grupper, én for å vurdere datagrunnlaget for rehabiliteringsområdet, én for å vurdere bemanningsbehovet i egne sykehus, én for RHF-interne deltakere, og en gruppe for kommunale deltakere.

Milepælsplanen ble knyttet til versjonsnumrene i rapportutkastene, som fortløpende er sendt til gruppedeltakerne for kommentarer. Helseforetakenes deltakere, kommune- og brukerdeltakere har bidratt med innspillsnotater underveis i prosessen. Alle disse perspektivene er omtalt i kapittel 3.8-3.10. Brukernes og kommunenes innspill er vedlagt i sin helhet i kapittel 9.

Under ROS-analysen hadde gruppen fysisk heldagsmøte 23. oktober 2023 og tre digitale møter. Risikovurderingene er gjort av arbeidsgruppen. Deloitte har fasilitert prosessen og utarbeidet ROS sluttrapport som er tatt inn i kapittel 9.3.

2.4 Definisjoner og beskrivelse av datagrunnlag

Datakilde

Data er fra Norsk pasientregister (NPR). Offentlig finansierte opphold og konsultasjoner ved private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner inngår i NPR, mens privatfinansiert aktivitet er ekskludert.

Definisjon av døgnpasienter, dag- og poliklinisk behandling

Døgnpasienter er unike pasienter som er innlagt med minst ett døgnopphold i løpet av året. Opphold og kontakter som har null liggedager og over fem timers varighet, er definert som dagrehabilitering. Kontakter med null liggedager og under fem timers varighet er definert som poliklinisk rehabilitering.

Rehabilitering i sykehus

Sykehusrehabilitering senger er definert som døgnopphold for pasienter med hoveddiagnose (ICD-10) Z508, Z5080 eller Z5089, med unntak av habiliteringstjenester. Poliklinisk rehabilitering og dagbehandling på sykehus omfatter alle polikliniske- og dagpasienter tilknyttet avdeling for fysikalsk medisin og rehabiliteringspoliklinikker, men ekskluderer habilitering. Ambulerende rehabilitering er utelatt fra datasettet. Det samme gjelder for rehabilitering ved andre avdelinger som ikke utgjør en betydelig del av det totale rehabiliteringstilbudet i sykehus.

Definisjon av døgnopphold, oppholdsøgn og gjennomsnittlig oppholdstid

Døgnopphold defineres som avsluttede sykehusopphold (utskrivninger) hvor pasienten er på sykehuset over døgnskillet, det vil si at pasienten skrives ut en senere dato enn innleggesdatoen. Dersom en pasient har flere opphold på samme dag, f.eks. ved overføring fra et helseforetak til et annet, er oppholdene slått sammen (aggregert) til ett opphold.

Dersom et opphold kodet som enkel eller kompleks rehabilitering har et tilhørende avdelingsopphold som ikke er et rehabiliteringsopphold, eller som er kodet som sekundær rehabilitering, vil pasientoppholdet telles som sekundær rehabilitering. Dersom et opphold kodet som enkel rehabilitering henger sammen med et opphold kodet som kompleks rehabilitering, vil pasientoppholdet kodes som kompleks rehabilitering.

I døgnoppholdene inngår ikke opphold med 0 oppholdsøgn eller opphold for pasienter som er innlagt for dagbehandling. Oppholdsøgn beregnes som utskrivningsdato minus innleggesdato for døgnoppholdene. Gjennomsnittlig oppholdstid er antall oppholdsøgn dividert på antall døgnopphold.

3 Faktabeskrivelse av dagens situasjon - nullalternativet

3.1 Overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet

3.1.1 Bruk av private aktører - et politisk tema

Myndighetenes holdning til bruk av private aktører skifter. Utredningen tar ikke politisk eller ideologisk stilling. Målsetningen er hvordan få bedre ressursutnyttelse og god tilgang til spesialisthelsetjenester for befolkningen.

3.1.2 Rehabiliteringsområdet

De regionale helseforetakene fikk i 2023 et felles oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet⁵ [6] om å vurdere metodebruk i rehabilitering med formål å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk. Rapporten «*Vurdering av metodebruk innenfor rehabiliteringsområdet for å sikre kunnskapsbasert praksis og*

⁵ [Oppdragsdokument 2023](#)

reducere overforbruk» datert 14.05.23 svarer på oppdraget og er lagt til grunn i utredningen.

3.1.3 Private og ideelle aktører

På bakgrunn av oppdrag gitt i foretaksmøter 2018⁶ og 2019⁷ [6] har Helse Nord RHF gjennom styresak 88-2019 *Oppdragsdokument 2019 – strategi for økt bruk av ideelle leverandører*⁸ [7] utarbeidet en strategi for kjøp fra private ideelle hhv. kommersielle aktører, der økt andel tjenestekjøp fra ideelle er drøftet i Helse Nord's kontekst. I lys av strategidokumentet skiller ikke arbeidsgruppe 3 mellom private ideelle og private kommersielle og omtaler disse som avtalebaserte helsetjenestekjøp, private tjenestekjøp, eksterne tjenester, kjøp fra private o.l.

3.2 Kjøp av private helsetjenester

3.2.1 Kjøp fra private institusjoner/sykehus

Beslutningen om å kjøpe helsetjenester av private institusjoner/sykehus avgjøres på bakgrunn av Helse Nord RHF's sørge-for-ansvar og den til enhver tid status på fristbrudd og ventetider. I tillegg gjennomføres anskaffelser etter forespørsel/anmodning fra regionens helseforetak for å møte kapasitets- eller ressursutfordringer.

Behovsvurdering i forkant og gjennomføring av anskaffelser skjer i prosjekt der helseforetakene deltar. Helseforetakene utarbeider kravspesifikasjonen og vurderer fagutviklingen. Helse Nord RHF utarbeider øvrige konkurransedokumenter, analyserer faktagrunnlag og vedtar økonomiske rammer. Helse Nord RHF leder prosessen som gjennomføres etter prosedyrene i anskaffelsesregelverket.

3.2.2 Tildeling av avtalehjemler

Avtalespesialistordningen er regulert i rammeavtale mellom regionale helseforetak og Den norske Legeforening og Norsk Psykologforening. Ledige hjemler lyses ut i media og tildeles i tråd med forvaltningsloven. Avtalehjemler er personlige og opphører automatisk ved fylte 72 år. Hovedregelen er å videreføre hjemmelen, der inntredende spesialist betaler ut avtroppende. Ved behov kan Helse Nord RHF flytte, inndra eller omdisponere hjemler. Slike endringer har en kostnad som Helse Nord RHF må bære.

3.2.3 Kostnader til kjøp hos private

Budsjetterte kostnader (2023) til kjøp av avtalebaserte helsetjenester og avtalspesialister er hhv. 577 og 83 mill. kroner, samlet ca. 660 mill. kroner eller ca. 3% av regionens samlede driftskostnader. Av dette representerer rehabiliteringstjenester ca. 300 mill. kroner/år.

⁶ [Oppdragsdokument 2018](#)

⁷ [Oppdragsdokument 2019](#)

⁸ [Styresak 88-2019 Oppdragsdokument 2019 – strategi for økt bruk av ideelle leverandører](#)

Tabell 1: Brutto kostnader knyttet kjøp av private helsetjenester fra 2019 til og med 2022. Tall i hele tusen.

	2019	2020	2021	2022
<i>Somatikk</i>				
Avtalespesialister	51,359	52,030	50,087	53,644
Private avtaler	31,028	26,019	28,400	51,141
<i>Psykisk helsevern</i>				
Avtalespesialister	20,213	20,414	21,206	25,140
Viken senter	61,108	62,908	64,941	76,255
Kløveråsen	24,552	25,354	25,993	26,736
Øvrige	310	-	-	-
<i>TSB</i>				
Private avtaler	131,879	142,965	139,874	136,839
<i>Radiologi</i>				
Private avtaler	29,223	19,909	20,349	24,269

På rehabiliteringsområdet kjøpes opphold for gruppene:

- Brudd og slitasjeskader i skjelett
- Inflammatoriske revmatiske sykdommer for barn og voksne
- Amputasjoner
- Kronisk utmattelsessyndrom (Chronic fatigue syndrom (CFS) / Myalgisk encefalopati (ME))
- Kreftsykdom
- Hjerneslag og ervervet hjerneskade
- Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer
- Hjertesykdommer
- Lungesykdommer
- Kronisk muskel- og bløtdelssmerte
- Sykelig overvekt
- Arbeidsrettet rehabilitering
- Sanseforstyrrelser (alvorlig grad)
- Barn, ungdom og unge voksne med vekt på tilpasset fysisk aktivitet, familie og utdanning
- Komplekst sykdomsbilde med behov for rehabilitering etter sykehusbehandling
- Epilepsi
- Multippel sklerose (MS)

Tabell 2: Brutto kostnad (i hele tusen) private rehabiliteringstjenester. Gjestepasientinntekter ikke trukket fra (andre regioners bruk av våre avtaler). Noe gjestepasientinntekter som gjør at vår netto kostnad er marginalt lavere

Privat Institusjon	2019	2020	2021	2022
MS-senteret Hakadal	3 295	1 044	3 378	3 549
Helsepartner rehabilitering Alta	34 010	33 612	35 854	35 647
Avonova (tidl. NIMI - Stamina)	5 814	5 472	5 805	4 043
Vigør Rehabiliteringssykehus (tidl. Kurbadet)	78 746	78 257	82 503	82 511
Nordtun helserehab	29 583	30 046	32 585	31 659
Helsepartner rehabilitering Skibotn	24 735	26 063	27 739	25 068
Valnesfjord Helsesportsenter	75 015	63 585	92 469	80 229
Helgeland rehabilitering	9 610	9 355	11 150	9 859
Lovisenberg rehabilitering	960	525	1 565	1 898
Røysumtunet	1 556	1 604	1 646	1 699
Total	263 323	249 562	294 692	276 162

Tabellene viser ikke kostnader som følge av fristbrudd og bruk av avtaler i Helfo-ordningen.

3.2.4 Aktivitet i helseforetak og private institusjoner

3.2.4.1 Tverrfaglig rusbehandling (TSB)

Avtalene om kjøp av tverrfaglig spesialisert rusbehandling hos private gjelder opphold for alkoholavhengighet inntil 6 måneder, avhengighet inntil hhv. 6 og 12 måneder, avhengighet 18 (16) - 23 år inntil 12 måneder og avrusning 3 - 14 dager.

Tabell 3: Tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) Aktivitet 2022: Oversikt over døgn- og poliklinisk aktivitet i Helse Nord og tilhørende private institusjoner. Grunnlag basert på opptaksområde Helse Nord RHF

Organisasjon	Døgnopphold	Liggetid	Sn.Liggetid	Ligget.i%	Pol	Pol.i%
<i>Offentlige sykehus - TSB</i>						
Finnmarkssykehuset HF	99	3 106	31	5,0%	1 215	6,2%
Helgelandssykehuset HF	87	2 084	24	3,4%	1 997	10,2%
Nordlandssykehuset HF	102	3 432	34	5,6%	5 011	25,5%
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	911	18 926	21	30,6%	11 182	56,9%
Delsum	1 199	27 548	23	44,6%	18 405	98,8%
<i>Private Institusjoner - TSB</i>						
Blå Kors Klinikk Tjeldsund AS	284	15 544	55	25,1%	-	-
Stiftelsen Fossum-kollektivet	44	5 043	115	8,2%	-	-
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	59	3 951	67	6,4%	-	-
Veslelien	15	1 773	118	2,9%	-	-
Blå Kors Klinikk Lade SA	26	1 286	50	2,1%	-	-
Wecare Omsorg AS	12	1 127	94	1,8%	-	-
Mestringshusene Tysnes AS	7	718	103	1,2%	-	-
Tyrilistiftelsen	10	683	68	1,1%	-	-
Andre Institusjoner*	86	4 103	48	6,6%	254	1,3%
Delsum	587	33 224	57	55,4%	254	1,3%
Total	1 786	60 772	34	100,0%	18 659	100,0%

3.2.4.2 Psykisk Helsevern (PHV)

Avtale om kjøp av psykisk helsevern hos private institusjoner gjelder traumelidelser, foreldre med psykiske lidelser og alvorlige samspillsvansker, alderspsykiatri og demens, og alvorlig spiseforstyrrelse.

Tabell 4: Psykisk helsevern (PHV)- VOP og BUP Aktivitet 2022: Oversikt over døgn-, poliklinikk- og dagaktivitet i Helse Nord og tilhørende Private institusjoner

Organisasjon	Døgnopph.	Liggetid	Ligget.i%	Pol	Pol.i%	Dag.	Dag.i%
<i>Offentlig sykehus - PHBU</i>							
Univ. i Nord-Norge HF	199	3 204	2.8%	14 005	8.3%	-	-
Finnmarkssykehuset HF	62	2 102	1.8%	2 956	1.7%	-	-
Nordlandssykehuset	205	3 511	3.0%	10 006	5.9%	-	-
Helgelandssykehuset HF	53	1 669	1.4%	2 639	1.6%	-	-
Delsum	519	10 486	9.1%	29 606	17.5%	0	0%
<i>Offentlig sykehus - VOP</i>							
Univ. i Nord-Norge HF	3 284	47 533	41.1%	58 385	34.5%	74	6.6%
Nordlandssykehuset	1 758	32 566	28.2%	35 823	21%	605	21.2%
Finnmarkssykehuset HF	551	8 150	7.0%	23 290	14%	263	13.8%
Helgelandssykehuset HF	357	4 132	3.6%	20 586	12%	183	12.2%
Delsum	5 950	92 381	79.9%	138 084	81.5%	1 125	53.8%
<i>Private Institusjoner - VOP</i>							
Viken Senter	371	9 005	7.8%	41	-	-	-
Modum bad	33	1 297	1.1%	-	-	-	-
N.K.S. Kløveråsen AS	52	1 065	0.9%	1 360	0.8%	-	-
Andre institusjoner	17	1 427	1.2%	8	-	-	-
Delsum	473	12 794	11.1%	1 409	0.8%	0	0%
Total	6 942	115 661	100%	169 099	100%	1 125	100%

3.2.4.3 Somatiske sykehustjenester

Avtalene om kjøp av somatiske sykehustjenester hos private sykehus gjelder områdene ortopedi, kirurgi, kardiologi, ØNH⁹, lungemedisin, gastromedisin og LIS-utdanning.

Tabell 5: Aktivitet i Somatiske tjenester utført av private institusjoner i Helse Nord for 2022.

Fagområde	Poliklinikk	Pol.i% HN.Sykeh.	Dag.kir	Dag.kir i% HN.Sykeh.
<i>Aleris Helse</i>				
Øre-nese-hals sykdommer	2 356	4,0%	575	30,3%
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	2 588	3,7%	1 102	22,3%
Hjertesykdommer	2 287	7,8%	-	0,0%
Gastroenterologisk kirurgi	2 119	8,1%	-	0,1%
Plastikk-kirurgi	179	4,0%	147	16,8%
Nevrokirurgi	137	1,5%	15	3,6%
Hud og veneriske sykdommer	100	0,2%	-	-
Andre fagområder	1 793	0,6%	348	5,8%
Delsum	11 559	2,0%	2 187	11,8%

⁹ Øre, nese og hals.

<i>Andre private institusjoner</i>				
Øyesykdommer	667	1,8%	53	2,5%
Ortopedisk kirurgi (inkludert revmakirurgi)	166	0,2%	131	2,6%
Andre fagområder	332	0,1%	56	0,9%
Delsum	1 165	0,2%	240	1,3%
Totalt	12 724	2,2%	2 473	13,4%

3.2.4.4 Radiologi og teleradiologi

Avtale om kjøp av polikliniske radiologiske undersøkelser hos private røntgeninstitutt gjelder magnetisk resonanstomografi (MR), computertomografi (CT), ultralyd (UL) og konvensjonell røntgen (RTG).

Teleradiologiske tolkning hos private røntgeninstitutt er avtalt på områdene MR vanlig, CT vanlig, MR stor, CT stor og konvensjonell røntgen – RTG. Helse Nord RHF har også avtale om kjøp av PET/CT- undersøkelser¹⁰ hos private røntgeninstitutt.

Tabell 6: Radiologisk aktivitet 2022: Oversikt over antall prosedyrer innenfor Helseforetak og private aktører i HN.

Prosedyre/Modalitet	HN foretak	Private*	Totalt
<i>Behandling (intervensjoner, biopsi, etc)</i>			
Annet	8 364	97	8 461
Delsum Behandling	8 364	97	8 461
<i>Bilddiagnostiske undersøkelser</i>			
Annet	75	-	75
BMT - Beintetthetsmåling	2 036	-	2 036
CT - Computertomografi	71 843	6 460	78 303
MR - Magnetisk resonanstomografi	38 702	37 136	75 838
RG - Radiografi (røntgen)	165 949	14 508	180 457
UL - Ultralyd	31 216	2 953	34 169
Delsum bilddiagnostikk	309 821	61 057	370 878
<i>Nukleærmedisin</i>			
NM - Nukleærmedisinsk undersøkelse	2 741	-	2 741
PET- Positronemisjonstomografi	1 670	-	1 670
Delsum Nukleærmedisin	4 411	-	4 411
Totalt	322 596	61 154	383 750

*Antall bilddiagnostiske undersøkelser fordeles Aleris og Unilabs, hhv 24 219 og 36 936.

3.2.4.5 Datagrunnlag avtalespesialister

Helse Nord RHF har driftsavtaler med om lag 90 avtalespesialister. Avtalespesialister er bidragsyttere i den desentraliserte spesialisthelsetjenesten og gir økt tilgjengelighet til ulike polikliniske prosedyrer.

¹⁰ Avansert nukleærmedisinsk bildetakingsmetode

Tabell 7: Oversikt over avtalespesialister med andel over 65 år

Spesialitet	Antall	Andel >=65år
Psykologi	33	38%
Øyesykdommer	19	22%
Psykiatri	9	10%
Indremedisin	8	9%
Gynekologi	7	8%
Øre-nese-hals	6	7%
Hud og veneriske sykdommer	3	3%
Urologi	2	2%
Totalt	87	100%

3.3 Særskilt om rehabilitering

3.3.1 Rehabilitering i sykehus

Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS-1947)¹¹ [8] ligger til grunn i arbeidet. Samtidig må tilbudet innrettes slik at rehabilitering i spesialisthelsetjenesten ikke bygges ned før kommunene har bygget opp.

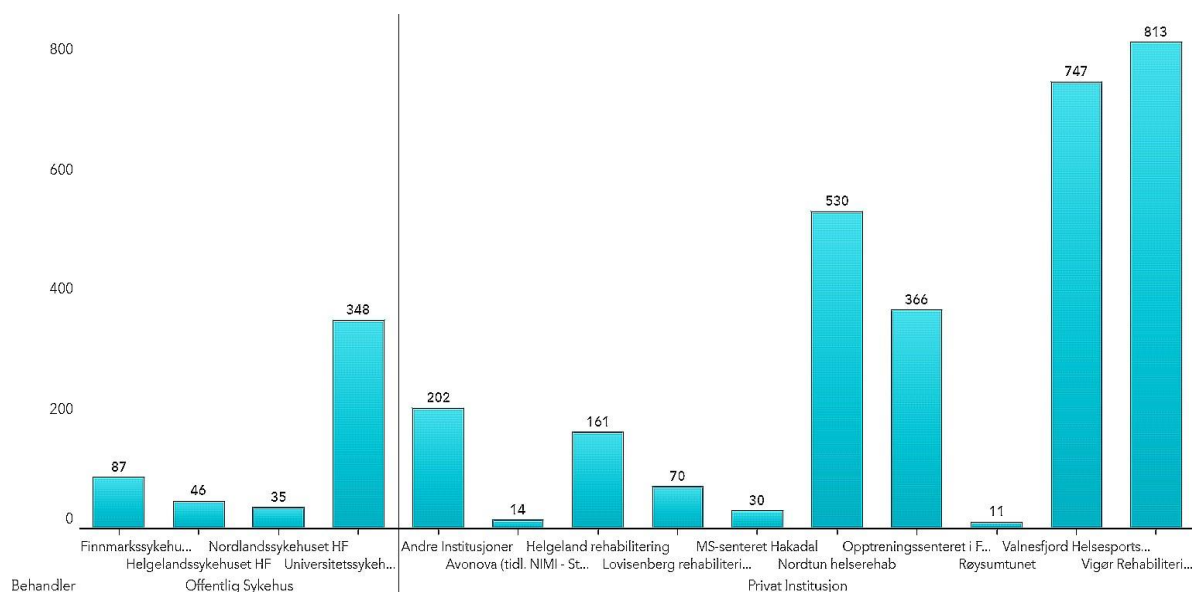
3.3.2 Rehabilitering i Helse Nord (HF) - Senger

Tabell 8: Aktivitet i rehabiliteringssenger: En oversikt over institusjoner for 2022

Institusjon	Sted	Liggedøgn	Døgnopphold	Snitt Liggedøgn	Andel Liggedøgn
<i>Finnmarkssykehuset HF</i>	Kirkenes	1 415	87	16,3	13%
<i>Helgelandssykehuset HF</i>	Sandnessjøen	1 006	46	21,9	9%
<i>Nordlandssykehuset HF</i>	Vesterålen	874	35	25,0	8%
<i>Universitetssykehuset Nord-Norge HF</i>	Finnsnes	1 367	60	22,8	13%
	Harstad	2 574	127	20,3	24%
	Storslett	329	24	13,7	3%
	Tromsø	3 319	137	24,2	31%
Total		10 884	516	21,1	100%

Tabellen viser aktivitet spesifisert på sted knyttet de ulike helseforetakene

¹¹ [Helsedirektoratet IS-1947 Rapport](#)



Figur 1: Rehabilitering senger 2022 - Antall døgnopphold

Tabell 9: Aktivitet i rehabiliteringssenger: En oversikt over bidiagnoser for 2022

Bidiagnose	Liggedøgn	Døgnopphold	Snitt Liggedøgn	Andel Liggedøgn
<i>Universitetssykehuset Nord-Norge HF</i>				
Hjerneinfarkt	2 347	106	22.1	21.6%
Hjerneblødning	1 465	44	33.3	13.5%
Traumatiske hjerneskader	617	20	30.9	5.7%
Øyesykdommer	532	25	21.3	4.9%
Nevrologiske sykdommer	510	35	14.6	4.7%
Følgetilstander etter hjerneslag	351	16	21.9	3.2%
Infeksjonssykdommer	202	8	25.2	1.9%
Amputasjoner	155	9	17.2	1.4%
Skader og forgiftninger	154	11	14	1.4%
Onkologi	140	10	14	1.3%
Annet	1 116	64	17.4	10.3%
Delsum	7 589	348	21.8	69.7%
<i>Nordlandssykehuset HF</i>				
Følgetilstander etter hjerneslag	771	31	24.9	7.1%
Muskel- og skjelettsykdommer	47	<5	47	0.4%
Urinveissykdommer	28	<5	28	0.3%
Hjerneinfarkt	21	<5	21	0.2%
Hjertesykdommer	7	<5	7	0.1%
Delsum	874	35	25.0	8.0%
<i>Helgelandssykehuset HF</i>				
Nevrologiske sykdommer	282	11	25.6	2.6%
Hjerneblødning	261	7	37.3	2.4%
Hjerneinfarkt	228	12	19	2.1%
Følgetilstander etter hjerneslag	78	6	13	0.7%
Annet	157	10	15.7	1.4%
Delsum	1 006	46	21.9	9.2%

<i>Finnmarkssykehuset HF</i>				
Hjerneinfarkt	489	23	21.3	4.5%
Nevrologiske sykdommer	321	23	14.0	2.9%
Følgetilstander etter hjerneslag	204	13	15.7	1.9%
Hjerneblødning	114	6	19	1.0%
Annet	287	22	13.0	2.6%
Delsum	1 415	87	16.3	13.0%
Total	10 884	516	-	100%

Tabellen viser diagnoser knyttet til rehabilitering i senger på offentlige sykehus i Helse Nord organisert etter helseinstitusjon. Hver institusjon har flere bidiagnoser listet opp, sammen med data som "Liggedøgn", "Døgnopphold", "Snitt Liggedøgn" og "Andel Liggedøgn". "Liggedøgn" refererer til det totale antallet dager pasienter tilbrakte i sengen, mens "Døgnopphold" indikerer antallet pasienter. "Snitt Liggedøgn" gir et gjennomsnittlig tall på liggedøgn per pasient, og "Andel Liggedøgn" viser den prosentvise fordelingen av liggedøgn for hver bidiagnose i forhold til den totale tiden brukt i rehabiliteringssenger.

3.3.2.1 Rehabilitering i Helse Nord (HF) – Poliklinikk

Tabell 10: Rehabilitering poliklinikk og dagbehandling aktivitet i HN Foretak 2022

Institusjon	Sted	Pol Kontakter	Dag Kontakter	Pol i%	Dag i%
<i>Finnmarkssykehuset HF</i>	Alta	24	-	0.2%	-
	Kirkenes	1 350	53	12.2%	4.8%
<i>Helgelandssykehuset HF</i>	Sandnessjøen	688	218	6.2%	19.6%
<i>Nordlandssykehuset HF</i>	Bodø Vesterålen	3 181	355	28.8%	31.9%
<i>Universitetssykehuset Nord-Norge HF</i>	Harstad	681	9	6.2%	0.8%
	Narvik	265	-	2.4%	-
	Storslett	-	-	-	-
	Tromsø	4	47	44.1	42.8%
			886	6	%
Total		11 075	1 111	100%	100%

Totalt var det 12 186 kontakter, hvor Universitetssykehuset Nord-Norge HF i Tromsø hadde den største andelen med polikliniske kontakter på 44,14% og dagbehandling på 42,81%. Finnmarkssykehuset HF i Kirkenes og Nordlands- sykehuset HF i Bodø hadde også en betydelig andel av kontakter, med henholdsvis 12,21% og 28,76% for polikliniske kontakter.

3.3.3 Rehabilitering i private institusjoner

3.3.3.1 Behovsvurdering i Helse Nord

Behovsvurderingen for kjøp av rehabiliteringsplasser i institusjon i Helse Nord ble gjennomført i 2021 og oppdatert i februar 2022. Vurderingen tar utgangspunkt i befolkningstall og faglige og politiske føringer, antall henvisninger og tildelte rettigheter samt kapasiteten i egne helseforetak og avtaleinstitusjonene. Behovsvurderingen ser

også til Regional utviklingsplan 2035 for Helse Nord,¹² [2] som bl.a. peker på flere tiltak til pasientgrupper med komplekse behov, herunder:

- Øke andelen spesialisert rehabilitering i sykehusene og harmonisere begrunnelser for utredning og behandling (indikasjonsstilling). Kompetanse må overføres til kommunene slik at disse kan ivareta sitt ansvar for rehabilitering.

Helse Nord's behovsvurderinger resulterte i et anslått behov i de ulike ytelsene som vist i tabellen under. Tabellen viser også antall døgn og dag som faktisk ble tildelt.

Tabell 11: Privat rehabilitering 2022: Anslått behov per ytelse.

Delytelse	Behov døgn	Behov dag	Tildelte døgn	Tildelte dag
A - Brudd og slitasjeskader i skjelett	6 500	-	5 050	-
B - Inflammatoriske revmatiske sykdommer	4 000	-	3 600	-
C - Amputasjoner	600	-	0	-
D - Kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME)	600	-	400	-
E - Kreftsykdom	3 000	400	2 800	-
F - Hjerneslag og ervervet hjerneskade	5 000	-	5 750	-
G - Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer	5 500	-	5 800	-
H - Hjertesykdommer	4 500	500	4 450	148
I - Lungesykdommer	4 000	400	4 050	-
J - Kronisk muskel- og bløtdelssmerte	5 000	3 000	5 775	1 804
K - Sykelig overvekt	4 000	4 000	2 490	2 240
M - Sanseforstyrrelser (alvorlig grad)	1 300	-	1 600	-
N - Barn, ungdom og unge voksne	4 500	300	4 700	50
O - Komplekst sykdomsbilde	1 000	-	1 200	-
R - Arbeidsrettet rehabilitering	2 000	600	-	-

For hver pasientgruppe og type ytelse vises både behovet og de faktisk tildelte ressursene i form av døgn og dagbehandling. Dette gir en indikasjon på samsvar mellom tilgjengelige ressurser og pasientenes behov innen forskjellige medisinske områder og ytelsestyper.

Helse Nord RHF har pr. i dag avtaler med ViGØR Rehabiliteringssykehus (Nord-Norges Kurbad), Valnesfjord Helseportssenter, Nordtun HelseRehab, Helgeland Rehabilitering, Helsepartner Rehabilitering avd. Alta og Skibotn (OiF og Skibotn), Avonova (Stamina), Røysumtunet, MS-senteret Hakadal, LHL klinikkene (Feiring og Glitre) og Stiftelsen RIBO.

¹² [Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord](#)

3.3.3.2 Rehabilitering senger - private institusjoner

Tabell 12: Aktivitet i rehabiliteringssenger privat: En oversikt over institusjoner for 2022

Institusjon	Sted	Oppholdsdøgn	Døgnopphold	Snitt Liggetid	Oppholdsdøgn (i %)
Vigør Rehabiliteringssykehus	Tromsø	13 377	813	16,5	25,7%
Valnesfjord Helseportsenter	Valnesfjord	11 829	747	15,8	22,7%
Nordtun helserehab	Meløy	9 209	530	17,4	17,7%
Opptreningscenteret i Finnmark	Alta	7 766	366	21,2	14,9%
Andre Institusjoner	-	4 289	202	21,2	8,2%
Helgeland rehabilitering	Sømna	2 718	161	16,9	5,2%
Lovisenberg rehabilitering	Gardermoen	1 655	70	23,6	3,2%
MS-senteret Hakadal	Nittedal	564	30	18,8	1,1%
Røysumtunet	Gran	359	11	32,6	0,7%
Avonova (tidl. NIMI - Stamina)	Hole	254	14	18,1	0,5%
Total	-	52 020	2 944	17,7	100%

Tabellen viser aktivitet i rehabiliteringssenger ved ulike private institusjoner for 2022. Antall oppholdsdøgn, døgnopphold, snitt liggetid, og andel av totalt antall oppholdsdøgn i hver institusjon går frem

Tabell 13: Oversikt over delytelser i rehabiliteringssenger private for 2022

Delytelse	Oppholdsdøgn	Døgnopphold	Snitt Liggetid	Oppholdsdøgn (i %)
J - Kroniske muskel- og bløtdelssmerter	8 954	495	18,1	17,2%
A - Brudd el slitasjeskade i skjellett	8 162	472	17,3	15,7%
G - Nevrologiske, nevrologiske sykdommer	6 080	280	21,7	11,7%
F - Hjerneslag	5 247	257	20,4	10,1%
B - Reumatologiske sykdommer	3 116	154	20,2	6,0%
E - Kreft	2 735	190	14,4	5,3%
O - Pasienter med kompleks, sammensatt sykdomsbilde	2 644	121	21,9	5,1%
N - Tilbud til barn, yngre og voksne	2 552	198	12,9	4,9%
H - Hjertesykdommer	2 389	146	16,4	4,6%
R - Rehabilitering med arbeid som mål	1 951	131	14,9	3,8%
M - Alvorlige tilstander av sanseforstyrrelser	1 771	127	13,9	3,4%
K - Alvorlig overvekt	1 672	125	13,4	3,2%
X - Delytelse ikke registrert	1 655	<100	23,6	3,2%
I - Lungesykdommer	1 614	77	21,0	3,1%
D - Følgetilstander etter andre operasjoner	1 355	96	14,1	2,6%
C - Amputasjoner	123	<10	24,6	0,2%
Total	52 020	2 944	17,7	100%

Tabellen viser delytelser i rehabiliteringssenger for 2022. For hver delytelse oppgis oppholdsdøgn, døgnopphold, snitt liggetid og andel av totalt antall oppholdsdøgn

3.3.3.3 Rehabilitering dagbehandling - private institusjoner

Tabell 14: Dagbehandling ved rehabiliteringsinstitusjoner for 2022

Institusjon	Sted	Dagbehandling	Dagbeh. (i %)
Avonova (tidl. NIMI - Stamina)	Bodø	10 224	89%
Andre Institusjoner	-	615	5%
Opptreningscenteret i Finnmark	Alta	439	4%
RIBO	Saltdal	70	1%
Lovisenberg rehabilitering	Gardermoen	55	1%
Helgeland rehabilitering	Sømna	46	-
Valnesfjord Helseportsenter	Valnesfjord	45	-
Vigør Rehabiliteringssykehus (tidl. Kurbadet)	Tromsø	42	-
Total	-	11 536	100%

Tabellen viser dagbehandling ved ulike rehabiliteringsinstitusjoner for 2022. Antall dagbehandling og andel av totalen for hver institusjon og sted er spesifisert .

Tabell 15: Dagbehandling fordelt på forskjellige delytelser for 2022

Delytelse	Dagbehandling	Dagbehandling (i %)
K - Alvorlig overvekt	8 066	69,9%
J - Kroniske muskel- og bløtdelssmerter	2 244	19,5%
R - Rehabilitering med arbeid som mål	560	4,9%
D - Følgetilstander etter andre operasjoner	255	2,2%
X - Delytelse ikke registrert	153	1,3%
M - Alvorlige tilstande av sanseforstyrrelser	76	0,7%
H - Hjertesykdommer	54	0,5%
N - Tilbud til barn, yngre og voksne	49	0,4%
O - Pasienter med kompleks,sammensatt sykdomsbilde	34	0,3%
F - Hjerneslag	27	0,2%
A - Brudd el slitasjeskade i skjellett	6	-
G - Nevrologiske, nevrologiske sykdommer	<5	-
L - Diabetes	<5	-
B - Reumatologiske sykdommer	<5	-
E - Kreft	<5	-
Total	11 536	100,0%

Tabellen viser dagbehandling fordelt på forskjellige delytelser for 2022. For hver delytelse er antallet dagbehandling og andelen av den totale dagbehandlingen presentert.

3.4 Fristbruddsordningen¹³

Når spesialisthelsetjenesten ikke finner et tilbud til pasienten innen fristen for når helsehjelp senest skal gis, plikter spesialisthelsetjenesten å varsle Helfo gjennom

¹³ <https://www.helfo.no/fristbrudd/fristbrudd>

Fristbruddportalen.¹⁴ Helfo vil da forsøke å finne et annet behandlingssted til pasienten. Helse Nord bruker omlag 200 mill. kr. årlig til kjøp av private helsetjenester på Helfos avtaler som følge av fristbrudd. Kostnadene belastes helseforetaket pasienten hører til.

Helfo og Helse Nord RHF kan ha avtaler med samme private behandlingstilbud. Helse Nord RHF har ikke tilgang til detaljer i Helfos avtaler som pris og kvalitet. Helse Nord RHF erfarer i dialogen med helseforetakene at kostnader med behandling i Helfo-ordningen er høyere enn behandling på Helse Nord RHF's avtale med samme leverandør.

Helfo har ikke helsefaglig kompetanse og Helfos avtaler er begrenset i forhold til den helhetlige behandlingen som følger av Helse Nord RHF's avtaler, blant annet ved forundersøkelser og etterkontroller. Helseforetakene melder for eksempel at pasienter etter behandling hos en Helfo-leverandør ofte henvises tilbake til helseforetaket for videre oppfølging. Pasienten kommer derfor igjen på ventelisten hos helseforetaket.

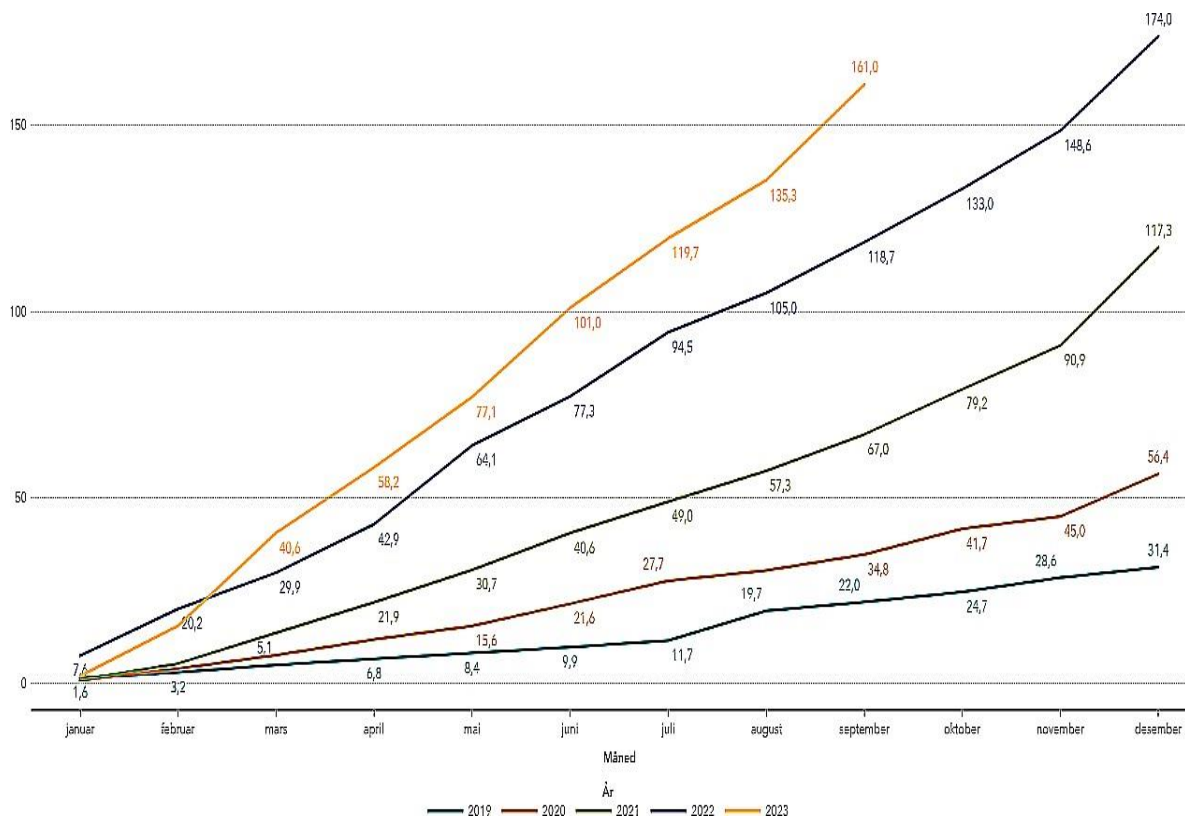
Bl.a. som følge av de opplevde utfordringene med Helfo har Helsedirektoratet i brev av 1.6.23 invitert de regionale helseforetakene til å delta i et arbeid der:

Helsedirektoratet skal gå gjennom hele formidlingsprosessen i Helfo inkludert en analyse av komplettheten i innrapportering fra helseforetakene og avtaleverket mellom Helfo og private fristbruddleverandører, med sikte på å identifisere og implementere eventuelle forbedringspunkter. Helsedirektoratet skal også vurdere om og eventuelt hvordan det kan oppnås økt kostnadskontroll for helseforetakene og samarbeid om pasientforløpene mellom de private leverandørene og helseforetak.

Helse Nord RHF deltar i arbeidet sammen med de øvrige regionene.

Figur 2: Fristbrudd i Helse Nord.

¹⁴<https://www.helfo.no/fristbrudd/varsling-av-fristbrudd-i-fristbruddportalen/hvordan-varsle-fristbrudd>



Gjennom innsiktsteamets arbeid med oppfølging av omstillingsarbeidet innenfor dagens struktur¹⁵, viser rapporter over fristbrudd for pasienter som ble henvist til HELFO i 2022 at kostnadene utgjorde 183 mill. kr. Pr. oktober 2023 har kostnaden vokst med ytterligere 36% sammenliknet med 2022. Analysene har avdekket variasjon mellom regionene mht formidlingsrater. Disse følges opp videre etter bestilling fra HOD, og utføres av Helsedirektoratet. Oppdraget skal ferdigstilles innen 1.12.2023.

4 Utviklingstrekk og utfordringer med dagens situasjon (null-alternativet)

4.1 Private helsetjenester

Overordnet mål med eksterne tjenestekjøp er å gi pasientene et tilbud innen rimelig tid. Foretaksgruppen oppfyller i dag ikke kravene til fristbrudd, ventetider og planlagt tid for pasientavtaler. Så lenge Helse Nord ikke oppnår nasjonale mål vil Helse Nord RHF opprettholde krav til helseforetakene om å utnytte kapasitet og kompetanse i avtalene med private leverandører for å korte ned ventetidene.

4.1.1 Utfordringer - kjøp av private tjenester

Pasienter som har fått rett til behandling i spesialisthelsetjenesten kan velge en annen helseregion eller privat aktør som har avtale med et regionalt helseforetak for å få

¹⁵ <https://www.helse-nord.no/en/ending-og-omstilling-i-helse-nord/regionalt-team-skal-bista-til-nodvendige-endringer/>

behandling, og få reisen dekket. Dette kan bety økte utgifter for helseforetaket pasienten tilhører. Selv om Helse Nord har liten «lekkasje» til andre regioner kan redusert bruk av avtaler med private i nord føre til at flere pasienter velger en privat aktør med avtale i andre helseregioner.

4.1.2 Mulighetsrommet private leverandører

Tilgang til kvalifisert helsepersonell er regionens største utfordring. For å nå mål om pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell og forskning og innovasjon, må Helse Nord skaffe, utvikle, beholde og anvende denne knappe ressursen riktig. For å unngå uheldig konkurranse mellom helseforetak og private avtaleparter om spesialister, Helse Nord RHF, helseforetakene og private samarbeidsparter som bidrar til Helse Nord's sørge-for-ansvar etableres samarbeidet tettere. Eksempelvis gjennom å definere ansvarsområder, hvilke tjenester og rolle helseforetak og eksterne leverandører skal ha.

Som ett tiltak for å begrense konkurransen om personell krever Helse Nord RHF at helsepersonell i helseforetakene må ha skriftlig godkjenning fra foretaket før de kan ta på seg oppdrag for en privat leverandør. Kapasiteten Helse Nord RHF etterspør skal heller ikke baseres på bruk av helsepersonell i regionens helseforetak.

Systemstøtte for effektivt å koordinere pasientflyt og informasjon mellom helseforetak, kommuner og private leverandører bør videreutvikles. Samarbeid, kunnskapsdeling og felles pasientfokus uavhengig av hvor pasienten til enhver tid behandles bør fremmes. Dialog og felles planleggingsprosesser kan styrkes. En felles nasjonal og veiledende retningslinje for å involvere private aktører i plan- og utviklingsarbeid er utarbeidet, og skal tas i bruk for å få bedre struktur og forutsigbarhet i utviklings- og samarbeidet mellom helseforetak, avtalespesialister og private institusjoner.

I styresak 111-2023/5 *Anskaffelser av avtalebaserte helsetjenester – årlig oppsummering*,¹⁶ vurderer administrerende direktør fagområdet slik:

Avtalebaserte helsetjenester er et lite men viktig supplement til helseforetakenes leveranser av spesialisthelsetjenester. Adm. direktør planlegger å videreføre den økonomiske rammen for av kjøp av avtalebaserte tjenester i 2024 på tilsvarende nivå som 2023.

Vurdering av omfang av kjøp av private helsetjenester inngår i arbeidet med å gjennomgå funksjons- og oppgavedeling der en arbeidsgruppe skal utrede:

- *endring av tjenestetilbud til egne sykehus med mer spesialisert rehabilitering*
- *oppbygging av egen kapasitet for å kunne redusere kjøp av helsetjenester fra private*

¹⁶ [Styresak 111-2023/5 Anskaffelser av avtalebaserte helsetjenester – årlig oppsummering](#)

Adm. direktør tar sikte på at nye/forlengelse av avtaler på kort sikt må gjøres med avtaleperioder som åpner for at det er mulig å gjøre endringer i omfanget av kjøp av private helsetjenester innenfor en relativt kort tidshorisont.

4.2 Avtalespesialistordningen

Avtalespesialistene er selvstendig næringsdrivende og har samme juridiske forpliktelser som helseforetak og andre private helsetjenesteleverandører til å yte spesialisthelsetjenester, ha tilgjengelig løsning for journalføring, orden i ventelister, prosedyrer og rutiner for den faglige aktiviteten, etc.

Kapittel 3.2.4.5 viser en tabellarisk oversikt over avtalespesialister i Helse Nord RHF.

Rammeavtalen mellom de regionale helseforetakene og Den norske Legeforening og Norsk Psykologforening er reforhandlet flere ganger for å videreutvikle ordningen, blant annet for å integrere avtalespesialistene tettere med spesialisthelsetjenesten forøvrig. Avtalespesialistene har fått plikt til å inngå samarbeidsavtale med lokalt helseforetak. Rammeavtalen etablerer en revisjonsordning og regulerer avtalespesialistenes mulighet til å bidra i utdanningen av spesialister.

4.2.1 utfordringer - avtalespesialistordningen

De regionale helseforetakene fikk i foretaksmøtet 2022¹⁷ [6] i oppdrag å utrede hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes best mulig i tjenesten. Utredningen «Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen»¹⁸ [10] peker på en rekke utfordringer, målsetninger og tiltak. Prosjektgruppen mener på generelt grunnlag at en grundig utvikling, revisjon og modernisering av rammeavtalene er viktig.

Prosjektgruppen presiserte noen utvalgte tema:

- Behov for å justere aktivitet i særlige tilfeller
 - I særlige tilfeller kan behov for relativt rask omprioritering av pasientgrupper oppstå, i tråd med RHF-enes sørge-for-ansvar. RHF-ene har p.t. ingen avtalt løsning med avtalespesialistene for å sikre at avtalespesialistene medvirker til å løse slike utfordringer.
- Pasientrettigheter
 - Pasienter som henvises til avtalespesialister blir ikke rettighetsvurdert og egenbetaling er ulik.
- Integrasjon mellom avtalespesialister og øvrig spesialisthelsetjeneste
 - Oppfølgingen av avtalespesialistene er i det daglige plassert i RHF-ene, noe som ofte gir en lite hensiktsmessig integrering mot lokalt helseforetak.

¹⁷ [Oppdragsdokument 2022](#)

¹⁸ [Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen](#)

Utredningen ble behandlet i AD-møtet 13. februar 2023 og deretter oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse Nord RHF erfarer at de fleste avtalespesialistene forblir i hjemlene til avtalen løper ut ved fylte 72 år, og flere nærmer seg nå pensjonsalder. Behovet for å rekruttere vil øke fremover, både til ledige avtalehjemler og i helseforetakene. Behovet for rekruttering innenfor fagområdene psykologi og øyesykdommer er størst. Rekrutteringsutfordringen er særlig merkbar til avtalehjemler utenfor Tromsø og Bodø, og hjemlene blir i økende grad lyst ut gjentatte ganger for å lykkes i få tilsatt spesialister.

4.2.2 Mulighetsrommet avtalespesialister

En fordel med avtalespesialistordningen er at den bidrar til å redusere risikoen for at spesialister forsvinner ut av regionen eller blir ansatt hos helprivate aktører. Avtalespesialistordningen bidrar også til vesentlig høyere aktivitet sammenlignet med interne poliklinikker som har flere andre oppgaver. Avtalespesialistene står i hjemlene over tid og gir kontinuitet i pasientbehandlingen som er en fordel for pasienter med kroniske sykdommer. Ordningen gir også leger i ulike livsfaser et alternativ utenfor helseforetak for å få en tilpasset arbeidshverdag i «egen» region.

4.2.3 Felles henvisningsmottak i psykisk helsevern for voksne

Felles henvisningsmottak i psykisk helsevern for voksne skal være innført i DPS¹⁹ i hele Helse Nord 1.1.2024. Felles henvisningsmottak gir en ny vei inn for henvisninger for å koordinere arbeidet mellom helseforetakene og avtalespesialistene. Avtalespesialistene vil ikke lenger vurdere henvisninger.

Felles henvisningsmottak vil sikre at pasientene blir rettighetsvurdert i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven, dvs. innen ti dager. Den som blir innvilget rett til helsehjelp får tildelt en juridisk bindende frist for når helsehjelpen senest skal starte, og avslag gir klagerett. Retten til å velge behandlingssted forblir som i dag.


4.3 Særlig om rehabilitering

Rehabilitering handler primært om å gjenopprette tidligere funksjon etter alvorlig skade og sykdom. Både kommune- og spesialisthelsetjenesten har et sørge-for-ansvar for pasienter i behov av rehabilitering.

4.3.1 Vektmodellen

Modellen som ligger i Helsedirektoratets rapport IS-1947 [10] peker på to innretninger for å avklare hvilke rehabiliteringstjenester hhv. spesialist- og kommunehelsetjenesten skal innrette seg for:

¹⁹ Distriktpsikiatrisk senter

Kommune	 Brukers mål om best mulig funksjons- og mestringssevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet.	Spesialisthelsetjeneste
Behov for tverrfaglig breddekompetanse?		Behov for spesialisert kompetanse?
Behov for tverrsektoriell samhandling?		Behov for bredt sammensatt tverrfaglig team samlet på ett sted?
Behov for langvarig og koordinert oppfølging?		Behov for intensiv oppfølging?
Behov for nærhet til brukers <u>livsarena</u> ?		Behov for nærhet til spesialisert, medisinsk kompetanse?
Behov for erfaring knyttet til store diagnosegrupper og relativt hyppig forekommende problemstillinger?	Behov for erfaring knyttet til smalere og mer spissede problemstillinger?	

Figur 3 Vektmodellen

- Spesialisthelsetjenesten skal i stor grad spisse sin innsats mot pasienter med behov for samtidig spesialisert kompetanse, samt kompleksitet og intensitet i oppfølgingen i akutte faser og ved betydelig endringer i funksjonsnivå. Spisset innsats kan for eksempel omfatte pasienter med progredierende nevrologiske tilstander, nevrologiske tilstander som CP, hjerneslag med komplekse utfall, spinalskade, traumatisk hodeskade, amputasjoner, multitraumer og sjeldne sykdommer/tilstander.
- Pasienter med behov for oppfølging fra instanser med kompetanse knyttet til muligheter og begrensninger i nærmiljø og oppfølging over tid, vil være best egnet til å løse kommunalt. Dette kan omfatte tilbud til pasienter og brukere med kroniske sykdommer og tilstander i de store diagnosegruppene som f.eks. muskel- og skjelettsykdommer, livsstilssykdommer, lettere psykiske lidelser, kols og lungesykdommer samt rehabilitering i senere fase av hjerte- og karsykdommer.

4.3.2 Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering

Opptappingsplanen vektlegger god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.²⁰ [11] Planen har som klar målsetning at mer av rehabiliteringsvirksomheten bør foregå i kommunene. Kommunene må derfor øke kompetanse, samordne og utvikle rehabiliteringstjenestene. Dette krever samhandling og kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Gjennom opptappingsplanen har regjeringen gitt øremerkede tilskudd til kommunene for å styrke sitt rehabiliteringsfelt.

²⁰ [Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering](#)

På oppdrag fra Helsedirektoratet presenter KPMG en evaluering av Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017–2019).²¹ [12] Evalueringen ble gjennomført i perioden mars–november 2020. Evalueringen peker bl. a. på:

Opptrappingsplanen har ikke bidratt med noen form for systematisk endring i hvordan sentrale aktører forholder seg til habilitering og rehabilitering. Det blir mer av det samme; fragmentert eksperimentering innenfor de samme institusjonelle rammene, med manglende samordning og koordinering for å legge til rette for mer systematisk og effektiv læring, og manglende lederforankring og ansvarliggjøring i forsøk på å finne bedre institusjonelle og operative rammer for bedre og mer effektiv tjenestelevering. Opptrappingsplanen i seg selv, har fungert som en tilskuddsordning og ikke som en plan.

Vi vil spesielt fremheve 6 faktorer som bidrar til at vi mener det er sannsynlig at disse problemene vil vedvare:

- *Manglende tilrettelegging og insentiver for en mer enhetlig nasjonal tilnærming*
- *Lite hensiktsmessig og uklar fordeling av ansvar*
- *Dagens lovfestede ordning med individuell plan og koordinator fungerer dårlig*
- *Budsjett- og ansvarsfordeling legger ikke til rette for kost-effektiv oppgave løsning*
- *Svak styring og manglende lederforankring på nasjonalt nivå*
- *Og svake systemer for erfaringsutveksling og læring*

Evalueringen viser at rehabiliteringstjenester i kommuner i Norge til en viss grad er styrket, men fortsatt mangler tilbud og kompetanse. Særlig pekes på manglende tilbud til yngre pasienter med plager fra muskel- og skjelettsystemet. Tilbud til denne pasientgruppen bør som hovedregel, i henhold til rapporten *Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet* [8] ha sitt tyngdepunkt i kommunehelsetjenesten, men er fortsatt en av de største gruppene som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

4.3.3 Utfordringer på rehabiliteringsområdet

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å 1) foreslå hvordan habiliterings- og rehabiliteringstjenester kan organiseres og tilbys på andre måter enn i dag, og 2) beskrive ansvarsfordelingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten slik den er i dag, og gi en faglig vurdering av eventuelle behov for endringer. Helsedirektoratets vurderinger forventes å bli offentliggjort gjennom stortingsmeldingen nasjonal helse- og samhandlingsplan i slutten av 2023.²²

Fagområdet har utviklet seg over de siste ti år, med tydeligere definerte indikasjoner og innretning av tjenestetilbud. Videreutviklingen av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten fremover vil særlig være rettet mot tidlig rehabilitering etter

²¹ [Evaluering av opptrappingsplanen](#)

²² [Om nasjonal helse- og samhandlingsplan](#)

skade/sykdom, og i mindre grad isolerte rehabiliteringsopphold senere i forløpet uavhengig av opprinnelig skade/sykdom. Utviklingen vil fortsette mot større grad av poliklinisk baserte tilbud framfor døgnbehandling. Tverrfaglig rehabilitering som foregår på døgnet er imidlertid vanskelig å flytte til polikliniske tilbud fordi de fleste som er i opphold i døgnet har flere uker liggetid. Noe kan organiseres som dagtilbud, gjerne som et gruppetilbud, men forutsetter da mulighet for å overnatte på et pasienthotell.

Rehabiliteringsfeltet har stort innslag av private leverandører og er organisert ulikt i helseforetak/sykehus. Døgnbaserte tilbud i offentlige helseforetak er dels organisert som separate sykehus dels i fysikalsk medisinske avdelinger og i fagspesifikke avdelinger. Å angi et presist omfang av døgnaktivitet for fagfeltet er derfor utfordrende, fordi rehabilitering i fagspesifikk avdeling ikke nødvendigvis kodes med en rehabiliteringsdiagnose.

4.4 Helseforetaksperspektivet

Kapittelet omhandler kun rehabiliteringssenger i sykehusene i Helse Nord og er avgrenset mot private avtaler.

Alle rehabiliteringsmedisinske sengeposter i Helse Nord område, med unntak av UNN Tromsø, holder stengt i lavdriftsperioder og flere uker gjennom sommeren. Sommerferieavvikling og øvrige lavdriftsperioder er særlig problematisk for pasientflyt og risiko for prognosetap som følge av sen oppstart av rehabilitering. Gjennom flere lavdriftsuker har totalt 8 – 14 senger vært i drift i senere år, der 5-6 senger ofte er i bruk som regionale senger. Lavdrift er mest uttalt om sommeren, men også i andre lavdriftsperioder. Svært få pasienter får derfor tilbud om rehabiliteringsseng i sykehus i disse periodene.

UNN Tromsø har 14 rehabiliteringssenger med en bemanning dimensjonert for 3 regionale senger, for traumatisk hodeskade. Tall fra UNN viser at regionale pasienter i 2022 og så langt i 2023 opptar ca. 50% av sengekapasiteten. Regionale pasienter har som hovedregel større pleietyngde og gir direkte bemanningsutfordringer som begrenser muligheten for å ivareta rollen som lokalsykehus. Nasjonal traumeplan²³ [13] angir behovet (ut fra nordnorsk befolkningsgrunnlag) å være 9 regionale traumesenger (se 0-alternativ).

Oppgavedeling mellom helseforetakene mht. til hvilke pasientgrupper som bør få et tilbud hvor, er uklar. En tydeligere definisjon på hva som skal være regionale oppgaver er nødvendig (avvik mellom faglig konsensus i regionen og de 3 dedikerte sengene).

Fagmiljøet illustrerte utfordringsbildet på rehabiliteringsfeltet i Helse Nord i en bekymringsmelding i juni 2022. Deler gjengis:

²³ [Nasjonal traumeplan, rehabilitering](#)

FMR-Nord stiller seg bak det vedlagte dokumentet «Norge trenger en rehabiliteringsreform» som er en kommentar til Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og beskriver dagens rehabiliteringsbehov, også i Helse Nord, veldig godt. Rehabilitering er flere ganger fremhevet fra oppdragsgivende myndigheter som et område som skal og må prioriteres, både i formelle oppdragsdokumenter (Nasjonal traumeplan, diverse veiledere, retningslinjer, osv.) og i media. I det siste har vi også fått «Pakkeforløp hjerneslag» som legger enda større ansvar på rehabiliteringsavdelingene/institusjonene. (..)

Vi er enig om at rehabiliteringspasientene med størst utfall og størst behov for oppfølging, bør få et tilbud på UNN, Tromsø både pga. rehabiliteringskompetanse og nærhet til nevrokirurg/nevrolog.

Disse «regionale» pasientene er blant annet pasienter med hodeskade, alvorlige hjerneblødninger, sekveler etter nevrokirurgiske inngrep, yngre hjerneslagpasienter og andre hjerneslagpasienter med alvorlige og sammensatte utfall, multitraumepasienter og pasienter med komplikasjoner etter intensivopphold (inkludert covid-pasienter). FMR-Tromsø gir også tilbud til ryggmargsskadde i påvente av opphold ved Ryggmargsskadeavdelingen ved St. Olavs. I tillegg skal FMR-Tromsø og de andre FMR-avdelingene og rehabiliteringsinstitusjonene i helseregionen også gi et rehabiliteringstilbud til alle lokalsykehuspasientene som også har behov for tverrfaglig rehabilitering.

Flertallet av disse pasientene har høy risiko for tap av mulig bedring ved manglende tilbud og forsinkelser i rehabilitering. Et reddet liv skal også leves! Varig funksjonstap på grunn av følgetilstander skal, og kan begrenses.

Vi ser følgende utfordringer i nord:

- *Det er vanskelig å få oversikt over hvem som har det overordnede ansvaret for at enkeltpasienter får rett tilbud på rett nivå/sted til rett tid.*
- *Kombinasjon av presset økonomi og måten foretakene organiseres og ledes på går ut over rehabiliteringstilbudet.*
- *Spesialisert rehabilitering er ressurskrevende og det er manglende sammenheng mellom kostnadene ved å ha tilfredsstillende faglig tilbud og «inntjeningen» dette gir gjennom dagens finansieringssystem.*
- *Rekruttering og stabilisering av kompetent personale er helt essensielt for å holde rehabiliteringssengene åpne og sørge for et godt faglig nivå. (..)*
- *Innleie av vikarer er dyrt, både regnet i kroner, men også i form av potensielt manglende kompetanse og kontinuitet i pasientoppfølgingen.*
- *Det er få «harde målepunkter» for rehabiliteringspasienter og ikke mye som kan telles og regnes på.*
- *Når pasienten blir overført til rehabilitering direkte fra andre sykehusavdelinger, noe som er vanlig praksis, blir det ikke registrert fristbrudd hvis pasientene ikke får det tilbudet de har behov for på rett tid. Dette kan påvirke hvordan ledelsen prioriterer tiltakene.*

4.5 Brukerperspektivet

Brukerdeltakerne har sendt sitt skriftlige innspill til rapporten, se vedlegg i kapittel 9. Hovedutfordringer brukerne peker på er:

- Kronisk sykdom som f.eks. muskel- og skjelettsykdommer koster samfunnet store summer i året.
- Forebygging må styrkes.
- Rehabiliteringen må være persontilpasset og bør være av ulik varighet avhengig av den enkeltes forutsetning for å gjennomføre et dagsprogram.
- Bedre behandlingsalternativer av somatisk sykdom og økt levealder, som kan gi eldre pasienter mer komplekse behov, trenger mer helsepersonell i behandlingen, samtidig som tilgangen på kvalifisert helsepersonell er begrenset og blir vanskeligere.
- Henvisninger og henvisningspraksis må ta hensyn til individuelle forhold.
- Bedre samhandling mellom nivåene.
- Best er viktig når ting skjer sjeldent. Nært er viktig når ting skjer ofte.
- Brukere og pårørende må ikke oppleve større byrde mht. reisevei og økonomisk belastning

4.6 Kommuneperspektivet

Kommunedeltakernes skriftlige innspill til delrapporten er tatt inn i kapittel 9.

Noen hovedpunkter fra kommunenes innspill er:

- Kommunene i Nord-Norge har ulik geografi, infrastruktur og demografi.
- Tilgang på spesialisert tverrfaglig kompetanse innen rehabilitering er ulik.
- Rekruttering og beholde lovpålagt kompetanse, for eksempel ergoterapeut, logoped og psykolog er krevende.
- Kommunene har fått større ansvar for brukere med mer komplekse og sammensatte tilstander.
- Behov for rehabilitering blir erstattet av gitt pleie- og omsorgstjenester og i liten grad aktiv rehabilitering på grunn av personell- og kompetansemangel som igjen fører til større belastning på kommunale pleie- og omsorgstjenester.
- Samme fagmiljøene i kommunen må ivareta forebyggende helsearbeid, habilitering og rehabilitering, og oppgavene vokser uproporsjonalt med rekruttering av fagfolk.
- Demografiutviklingen fører til at Nord-Norge vil få økt behov for rehabiliteringstjenester for å kunne møte utfordringene med flere eldre og færre yrkesaktive.
- En forutsetning for bærekraft vil være at flere klarer seg med lavest effektive tjenestetilbud fra det offentlige.
- Få kommuner i Nord-Norge har øremerkede senger til døgnrehabilitering.
- Korttidsavdelingene på sykehjemmene klarer ikke å imøtekomme nasjonale krav til rehabilitering i institusjon.

- Det kan derfor ligge et betydelig potensial i økt samarbeid om kompetanse og personell; både mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten (se helsepersonellkommisjonen, NOU 2023:4 Tid for handling²⁴ [14])
- Funksjons- og oppgavedelingsutredningen bør føre til endring som tilpasser tjenestene og samarbeidet med kommunene.

4.7 Særskilt ansvar for den samiske befolkning

Helse Nord har et særskilt ansvar for å ivareta utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

ILO-konvensjon 169 art. 5 fastslår retten til anerkjennelse, respekt og vern av urfolks sosiale, kulturell, religiøse og åndelige verdier, både som gruppe og enkeltpersoner. Retten til å bruke eget språk i forvaltningsområdene for samisk språk er lovbestemt.

Strategien *Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen*²⁵ [15] innebærer at helsepersonell må ha tilstrekkelig kunnskap om samisk språk og kultur.

En bærekraftig helsetjeneste i Nord-Norge må derfor innrettes slik at samiske pasienter blir møtt med forståelse for sin kulturelle kontekst, på sitt eget språk og blir gitt et likeverdig tilbud på linje med andre pasienter.

De private rehabiliteringsinstitusjonene Helse Nord RHF har avtaler med har til dels samisktalende personell og flere har avtaler med SANKS²⁶ som skal bidra til økt kulturforståelse.

5 Alternativer til ny funksjons- og oppgavedeling

5.1 Hva vi ønsker å oppnå

- Rendyrke institusjonene som elektive rehabiliteringsinstitusjoner.
- Oppnå et likeverdig og kunnskapsbasert tilbud til pasienter med behov for tjenester innen fysikalsk medisin og rehabilitering i alle faser av rehabiliteringsforløpet.
- Øke kapasitet i tidligrehabilitering ved HF i akuttforløp jf. Helse Nord's lave antall senger pr 1000 innbyggere, samt overta subakutte ytelser fra private institusjoner.
- Tilby rehabiliteringssenger i HF som er tilpasset demografi og geografi, med nødvendige sentraliseringsgrep.
- Bygge opp et tilbud i befolkningstette Bodø og Nordlandssykehusets opptaksområde.
- Styrke fagmiljøene for å kunne drive helårsbasert døgnkontinuerlig spesialisert rehabilitering.
- Sikre tilstrekkelig og optimal funksjonsdeling av målgrupper mellom og internt i HF, og private institusjoner.

²⁴ [NOU 2023:4 Tid for handling](#)

²⁵ [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#)

²⁶ Nasjonal kompetansetjenestefunksjon for den samiske befolkningen.

- Sikre gode pasientforløp gjennom forpliktende samarbeid mellom kommuner, lokalt helseforetak og private/ideelle/interkommunale leverandører.
- Styrke tilbudet til den samiske pasient.

5.2 Rehabilitering – alternativ 1

Arbeidsgruppen har lagt følgende premisser til grunn for alternativ 1:

Rehabiliteringsmedisinske sengeposter i helseforetakene skal ha helårsdrift og unngå å stenge i lavdriftsperioder. Sengepostene skal kunne motta alle pasientkategorier med unntak av regionale pasienter. Alle skal kunne tilby rehabilitering på nivå 2 jf. pakkeforløp for hjerneslag.

5.2.1 Faktisk endring i henvisninger til private institusjoner

Avslutte kjøp av ytelsene som henvises direkte fra sykehus; Subakutt hjerneslag, Brudd og slitasjeskader i skjelett (de deler av pasientgruppen som henvises direkte fra sykehus) og Kompleks og sammensatt sykdom/skade.

Antall henvisninger innenfor de tre ytelsene var i 2022:

Ytelse/tilbud	Totalt antall direkte
Subakutt hjerneslag/ervertet hjerneslake	96
Ortopedi (endret til Brudd og slitasjeskader i skjelett i ny avtale)	320*
Kompleks og sammensatt sykdom/skade	67
Sum	483

*Litt mer enn halvparten av de innvilgede oppholdene

Direktehenvisninger fordelt på helseforetak:

FIN HF	UNN HF	Nordlandssykehuset HF	HSYK HF	Andre HF	Sum antall
91	82	213	75	22	483

Det store volumet av spesialisert rehabilitering i helseforetakene er i gruppene, subakutt hjerneslag/ervertet hjerneslake og kompleks og sammensatt sykdom/skade. Alternativ 1 vil gi alle pasienter i akutte sykdomsforløp med behov for spesialisert rehabilitering helseforetak fremfor i privat rehabiliteringsinstitusjon.

Regional vurderingsenhet (RVE) årsrapport²⁷ [17] viser at henvisningsraten innenfor de tre aktuelle ytelsene har geografiske variasjoner. Særlig praksisen i Nordlandssykehuset skiller seg fra øvrige HF.

²⁷ [Årsrapport 2022 Regional vurderingsenhet for somatisk rehabilitering i Helse Nord \(RVE\)](#)

Konsekvensene for avtalene med de private blir færre direkte henviste pasienter med stor pleietyngde. Hvordan dette kan utfordre driften i private institusjoner må vurderes nærmere i avtaleperioden som pr. i dag i alle fall er for de fire kommende årene.

5.2.2 Endringer i helseforetak

På generelt grunnlag vil opphør av kjøp av de tre subakutte ytelsene hos de private gi økt henvisningsrate til de rehabiliteringsmedisinske sengepostene internt i helseforetakene. En naturlig og nødvendig konsekvens er å styrke rehabiliteringsmedisinske tilbud i helseforetakene, forutsatt tilbudene lar seg bemanne.

5.2.2.1 Finnmarkssykehuset

Tilfanget av pasienter som er bosatt i Finnmark til Finnmarkssykehuset vil øke. Forslaget er å styrke Kirkenes sykehus' kapasitet med 3 senger fra 6 til 9. Senge og sengeareal er til stede men personellet er per i dag ikke dimensjonert for full utnyttelse. Sengeenheten bemannes for helårsåpen drift. For å sikre et likeverdig tilbud til den samiske pasient styrkes sykehuset med en stilling som språk og kulturmedarbeider.

5.2.3 Universitetssykehuset Nord-Norge

Tilfanget av pasienter i UNNs nedslagsområde vil øke.

UNN Finnsnes har seks senger. Miljøet er lite og sårbart og vil trolig ha større rekrutteringsutfordringer i fremtiden, sammenliknet med UNN Tromsø og Harstad. Rehabiliteringsaktiviteten ved UNN Finnsnes foreslås avvirket.

I stedet for styrkes den regionale funksjonen i UNN Tromsø med økt antall regionale senger. Av 14 senger bør minimum seks bemannes og dedikeres regionale pasienter mot dagens tre, som er nærmere anbefalinger i traumeplanen, egne data og sykehusbyggs framskriving for sengekapasitet fra 2015. Totalt sengetall på 14 beholdes.

UNN Harstad har mulighet for å øke kapasitet fra dagens 11 til 13 senger for å styrke lokalsykehusrehabilitering i UNNs nedslagsfelt. Enheten bemannes for helårsåpen drift.

Totalt vil alternativ 1 gi en reduksjon på fire rehabiliteringsplasser ved UNN, som kan medføre utfordringer både for dagens tilstrømning av pasienter og økt pasienttilstrømning ved opphør av subakutte ytelsener fra private institusjoner.

UNN har en samisk språkmedarbeider tilgjengelig som er viktig for et likeverdig tilbud til den samiske pasienten på rehabiliteringsavdelingen.

5.2.3.1 Nordlandssykehuset

Arbeidsgruppen foreslår å etablere en rehabiliteringsmedisinsk sengepost med helårs drift for å dekke lokalsykehusrehabilitering for Bodø og Salten, Lofoten og Vesterålen. Samtidig foreslås å gradvis avvikle rehabiliteringsenheten ved i Vesterålen.

Sykehuset i Bodø styrkes med en stilling som språk og kulturmedarbeider for å sikre et likeverdig tilbud til den samiske pasient.

5.2.3.2 Helgelandssykehuset

Miljøet er i dag for lite og sårbart til helårsdrift. Sandnessjøen foreslås derfor styrket fra dagens 5 senger til 9 for å kunne ha helårsdrift.

For å sikre et likeverdig tilbud til den samiske pasient styrkes sykehuset med en stilling som språk og kulturmedarbeider.

5.2.3.3 Samhandling med kommunesektoren

Alternativ 1 foreslår å øke samhandlingen med kommunene gjennom å tilby kompetansestøtte til kommuner for å øke forutsetningen for å kunne ta imot pasienter i kommunal rehabilitering.

5.2.4 Vurdering av alternativ 1

Alternativ 1 svarer ut mandatet direkte; å endre tjenestetilbud til mer spesialisert rehabilitering i egne sykehus.

Som vist i kapittel 5.2.1 ble 483 pasienter sendt direkte fra sykehus til private tilbydere i 2022, 320 av disse var ortopediske pasienter. Pasientgruppene i de aktuelle ytelsene krever helårs døgndrift. De private avtaleinstitusjonene vil i alternativet kunne holde noe stengt på sommer og i høytider, og kan legge om tjenestene til elektivt drift som vil redusere de mest kostnadskrevende kjøpene. Kravet om fysikalskmedisiner kan da lempes noe og erstattes med andre, relevante spesialiteter. Dette kan gi bedre forutsetninger for å rekruttere spesialister i fysikalsk medisin og rehabilitering til helseforetak.

Motsatt vil alternativ 1 kreve økt ressurskapasitet og oppgradering i egne sykehus for å håndtere helårsdrift (inkludert sommer og andre lavdriftperioder).

Alternativ 1 ser ikke på funksjonsdeling av oppgaver mellom helseforetak på målgruppenivå. Relevante områder å funksjonsdele må følges opp og vurderes i etterkant.

5.2.4.1 Inneliggende rehabilitering i tidlig fase

Et hovedtrekk i alternativ 1 er å styrke tidlig rehabilitering i sykehus integrert med annen medisinsk behandling. Med tidlig rehabilitering forstår vi rehabilitering som starter samtidig med og integrert med medisinsk behandling i den akutte fasen. Tidlig rehabilitering inkluderer også overgangen internt i spesialisthelsetjenesten eller kommunen.

Alternativet konsoliderer rehabilitering i sykehus, samler og gjør rehabiliteringsmedisinske miljøer mer robust med forutsetning om helårsdrift, dvs. kontinuerlig rehabilitering uten lengre stengte perioder. Dette vil gi et økt og bedre tilbud i lavdriftsperioder i hele regionen, der samtlige lokalsykehus kan gi tidligrehabilitering til pasientgruppene som ikke er regionale. Regionalt rehabiliteringstilbud i regionen er avklart og forutsigbart. Antall rehabiliteringssenger på HF-nivå øker.

En kartlegging Helse Sør-Øst gjorde høsten 2022 viste at satsingen på tidlig rehabilitering kan bidra til å redusere uønsket variasjon i kommunehelsetjenesten. Kartleggingen ble gjennomført som opptakt til regionenes nye *Regional plan for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst*.²⁸ [16] *Tilbakemeldingene fra kommunene i Helse Sør-Øst var at innsatsområdet «Inneliggende rehabilitering i tidlig fase» er et viktig tiltak for å oppnå målet om:*

- *helhetlige og sammenhengende forløp (innsatsområde 2 i fagplanen)*
- *reduksjon av reinnleggelser*
- *likeverdig rehabiliteringstjenester i kommunehelsetjenesten ved at pasientene har fått en tverrfaglig utredning i spesialisthelsetjenesten.*

5.2.4.2 Bemanningsbehov og kostnadsberegning

Et av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord er å etablere en struktur som lar seg bemanne. Overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet beskriver at helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp, som gir bærekraftig økonomi.

Arbeidsgruppen har derfor vurdert bemanningsbehovet i egne sykehus når mindre skal kjøpes fra private institusjoner. Dagens bemanning (nullalternativet) dekker ikke behovet. Alternativ 1 vil derfor medføre både økt bemanning i nåværende rehabiliteringsmedisinske enheter og nytt bemanningsbehov i Bodø.

Økningen inkludert økt personalkostnad fremgår av følgende tabell:

Tabell 16: Estimert Økonomisk netto effekt Alternativ 1

Beregning	NOK (hele tusen)
<i>Økte Lønnskostnader</i>	
Finnmarkssykehuset HF - Kirkenes	7 700
Helgelandssykehuset HF - Helgeland	15 000
Nordlandssykehuset HF - Bodø	20 300
Nordlandssykehuset HF - Vesterålen	-
Univ.sykeh. Nord-Norge HF - Harstad	2 000
Univ.sykeh. Nord-Norge HF - Tromsø	14 000
A = Delsum økte kostnader	59 000
<i>Kostnadsreduksjon/inntekt</i>	
Nedleggelse DMS - Finnsnes	17 000
Redusert Priv.kjøp Dely. F og O ¹	29 300
Redusert Priv.kjøp Dely. A ²	14 000
Økt DRG Inntekt Beh i sykehus ³	20 500
B = Delsum kostnadsbesparelser	80 800
(B-A) = Netto kostnadsendring	21 800

Tabellen gir en oversikt over den økonomiske nettoeffekten av Alternativ 1. Herunder estimerte økte lønnskostnader ved å øke bemanningen ved utvalgte sykehus og klinikker. I tillegg vises forskjellige tiltak for

²⁸ [Regional plan for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst](#)

kostnadsreduksjon, som nedleggelse av visse tjenester og reduksjon av privat rehabilitering innenfor ulike delytelser. Nettoeffekten beregnes ved å trekke summen av økte kostnader (A) fra summen av kostnadsbesparelsene eller inntektene (B).

Arbeidsgruppen er oppmerksom på at å rekruttere tilstrekkelig personell til økt aktivitet kan bli utfordrende, likeså å bygge opp et nytt miljø i Bodø. Ved å etablere større enheter kan imidlertid sykehusene tilby større stillingsprosenter som oppleves mer attraktivt for arbeidstakere og gir mer robust drift. Mer robuste enheter gir bedre forutsetninger for å utnytte sengekapasiteten, i tillegg til å være en positiv faktor i seg selv når personell skal rekrutteres.

5.2.4.3 Areal

Arealbehov er en kostnadsdriver, og ikke er analysert grundig. Økt sengekapasitet i Kirkenes vil f.eks. ikke medføre vesentlige kostnader fordi enheten allerede er gjort klar for en slik økning. Sandnessjøen har per i dag ikke ledig kapasitet til økt sengetall. Arbeidsgruppen antar noe areal i Bodø kan frigjøres til rehabiliteringsformål.

Kalkyler over arealkostnader for eksisterende arealer er krevende, der mange faktorer spiller inn, eksempelvis:

- Hvilken virksomhet som har vært drevet i tilgjengelig areal (kjøkken, sengerom, kontor, etc.)
- Virksomheten som skal inn
- Grad av ombyggingsbehov (i selve arealene, nye krav til tekniske anlegg – føringsveier for kanaler, etc.)
- Grad av vedlikeholdsbehov (ved samme type virksomhet som arealene er tilpasset for)

Sykehusbygg har påbegynt et arbeid for å se på nøkkeltall for nybygg (kostnad pr seng etc.). Tilstrekkelige, strukturerte grunnlagsdata er foreløpig ikke tilgjengelig, og relevante tall er derfor vanskelig å hente.

En risiko er å ikke ha tilstrekkelig samlet areal i alternativ 1. Arealbehovet må derfor utredes nærmere og eksisterende bygningsmasse må gjennomgås grundig. Arbeidsgruppen har ikke hatt forutsetning for disse vurderingene.

5.2.4.4 Samhandling med kommunene

Et annet hovedtrekk ved alternativ 1 er at spesialisthelsetjenesten i større grad må støtte og bistå kommunene med kompetanseoverføring. I dette ligger også et økt fokus på å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse, som er et uttalt mål i regional utviklingsplan 2023–2038. [1]

Et virkemiddel er kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, blant annet gjennom lærings- og mestringsstilbud. Andre tiltak er digitale rehabiliteringstjenester og økt ambulant virksomhet. Ambulante rehabiliteringsteam (ART) kan for eksempel bidra til å forbedre overgangen mellom omsorgsnivåene, individuell oppfølging og til kompetanseoverføring.

Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)²⁹ [18] omtalte «Arenafleksible helsetjenester» dvs. helsetjenester som kan ytes på ulike steder. Utgangspunktet tas i hvilke tjenester pasientene trenger og deretter hvor det er best for pasientene å få tjenestene levert: på sykehus, i distriktpspsykiatrisk senter, ved poliklinikk, hos fastlegen, hjemme hos pasienten eller på smarttelefonen.»

5.3 Rehabilitering – alternativ 2

Alternativ 2 foreslår å øke kapasiteten i Kirkenes, Bodø og Sandnessjøen for kunne ha helårdrift slik beskrevet i alternativ 1. Alternativ 2 er lik alternativ 1 for UNN, og de private institusjonene fordi pasientene i de sub-akutte ytelsene skal få sitt tilbud i sykehus. I tillegg foreslår alternativ 2 å redusere noe av omfanget av dagens kjøp fra private institusjoner innen ytelse som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt. Denne andelen bør få sitt tilbud i kommunene for å bedre ivareta nærhetsprinsippet.

Forskjellene i alternativ 1 og 2 kan illustreres slik:

Alternativ 1	
Endring i sykehus/private institusjoner	
Private rehabiliteringsinstitusjoner	Redusere dagens kjøp av ytelsene <ul style="list-style-type: none"> - Subakutt hjerneslag/ervertet hjerneskade - Brudd og slitasjeskader i skjelett - Kompleks og sammensatt sykdom/skade
Finnmarkssykehuset	Styrke Kirkenes
Universitetssykehuset Nord-Norge	Styrke UNN Tromsø og Harstad. Avvikle tilbudet på Finnsnes
Nordlandssykehuset	Bygge opp rehabiliteringsavdeling i Bodø
Helgelandssykehuset	Styrke Sandnessjøen
Samhandling med kommuner	Forsterke kompetanseoverføringen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten

Alternativ 2		
Alternativ 2 bygger på alternativ 1		
Endring i sykehus/private institusjoner/kommuner		
Private rehabiliteringsinstitusjoner	Redusere dagens kjøp av ytelsene <ul style="list-style-type: none"> - Subakutt hjerneslag/ervertet hjerneskade - Brudd og slitasjeskader i skjelett - Kompleks og sammensatt sykdom/skade 	Redusere dagens kjøp av ytelsene <ul style="list-style-type: none"> - Muskel/skjelett - Ortopedi - Sykelig overvekt
Finnmarkssykehuset	Styrke Kirkenes	
Universitetssykehuset Nord-Norge	Styrke UNN Tromsø og Harstad. Avvikle tilbudet på Finnsnes	
Nordlandssykehuset	Bygge opp rehabiliteringsavdeling i Bodø	Avvikle tilbudet i Vesterålen
Helgelandssykehuset	Styrke Sandnessjøen	

²⁹ [Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019](#)

Kommunene		Større ansvar for en andel av pasientene i ytelsene <ul style="list-style-type: none"> - Muskel/skjelett - Ortopedi - Sykelig overvekt
Samhandling med kommuner	Forsterke kompetanseoverføringen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten	Etablere mer forpliktende samarbeidsavtaler som forutsetning for å utføre rehabilitering i kommunene

5.3.1 Endringer i kjøp fra private institusjoner

En risiko som må tas på alvor i alternativ 2 er at de private aktørene i et fremtidig alternativ 2 risikerer å miste en større del av inntektsgrunnlaget enn i alternativ 1, og dermed utfordre grunnlaget for videre drift. I så fall vil Helse Nord ikke ha tilstrekkelige rehabiliteringssenger for pasientene som fortsatt skal ha et tilbud hos private. Hvordan en fornuftig balanse mellom reduksjon og fortsatt kjøp kan se ut, må utredes nærmere.

5.3.2 Endringer i helseforetak – Nordlandssykehuset

Rehabiliteringsmedisinsk sengepost i Bodø bygges opp for å dekke lokalsykehusrehabilitering for Bodø, Salten, Lofoten og Vesterålen. Sett hen til kapasitet for opptaksområdet bør antall senger være minimum 15 – 17. Bodø må kunne ta alle pasientkategorier som er relevant i tidligrehabilitering og ha helårs drift.

Fem senger ved Nordlandssykehuset, Vesterålen avvikles. Miljøet er lite og sårbart og i begrenset grad i stand til å ta imot pasienter med behov for spesialisert rehabilitering i akuttforløp.

5.3.3 Vurdering av alternativ 2

Alternativ 2 bygger på alternativ 1. Kjøp fra private skal i alternativ 2 reduseres i ytelsene som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt og overlates til kommunenes ansvar. For å lykkes med dette legger i alternativ 2 opp til et mer forpliktende og omfattende samarbeid mellom kommuner, lokalt helseforetak og private leverandører for å sikre gode pasientforløp. Se også kapittel 5.3.1.

5.3.3.1 Helhetlig helsetjeneste og sammenhengende pasientforløp

I følge Samdatarapporten 2017–2021³⁰ [19] var sykdom i muskel-skjelett system og bindevev den vanligste diagnosen i private rehabiliteringsinstitusjoner i perioden, både i døgn- og dagrehabilitering. Helseforetakene hadde i samme periode en betydelig nedgang i antall rehabiliteringsopphold for samme pasientgruppe.

Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering³¹ [22] anbefaler blant annet at pasienter med muskel- og skjelettsykdommer og pasienter med mindre omfattende

³⁰ [Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021](#)

³¹ [Nasjonal veileder for habilitering og rehabilitering](#)

rehabiliteringsbehov etter ortopedisk behandling, som hovedregel skal få tilbudet i kommunene, i samsvar med nærhetsprinsippet.

Anbefalingen samsvarer med vektmodellen som skal bidra til å avklare ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet. [8] Vektmodellen³² tar utgangspunkt i pasientens og brukerens behov, og kan bidra til å klargjøre hvor hovedtyngden av tilbudet bør ligge. Forslaget i alternativ 2 følger anbefalingene.

En målsetning i regional utviklingsplan 2038 er at bedre samhandling og samarbeid både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene er nødvendig for å skape en helhetlig helsetjeneste og sammenhengende pasientforløp. Her er helsefelleskapene sentrale.

I Helsefelleskapene skal sykehusene og kommunene, som likeverdige partnere, planlegge og utvikle tjenester for pasienter som har behov for tjenester fra begge nivå. Arbeidsgruppen har før ROS-analysen påpekt dårlig velfungerende helsefelleskap som en risikofaktor for å oppnå utredningens målsetning nr. 3: Tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunen til den økende andelen eldre pasienter.

For å lykkes bedre med å skape en helhetlig helsetjeneste og sammenhengende pasientforløp må helsefelleskapenes potensial utnyttes og samarbeidsavtalene videreutvikles. I tillegg kan for eksempel de private leverandørene innlemmes i arbeidet som omhandler planlegging og utvikling av rehabiliteringstjenester i de faglige samarbeidsutvalgene i helsefelleskapene. Dette vil støtte både det kommunale sørge-for-ansvaret og spesialisthelsetjenestens sørge-for-ansvar.

Som omtalt i kapittel 4.3.2 viser evalueringen av Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019) [12] at tjenestene fortsatt er fragmenterte og dårlig koordinert. I praksis ses størst utfordring i overgangene i rehabiliteringsforløpene, herunder kommunikasjon, ansvarsfordeling og videreføring av tiltak, både mellom nivåene og innad i spesialisthelsetjenesten.

Regjeringen vil i løpet av 2023 publisere Nasjonal helse- og samhandlingsplan som skal dekke både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten. Samhandling for å skape gode pasientforløp og likeverdige tjenester i hele landet vil være et sentralt tema. Et relevant tiltak for å lykkes med alternativ 2 vil derfor være å sikre at anbefalinger fra den kommende nasjonale helse- og samhandlingsplanen blir fulgt.

5.3.3.2 Pasientreisekostnader

Verken alternativ 1 eller 2 forventes å ha betydelige innvirkning på pasientreisekostnadene. I alternativ 1 forventes noe reduserte reisekostnader som følge av redusert tidlig transport (og kanskje liggende transport med ambulanse) fra sykehus

³² Se kapittel 4.3.1

til privat rehabiliteringsinstitusjon, og dermed en transportetappe mindre. Finnsnes har i 0-alternativet kun rehabilitering for hjerneslag på nivå 1 og disse pasientene slipper transportetappen fra UNN Tromsø til Finnsnes før de reiser til bostedskommune.

I alternativ 2 endrer bildet seg i tillegg ved at flere pasienter skal få sitt tilbud i hjemkommune, og dermed redusere reisekostnadene ytterligere. Pasienter i Lofoten og Vesterålen vil få lengre reisevei dersom de skal rehabiliteres i Bodø. Samtidig vil et langt større befolkningsgrunnlag (Saltområdet) få kortere reisevei enn i dag.

6 Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse

ROS- analyse av 0-alternativet og alternativ 1 og 2 er gjennomført. En ROS-analyse bygger på faglig skjønn og erfaring, og skal gi grunnlag for å forstå og evaluere risikoer og konsekvenser alternativene har. Arbeidsgruppen har deretter foreslått risikoreduserende tiltak for å redusere uakseptabel høy risiko i alternativ 1 og 2. Risikoreduserende tiltak for nåsituasjonen er ikke vurdert fordi alternativ 1 og 2 er å anse som forslag til tiltak for å forbedre nå situasjonen.

Som følge av uakseptabel høy risiko på flere risikoområder under alternativ 1 og et redusert risikobilde på grunn av avbøtende tiltak, har arbeidsgruppe 3 justert alternativ 1 i forhold til beskrivelsen i kapittel 5.2, se kapittel 7. ROS-analysen er vedlagt i kapittel 9.3 og inngår som en del av beslutningsgrunnlaget for arbeidsgruppens anbefaling og konklusjon i kapittel 7.

I sluttrapporten er overordnet analyse og gjennomsnittlig risikonivå knyttet de ulike risikoområdene beskrevet slik:

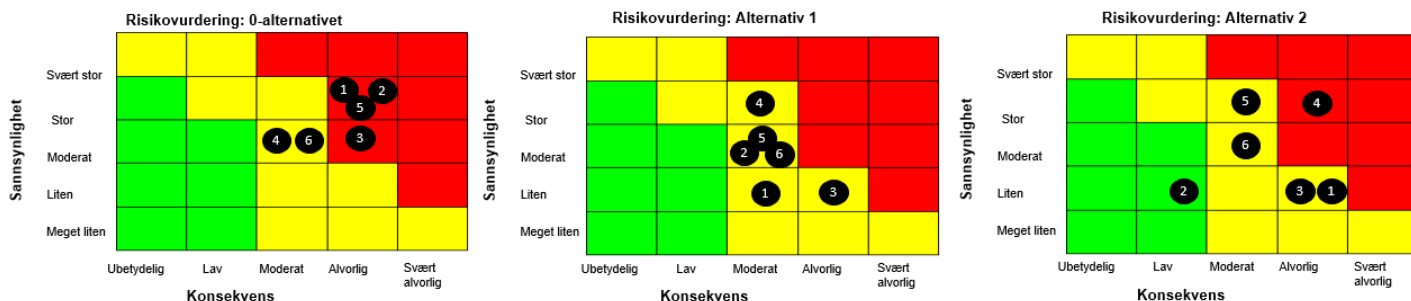
Risikodiagrammene viser gjennomsnittlig risiko for hvert risikoområde, i hver av alternativene. I nullalternativet er det høyest gjennomsnittlig risiko knyttet til økonomi, mens det er lavest gjennomsnittlig risiko forbundet med risikoområdet kapasitet. Det trekkes frem at fire av seks risikoområder havner i rød risiko i alternativ 0.

Risikoområder

- 1) Brukeren av tjenestene
- 2) Behandlingstilbud
- 3) Bemanning
- 4) Kapasitet
- 5) Organisatoriske forhold
- 6) Økonomi

For alternativ 1s vedkommende reduseres gjennomsnittlig risiko for fire av risikoområdene. Alternativ 2 er vurdert til å ha høy (rød) risiko relatert til kapasitet, mens de øvrige områdene er vurdert til lavere risiko.

Under flere av risikoområdene er den initiale vurderingen av risikoen rød. Etter at arbeidsgruppen har vurdert ulike risikoreducerende tiltak er imidlertid vurderingen justert noe ned. Det vises her til kommentarene relatert til hvert enkelt område.



Figur 4. Gjennomsnittlig risikonivå knyttet de ulike risikoområdene

7 Konklusjon

7.1 Avtalespesialistordningen

Arbeidsgruppe 3 har ikke utredet alternativer til avtalespesialistordningen. Utfordringer og muligheter i avtalespesialistordningen er beskrevet i kapittel 4.2. Som omtalt der fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å utrede hvordan avtalespesialistordningen kan anvendes i tjenesten på best mulig måte. Utredningen «Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen» [10] er levert Helse og omsorgsdepartementet. Helse Nord RHF vil derfor avvente eventuelle føringer for avtalespesialistordningen HOD gir.

7.2 Anbefalt alternativ

Arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2. Alternativet bygger på alternativ 1 som et første skritt og inneholder ytterligere redusert kjøp og oppbygging av fagmiljø. Nullalternativet er ikke et reelt alternativ å holde fast ved, særlig av hensyn til risikoen for å ikke kunne levere likeverdige helsetjenester av god kvalitet til befolkningen framover. Pasientenes behov for tidligfaserehabilitering etter akutt sykdom/skade har høy risikoscore i nullalternativet. Flere pasienter i tidligfasen blir i nullalternativet liggende i sykehus i påvente av rehabilitering i feriestengte- og lavdriftsperioder, med stor fare for prognosetap.

7.2.1 Tidligrehabilitering i egne sykehus

Begrunnelsen for å anbefale alternativ 2 er at alternativet konsoliderer rehabilitering i sykehus, samler og gjør rehabiliteringsmedisinske miljøer mer robust med forutsetning om helårsdrift. Alternativet vil bidra til tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene i tidlig fase etter akutt sykdom/skade. Rehabiliteringsavdelingene i Finnmarkssykehuset, Kirkenes og Helgelandssykehuset, Sandnesjøen styrkes, og ny rehabiliteringsavdeling etableres i Nordlandssykehuset i

Bodø. Dermed vil Helse Nord i egne sykehus kunne tilby mer tidligrehabilitering, som bør prioriteres og øke fremover.

7.2.2 Robuste fagmiljø

Alternativ 2 fører til bedre muligheter for robuste og fleksible fagmiljø som har betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Økt antall medarbeidere og økte stillingsandeler i et fagområde gir mindre sårbarhet ved sykefravær og permisjoner, økt mulighet til faglig utvikling og redusert arbeidsbelastning knyttet til vakthypighet og et lavere behov for vikarer. Robuste fagmiljøer som ivaretar både bredde- og spisskompetanse på avdelings- og sykehusnivå, er attraktive arbeidsplasser og gir stabilitet og god mulighet for rekruttering. Dette er i tråd med Legeforeningens beskrivelse av robuste fagmiljø,³³ jf. regional utviklingsplan 2038 del 1 kapittel 4.3 og del 2 kapittel 1.1. [1]

7.2.3 Samhandling med kommunene

Samhandling med kommunene styrkes. Spesialisthelsetjenesten skal i større grad støtte og bistå kommunene med kompetanseoverføring. I dette ligger også et økt fokus på å styrke pasienters og pårørendes helsekompetanse. Kjøp fra private skal i alternativ 2 reduseres i ytelser som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt og overlates til kommunenes ansvar. For å lykkes med dette legger alternativ 2 opp til et mer forpliktende og omfattende samarbeid mellom kommuner, lokalt helseforetak og private leverandører for å sikre gode pasientforløp.

7.2.4 Pasientreiser

Reisekostnader er omtalt i kapittel 5.3.3.2.

7.2.5 Kostnader

Med bakgrunn i rammene for utredningen har det ikke vært mulig å detaljere effektene av hovedretningene kvantitativt og dermed måloppnåelse. Kostnadene med alternativ 2 er dermed begrenset til økte personellkostnader som følge av oppbygging av rehabiliteringsavdelingene, antatt økte ISF-inntekter som følge av at pasientbehandlingen skjer i egne sykehus og ikke hos private institusjoner, og reduserte kostnader som følge av mindre kjøp fra disse helstetjenesteleverandørene og avvikle rehabiliteringsavdelingene ved UNN Finnsnes og Nordlandssykehuset Vesterålen.

Tabell 16 i kapittel 5.2.4.2 viser at mer rehabilitering i egne sykehus fremfor kjøp hos private vil ha en positiv kostnadsmessig effekt på nærmere 22 mill. kroner. Alternativet kan dermed bidra til å skape en struktur som gir bærekraftig økonomi, jf. utredningsmandatet kapittel 2.2 a). I alternativ 2 vil kostnadseffekten forsterkes fordi rehabiliteringsaktiviteten i Vesterålen blir avviklet. I tillegg blir en andel av kjøpene i ytelser som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt redusert, anslagsvis med MNOK 17.

³³ [Legeforeningen 2014. Sykehus for fremtiden. Innspill til NHSP](#)

Følgkostnader, som f.eks. økt eller nytt arealbehov, er ikke tatt med. Endret bruk av arealene må utredes, både med tanke på effektiv og funksjonell klinisk drift, tilstrekkelig støttearealer til klinisk drift, samt arealer til øvrige funksjoner tilknyttet økt antall medarbeidere. Utredningen må inkludere rokader, utvidelser, muligheter og løsninger mht. byggetekniske forhold, sikkerhet og nye krav, samt kostnadsoverslag. Estimater i avsnittet over er derfor usikkert.

7.2.6 Risiko og sårbarhetsanalyse

Arbeidsgruppen erfarte gjennom ROS-analysen at alternativ 2 har stor risiko i enkelte perspektiv. Arbeidsgruppen foreslår derfor flere risikoreduserende tiltak i begge foreslåtte alternativene. I og med alternativ 2 bygger på alternativ 1 er de risikoreduserende tiltakene virkningsfulle på flere av risikoområdene i begge alternativene.

Under risikoområdet Brukeren av tjenestene medførte ROS-analysen høy score (rød risiko) for risikofaktoren likeverdig tilbud. Særlig gjaldt dette forslaget om gradvis nedbygging av Nordlandssykehuset Vesterålen samtidig med gradvis oppbygging av Nordlandssykehuset Bodø. Arbeidsgruppen pekte på risiko for at interimfasen gir for lite samlet kapasitet for pasientene i nedslagsfeltet til Nordlandssykehuset. Videre vil risikoen for et dårlig behandlingstilbud for pasientene som sokner til Vesterålen øke som følge av lengre reisevei og vansker med å rekruttere og beholde personell.

Arbeidsgruppen foreslår dermed som risikoreduserende tiltak i alternativ 1 å endre alternativet slik det er beskrevet i kapittel 5.2.2, ved å beholde Vesterålen som i dag inntil rehabiliteringstilbudet er tilstrekkelig bygget opp i Bodø.

Samtidig beholdes tilbudet hos de private i tiden nye tilbud i egne sykehus bygges opp for å ha kompetanse og være robuste nok til å ta vare på de tre pasientgruppene i alternativet.

Tiltakene reduserer risikoen betydelig.

Et ytterligere risikoreduserende tiltak, som ikke er diskutert, er å øke sengekapasiteten i UNN med fire senger.

7.2.6.1 Rekruttere og beholde relevant kompetanse

Under risikoområdet bemanning førte analysen til høy score på risikoene attraktive arbeidsplasser og rekruttere og beholde relevant kompetanse. Å rekruttere tilstrekkelig personell til økt aktivitet er utfordrende. Gradvis nedbygging av Nordlandssykehuset Vesterålen kan svekke rekrutteringen og utfordre evnen til å beholde personell.

Risikoreduserende tiltak kan blant annet være rekrutteringsprogram for sårbare spesialiteter; større og mer attraktive fagmiljø; oppgavedeling, og la Stokmarknes bestå.

Effekten ga positiv risikoscore, og styrket begrunnelsen for å endre alternativ 1, jf. kapittel 7.2.5.1.

7.2.6.2 Rolle- og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten

En målsetning med utredningen er å tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunen til en økende andel eldre pasienter. Dagens situasjon i regionen er preget av uklar rolle- og oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. En klarere oppgave- og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene må defineres. Arbeidsgruppen mener kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er viktig og at rolle- og ansvarsdelingen er tydeligere avklart når alternativ 2 overlater en viss andel i flere ytelser til kommunene fremfor gjennom kjøp hos de private.

Risikoen hadde høy score før risikoreduserende tiltak ble analysert. Arbeidsgruppen har tro på effektene av tiltak som f.eks. sikre at anbefalinger fra ny nasjonal helse- og samhandlingsplan følges opp; avklarte helhetlige pasientforløp; mer forpliktende samarbeidsavtaler mellom primær og spesialisthelsetjenesten som blir fulgt opp; større fokus på samhandling og å utnytte potensialet i helsefelleskapene bedre.

I tillegg forslår arbeidsgruppen å sikre at helsefelleskapene også blir operative organ, der også de private institusjonene blir involvert. Dette vil øke forutsetningene for å lykkes med alternativ 2. Helsefelleskapene er sentrale for å videreutvikle de forpliktende samarbeidsavtalene som kommunene og helseforetakene er pålagt i lov å inngå.

Arbeidsgruppen viser ellers til sluttrapporten for ROS-analysen i vedlegg kapittel 9.3

7.2.7 Konklusjon

Arbeidsgruppen er delt i et flertall og to mindretall.

7.2.7.1 Flertallets anbefaling

Samlet sett stiller flertallet seg bak alternativ 2 som arbeidsgruppens anbefaling. Alternativ 2 vurderes å være medisinskfaglig riktig og viktig. Alternativet styrker pasientenes tilbud om tidligrehabilitering i sykehus. Samtidig får pasienter som bør få et tilbud i sine nære omgivelser tilbudet i eller nærmere hjemkommune. Alternativ 2 gir robuste fagmiljø som fører til mer attraktive fagmiljø og bedre rekrutteringsevne. Kostnadseffekten av å gjøre mer spesialisert rehabilitering i egne sykehus synes ikke å svekke regionens bærekraft, men estimatene er usikre.

Alternativet bærer i seg relativt stor risiko som vil reduseres hvis effekten av foreslåtte tiltak blir som forventet. Et vesentlig risikoreduserende tiltak på kort og mellomlang sikt er at Helse Nord RHF har tildelt nye avtaler til private rehabiliteringsinstitusjoner som skal gjelde fra 1.1.2024. Avtalene har deretter fast varighet i fire år, og kan forlenges i til sammen ytterligere fire år.

På kort sikt vil 0-alternativet bestå, med sikte mot en gradvis overgang til alternativ 1 og alternativ 2.

7.2.7.2 Mindretallsanførsler I (konserntillitsvalgt)

Et mindretall på én gruppedeltaker har anført følgende:

Konserntillitsvalgtmedlemmet i arbeidsgruppen ønsker ikke å ta stilling til alternativet på nåværende tidspunkt, men vil avvente til helhetlig plan er ROS-analysert og foreligger til drøfting mellom partene i Helse Nord RHF.

Undertegnede har respekt for arbeidet som er gjort i arbeidsgruppen og mener at det anbefalte alternativet innehar flere positive sider, bl.a. styrking og oppbygging av rehabiliteringstilbudet i alle helseforetak samt gi en bedre tjeneste til pasientene i egne sykehus. Imidlertid har tidslinjen fra oppstart fram til levering vært begrensende for kvaliteten på gruppens rapport. Det er ikke gitt at de avbøtende tiltak knyttet til rekruttering vil løse bemanningsutfordringer og at man med dette alternativet etablerer en struktur som lar seg bemanne. Avhengigheter til de øvrige arbeidsgruppens utredninger har ikke vært tilstrekkelig diskutert og det oppleves som begrensende.

Den knappe tiden har vært bemerket fra flere i arbeidsgruppen underveis i arbeidet og understøttes også i ROS-analysen. ROS-analysen er gjort på et for tidlig stadium og gjennomført på et nivå som fremstår som for overordnet, i og med at man kun har analysert hvert enkelt alternativ på regionsnivå. Det betyr at ROS-analysen ikke gir tilstrekkelig grunnlag for å ta avgjørelser på enhetsnivå, noe undertegnede anser som en svakhet i utredningen.

7.2.7.3 Mindretallsanførsler II (kommunedeltakerne)

Et mindretall på fire gruppedeltakere har anført følgende:

Innledning

De overordnede målene for endringene i funksjons- og oppgavedelingen:

- *En struktur som lar seg bemanne og gir bærekraftig økonomi. Strukturen må være avstemt med framskrivninger av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, den demografiske utviklingen, tilgangen til helsepersonell og foretaksgruppen*
- *Følger opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin.*
- *Tilpasse tjenestene og samarbeider med kommunene.*

Anbefalingene i rapporten svarer ikke ut hovedutfordringene i mandatet.

Kapittel 7.2.1 Tidligrehabilitering i egne sykehus og kapittel 7.2.2 Robuste fagmiljø

- *Anbefalt alternativ som angir å gi tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene oppnås kun ved ensidig å overlate oppgaver og ansvaret til kommunene.*
- *Det fremkommer ikke av kunnskapsgrunnlaget i rapporten at sykehusene har tilstrekkelig areal, eller økonomi til grunnlagsinvesteringer for å gjennomføre foreslåtte endringer i nær framtid. Det foreligger heller ikke et tilstrekkelig godt nok kunnskapsgrunnlag som tilsier at foretaket kan klare å bemanne opp anbefalt alternativ, og følgelig ikke bidra til å nå målet om bærekraft.*

- *Anbefalt alternativ vil bidra til en ytterligere fragmentering av ansvar og oppgaveløsning med økt risiko for at alternativet vil være vanskeligere å bemanne opp for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samlet sett.*
- *I et brukerperspektiv vil anbefalingene kunne samlet sett gi et svekket rehabiliteringstilbud.*

Fra et kommuneperspektiv er det å gå i feil retning når spesialisthelsetjenesten ensidig foreslår en oppgavedeling der store områder innenfor spesialisert rehabilitering overlates til kommunene, samtidig som en reduserer grunnlaget de private og ideelle institusjonene har for bærekraftig drift. Spesialisthelsetjenesten og kommunene må se oppgaveløsningen i et større fellesskap om en skal nå målsettingen med en bærekraftig organisering som lar seg bemanne. Følgelig bryter tilrådommen i rapporten til arbeidsgruppe 3 med en av hovedmålsettingen i mandatet som er gitt.

Kapittel 7.2.3 Samhandling

- *Samhandlingen med kommunene styrkes ikke gjennom anbefalingene i rapporten. Anbefalt alternativ innebærer stor oppgaveforskyvning til kommunene, uten at det vises til en forskyvning av personell, overføring av kompetanse og økonomiske insentiver.*
- *Alternativ 2 baseres på et mer forpliktende samarbeid, uten at dette konkretiseres nærmere i rapporten eller er drøftet med kommunene.*
- *De fleste kommunene vil ikke være i stand til å overta ansvaret for rehabiliteringsoppgaver som krever spesialisert, intensiv og tverrfaglig tilnærming av et slikt omfang som foreslått. Arbeidsgruppens anbefaling der spesialisthelsetjenesten skal understøtte og bistå kommunene med kompetanseoverføring i større grad, vil ikke være gjennomførbart da de fleste kommunene ikke vil kunne bygge opp et tilbud som vil være i stand til å ta imot oppgaver på dette nivået.*

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har felles utfordringer i framtida. For å løse disse på en best mulig måte er samhandling viktig. Denne samhandlingen er vesentlig på alle nivå, fra strategisk og overordnet nivå og til et konkret nivå der man kan se på mulighetene for å løse flere oppgaver mellom nivåene i fellesskap. Spesialisert rehabilitering er et område som er svært egnet til et slikt samarbeid, da grenseflatene mellom nivåene ikke alltid er gitt. Ansvarsdelingen defineres for ofte ensidig av spesialisthelsetjenesten og ikke i et likeverdig partnerskap.

Oppsummering

Rehabilitering i Nord-Norge er underdimensjonert, noe som også er kommunisert fra fagområdet i Helse Nord tidligere. Styrking av tidlig rehabilitering i sykehusene vil derfor være et viktig tiltak for å styrke rehabiliteringstilbudet i sin helhet. Rehabilitering vil være et viktig virkemiddel for å kunne møte fremtidige demografiutfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Helse Nord har over tid bygget ned tilbudet om spesialisert rehabilitering i landsdelen. Dette har i liten grad vært gjort på et faglig fundert grunnlag,

uten at kommunene har vært involvert og uten at kommunene har vært i stand til å overta rehabilitering som krever spesialisert, tverrfaglig og intensiv tilnærming. Dette har over tid svekket tilbudet til innbyggerne, og er utfordrende sett i lys av Helse Nord sitt sørge for – ansvar.

Prosesen i arbeidsgruppe 3 har gjennomgående vært drevet frem i et uforsvarlig høyt tempo. Rapporten bygger på et mangelfullt kunnskapsgrunnlag både for 0-alternativet (nåsituasjonen) og for alternativene som det ble valgt å gå videre med i utredningen. Kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt både når gjelder spørsmål om konsekvenser for økonomi og for bemanning. ROS analysen er derfor gjennomført på mangelfullt kunnskapsgrunnlag, og på et for tidlig stadie i prosessen. Dette bekreftes av Deloitte i ROS-rapporten. Forsvarligheten i utredningen er følgelig ikke tilfredsstillende og bryter med sentrale prinsipper for denne type utredningsarbeid. Rapporten stadfester også dette, da den peker på at flere svært relevante forhold som burde ha vært et viktig grunnlag for å kunne anbefale et alternativ, må utredes videre.

Prosesen og arbeidsgruppens anbefaling vil bidra til usikkerhet hos kommuner og brukere. For de private og ideelle aktørene som i dag representerer sikkerhetsnettet for pasienter med behov for spesialisert rehabilitering i hele Nord Norge, vil uforutsigbarheten ved signalene om en kraftig reduksjon i rammevilkår for videre drift bidra til samme usikkerhet.

De viktigste premissene som flertallet har lagt til grunn i rapporten er verken faglig godt nok fundamentert, eller godt nok utredet til å gi et forsvarlig grunnlag for å vurdere hvilke endringer som bør anbefales. Det er grunn til å tro at et bedre faglig og økonomisk kunnskapsgrunnlag der også kommuneperspektivet hadde blitt hensyntatt i større grad, ville bidratt til andre vurderinger og anbefalinger i tråd med Helse Nord's hovedmål for ny funksjons- og oppgavedeling fra et samlet utvalg.

7.3 Behov for videre utredninger.

Hvor stor andel av foreslåtte ytelser som skal reduseres kjøpt av de private i alternativ 2 må undersøkes nærmere, for ikke å svekke private institusjoners bæreevne til å opprettholde den andelen rehabiliteringstjenester spesialisthelsetjenesten fortsatt er i behov av hos private leverandører.

Alternativene ser ikke på funksjonsdeling av oppgaver mellom helseforetak på målgruppenivå. Spesifikke funksjonsdelinger mellom sykehusene bør derfor være et nødvendig etterarbeid, der bl. a. fagrådet må involveres. Synsrehabilitering og sjeldne grupper som har et mangelfullt tilbud til i dag, er noen områder som er aktuelle å fordele.

Følgkostnader, som f.eks. økt eller nytt arealbehov, er ikke tatt med. Endret bruk av arealene må som beskrevet utredes nærmere.

Mer konkrete samhandlingsløsninger må også defineres og planlegges i samråd med kommunene.

7.4 Avsluttende bemerkninger

Alternativ 1 og 2 er bemanningskrevende og har desentralisert aktivitet som utfordrer bærekraft. Samtidig er begge alternativene noe manglende tilpasset kommunehelsetjenestens forutsetninger.

I siste del av prosessen har et alternativ 3 vokst frem. Alternativet er ikke diskutert i arbeidsgruppen, og heller ikke risikovurdert. Hovedlinjene trekkes likevel frem for å synliggjøre et potensielt risikoreduserende tiltak og et alternativ som kan utredes videre:

- Å ha alle akuttforløp med stor pleietyngde i Bodø og Tromsø
 - Regionale pasienter i Tromsø
 - Kun helårsdrift i Bodø og Tromsø
- Mindre rehabiliteringsmiljø i de andre sykehusene med rehabiliteringssenger i samdrift med kommuner.
 - Overføre pasienten til de øvrige sykehusene når selvhjelpsgraden er på et riktig nivå
 - Fra sykehusseng til kommunal seng
 - Mer sømløse forløp og bedre muligheter for gode overganger til kommunene

8 Referanser

1. Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038 <https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/regional-utviklingsplan-for-helse-nord-2023-2038>
2. Regional utviklingsplan 2035 Helse Nord <https://www.helse-nord.no/499f72/siteassets/dokumenter-og-blokker/prosjekter/regional-utviklingsplan-2035/vedlegg-regional-utviklingsplan-2035-helse-nord.pdf>
3. Styresak 11-2023 Tiltak for å sikre bærekraft <https://www.helse-nord.no/499fcb/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230223/styresak-112023-tiltak-for-a-sikre-barekraft-i-helse-nord.pdf>
4. Styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning <https://www.helse-nord.no/49bda8/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230531/styresak-57-2023-tiltak-for-a-sikre-barekraft---mandat-involvering-og-omrader-for-utredning.pdf>
5. Styresak 29-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning. <https://www.helse-nord.no/499fd3/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230329/styresak-29-2023-tiltak-for-a-sikre-barekraft---framdrifts--og-kommunikasjonsplan-inkludert-omrader-for-utredning.pdf>
6. Oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Nord RHF, se regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/styringsdokumenter1/oppdragsdokument/id535564/>
7. Styresak 88-2019 Oppdragsdokument 2019 – strategi for økt bruk av ideelle leverandører <https://www.helse-nord.no/499fff/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2019/20190828/styresak-88-2019-oppdragsdokument-2019-strategi-for-okt-bruk-av-ideelle-leverandorer.pdf>
8. Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet (IS-1947). Helsedirektoratet 2012 <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2495595/IS-1947.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

9. Styresak 111-2023/5 Anskaffelser av avtalebaserte helsetjenester – årlig oppsummering <https://www.helse-nord.no/4a6087/siteassets/dokumenter-og-blokker/styret/styremoter/styremoter-2023/20230921/styresak-111-2023-5-anskaffelser-av-avtalebaserte-helsetjenester---arlig-oppsummering.pdf>
10. De regionale helseforetakene. (2023). Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen. Helse Sør-Øst m.fl. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/3f72b066b3f24de5942de57e391d3ebf/rapport-utvikling-og-modernisering-av-avtalespesialistordningen.pdf>
11. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) Helse og omsorgsdepartementet, Særtrykk til Prop. 1 S (2016–2017) <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>
12. Evaluering av opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) Helsedirektoratet 2020, IS-2975 <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/sved/opptrappingsplanrehabilitering.pdf>
13. Nasjonal traumeplan, Rehabilitering (Nasjonal Kompetansetjeneste for traumatologi , 2020) <https://traumeplan.no/index.php?action=showtopic&topic=REzLgAM6>
14. Helsepersonellkommissjonen, NOU 2023: 4 «Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste» Helse- og omsorgsdepartementet 2023 <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
15. Helse Nord RHF. (2020). Strategi spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen <https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/samiske-helsetjenester-strategi/>
16. Helse Sør-Øst RHF. (2023). Regional plan for fysikalsk medisin og rehabilitering i Helse Sør-Øst. <https://www.helse-sorost.no/4a9d32/siteassets/documents/styret/styremoter/2023/1026/120-2023-vedlegg-rapport-regional-fagplan-fysikalsk-medisin-og-rehabilitering-i-helse-sor-ost-2023.pdf>
17. Regional vurderingsenhet for somatisk rehabilitering i Helse Nord (RVE) Årsrapport 2022 https://www.unn.no/49473d/siteassets/avdelinger/documents/avdelinger/regional-vurderingsenhet-rve---rehabilitering/rve--arsrapport_2022.pdf

18. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019), Meld. St. 11(2015–2016) Helse og omsorgsdepartementet
<https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf>
19. Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021. Helsedirektoratets rapport IS-3053
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202021.pdf/_attachment/inline/3736f641-a90c-445e-bb4f-e0f9f3969539:8c6825cf05f5a36a176f98ed317a8432bb90b3dc/Rapport%20Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202021.pdf
20. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017-2021 Helsedirektoratet IS-3052
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/rehabilitering-i-spesialisthelsetjenesten-2017-2021/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202017-2021.pdf/_attachment/inline/f3f973f2-7a33-45c7-899b-3e17a9c7ea76:6542355b7785b60778f26b9a98b26d7221ee6f06/Rehabilitering%20i%20spesialisthelsetjenesten%202017-2021.pdf
21. Vurdering av metodebruk inn rehabiliteringsområdet for å sikre kunnskapsbasert praksis og redusere overforbruk. Rapport datert 14.05.23, jf. oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet, 17. januar 2023 (lenke til oppdragsdokumentet:
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bd8a11644b744dec8a8dc452794000e4/oppdragsdokument-2023-helse-nord-rhf.pdf>
22. Helsedirektoratet, «Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator,» 2015. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator>

9 Vedlegg

9.1 Innspillsnotat fra brukermedvirker

Som brukermedvirker i denne arbeidsgruppen skal fokuset være på hva som er viktig for pasienter og pårørende.

Rehabilitering er et arbeid der du skal trene opp kroppen og evt. hjernen etter sykdom eller skade du har fått. Rehabiliteringen må være persontilpasset og bør være av ulik varighet avhengig av den enkeltes forutsetning for å gjennomføre et dagsprogram.

Personer med en kronisk sykdom - som varer livet ut - trenger oppfølging og rehabilitering for å sikre deltagelse i arbeidslivet og sikre god livskvalitet (tilstedeværelse av fysisk og psykisk helse).

Utfordringene med bedre behandlingsalternativer av somatisk sykdom og økt levealder, hvor den enkelte har mere komplekse behov og trenger mere personell i behandlingen, samtidig som tilgangen på kvalifisert helsepersonell bli vanskeligere, gir store utfordringer i helsetjenesten!

Med bakgrunn i dette bør det sees på f.eks.:

Henvisninger og henvisningspraksis

- Er personen i stand til å få utbytte av et 3-4 ukers rehabiliteringsopphold, eller er et poliklinisk tilbud bedre?
- Sjekklister for de som henviser.
- Rehabilitering til de med sjeldne diagnoser og som har rettigheter – henvises direkte til spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner.
- Yngre barn må ha et tilbud for rehabilitering på egnede institusjoner hvor de kan utfordre og prøve seg i trygge omgivelser.
- Informasjon til nydiagnostiserte og de med nye skader – hvor kan man få rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, kommunen eller hos private aktører?

Bedre samhandling mellom nivåene i helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må ikke bygge ned sine tilbud før kommunene er klare til å ta over. Brudd i avtalene med private institusjoner må unngås før tilbudet i spesialisthelsetjenesten er klart. De private, både ideelle og kommersielle institusjoner, er ofte «redningsplanken» for personer som trenger rehabiliteringsopphold. BEST er viktig når ting skjer sjeldent. NÆRT er viktig når ting skjer ofte!

Et sentralt tema ved omorganisering av tjenesten er pasientreiser. Brukerne og pårørende må ikke oppleve en forverrelse i reisevei og økonomisk belastning.

Forebygging står sentralt for de som lever med kronisk sykdom. For å forhindre forverring trengs det veiledning og oppfølging.

Pasientskoler er et viktig bidrag for både forebygging, informasjon og gir økt helsekompetanse hos den enkelte.

Rehabilitering er et viktig satsningsområde, både i forhold til den enkelte, men også i forhold til samfunnskostnader. Kronisk sykdom som f.eks. muskel – og skjelettsykdommer koster samfunnet store summer i året. Det inkluderer produksjonstap ved sykefravær, uførhet, kostnader til helsetjenester og ikke minst sykdomsbyrde for den enkelte.

9.2 Innspillsnotater fra kommunedeltakere

Kommunene i Nord-Norge er svært ulike når det gjelder geografi, infrastruktur og demografi. Kommunene sin tilgang på spesialisert tverrfaglig kompetanse innen rehabilitering er svært ulikt, og avstandene til lokalt helseforetak varierer også i stor grad. Innbyggerne i kommunene i Nord-Norge har tilgang på ulike tilbud og det kan derfor stilles spørsmål ved om innbyggerne har likeverdige rehabiliteringstjenester. Dette gjelder både kommunale rehabiliteringstjenester og rehabiliteringstjenester gjennom spesialisthelsetjenesten.

I 2020 fikk 37,4% av de som søkte den regionale vurderingsenhet (RVE) om rehabilitering avslag. Dette utgjør 1522 avslag. Tall fra 2020 viser videre at av 119 klager på avslag, fikk 106 pasienter medhold etter ny vurdering fra RVE. Erfaringene fra prosjektet gjennomført av 12 kommuner på Helgeland viser at mange fastleger «gir opp» å henvise, da de opplever avslag på pasienter de selv vurderer å ha en rett til spesialisert rehabilitering. Erfaring viser videre at et fåtall pasienter har kapasitet til å klage. Ut fra dette er det grunn til å frykte at det i Helse Nord sin statistikk er store mørketall over pasienter som burde hatt rett til spesialisert rehabilitering, men som ikke får det, og der de heller ikke ser seg i stand til klage. Disse pasientene vil ofte heller ikke kunne få et fullverdig tilbud fra egen kommune. Helse Nord sin ensidige og betydelige reduksjon i tilbudet om rehabilitering gjennom spesialisthelsetjenesten er ikke blitt kompensert ved økt tilbud i kommunehelsetjenesten.

Demografiutviklingen tilsier at vi fremover vil ha økt behov for rehabiliteringstjenester for å kunne møte utfordringene med flere eldre og færre yrkesaktive. En forutsetning for bærekraft vil derfor være at flere klarer seg med lavest effektive tjenestetilbud fra det offentlige. For å oppnå dette må en utfra et kommuneperspektiv øke kapasiteten for rehabilitering både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det vil derfor være nødvendig å vurdere alle muligheter som kan bidra til tilstrekkelig tilgang på rehabiliteringstjenester på begge nivå i hele regionen.

Det er svært få kommuner i Nord-Norge som har øremerkede senger til døgnrehabilitering. Dette skyldes at kommunene er små og at disse kommunen heller

ikke har de faglige forutsetningene i sine institusjoner for å kunne gi dette tilbudet. Kommunene rapporterer at rehabiliteringssenger som finnes, ofte er lagt til korttidsavdelingene på sykehjemmene. Her klarer ikke kommunene å imøtekomme nasjonale krav til rehabilitering i institusjon. Tall fra Bodø kommune viser at kommunen har 1 rehabiliteringsseng pr 3000 innbyggere. (ref: Rapport rehabilitering i Nord-Norge 2019) Denne dekningen tilsvarer behovsbeskrivelsen fra andre deler av landet på 0,3 - 0,5 døgnplasser per 1000 innbyggere. I prosjekt som de 12 Helgelandkommunen gjennomførte viser erfaringene at kommunen på Helgeland ikke har tilstrekkelig tilbud om døgnrehabilitering slik behovet skulle tilsi. De har heller ikke tilstrekkelig kompetanse som kreves for å drifte døgnplasser. Kommunen har de siste årene fått et større ansvar for brukere med mer komplekse og sammensatte tilstander. Dette er grupper som har behov for mer spesialisert kompetanse. Erfaringen fra prosjekt viser at kommunen sliter med å rekruttere og beholde lovpålagt kompetanse som ergoterapeut, logoped og psykolog. Generelt er det også vanskelig å rekruttere og beholde annet helsepersonell som fysioterapeuter, sykepleiere og helsefagarbeidere. Dette er utviklingstrekk som det er grunn til å tro at de fleste kommuner i Nord-Norge erfarer.

Når personell i kommunen ikke har tilstrekkelig rehabiliteringskompetanse blir det i stor grad kun gitt pleie- og omsorgstjenester, og i liten grad aktiv rehabilitering. Disse brukergruppene krever et jevnt tilbud over tid, men opplever at de kun får oppfølging ved akutt forverring. Kommunene klarer derfor bare i mindre grad å forsinke utviklingen av funksjonstap. Dette fører igjen til større belastning på kommunene sine pleie- og omsorgstjenester. En kan videre anta at dette også medfører større press på spesialisthelsetjenestene.

Kommunestruktur og geografi tilsier at en fremover ikke kan forvente at den enkelte kommune skal kunne etablere og tilby gode og likeverdige helsetjenester hver for seg. Det kan derfor ligge et betydelig potensial i økt samarbeid om kompetanse og personell. Både mellom kommuner, og mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. (ref: NOU 2023:4 Tid for handling).

...

Stort sett er det de samme fagmiljøene i kommunen som må ivareta forebyggende helsearbeid, habilitering og rehabilitering og at oppgavene vokser uproporsjonalt med rekruttering av fagfolk. Dette står i stor kontrast til sykehusene som er mer delt opp store fagmiljø med avgrensede ansvarsområder. Denne oppdelingen er en ressurs for kommunehelsetjenesten når det gjelder faglig veiledning og kompetanseoverføring og det er utenkelig at kommunene per i dag klarer å ivareta alle sider ved disse tjenestene som spesialisthelsetjenesten gjør i dag. Hvis det skulle være et mål måtte kommunene organisere seg i fellesskap som «imiterte» spesialisthelsetjenestens omfang og nivå. Jeg kan ikke forstå at det er særlig lønnsomt eller at det er gjennomførbart med tanke på rekruttering av fagfolk.

Dersom det skal foregå en oppgaveoverføring i større eller mindre grad må det være tydelighet rundt hva som er spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver slik at avgrensningene ikke skaper usikkerhet verken hos fagfolk eller befolkningen. Oppgaveoverføring må ikke føre til dårligere helse hos pasientene, men en risikovurdering av dette tror jeg vil være svært vanskelig å gjennomføre.

Kunnskapsutvikling innenfor helse og pasientundervisning gjør flere klar over muligheter innenfor rehabilitering og det blir også et større press på disse tjenestene – ikke minst med tanke på forebyggende helsetjenester – i kommunene må man da gjøre strenge prioriteringer for at tilbudet skal være bærekraftig. Du nevner korttidsavdelinger som arena for rehabilitering; disse avdelingene har ofte også ansvar for palliasjon og det kan være vanskelig å holde fokus på rehabiliterende helsetjenester i en personalgruppe som da har en så heterogen pasientgruppe.

9.3 ROS-analyse – sluttrapport

Risiko og sårbarhetsanalyse – sluttrapport

Arbeidsgruppe 3

Rehabiliteringstjenester og private helsetjenester



November, 2023

Innhold

Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse	
Risikoområder	
Brukeren av tjenestene	
Behandlingstilbud	
Bemannings	
Kapasitet	
Organisatoriske forhold	
Økonomi	
Forutsetninger, antakelser og dokumentasjon	
Overordnet analyse	
1 Brukeren av tjenestene	
2 Behandlingstilbud	
3 Bemanning	
4 Kapasitet	
5 Organisatoriske forhold	
6 Økonomi	

9.3.1 Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse

En ROS-analyse er i utgangspunktet en kvalitativ risikovurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. Risiko er et uttrykk for usikkerhet, og beskriver et forhold eller en hendelse som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen ved et prosjekt eller et arbeid negativt. En ROS-analyse gjennomføres for å forstå og evaluere risikoer og konsekvenser knyttet til en planlagt endring, et prosjekt, en aktivitet eller en situasjon. Hensikten er å oppnå bedre informasjon og innsikt, slik at en kan gjøre velinformerte beslutninger, og håndtere risikoer på en proaktiv måte. En ROS-analyse gir en klar oversikt over hva som kan gå galt ved ulike alternativer.

I arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord RHF har arbeidsgruppe 3 kartlagt nåsituasjonen (0-alternativet), og laget forslag om to alternative løsninger knyttet til å redusere kjøp av rehabiliteringstjenester av private institusjoner for å gjøre mer spesialisert rehabilitering i egne sykehus. Alle arbeidsgruppene har fått i oppdrag av Helse Nord RHF å utføre en ROS-analyse av både 0-alternativet, og alternativ 1 og 2. Deloitte har på vegne av Helse Nord RHF ledet arbeidet med ROS-analysene, men selve risikovurderingene er gjort av arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen har også foreslått risikoreduserende tiltak hvor det har vært uakseptabel høy risiko i alternativ 1 og 2. Det er ikke foreslått risikoreduserende tiltak for nåsituasjonen, da alternativ 1 og 2 er å anse som forslag til tiltak for å forbedre nå situasjonen.

Arbeidsgruppen har hatt en fysisk heldagssamling og tre digitale møter hvor risikovurderingene er gjort. I tillegg til arbeidsgruppen har to deltakere fra Helse Nord nettverk for risikostyring og Helse Nord sitt konsernverneombud deltatt som observatør i ROS-workshopene og ROS-analysen. Oversikt over deltakerne i ROS-workshop finnes i vedlegg 1 til ROS-analysen.

Før arbeidet med ROS-analysene startet ble det definert noen sentrale risikoområder hvor Helse Nord RHF ønsket at en skulle gjøre en grundig analyse for å vurdere potensiale for risiko eller sårbarhet. Forut for ROS-workshop ble kritiske suksessfaktorer definert av arbeidsgruppeleder og representanter fra arbeidsgruppen.

De kritiske suksessfaktorene er benyttet til å definere hva som skal til for å nå målsetningene med arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen.

De overordnede målene for endringene i funksjon- og oppgavedelingen er:

- a) En struktur som lar seg bemanne og som gir bærekraftig økonomi. Strukturen må være avstemt med mot framskrivninger av befolkningens behov for spesialisthelsetjenester, den demografiske utviklingen, tilgangen til helsepersonell og foretaksgruppens inntekter
- b) Følger opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin
- c) Tilpasses tjenestene og samarbeidet med kommunene

De kritiske suksessfaktorene er knyttet opp mot de ulike risikoområdene, og definert ut ifra hva en tror skal til for å nå de overordnede målene.

I ROS-workshopen ble risiko for hver suksessfaktor identifisert, og sannsynlighet og konsekvens ble vurdert. Dette ble først gjort for null alternativet, så for alternativ 1 og 2. Dette ble gjort for at en skulle være i bedre stand til å sammenligne risiko på tvers av alternativene. Det ble jobbet systematisk gjennom hvert risikoområde med tilhørende suksessfaktorer. Der hvor arbeidsgruppens medlemmer ikke kunne komme til enighet i fastsettelse og sannsynlighet ble det stemt, og dissens beskrevet.

Sannsynlighet og konsekvens er vurdert ut fra en fem punkts skala hvor 1 tilsvarer svært liten sannsynlighet og 5 svært stor sannsynlighet, og hvor 1 tilsvarer ubetydelig konsekvens og 5 tilsvarer svært alvorlig konsekvens. Operasjonaliseringen av de to skalaene som er benyttet finnes i ROS-analysens vedlegg 2. Det er foreslått risikoreducerende tiltak for alternativ 1 og 2 hvor risikovurderingen er satt som høy (rød).

Det er viktig å være oppmerksom på at denne ROS-analysen er en skjønnsmessig vurdering som gjort av arbeidsgruppe 3, videre er det verdt å ha med seg at ROS-analysen ble gjennomført på et tidspunkt der nødvendigvis ikke all grunnleggende dokumentasjon og analyser av ulike forhold forelå. ROS-analysen skulle aller helst vært det siste en gjør i utredningsarbeidet, men på grunn av en kort tidslinje måtte analysen gjennomføres før all dokumentasjon var klar. Dette har medført at ikke alle vurderingene nødvendigvis er faktabasert, og noe usikkerhet i forhold til vurderingene. Samtidig er det også positive effekter av å gjøre ROS-analysene på et tidligere tidspunkt. Underveis i drøftingene innså arbeidsgruppen at en måtte endre noe i alternativene, fordi det var for høy risiko forbundet med opprinnelig forslag.

ROS-analysen er gjort på et overordnet nivå hvor hele regionen er vurdert under ett. I mange av de indentifiserte risikoene er det slik at både sannsynlighet og konsekvens naturlig varierer med geografi, foretak, sykehus, pasientgruppe eller funksjon. Arbeidsgruppen har da forsøkt å vurdere sannsynlighet og konsekvens ut fra et overordnet gjennomsnitt for regionen. Det kan likevel ikke utelukkes at vurderingene kan bære preg av det er situasjonen til enkelte steder, enkelte foretak, eller enkelte pasientgrupper som er vurdert. Når dette er tilfelle, er dette er forsøkt beskrevet.

9.3.2 Risikoområder

Et risikoområde er et bestemt aspekt eller et definert område hvor det er potensiale for risiko eller sårbarhet. Innenfor hvert risikoområde er det gjennomført en grundig analyse for å vurdere potensialet for uønskede hendelser, tap eller skade.

9.3.2.1 Brukeren av tjenestene

Under risikoområdet brukeren av tjenesten vil man ha fokus på å identifisere og vurdere risikofaktorer som påvirker pasienter, pårørende og andre brukere av helsetjenestene som følge av endringene i sykehusstruktur og oppgavedeling. Det er avgjørende for arbeidet å sikre at foreslåtte endringer ikke påvirker kvaliteten på omsorgen, pasienttilfredsheten eller tilgangen til nødvendige helsetjenester. Under dette området vil en kunne vurdere risiko for at foreslåtte endringer påvirker tilgangen til helsetjenester for pasientene, inkludert ventetider og tilgang til spesialister.

Videre vil en kunne gjøre vurderinger om det er risiko for at endringene reduserer pasienttilfredsheten. Brukerens oppfattelse av tjenestetilbudet som tilbys er viktig og noe som kan påvirke omdømme til sykehuset. Risiko for økt reisebelastning, og pasientreiser vil være et sentralt element under dette risikoområdet. Risiko for at endringene påvirker pårørendes involvering og støtte til pasientene på en ugunstig måte vil også inkluderes.

9.3.2.2 Behandlingstilbud

Det er en klar helsepolitisk målsetting å tilby likeverdige helsetjenester, samtidig er det overordnede føringer om gode og sammenhengende pasientforløp, og lik tilgang til tjenester i hele landet. I tillegg til nasjonale krav til behandlingstilbud vil vi innen dette risikoområdet sette søkelys på risikoer knyttet til både pasientforløp, kapasitet til å levere helsetjenester, pasientsikkerhet, og behandlingstilbudets kvalitet og tilgjengelighet. Dette inkluderer riktig kompetanse på rett sted. Trygge og gode tilbud er avhengig av et tilstrekkelig pasientgrunnlag til å kunne utføre spesialiserte funksjoner med god kvalitet. Videre er det sentralt å vurdere risiko knyttet til primærhelsetjenesten og prehospitale tjenester om en skal gjøre endringer i spesialisthelsetilbudet.

9.3.2.3 Bemanning

Et av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord er å etablere en struktur som lar seg bemanne, og overordnede føringer fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) beskriver at helse- og omsorgstjenesten skal være et attraktivt arbeidssted i et livslangt karriereløp. Videre har Helse Nord RHF som hovedmål å styrke forskning, innovasjon og kompetanse. Bemanning er derfor et sentralt risikoområde. Risikoområdet bemanning dekker flere aspekter knyttet til personell. For det første dekker dette risikoområdet direkte forhold knyttet til medarbeiderne, som arbeidsforhold, arbeidstidsordninger, vaktforhold, utdanning og mulighet til faglig utvikling. Ved endring i arbeid og funksjonsdeling vil det kunne oppstå risiko for mangel på kompetent personale, spesialisert kunnskap eller ferdigheter. Kompetanse, turnover, stabilisering, rekruttering og rekrutteringsevne er derfor også relevante momenter i dette risikoområdet sammen med risikoer knyttet til fagmiljø, forskning og utdanning.

9.3.2.4 Kapasitet

Sentralt for å lykkes i dette arbeidet er å kunne følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin. Under risikoområdet kapasitet vurderes derfor risikoer knyttet til behandlingsskapasitet sett opp mot behovsutvikling over tid, dekningsgrad, overbelegg og fristbrudd. Risikoer knyttet til forsvarlig drift, overbelastning, sengeplasser, tilstrekkelig med behandlingsrom og annet nødvendig utstyr (fysisk infrastruktur) er momenter som kan vurderes her.

9.3.2.5 Organisatoriske forhold

Et viktig punkt for arbeidet er å tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunen til den økende andelen eldre pasienter. På bakgrunn av dette målet er det relevant å vurdere forhold knyttet til oppgavedeling, samarbeid med primærhelsetjenesten og tvers av tjenestenivå, og samarbeid med universitet og høyskoler. Helhetlige pasientforløp krever også god samhandling og samarbeid mellom avdelinger i sykehus, mellom sykehus, kommuner, private helsetjenesteleverandører og andre samarbeidspartnere, og risikoforhold knyttet til dette vil indentifiseres her. Videre vil det være viktig for å kunne oppnå en bærekraftig helsetjeneste å vurdere risiko knyttet til generelle organisatoriske forhold og organisasjonsstruktur. Momenter knyttet til ledelse, og risiko for organisasjonens evne til effektivt lederskap og stabilitet vurderes også under organisatoriske forhold, sammen med arbeidsprosesser og forhold knyttet til organisering av teknologi og støttesystem. Under organisatoriske forhold inngår også arbeidsprosesser, endringsvilje, og kapasitet til å gjennomføre endringer

9.3.2.6 Økonomi

En overordnet føring fra Helse- og omsorgsdepartementet er at spesialisthelsetjenesten skal være bærekraftig, og at det er en rettferdig ressursbruk. Samtidig er ett av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedelingen å etablere en ny struktur som gir bærekraftig økonomi. Innenfor økonomi som risikoområde vil en gjøre vurdering av risiko knyttet til kostnadsøkning, og risiko for at ny struktur vil føre til uforutsette kostnadsøkninger som følge av ulike implementeringskostnader eller investeringer i infrastruktur. En vil også gjøre overordnede betraktninger rundt risiko for at foreslåtte strukturendringer overskrider tildelte budsjettammer, som kan skape finansielle utfordringer. Videre om det vil være risiko for om endringene vil kunne føre til tapte inntekter. I dette risikoområdet vil en også gjøre vurderinger av om endringene vil skape risiko for redusert finansiell bærekraft. Dette risikoområdet vil også kunne inneholde vurderinger knyttet til risiko for økte driftskostnader ved aktuelle foretak og sykehus. Omstillingskostnader, kostnader knyttet til bygningsmasse, beredskapskostnader står sentralt. Innenfor dette risikoområdet vil en også kunne gjøre betraktninger rundt stordriftsfordeler og ulemper. Økonomiske konsekvenser for pasienten inkluderes også i dette risikoområdet.

9.3.3 Forutsetninger, antakelser og dokumentasjon

Som poengtert ovenfor, er en ROS-analyse i utgangspunktet en kvalitativ risikovurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. Risiko er et uttrykk for usikkerhet, og beskriver et forhold eller en hendelse som kan inntreffe og påvirke måloppnåelsen ved et prosjekt eller et arbeid negativt. Denne ROS-analysen har som formål å gjøre en riskokovurdering av nåværende struktur på rehabiliteringsområdet i Helse Nord samt de forslag til endringer som er beskrevet i alternativ 1 og 2. Dette er en omfattende oppgave å løse i en samlet ROS-analyse. Igjen bør det også poengteres at ROS-analysen er gjennomført i løpet av en begrenset tidsperiode.

En viktig forutsetning for den gjennomførte ROS-analysen er at den vurderer de ulike alternativene **etter** at endringen er gjennomført og har fått virket en tid. Dette innebærer at overgangsløsninger er gjennomført og ny funksjonsdeling har funnet sin form.

Det er også viktig å poengtere at “sannsynlighet og konsekvens” i all hovedsak er satt under forutsetning av at modellene i alternativ 1 og 2 fungerer i tråd med den intensjon som lagt til grunn for endringen. En slik forutsetning må legges til grunn da det ikke gir mening å ROS-vurdere under forutsetninger om at løsningene *ikke* skulle vise seg å fungere i tråd med intensjonen.

ROS-analysen bygger på arbeidsgruppens arbeidsdokument. Faktagrunnlaget som ligger i dette dokumentet, er lagt til grunn for denne ROS-analysen. Her vises det blant annet til arbeidsgruppens rapport kapittel 3 og 4. Faktagrunnlaget kan være påvirket av den begrensede tiden som har vært til disposisjon i dette arbeidet.

Analysen som presenteres i denne rapporten er basert på arbeidsgruppe 3 sine vurderinger av de ulike risikoene som er identifisert. Analysen presenterer et overordnet bilde med fokus på faktorer med et høyt risikonivå, og hvordan disse risikoene endrer seg i de ulike alternativene, og gruppens vurderinger og begrunnelser rundet dette. Detaljer i vurderinger rundt hver risiko i hvert alternativ finnes i vedlegg 3 som er notatene som ble gjort under arbeidet med selve risikokategoriseringen.

9.3.4 Hovedtrekk ved utredningen

Arbeidsgruppe 3 skal utrede rehabiliterings- og private tjenester og om kapasiteten i egne helseforetak kan økes for å gi mer spesialisert rehabilitering i sykehus og redusere kjøp av helsetjenester fra private³⁴. Slik gruppen har tolket mandatet skal utredningen vise i hvilken grad det ligger til rette for å samle tjenestetilbudet på færre enheter slik at egne sykehus kan tilby spesialisert rehabilitering og andre avtalebaserte helsetjenester i større grad enn i dag. Arbeidsgruppen forstår det slik at rehabilitering skal utredes særskilt på grunn av fagområdets betydning for pasientforløpet, omfang, aktivitet og samspill med kommunal rehabilitering

I alternativ 1 skriver blant annet arbeidsgruppen at de ønsker å ta tilbake pasienter som i dag går direkte fra sykehus til privat rehabilitering. Dette dreier seg konkret om tre pasientgrupper; ortopedi, subakutt hjerneslag og kompleks rehabilitering.

Videre legges det i alternativ 1 opp til å styrke tilbudene i Kirkenes og Sandnessjøen når det gjelder både sengekapasitet, fagmiljø og bemanning. UNN Tromsø og Harstad skal også styrkes på områdene sengekapasitet, fagmiljø og bemanning, men også styrkes innen regions- og lokalsykehusfunksjoner. Videre legger gruppen opp til at man i alternativ 1 etablerer et rehabiliteringstilbud i befolkningstette Bodø.

Alternativ 1 legger opp til at UNN Finnsnes avvikles, samt at Stokmarknes gradvis nedbygges. Sistnevnte nedbygging skal skje i takt med oppbyggingen av rehabiliteringstjenesten i Bodø. Alternativ 1 legger også opp til at spesialisthelsetjenesten skal tilby kompetansestøtte til kommuner for å styrke deres forutsetninger for å kunne ta imot pasienter som skal til kommunal rehabilitering.

Alternativ 2 bygger på alternativ 1, med noen endringer. Innenfor private kjøp skal en i alternativ 2 overføre en betydelig andel kjøp av ytelser som muskel/skjelett, ortopedi og sykkelig overvekt til kommunene. For å lykkes med denne overføringen legges det i alternativ 2 opp til mer omfattende samhandling gjennom forpliktende samarbeid mellom kommuner, lokalt helseforetak og private/ideelle/interkommunale leverandører for å sikre gode pasientforløp.

Alternativ 2 legger også opp til at Stokmarknes avvikles, og oppbyggingen av Bodø skjer raskere enn i alternativ 1.

³⁴ Mandatet fremgår i Helse Nord RHF sin styresak 57-23

9.3.5 Overgangskostnader i forbindelse med overgangen fra nåsituasjonen til skisserte alternativ

Av erfaring vet man at funksjonsendringer på tvers av geografi innebærer et mangfold av utfordringer. Mange av de ansatte i foretakene kan oppleve å få et annet arbeidssted enten i hele eller deler av arbeidshverdagen, beroende på hvor omfattende den kommende funksjonsendringen er planlagt. Ved gjennomføring av funksjonsdeling er det svært viktig å finne tiltak som gjør at man beholder de ansatte både ved hjelp av gode overgangsordninger og ved at de nye arbeidsplassene oppleves som attraktive. Videre vet man at flytting og geografisk endringer av tilbudet til vil kunne kreve bygningsmessige endringer for de virksomheter som vil motta flere pasienter. Rasjonell fremtidig anvendelse, eller eventuelt eventuell avhending, av de bygningene som i fremtiden ikke er ment benyttet krever også gjennomarbeidede og gode planer.

Av nyere erfaring kan man trekke frem at Helgelandsykehuset tidligere i år vedtok å flytte somatisk innlagte pasienter fra Mosjøen til Sandnessjøen. Erfaringene fra denne prosessen tilsier at vurderinger og planer for bygningsmessige endringer er en relativt omfattende prosess der Sykehusbygg HF sammen med helseforetakets egen bygningsekspertise spiller en viktig rolle. I forbindelse med dette ROS-arbeidet har det ikke vært tid til å gjøre denne type bygningsmessige vurderinger. Disse vurderingene må da foretas på et senere tidspunkt.

For å gi pasientene et mest mulig likeverdig tilbud etter gjennomføringen av en endret tjenestestruktur fordres det også en vurdering av hva som må endres i det prehospitale tilbudet til pasientene. Disse løsningene er ofte av varig karakter og krever gjerne en detaljert beregning, bearbeiding og ikke minst forankring før de kan gjennomføres.

9.3.6 Overordnet analyse

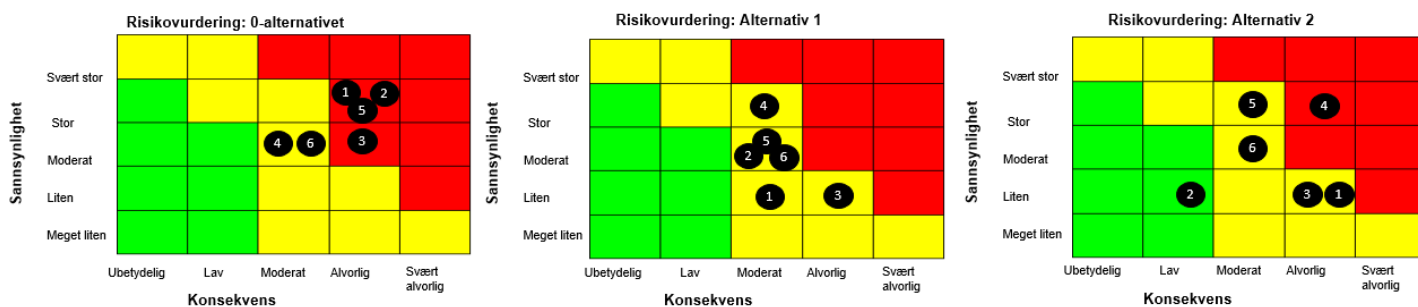
Risikodiagrammene viser gjennomsnittlig risiko for hvert risikoområde, i hver av alternativene. I nullalternativet er det høyest gjennomsnittlig risiko knyttet til økonomi, mens det er lavest gjennomsnittlig risiko forbundet med risikoområdet kapasitet. Det trekkes frem at fire av seks risikoområder havner i rød risiko i alternativ 0.

Risikoområder	
1)	Brukeren av tjenestene
2)	Behandlingstilbud
3)	Bemanning
4)	Kapasitet
5)	Organisatoriske forhold
6)	Økonomi

For alternativ 1s vedkommende reduseres gjennomsnittlig risiko for fire av risikoområdene. Alternativ 2 er vurdert til å ha høy (rød) risiko relatert til kapasitet, mens de øvrige områdene er vurdert til lavere risiko.

Under flere av risikoområdene er den initiale vurderingen av risikoen rød. Etter at arbeidsgruppen har vurdert ulike risikoreducerende tiltak er imidlertid vurderingen justert noe ned. Det vises her til kommentarene relatert til hvert

enkelt område.



Figur 1. Gjennomsnittlig risikonivå knyttet de ulike risikoområdene

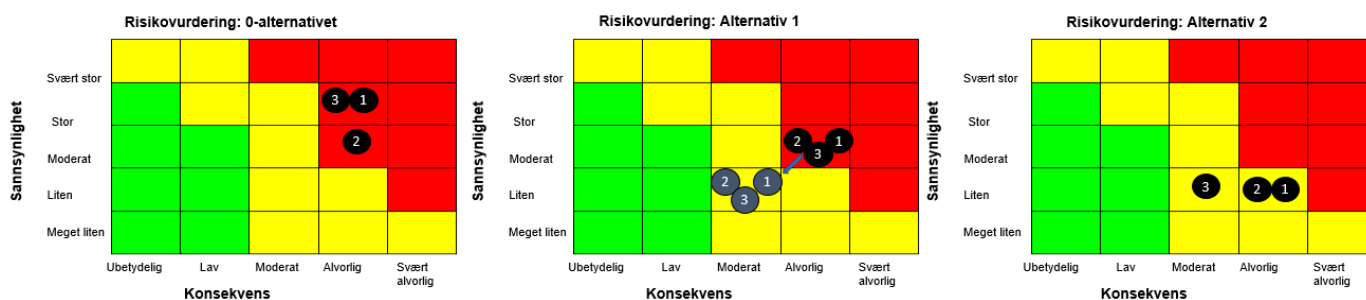
9.3.6.1 1 Brukeren av tjenestene

Innenfor risikoområdet brukeren av tjenestene er det identifisert tre ulike risikoer. Disse tre er beskrevet i tekstboksen nedenfor:

Risikoregister – Brukeren av tjenestene	
1)	Risiko for at pasientene ikke mottar likeverdig tilbud
2)	Risiko for å ikke overholde ventetid
3)	Risiko for belastende pasientpasientreiser

I nullalternativet er samtlige tre risikoer vurdert til rødt risikonivå. En av hovedutfordringene i dagens situasjon er at pasienter som bor ulike steder i regionen mottar ulike tilbud. Dette gjelder særlig i akutte rehabiliteringsforløp. Rehabiliteringstilbudet i hele regionen suppleres med kjøp av tjenester fra private aktører. Kjøp av rehabiliteringsplasser fra private øker risiko for at pasientene mottar ulike tjenester. Dette begrunnes med at ulike private aktører, som opererer i ulike deler av regionen, tilbyr ulik grad av rehabilitering.

Feriestengte rehabiliteringsenheter medfører at pasientene ikke mottar likt tilbud gjennom året. Pasienter, som får et rehabiliteringsbehov i en ferie, kan da bli liggende på eksempelvis medisinsk avdeling i påvente av at rehabiliteringsavdelingen gjenåpner og pasienten kan starte sitt rehabiliteringsforløp. Man risikerer da et prognosetap hos disse pasientene ved at de ikke mottar rehabiliteringen de trenger til rett tid. Noen av disse pasientene får rehabilitering i kommunal regi i påvente av at rehabiliteringsavdeling gjenåpner etter ferie.



Figur 2. Risikodiagram knyttet til risikoer under risikoområdet brukeren av tjenestene

I alternativ 1 er det noe lavere risikovurdering sammenlignet med 0- alternativet, men samtlige risikoer blir også her vurdert til rødt nivå. Ved å unngå feriestengning, som det legges opp til alternativ 1, vil man utviske noe av dagens ulikhet. Det vil videre bli en styrkning av tilbudet til pasienter i Bodø, ved at man bygger opp en ny avdeling her. Gruppen peker på risiko for at man, i interimsfasen med nedbygging i Vesterålen og oppbygging i Bodø, har for lite samlet kapasitet for pasientene i nedslagsfeltet til Nordlandssykehuset. Videre vil det være økt risiko for et dårligere behandlingstilbud for pasientene som hører til Vesterålen. Dette begrunnes primært med den økte reiseveien for pasientene som kommer herfra. Gruppen trekker frem at økt kapasitet i Sandnessjøen muligens kan avlaste behandlingsskapasiteten i Nordland fylke samlet.

Alternativ 2 kommer gunstigst ut i risikovurderingen av de tre alternativene. Alternativ 2 adresserer risikoene ved at man får større avdelinger og en mer hensiktsmessig oppgavedeling med primærhelsetjenesten. Dette gjør det lettere å tilby likeverdige tilbud i regionen som helhet, samt overholde ventetider. Risiko for belastende pasientreiser reduseres ved at flere behandles i sin hjemkommune.

Siden alternativ 1 fremstår med en høy score for at pasientene ikke mottar et likeverdig tilbud ble følgende potensielle risikoreduerende tiltak diskutert:

- Beholde Vesterålen mens man bygger opp Bodø gradvis. (Dette endrer dette alternativet noe. Det må da gjøres en fornyet vurdering av antall senger, og det må lages detaljplaner for hvordan dette skal effektueres.)
- Beholde tilbudet hos de private mens man bygger opp nye tilbud, slik at HF-ene har kapasitet/kompetanse og er robuste nok til å ta vare på de tre ulike pasientgruppene.
- Harstad vil ha helårsåpent, noe som er med på å styrke tilbudet.
- Generell oppbygging av mer robuste fagmiljø i Helse Nord, som gjør at man kan behandle flere pasientgrupper selv

Under forutsetning av gjennomføring av ovennevnte tiltak antas risikoen å reduseres til et moderat nivå.

Under alternativ 1 er også risiko for ikke å overholde ventetid og unngå belastende pasientreiser vurdert til å være høy. Tiltak for å overholde ventetiden sammenfaller med tiltakene som er beskrevet ovenfor relatert til å gi pasientene et likeverdig tilbud.

En ytterligere oppbygging av prehospitaltjenester ble diskutert for å avbøte risikoen relatert til pasientreiser. Følgende tiltak ble skissert:

- Foreta en gjennomgang av den totale prehospitaltjenestekapasiteten, og spesielt se på ambulansetjenester, og andre alternativer til transport som kan være rimeligere enn ambulansetjenester.
- I alternativ 1 vil helårsåpne virksomheter kunne redusere reiseavstanden for en del subakutte pasienter. Noen pasienter vil imidlertid fortsatt måtte reise langt.
- Oppbygging av tilbudet i Bodø vil redusere transportbehovet for en del pasienter
- Oppbemanning i Kirkenes, vil bety mindre transport

9.3.6.2 2 Behandlingstilbud

Innenfor risikoområdet behandlingstilbud er det identifisert fire ulike risikoer.

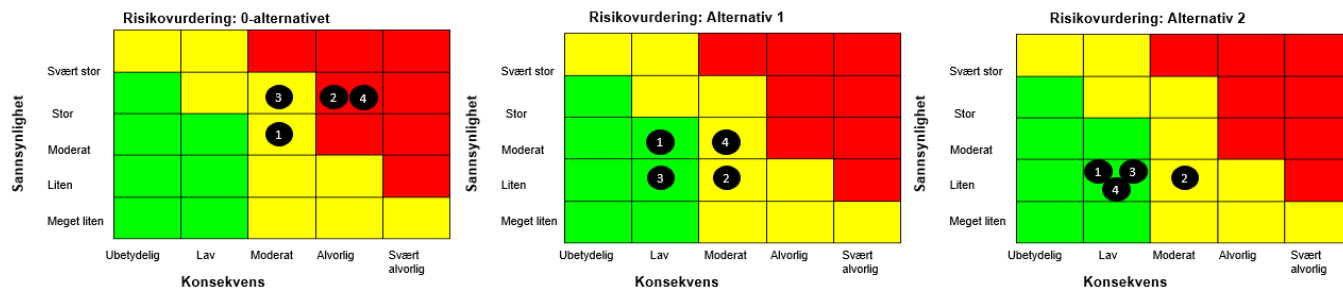
Risikoregister – Behandlingstilbud

- 1) Risiko for at man ikke behandles på rett nivå
- 2) Risiko for at man ikke følger nasjonale retningslinjer
- 3) Risiko for uønsket variasjon i behandling
- 4) Risiko for at man ikke har sømløse pasientforløp

I nullalternativet er to av risikoene vurdert som rødt, og to som gult risikonivå. Gruppen ser på dagens situasjon som todelt: For slagpasienter kan det være mangel på nivå 2-rehabilitering, altså pasientene skulle mottatt et mer avansert tilbud. Andre pasienter behandles i spesialisthelsetjenesten, som kunne vært behandlet i kommunen. Disse pasientene får derfor et mer avansert tilbud enn de strengt tatt trenger.

Alternativ 1 innebærer en vesentlig risikoreduksjon, sammenlignet med alternativ 0. Samtlige risikoer reduseres og man har i alternativ 1 ingen risikoer som er scoret rødt.

Alternativ 2 har en enda gunstigere risikoprofil enn alternativ 1. Bedringen begrunnes primært i at man har bedre forutsetninger til å lykkes med sømløse pasientforløp når flere rehabiliteringspasienter skal behandles i primærhelsetjenesten.



Figur 3. Risikodiagram knyttet til risikoer under risikoområdet behandlingstilbud

9.3.6.3 3 Bemanning

Innenfor risikoområdet bemanning er det identifisert fem ulike risikoer.

Risikoregister – Bemanning

- 1) Risiko for utilstrekkelig med utdanningskapasitet
- 2) Risiko for uattraktive arbeidsmiljø
- 3) Risiko for å ikke rekruttere og beholde relevant kompetanse
- 4) Risiko for at en ikke tar i bruk arbeidsbesparende teknologi
- 5) Risiko for at en ikke har rett kompetanse på rett plass

I nullalternativet er tre av risikoene vurdert som røde, og to som gult risikonivå. Dagens situasjon er preget av for få stillinger, lite personell og få spesialister. Det oppleves lite attraktivt å være eneste/en av få spesialister på en avdeling, hvor man blir stående med mye ansvar. Det meldes jevnt over at det er lettere å rekruttere avtalespesialister enn til de offentlige stillingene. Dette skyldes trolig den høye arbeidsbelastningen på sykehusene i regionen.

UNN Tromsø har ekstra utfordringer i lavdriftsperiodene, da det er eneste offentlige tjenestested for rehabilitering som er åpent i regionen i ferier. Det meldes om at UNN Tromsø i disse periodene må avslå flere pasienter enn vanlig. Man sitter ofte igjen med større bredde i pasienters utfordringsbilde, siden man i praksis avlaster hele regionen.

Alternativ 1 har en gunstigere risikoprofil ved at man styrker regionen med flere rehabiliteringssenger og dermed mer personell. Gruppen påpeker at det kan bli utfordrende å rekruttere tilstrekkelig med personell til den økte aktiviteten. Sistnevnte særlig i lys av at man må rekruttere nokså mange ansatte på relativt få steder. Med en gradvis nedbygging av Finnsnes og Stokmarknes vil dette antakelig svekke rekrutteringen på disse stedene. Det kan også bli krevende å flytte personell fra Finnsnes og Stokmarknes til nye arbeidssteder i ny struktur. Overgang til helårsdrift på regionens rehabiliteringsavdelinger oppgis også i noen tilfeller å kunne slå negativt ut på rekrutteringen.

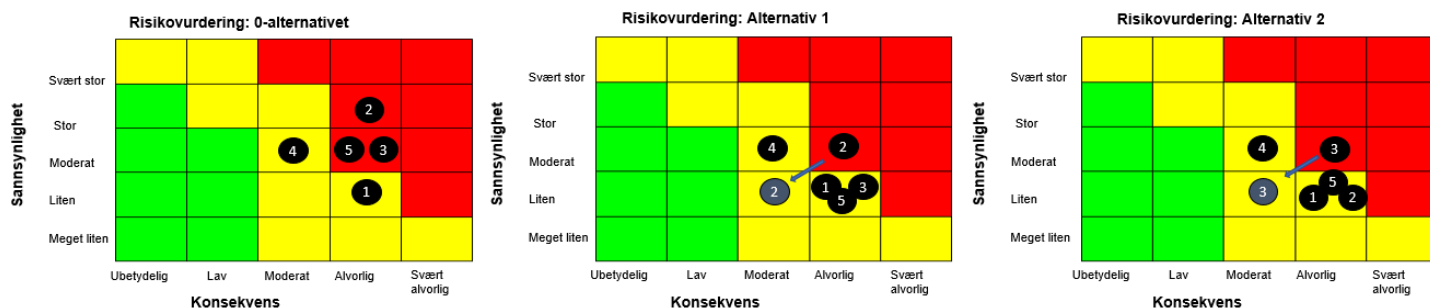
I alternativ 1 er risikoen for at man kan oppleve å få uattraktive fagmiljø vurdert til å være høy. En del av årsakene til dette er beskrevet ovenfor.

Følgende risikoreducerende tiltak ble her diskutert:

- Et rekrutteringsprogram i Helse Nord for sårbare spesialiteter, med noen goder for LIS, med samlinger og mulighet for å delta på kurs og konferanser (både overleger og LIS). Dette har tidligere vist seg å ha god effekt på attraktiviteten og arbeidsmiljøet. Positiv ringvirkning her kan også være at man får økt intern undervisning
- Bygge opp større fagmiljø på et visst nivå vil gjøre det lettere å rekruttere
- Oppgavedeling blant annet i form av fysioterapi inn tidligere som kan delta sammen med sykepleiere i en tidligere fase enn vanlig
- La Stokmarknes bestå inntil nye tilbud er oppe og står

- Sørge for at man har en grunnbemanning som gjør arbeidsforholdene blir gunstigere enn tilfellet oppleves til å være i dag.
- Stabiliseringstiltak, styrke ledelse og ytterligere ivaretagelse av personell

I alternativ 2 er risikoen for ikke å rekruttere og beholde relevant kompetanse vurdert til rød. Tiltak som beskrevet ovenfor vil også bidra til at denne risikoen kan komme ned på et moderat nivå.



Figur 4. Risikodiagram knyttet til risikoer under risikoområdet bemanning

Under alternativ 2 fremheves risikoen for å ikke få tak i nok personell når man skal øke tilbudet innen både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Videre påpekes konsekvensen av om mindre interessante arbeidsoppgaver for f.eks. fysioterapeuter på sykehus som i dag jobber med rehabilitering som mister denne funksjonen i dette alternativet. Det understrekes at alternativet gir kommuner mulighet til å bygge opp rehabiliteringstilbud som i dag dekkes av spesialisthelsetjenesten, der disse forsvinner.

Innenfor sykehusdrift kan større enheter tilby større stillingsprosenter som oppleves attraktivt for arbeidstakere og gir en mer robust drift. Mer robuste enheter gir lettere forutsetninger for å øke utnyttelsen av sengene. Det understrekes at oppbyggingen av et helt nytt miljø i Bodø blir krevende.

9.3.6.4 4 Kapasitet

Innenfor risikoområdet kapasitet er det identifisert fire ulike risikoer.

Risikoregister – Kapasitet

- 1) Risiko for ineffektiv ressursutnyttelse i egne helseforetak
- 2) Risiko for utilstrekkelig med lokaler og sengekapasitet
- 3) Risiko for at kommunene ikke klarer å bygge opp et tilstrekkelig tilbud
- 4) Risiko for at man ikke opprettholder tilgjengeligheten av helsetjenester

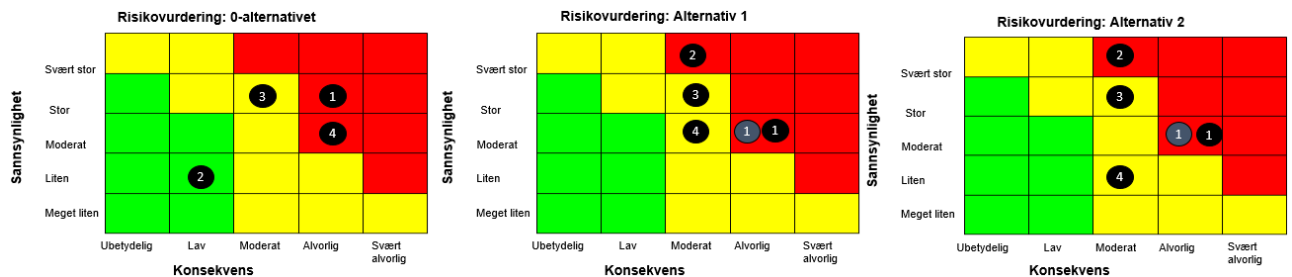
I nullalternativet er to av risikoene vurdert som rødt, ett som gult og ett som grønt risikonivå. Flere gruppe-medlemmer trekker frem historier fra ansatte som melder om for stort arbeidspress grunnet mangel på folk. For høy arbeidsbelastning gir ofte mange sykemeldinger, som igjen vanskeliggjør effektiv drift. Det er lettere å lykkes med en effektiv drift dersom de ansatte har definerte arbeidsoppgaver og en overkommelig arbeidsmengde. Det oppleves fra klinikere i regionen som

man har mindre tid til pasientrettet arbeid enn tidligere. Avslutningsvis understreker gruppen av overarbeidet personell ofte gir økt antall pasienthendelser.

I alternativ 1 øker risiko nummer to betydelig. Dette beror på en økt risiko for at man ikke har nok samlet areal i alternativ 1. Det påpekes også en risiko ved å bygge ned enkelte av dagens avdelinger

innen rehabilitering. Særlig trekkes det frem en risiko for at man har for få rehabiliteringssenger i et fremtidig alternativ 1.

Når det gjelder alternativ 2 er det kun en marginal bedring i risikoprofil, sammenlignet med alternativ 1. Denne bedringen kommer innenfor tilgjengeligheten av helsetjenesten og skyldes primært etableringen av rehabiliteringsenheten i Bodø.



Figur 5. Risikodiagram knyttet til risikoer under risikoområdet kapasitet

Risiko for ineffektiv ressursutnyttelse i egne helseforetak er i begge de to alternativene vurdert til å være alvorlig. Ineffektivt drift skyldes blant annet at man har en svært stor grad av overtid. Små enheter har også ofte et for lavt belegg.

Følgende risikoreducerende tiltak ble diskutert:

- Bygge opp likeverdig kompetanse innen rehabilitering, og gjøre et kompetanseløft innen rehabilitering for å minske sårbarhet, og for å sikre et høyt faglig nivå, lik praksis og god kvalitet
- Sikre at en klarer å hente tilbake det pasientvolumet som er tenkt fra private aktører
- Sørge for at det er bedre muligheter til å holde seg faglig oppdatert

Selv etter diskusjon av disse tiltakene valgte gruppen å vurdere risikoen for ineffektiv drift til å være alvorlig.

9.3.6.5 5 Organisatoriske forhold

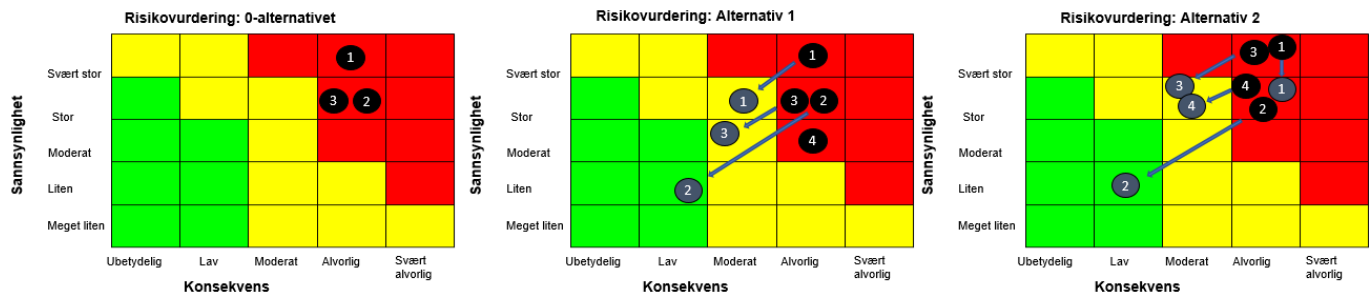
Innenfor risikoområdet organisatoriske forhold er det identifisert fire ulike risikoer.

Risikoregister – Organisatoriske forhold

- 1) Risiko for uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten
- 2) Risiko for dårlig fungerende helsefelleskap
- 3) Risiko for at kommunene ikke klarer å håndtere de tjenester som det er sagt at de skal ivareta
- 4) Risiko for ineffektivt omstillingsarbeid

I nullalternativet er samtlige tre risikoer vurdert til rødt risikonivå. Det gjøres oppmerksom på at risiko nummer fire ikke ble behandlet for alternativ 0 da gruppen vurderte denne risikoen til kun å være relevant for alternativ 1 og 2. Dagens situasjon i regionen er preget av en uklar rolle- og oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Gruppen understreker at det varierer mellom kommuner hvilket tilbud de tilbyr, og hvilken kompetanse de innehar. Det påpekes behov for en klarere oppgave- og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene. Gruppen problematiserer at det finnes "store gråsoner" – hvor det i disse «gråsonene» er uklart hvor skillet går mellom hvilke pasienter som skal behandles hvor.

I alternativ 1 fordres det nye og klarere ansvarsgrenser internt i spesialisthelsetjenesten. Dette forsterker forhåpentligvis tidligrehabilitering. En mulig effekt i alternativ 1 er å frigjøre personell fra private institusjoner som kan rekrutteres inn i offentlige sykehus, og dermed gi bedre samlet behandlingsskapasitet i foretaksgruppen. Gruppen fremhever viktigheten av kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og mener dette muligens blir lettere med større fagmiljø. Alle risikoer i alternativ 1 blir vurdert til rødt nivå.



Figur 6. Risikodiagram knyttet til risikoer under risikoområdet organisatoriske forhold

I alternativ 2 pekes det på økt risiko for “vakuum” i tilbudet ved at nedleggelsen av Stokmarknes og oppbyggingen av Bodø skjer fort. Man risikerer dermed at man ikke klarer å bygge opp ny avdeling med tilstrekkelig kapasitet til å absorbere pasientvolumet fra nedlagt enhet. Det trekkes frem at private aktører kan avlaste i interimsfasen. Likevel ender man også i alternativ 2 opp med at alle risikoer blir røde.

Risiko for uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten er i begge alternativer risikovurdert til å være alvorlig.

Arbeidsgruppen diskuterte blant annet følgende avbøtende tiltak for å bedre dette risikobilde:

- Sikre at en følger opp anbefalinger fra ny nasjonal helse- og samhandlingsplan
- Avklare helhetlige pasientforløp
- Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom primær og spesialisthelsetjenesten, og sørge for at disse følges opp
- Sørge for at en har større fokus på samhandling
- Utnytte helsefelleskapene bedre

Ved å gjennomføre disse tiltakene vurderes alternativ 1 til å kunne endres til moderat risiko. For alternativ 2s vedkommende er det imidlertid større usikkerhet relatert til kjøp av tjenester derfor antas det ikke like stor reduksjon i risiko i dette alternativet etter gjennomførte tiltak.

Arbeidsgruppen har under organisatoriske forhold vurdert risiko for dårlig fungerende helsefelleskap. Gruppen har ikke satt inn noen forslag i alternativene som endrer helsefelleskapene. Mindre bruk av private gjør imidlertid at flere pasientforløp foregår i sin helhet innenfor helsefelleskapene. Dette gjelder de tre subakutte pasientforløpene som i dag kjøpes av private aktører. Det påpekes at de private fremdeles i alternativ 1 vil behandle en betydelig andel av pasientene.

For å sikre at helsefelleskapene fungerer i tråd med intensjonene foreslås følgende tiltak:

- Sikre at helsefelleskapene blir et operativt organ

- Sterkere eierstyring fra HN RHF f.eks. gjennom styringskrav til HF-ene om utvikling av samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i helsefelleskapene
- Få private institusjoner involvert i helsefelleskapene siden de leverer en deler av tjenestene

Etter gjennomføring av tiltakene ovenfor ansees risikoen relatert til helsefelleskapene til være lav.

Under risikopunkt 3 er "risiko for at kommunene ikke klarer å håndtere de tjenester som det er sagt at de skal ivareta" vurdert. Også her er det behov for risikoreduserende tiltak for å bringe risikoen ned på et akseptabelt nivå.

Følgende tiltak er foreslått:

- Sørg for at sterkere fagmiljø kan utøve mer ambulant virksomhet
- Øke bevisstheten på kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene
- Proaktiv støtte til hensiktsmessig organisering av primærhelsetjenesten
- Sikre like rutiner for hvordan pasientene skal tas imot
- Bidra til økt fokus på det interkommunale samarbeidet
- Utnytte det som ligger av digitale muligheter for tverrfaglige team på en bedre måte.

Etter gjennomføring av disse tiltakene kan risikonivået bringes ned på et akseptabelt nivå.

Endelig ble risiko for ineffektivt omstillingsarbeid vurdert som den fjerde suksessfaktoren under organisatoriske forhold.

Arbeidsgruppen poengterer at det kan bli en bemanningsmessig utfordring ved enheter som skal utvides. Deler av gruppen stiller spørsmål ved om man vil få tak i nok helsepersonale til å foreta denne oppbyggingen. Det påpekes at private aktører kan avlaste det offentlige i overgangsfasen. Det ligger også en utfordrende situasjon å skulle ta ned deler av dagens tilbud. Alternativ 1 legger opp til "gradvis nedbygging" og "gradvis oppbygging" av hhv. Stokmarknes og Bodø, noe som kan gi risiko for dårlige arbeidsmiljø i interimfasen. Det er en risiko for å miste fagfolkene som jobber ved avdelingene som legges ned.

For å sikre et godt og effektivt omstillingsarbeid er følgende tiltak skissert:

- Realistisk og god planlegging
- Tydelig ledelse og eierstyring
- Sikre kort tid fra vedtatte endringer til implementering
- Sikre at endringene etterleveres

Gitt at man lykkes med tiltakene ovenfor, antas risikonivået relatert til interimfasen og det kommende omstillingsarbeidet til å kunne reduseres.

9.3.6.6 6 Økonomi

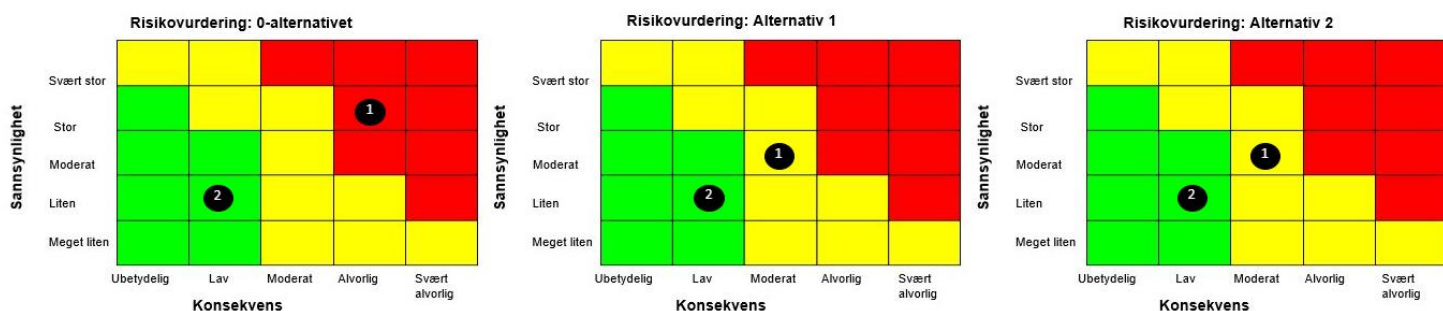
Innenfor risikoområdet økonomi er det identifisert to ulike risikoer.

Risikoregister – Økonomi	
1)	Risiko for utilstrekkelige ressurser og ineffektiv ressursutnyttelse
2)	Risiko for utilstrekkelig økonomi til å ta i bruk ny teknologi

I nullalternativet er begge risikoer vurdert til rødt risikonivå. Det er i dagens situasjon ikke tilstrekkelige personellmessige ressurser i foretaksgruppen. Dette fører til utstrakt bruk av overtid (med sine konsekvenser) og økt vikarinnleie som også gir økte kostnader. Gruppens inntrykk er også at en stadig større andel av pasienter ikke får det tilbudet de har krav på iht. faglige føringer fordi kommunene ikke har tilstrekkelig behandlingsskapitet.

Det pekes særlig på at akuttforløpene som krever rehabiliteringssenger har lav kapasitet. Gruppen har et inntrykk av at rehabiliteringstjenesten i regionen ikke er dimensjonert for at man berger flere pasienter med akutt sykdom som dermed lever lenge med sine funksjonstap.

Med alternativ 1 sine mer spesialiserte funksjoner letter dette sannsynligvis muligheten til mer effektiv ressursutnyttelse. Man antar også å få bedret økonomisk ressursutnyttelse ved å tilby mer spesialisert rehabilitering i egne sykehus og dermed unngå kjøp fra de private. En svakhet ved denne vurderingen er at kostnadsberegningene for personellbehovet i egne sykehus ikke var fullført da ROS-analysene ble gjort. Arbeidsgruppen finner ingen avgjørende forskjell i risiko mellom alternativ 1 og 2 innenfor risikoområdet økonomi.



Figur 7. Risikodiagram knyttet til risikoer under risikoområdet økonomi

9.3.7 Vedlegg til ROS-analyse sluttrapport³⁵

9.3.7.1 Vedlegg 1: Deltakerliste workshop

MØTE NR. 1 WORKSHOP I TROMSØ 23.10.23

Tilstede	
Espen Mælen Hauge	Helse Nord RHF
Ann Mari Jenssen	Konserntillitsvalgt
Åse Senning	Regionalt brukerutvalg
Rita Jørgensen	Finnmarkssykehuset HF

³⁵ Vedleggene var ikke klargjort ved innleveringsfristen og er lagt inn i rapporten og publisert den xx.xx.23

Jostein Bentzen	UNN HF
Sissel Juliussen	Nordlandssykehuset HF
Elin Rasmussen Grønvik	Helgelandsykehuset HF
Arne Johansen	Meløy kommune
Anita P. Henninen	Sør-Varanger kommune
Bodil Sørensen	Vestvågøy kommune
Steinar Marthinsen	Helse Nord RHF
Ann Elisabeth Rødvei	Helse Nord RHF
Frode Eilertsen	Helse Nord RHF
Synøve Kalstad	Helse Nord RHF
Hans Petter Bergseth	Observatør fra regionalt risikostyringsnettverk
Jim Roger Fagerdal	Observatør fra regionalt risikostyringsnettverk
Jeanette Mikalsen	Observatør, konsernverneombud
Forfall	
Magne Nicolaisen	Tromsø kommune

MØTE NR. 2 TEAMS 27.10.23

Til stede:	
Espen Mælen Hauge	Helse Nord RHF
Ann Mari Jenssen	Konserntillitsvalgt
Åse Senning	Regionalt brukerutvalg
Rita Jørgensen	Finnmarkssykehuset HF
Jostein Bentzen	UNN HF
Sissel Juliussen	Nordlandssykehuset HF
Elin Rasmussen Grønvik	Helgelandsykehuset HF
Anita P. Henninen	Sør-Varanger kommune
Bodil Sørensen	Vestvågøy kommune
Magne Nicolaisen	Tromsø kommune
Steinar Marthinsen	Helse Nord RHF
Ann Elisabeth Rødvei	Helse Nord RHF
Synøve Kalstad	Helse Nord RHF
Hans Petter Bergseth	Observatør fra regionalt risikostyringsnettverk
Jim Roger Fagerdal	Observatør fra regionalt risikostyringsnettverk
Jeanette Mikalsen	Observatør, konsernverneombud
Forfall	
Arne Johansen	Meløy kommune
Frode Eilertsen	Helse Nord RHF

MØTE NR. 3 TEAMS 31.10.23

Tilstede	
Espen Mælen Hauge	Helse Nord RHF
Ann Mari Jenssen	Konserntillitsvalgt
Åse Senning	Regionalt brukerutvalg
Rita Jørgensen	Finnmarkssykehuset HF
Jostein Bentzen	UNN HF
Elin Rasmussen Grønvik	Helgelandsykehuset HF
Arne Johansen	Meløy kommune
Anita P. Henninen	Sør-Varanger kommune
Bodil Sørensen	Vestvågøy kommune

Steinar Marthinsen	Helse Nord RHF
Ann Elisabeth Rødvei	Helse Nord RHF
Frode Eilertsen	Helse Nord RHF
Synøve Kalstad	Helse Nord RHF
Forfall	
Arne Johansen	Meløy kommune
Magne Nicolaisen	Tromsø kommune
Sissel Juliussen	Nordlandssykehuset HF
Hans Petter Bergseth	Observatør fra regionalt risikostyringsnettverk
Jim Roger Fagerdal	Observatør fra regionalt risikostyringsnettverk
Jeanette Mikalsen	Observatør, konsernverneombud

MØTE NR. 4 TEAMS 07.11.23

Tilstede	
Espen Mælen Hauge	Helse Nord RHF
Ann Mari Jenssen	Konserntillitsvalgt
Åse Senning	Regionalt brukerutvalg
Jostein Bentzen	UNN HF
Elin Rasmussen Grønvik	Helgelandsykehuset HF
Arne Johansen	Meløy kommune
Anita P. Henninen	Sør-Varanger kommune
Bodil Sørensen	Vestvågøy kommune
Steinar Marthinsen	Helse Nord RHF
Ann Elisabeth Rødvei	Helse Nord RHF
Frode Eilertsen	Helse Nord RHF
Synøve Kalstad	Helse Nord RHF
Jeanette Mikalsen	Observatør, konsernverneombud
Forfall	
Magne Nicolaisen	Tromsø kommune
Arne Johansen	Meløy kommune
Rita Jørgensen	Finnmarkssykehuset HF
Hans Petter Bergseth	Observatør fra regionalt risikostyringsnettverk
Jim Roger Fagerdal	Observatør fra regionalt risikostyringsnettverk

9.3.7.2 Vedlegg 2: Forklaring til skala for sannsynlighet og konsekvens.



Skala for sannsynlighetsvurdering:







Score	Sannsynlighet	Beskrivelse
1	Svært liten	Sjeldnere enn årlig - eller under 1% sjanse for at risiko inntreffer
2	Liten	Årlig/noen ganger per år – eller opptil 20% sjanse for at risiko inntreffer
3	Moderat	Månedlig – eller 21-60% sjanse for at risiko inntreffer
4	Stor	Ukentlig – eller 61 -90% sjanse for at risiko inntreffer
5	Svært stor	Daglig – eller mer enn 90% sjanse for at risiko inntreffer






Skala for konsekvensvurdering:

Konsekvensskala					
Konsekvens for:	1. Ubetydelig	2. Mindre alvorlig	3. Moderat	4. Alvorlig	5. Svært Alvorlig
Pasient	Ingen skade på pasient	Forbigående negativ helseeffekt/ skade som ikke krever ytterligere behandlings-tiltak	Krever behandlings-tiltak eller oppfølging	Krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet eller varig funksjonstap/lidelse	Død
Bruker av tjenestene	Ingen eller minimal innvirkning på brukere av tjenestene	Forbigående liten innvirkning på brukere av tjenestene	Liten kortvarig (mindre enn et år) innvirkning på brukere av tjenestene	Langvarig (mer enn et år) innvirkning på brukere av tjenestene	Betydelig langvarig (mer enn et år) innvirkning på brukerne av tjenestene
Bemanning	Ingen eller minimal innvirkning på medarbeider eller bemanning Ingen eller minimal innvirkning på rekruttering	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller underbemanning på +/- inntil 20% Kortvarig (mindre enn et år) rekrutteringsvansker for en andel av inntil 10%	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller underbemanning på mer enn +/- 20% Kortvarig (mindre enn et år) rekrutteringsvansker for en andel av inntil 10%-20%	Langvarig (over et år) over- eller underbemanning på +/- 15-30% Langvarig (over et år) rekrutteringsvansker for en andel av inntil 15%-35%	Langvarig (over et år) over- eller underbemanning på mer enn +/-30% Langvarig (over et år) rekrutteringsvansker for en andel på mer enn 30%
Kompetanse/ utdanning	Ingen eller minimal betydning for kompetanse eller utdanning	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdanningskandidater, mindre enn 10%	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdanningskandidater, 10-20%	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdanningskandidater, 15-30%	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdanningskandidater, mer enn 30%
Kapasitet	Ingen eller minimal betydning for kapasitet	Forbigående utfordringer knyttet til kapasitet	Kortvarig (mindre enn et år) utfordringer med kapasitet	Langvarig (over et år) utfordringer med kapasitet	Betydelige utfordringer med kapasitet over lang tid (over et år)
Økonomi	Ingen eller minimal påvirkning på driftskostnader eller finansiell bæreevne	Kortvarig (mindre enn et år) liten økning i driftskostnader eller kortvarig liten svekkelse av finansiell bæreevne	Kortvarig (mindre enn et år) moderat økning i driftskostnader eller kortvarig moderat svekkelse av finansiell bæreevne	Langvarig økning i driftskostnader eller langvarig svekkelse av finansiell bæreevne	Langvarig stor økning i driftskostnader eller langvarig stor reduksjon i finansiell bæreevne






9.3.7.3 Vedlegg 3: Bearbeidede notater fra møtene.

		S	K
	Risikoområde brukeren av tjenestene		
RB1	Likeverdig tilbud - Risiko for at pasientene ikke mottar likeverdig tilbud		
RB1-0 	<p>En av hovedutfordringene i dag er at pasienter som bor ulike steder i regionen mottar ulike tilbud. Dette gjelder særlig innen akutte rehabiliteringsforløp. Enkelte trekker frem at pasienter mottar et dårligere tilbud jo lenger nord i regionen man kommer. Det understrekes at man ikke har datagrunnlag for å hevde dette, og at utsagnet baseres på tilbakemeldinger fra pasienter.</p> <p>Rehabiliteringstilbudet i hele regionen kompenseres med kjøp av tjenester fra private aktører. Kjøp av private rehabiliteringsplasser øker risikoen for at pasientene mottar ulike tjenester. Dette begrunnes med at ulike private aktører, som opererer i ulike deler av regionen, har ulike tilbud. Gruppen påpeker at det ligger en behovsanalyse til grunn forut for anskaffelsesprosessen med kjøp av private tjenester. Kjøp fra private bygger dermed på regionens faktiske behov. Det er i anskaffelsesprosessen tatt høyde for av de subakutte rehabiliteringstilbudene ikke skal endres fra dagens praksis.</p> <p>Feriestengte offentlige rehabiliteringsenheter gir ikke like tilbud til befolkningen gjennom året. Pasienter, som får et rehabiliteringsbehov i en ferie, kan bli liggende på eksempelvis medisinsk avdeling i påvente av at rehabiliteringsavdelingen gjenåpner og pasienten kan starte sitt rehabiliteringsforløp. Man risikerer dermed et prognosetap hos disse pasientene ved at man kommer sent i gang med rehabilitering. Noen av disse pasientene får rehabilitering i kommunal regi i påvente av at sykehusenes rehabiliteringsavdelinger gjenåpner etter feriestengning. Gruppen påpeker at det i dagens situasjon er kapasitetsutfordringer i en rekke kommuner for pasienter som har behov for rehabiliteringstjenester i kommunal regi.</p> <p>Gruppen mener det ikke bevilges nok midler til rehabilitering av sentrale beslutningsmyndigheter.</p>	4	4
RB1-1 	<p>Ved å unngå feriestengning vil man utviske noe av dagens ulikhet innen behandling. En styrkning av tilbudet til pasienter i Bodø, ved at man bygger opp en ny avdeling her, vil også fremme et likere tilbud innad i regionen. Gruppen peker på risiko for at man i interimfasen, med nedbygging i Vesterålen og oppbygging i Bodø, har for lite samlet kapasitet for pasientene i nedslagsfeltet til Nordlandssykehuset. Videre vil det være økt risiko for et dårlig behandlingstilbud for pasientene som hører til Vesterålen. Dette begrunnes primært med den økte reiseveien for pasientene som bor i Vesterålen og nå må reise til Bodø. Gruppen trekker frem at økt kapasitet i Sandnessjøen muligens kan avlaste behandlingskapasiteten i Nordland fylke samlet. Det påpekes at det i praksis kan bli vanskelig å legge pasienter inn i Sandnessjøen som sokner til Bodø.</p> <p>Det er usikkert om Bodø har fysiske arealer til å starte opp og etablere en rehabiliteringsenhet, eller om dette må bygges. Gruppen fremhever at rehabiliteringstilbudet i Bodø blir mer spesialisert enn dagens Vesterålen, da man også får fysikalsk medisin som en del av det tverrfaglige teamet.</p> <p>Gruppen diskuterer om det er risiko for økte ventelister ved å ta flere pasienter inn i offentlig helsetjenester. Det er en risiko for at private tilbydere må legge ned om man trekker ut all aktivitet fra de, og da risikerer Helse Nord at en må ivareta alle pasientene. Hva skjer når man trekker ut de subakutte rehabiliteringspasientene? Det vil være en større risiko i alternativ 2 enn i alternativ 1. Helse Nord har allerede presset de private tøft. De private har «tunet» sin drift og sitt mannskap for denne aktiviteten. Man vil også miste fire rehabiliteringssenger om man tar ned tilbudet i Finnsnes. Samtidig vil man få to nye senger i Harstad.</p>	3	4





NY RB1-1 	Risikoreduserende tiltak (forutsetter at det er økonomisk lønnsomt, og at man har ressurser): <ul style="list-style-type: none"> • Beholde Vesterålen mens man bygger opp Bodø gradvis. Dette endrer hele alternativet, og man får en mye bedre robusthet. Det må da gjøres en vurdering av antall senger, og det må lages detaljplaner. • Beholde tilbudet hos de private mens man bygger opp nye tilbud, slik at HFene har kapasitet og kompetanse nok til å ta vare på de tre ulike pasientgruppene. • Rehabiliteringstilbudet i Harstad skal ha helårsåpent • Sterkere fagmiljø i Helse Nord gjør at man kan behandle flere pasientgrupper selv • Vil kreve mindre ressurser hos de private når man trekker pasientene ut herfra. Dermed trenger de ikke ha den samme åpningstiden som de har i dag. 	2	3
RB1-2 	Effektene blir de samme i alternativ 2 som i alternativ 1, bare sterkere. Sannsynligheten justeres derfor ned fra 3 til 2 før risikoreduserende tiltak.	2	4
RB2 BR2-0 	Overholde ventetid - Risiko for å ikke overholde ventetid Gruppen påpeker at det kun er slagpasienter (av rehabiliteringspasienter) som har skriftlige føringer av hvor raskt rehabilitering skal igangsettes. Dette medfører ofte lang ventetid for øvrige rehabiliteringspasienter. I perioder med ferieavvikling (lavdriftsperioder) blir pasienter liggende på eksempelvis medisinsk avdeling i påvente av at rehabiliteringspost åpner etter ferie. Dette gjelder for de pasientene som har en for sårbar allmenntilstand til å kunne behandles privat. Gruppen fremhever at de private benyttes der man kan slik at de fleste pasientene raskt får tilbudet de trenger. Gruppen presiserer igjen at pasienter som berøres av ventetider risikerer prognosetap grunnet at man ikke kommer i gang med rehabilitering tidlig nok.	3	4
RB2-1  NY RB2-1 	Helårsåpne senger i regionen, som det legges opp til i alternativ 1, vil være risikoreduserende for pasienter med rehabiliteringsbehov i lavdriftsperioder. Pasientene vil med helårsåpne senger ikke berammes av ventetid som følge av feriestengning. I alternativ 1 foreslås det nivå to rehabilitering på de nye helårsåpne sengene, som da kan ta imot de dårligste pasientene. Gruppen diskuterer hvorvidt man kan tenke seg lavere konsekvens i alternativ 1 og 2 siden de mest akutte pasientene kan tas hånd om like godt året rundt. Den friskere pasientpopulasjonen som kan måtte vente i alternativ 1 og alternativ 2 risikerer mindre prognosetap siden de er friskere i utgangspunktet, og dermed gir alternativene en lavere konsekvens. Gruppen bli allikevel stående med en uendret konsekvens i alternativ 1 sammenlignet med dagens situasjon. Lavdriftsperioder vil det alltid være alle steder på grunn av ferieavvikling. Dette er det svært vanskelig å unngå, men man vil unngå feriestengt. Risikoreduserende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Beholde Vesterålen mens man bygger opp Bodø gradvis. Dette endrer hele alternativet, og man får en mye bedre robusthet. Det må da gjøres en vurdering av antall senger, og det må lages detaljplaner. • Beholde tilbudet hos de private mens man bygger opp nye tilbud, slik at HFene har kapasitet og kompetanse nok til å ta vare på de tre ulike pasientgruppene. • Rehabiliteringstilbudet i Harstad skal ha helårsåpent • Sterkere fagmiljø i Helse Nord gjør at man kan behandle flere pasientgrupper selv • Vil kreve mindre ressurser hos de private når man trekker pasientene ut herfra. Dermed trenger de ikke ha den samme åpningstiden som de har i dag. 	3	4
NY RB2-1 	Risikoreduserende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Beholde Vesterålen mens man bygger opp Bodø gradvis. Dette endrer hele alternativet, og man får en mye bedre robusthet. Det må da gjøres en vurdering av antall senger, og det må lages detaljplaner. • Beholde tilbudet hos de private mens man bygger opp nye tilbud, slik at HFene har kapasitet og kompetanse nok til å ta vare på de tre ulike pasientgruppene. • Rehabiliteringstilbudet i Harstad skal ha helårsåpent • Sterkere fagmiljø i Helse Nord gjør at man kan behandle flere pasientgrupper selv • Vil kreve mindre ressurser hos de private når man trekker pasientene ut herfra. Dermed trenger de ikke ha den samme åpningstiden som de har i dag. 	2	3






RB2-2 	Det kan bli lengre ventetider i det kommunale rehabiliteringstilbudet i alternativ 2 når flere pasienter skal behandles i kommunal regi. Gruppen trekker frem at det vil bli viktig å ta i bruk ny teknologi og nye samhandlingsflater i tiden som kommer for å underlette kommunene når de får flere pasienter.	2	4
RB3 RB3-0 	Unngå belastende pasientreiser - Risiko for belastende pasientreiser Det er lang transport for en rekke pasienter, avhengig av hvor man bor og hvor nærmeste egnede rehabiliteringstilbud befinner seg. Reiseveien vurderes som belastende for en stor andel av regionens pasienter. Det er også historier om at pasienter får utsatt sitt behandlingstilbud fordi det ikke er plass på f.eks. rutefly, og pasienten dermed ikke kommer seg til behandlingsstedet.	4	4
RB3-1 	Pasienter som trenger ambulanse, eller annen liggende transport, vil håndteres i sykehusene og derfor ikke alltid behøve transport mellom akuttforløp og rehabilitering. Dette vil bero på om akuttforløpet og rehabiliteringen er lokalisert på samme sykehus. Enkelte pasienter vil med ny rehabiliteringsstruktur få transport med endret transportmodalitet sammenlignet med dagens situasjon. Helårsåpne rehabiliteringsplasser vil føre til at pasienter kommer rett inn til sitt rehabiliteringstilbud. Dermed slipper en rekke pasienter et reisestrekk ved at man ikke må midlertidig i kommunal rehabilitering evt. i hjemmet, i påvente av sitt rehabiliteringsopphold.	3	4
NY RB3-1 	Risikoreducerende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Gjøre en gjennomgang av den totale prehospitale kapasiteten, og spesielt se på ambulanse, og andre alternativer til transport som kan være rimeligere enn ambulanse. • Alternativ 1 vil også gjøre at noen vil slippe lang transport ved å ha helårsåpne senger. Dette vil særlig kutte reising for subakutte pasienter. Noen vil fortsatt måtte reise langt. • Oppbygging av tilbudet i Bodø vil redusere transportbehovet for en del pasienter. • Oppbemanning i Kirkenes vil bety mindre transport. • Finnsnes har ikke sykehus, og pasientene vil allerede være innlagt på UNN • Unngå gradvis oppbygning og gradvis nedbygging (beholde Vesterålen mens man bygger opp Bodø) 	2	3
RB3-2 	Flere pasienter får i større grad sitt rehabiliteringstilbud i sin hjemkommune som dermed gir mindre reisevei.	2	3






		S	K
	Risikoområde behandlingstilbud		
R1	Behandling på rett nivå		
	- Risiko for at man ikke behandles på rett nivå		
R1-0	<p>Gruppen ser todelt på dagens utfordringsbilde: For slagpasienter kan det være mangel på rehabilitering på nivå 2, pasientene skulle altså mottatt et mer avansert tilbud. Andre pasienter behandles i spesialisthelsetjenesten, som kunne vært behandlet i kommunen. Disse pasientene får derfor et mer avansert tilbud enn de strengt tatt trenger. I forlengelsen av sistnevnte reflekterer gruppen rundt om man overbehandler innen regionens sykehus ved at man tar inn for mange. I denne diskusjonen kommer det raskt frem at for en stor gruppe av rehabiliteringspasienter er det ikke tydelig om skal behandles kommunalt eller i spesialisthelsetjenesten. Det trekkes også frem at en del pasienter får rett til hjelp i spesialisthelsetjenesten som følge av at kommunen mangler plass/tilbud. Det understrekes videre at pasienter kun blir overbehandlet i sykehus hvis man blir behandlet på en avdeling/enhet som er tilpasset å behandle pasienter med den aktuelle pasientens utfordringer og pasienttyngde.</p> <p>Til slutt legges det til at lange innleggelsesforhold innen rehabilitering kan føre til at man utsetter å gjøre tiltak i hjemmet, og at pasientene i verste fall kommer hjem uten nødvendig tilrettelegging.</p>	3	3
R1-1	Alternativ 1 innebærer en styrking og spesialisering av de offentlige rehabiliteringsavdelingene. Gruppen er tydelig og samstemt i at økt kompetanse og kapasitet innen avdelingene i spesialisthelsetjenesten legger til rette for økt samarbeid med kommunene.	3	2
R1-2	Alternativ 2, hvor man opphever en del av kjøpene fra private aktører, kan gi økt risiko for større konsekvenser for pasienter som ikke får et tilbud av det offentlige pga. kapasitetsutfordringer.	2	2
R2	Sikre at en følger nasjonale retningslinjer		
	- Risiko for at man ikke følger nasjonale retningslinjer		
R2-0	Gruppen trekker innledningsvis frem nasjonal slagveileder og traumeplan. Disse legger faglige føringer for arbeid og samarbeid med rehabilitering. Det fremheves at man i regionen følger opp for lite i etterkant av innleggelse, samt at man ikke har godt nok tilbud i akuttforløpet. Man har ikke kapasitet til å drive oppfølging med pasienter over tid etter innleggelse, selv om dette er faglig	4	4




	<p>anbefalt. Enkelte steder mangler fagfolk f.eks. logoped i oppfølgingen av slagpasienter som er helt nødvendig for å kunne vurdere f.eks. svelgfunksjon.</p> <p>Gruppen problematiserer også at man mangler dokumentasjon innen enkelte behandlingsformer man kjøper fra private, f.eks. overvektspasienter.</p>		
R2-1 	<p>Alternativ 1 gjør regionen bedre i stand til å følge opp eksempelvis slagpasienter. Økt samlet regional behandlingsskapasitet gjør regionen bedre i stand til å følge nasjonale retningslinjer. Man vil også få en bedre oppgavedeling med private når det gjelder oppfølging etter akuttforløp/innlagte rehabiliteringsopphold. Alle helseforetak skal i alternativ 1 kunne behandle gruppe 1 og 2 rehabiliteringspasienter.</p>	2	3
R2-2 	<p>Alternativ 2 scores likt på sannsynlighet og konsekvens som alternativ 1.</p>	2	3
R3 R3-0 	<p>Unngå uønsket variasjon i behandling</p> <p>- Risiko for uønsket variasjon i behandling</p> <p>Gruppen belyser at det er ulik henvisningspraksis mellom HF i etterkant av tilsynelatende like ortopediske operasjoner. NLSH henviser oftere til postoperativ rehabilitering sammenlignet med øvrige HF i regionen. Forskjellene kan trolig ikke forklares med at pasientene ved NLSH er vesentlig dårligere og derfor skulle behøve rehabilitering oftere enn pasientene ved øvrige helseforetak.</p> <p>Gruppen stiller spørsmål til om man burde henvist alle pasienter til det offentlige, som kunne "scoret" pasientene og dermed fastsette rehabiliteringsbehov. Denne ordningen ville innebære en ny praksis sammenlignet med dagens. Overforbruk av tjenestene fører til at tilbud ikke alltid er tilgjengelige når pasienter trenger de.</p> <p>Gruppen har en oppfatning av at det er ulik «tyngde» blant pasienter som opereres offentlig vs. privat, hvor de «letteste» pasienter opereres privat.</p> <p>Avslutningsvis påpeker gruppen at det med fordel kan rettes økt fokus på preoperativ rehabilitering for å lette perioperativt forløp.</p>	4	3
R3-1 	<p>Gruppen trekker frem at ortopediske pasienter ikke skal til private aktører i alternativ 1 og 2.</p>	2	2
R3-2	<p>Alternativ 2 scores likt på sannsynlighet og konsekvens som alternativ 1</p>		







		2	2
R4	Sømløse pasientforløp ved at flere fullbehandles i det offentlige		
	- Risiko for at man ikke har sømløse pasientforløp		
R4-0	Gruppen løfter frem at der adskilte journalsystem er involvert i ett og samme pasientforløp fører dette til at informasjonsflyten mellom avdelinger og forvaltningsnivå går for treigt. Eksempel på dette er hvis pasienten overføres fra spesialist- til primærhelsetjenesten. Det tar ofte for lang tid før pasienter får nødvendige hjelpemiddel til hjemmet i etterkant av en innleggelse.	4	4
R4-1	Konsekvensen senkes ved at subakutte rehabiliteringspasienter i alternativ 1 skal behandles i det offentlige. Ved å beholde og behandle pasienter lenger på sykehus reduseres også sannsynligheten.	3	3
R4-2	Det forutsettes i alternativ 2 at kommunene bygger ut tilbudet sitt for å kunne ivareta flere pasienter. Gruppen understreker viktigheten av at spesialisthelsetjenesten driver kunnskapsstøtte ut til kommunene i forbindelse med oppbyggingen av kommunal rehabilitering. Avslutningsvis påpekes viktigheten med klare ansvarsavgrensninger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for å lykkes med god samhandling.	2	2





	Risikoområde bemanning	S	K
RM1 RM1-0 	At en har tilstrekkelig med utdanningskapasitet - Risiko for utilstrekkelig med utdanningskapasitet Gruppen presiserer at det her er snakk om spesialiseringssløp etter grunnutdanning. Flere ansatte har kommet med tilbakemeldinger om at det ikke "lønner seg med etterutdanning". Utsagnet begrunnes ofte i at lønnsforskjellen med og uten etterutdanning ikke gir noen merkbar forskjell i lønn. Helse Nord har i dag mange små fagmiljø som gjør det vanskeligere å utdanne spesialister. Dette fordi det er vanskeligere å dra på obligatoriske kurs når man jobber i en liten avdeling som er mer sårbar for fravær. Gruppen opplyser at det er få søkere til spesialiseringen fysisk medisin. Enkelte yrkesgrupper melder at det er sjeldent opptak til videreutdanning. Det er en forskjell mellom yrkesgrupper hvorvidt man behøver praksistid før man kan starte etterutdanningsløp. Det er generelt vanskelig å rekruttere LIS 2/3 i regionen. Det understrekes at man har kapasitet til å fullføre LIS-løpet og bli ferdig spesialist i regionen. Gruppen understreker avslutningsvis at sannsynligheten for kapasitetsutfordringer trolig øker i fremtiden.	2	4
RM1-1 	Det vil være lettere å opprettholde tilstrekkelig rekruttering og utdanning i alternativ 1. Det er en samstemt gruppe på dette punktet.	2	4
RM1-2 	Det vil være lettere å opprettholde tilstrekkelig rekruttering og utdanning også i alternativ 2. Gruppen finner imidlertid ingen forskjell mellom alternativ 1 og 2.	2	4
RM2 RM2-0 	Attraktive arbeidsmiljø - Risiko for uattraktive arbeidsmiljø Dagens situasjon preges av få stillinger, lite personell og få spesialister. Det antas lite attraktivt å være eneste/en av få spesialister på en avdeling, hvor man blir stående med mye ansvar og samtidig har få kollegaer å diskutere med. Det meldes jevnt over lettere å rekruttere avtalespesialister enn til de offentlige stillingene. Dette skyldes trolig den høye arbeidsbelastningen på sykehusene i regionen. I dag er det slik at man må skrive ut rehabiliteringspasienter før ferie og høytider da avdelingene holder feriestengt. Dette er uheldig for regionens rehabiliteringstilbud og kontinuitet, og har betydelige konsekvenser for pasientene. Gruppen trekker frem at feriestengning kan virke rekrutterende siden det er meget familievennlig for den ansatte. UNN Tromsø har ekstra utfordringer i disse lavdriftsperiodene, da det er eneste sted som er åpent i feriene. UNN Tromsø må i disse periodene avslå flere pasienter enn vanlig fordi man har såpass få tilgjengelige senger. Avdelingen sitter også ofte igjen med større bredde i pasienters utfordringsbilde, siden man i praksis avlaster og får pasienter fra hele regionen. Avslutningsvis påpeker gruppen at det er stillinger i Tromsø som p.t. ikke er besatt.	4	4





RM2- 	Alternativ 1 styrker regionen med flere rehabiliteringssenger og øker dermed behovet for ansatte. Gruppen mener det kan bli utfordrende å rekruttere tilstrekkelig med personell til denne økte aktiviteten, særlig i lys av at man må rekruttere nokså mange på relativt få steder. Med en gradvis avvikling av Finnsnes og Stokmarknes vil dette antakelig svekke rekrutteringen på disse stedene i nedbyggingsfasen. Det kan også bli krevende å flytte personell fra Finnsnes og Stokmarknes til nye arbeidssteder i ny struktur. Overgangen til helårdrift på regionens rehabiliteringsavdelinger kan også virke negativt på rekrutteringen.	3	4
NY RM2-1 	Risikoreducerende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Et rekrutteringsprogram i Helse Nord for sårbare spesialiteter/yrkesgrupper, med litt goder for LIS, med samlinger og mulighet for å delta på kurs og konferanser (både overleger og LIS). Dette har tidligere vist seg å ha god effekt på attraktiviteten og arbeidsmiljøet. Det er også en positiv ringvirkning at en på denne måten kan få mer internundervisning. • Bygge opp større fagmiljø, opp til et visst nivå, vil gjøre det lettere å rekruttere. Da klarer man samtidig å få folk til å bli ved å gjøre arbeidsmiljøet mer attraktivt. • Oppgavedeling; fysioterapi deltar inn i behandlingsforløpet tidligere enn vanlig praksis i dag, sammen med sykepleiere. • La avdelingen i Stokmarknes bestå. • Sørg for at man har en grunnbemanning som gjør arbeidsforholdene gunstigere enn tilfellet er i dag. • Stabiliseringstiltak, styrke ledelse og ytterligere ivaretagelse av personell. 	2	3
RM2- 	Gruppen peker på at et solid rehabiliteringsmiljø i Bodø trolig vil styrke regionens kapasitet og rekruttering innen rehabiliteringsfeltet.	2	4
RM3- RM3- 	Rekruttere og beholde relevant kompetanse - Risiko for å ikke rekruttere og beholde relevant kompetanse Under dette punktet er det viktig å se større på rekrutteringssituasjonen, enn kun å se på spesialisthelsetjenesten. Man må her se på totalt tilgjengelig «personell-pool» i regionen, siden kommunal rehabilitering også skal bygges opp. Det påpekes videre at mulighetene for oppgavedeling med kommunal helsetjeneste, ved større grad av samdrift i form av helhetlige pasientforløp, er stor. Større grad av samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene kan gi en "buffer" for rekruttering. Videre drøfter gruppen om man i regionen har gjort alt man kan for å beholde fagfolk. Det oppleves generelt til å være en større utfordring å beholde enn å rekruttere fagfolk. Dersom man lykkes med å beholde fagfolk vil rekrutteringen trolig «komme etter». <u>Gruppen ble ikke enige om en sannsynlighet for dette punktet og man gikk derfor til avstemning:</u> 8 stykker stemte for sannsynlighet 3 3 stykker stemte for sannsynlighet 4	3	4
RM3-1 	Ved en reduksjon i det private tilbudet, vil ansatte bli tilgjengelige for det offentlige. Gruppen påpeker også risikoen for at disse forsvinner ut av regionen, eller til andre fagfelt/bransjer. Poenget med samme rekrutteringspool for kommunalt helsevesen og sykehus gjentas i diskusjonen knyttet til alternativ 1. Oppgavespenet på UNN oppleves så stort at det øker arbeidsbelastningen. <u>Gruppen ble ikke enige om en sannsynlighet for dette punktet og man gikk derfor til avstemning:</u> 6 stykker stemte for sannsynlighet 2 4 stykker stemte for sannsynlighet 3 2 stykker stemte for sannsynlighet 4 <u>Mulig risikoreducerende tiltak:</u> Større fokus på å etterutdanne andre faggrupper enn leger for å tilrettelegge for oppgavedeling, og dermed avlaste legene.	2	4






RM3-2 	<p>Gruppen fremhever risikoen for å ikke få tak i nok personell siden man skal øke tilbudet innen både kommunal og spesialisthelsetjenesten. Videre påpekes det konsekvensen om mindre interessante arbeidsoppgaver for f.eks. fysioterapeuter på sykehus som i dag jobber med rehabilitering, og som mister denne funksjonen i alternativet. Det understrekes at alternativet gir kommuner mulighet til å bygge opp rehabiliteringstilbud som i dag dekkes av spesialisthelsetjenesten, der disse forsvinner. Gruppen problematiserer at det trolig er få kommuner som er store nok til å kunne bygge opp tilstrekkelig kapasitet og kompetanse til å kunne ivareta tilbud som i dag dekkes av spesialisthelsetjenesten. Det vil trolig kreves betydelig arbeid for å etablere en god arbeidsdeling mellom sykehus og kommuner.</p> <p>Innenfor sykehusdrift kan større enheter tilby større stillingsprosenter som oppleves attraktivt for arbeidstakere og gir en mer hensiktsmessig drift. Større enheter gir bedre forutsetninger for å øke utnyttelsen av sengene. Det understrekes at oppbyggingen av et helt nytt miljø i Bodø blir krevende.</p> <p><u>Gruppen ble ikke enige om en sannsynlighet for dette punktet og man gikk derfor til avstemning:</u> 11 stykker stemte for sannsynlighet 3 1 stykk stemte for sannsynlighet 4</p>	3	4
NY RM3-2 	<p>Risikoreducerende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etablere et rekrutteringsprogram i Helse Nord for sårbare spesialiteter/yrkesgrupper • Bygge opp større fagmiljø, opp til et visst nivå, vil gjøre det lettere å rekruttere. Da klarer man samtidig å få folk til å bli ved å gjøre arbeidsmiljøet mer attraktivt. • Oppgavedeling for å avlaste personell det er størst mangel på • La avdelingen i Stokmarknes bestå. • Sørg for at man har en grunnbemanning som gjør arbeidsforholdene gunstigere enn tilfellet er i dag. • Stabiliseringstiltak, styrke ledelse og ytterligere ivaretagelse av personell. • Utnytte helsefelleskapene bedre (i de tilfeller der man nedskalere spesialisthelsetjenesten kan en bidra med friggitt personale, som vil kunne være tilgjengelig for kommunal virksomhet). 	3	3
RM4-0 	<p>Sikre at en tar i bruk arbeidsbesparende teknologi - Risiko for at en ikke tar i bruk arbeidsbesparende teknologi</p> <p>Gruppen opplyser at enkelte teknologier kun er tilgjengelig ved større miljøer. Dette skyldes i stor grad at leverandørene fokuserer mer på større miljøer når de skal få solgt ny teknologi. Det vil være stort behov for teknologi som gjør helsevesenet i stand til å opprettholde økt behandlingmengde, uten å øke arbeidsstyrken, i tiden som kommer. Ny og arbeidsbesparende teknologi letter samhandling på tvers av forvaltningsnivå. En stor gevinst vil være dersom ny teknologi kan underlette klinisk personell i å utføre personellintensive scoringsverktøy.</p>	3	3
RM4- 	<p>Gruppen finner ingen forskjell mellom alternativ 0, 1 og 2 på dette punktet.</p>	3	3
RM4- 	<p>Gruppen finner ingen forskjell mellom alternativ 0, 1 og 2 på dette punktet.</p>	3	3







<p>RM5</p> <p>RM5-</p> 	<p>Rett kompetanse på rett plass - Risiko for at en ikke har rett kompetanse på rett plass</p> <p>En rekke klinikere melder om for lite målrettede oppgaver i arbeidshverdagen. For høyt kvalifisert personell rydder rom, rer senger, tømmer søppel etc. Man kunne/burde hatt flere helsesekretærer og helsefagarbeidere til å utføre enklere oppgaver. Gruppen påpeker at helsesekretærer i liten grad har vært etterspurt de senere år, og at dette trolig er årsaken til at det er få tilgjengelige for å rekruttere på nåværende tidspunkt.</p> <p>Det meldes flere steder om at man har større vanskeligheter med å ha kompetente folk på jobb i helgene. Avslutningsvis påpeker gruppen viktigheten av å sikre en tverrfaglig vurdering før hjemreise.</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>RM5-1</p> 	<p>Gruppen understreker at arbeidsdeling forutsetter tilstrekkelig bemanning. Det er lettere med hensiktsmessig arbeidsdeling i større fagmiljø som det legges opp til i alternativ 1.</p>	<p>2</p>	<p>4</p>
<p>RM5-2</p> 	<p>Gruppen finner ingen forskjell mellom alternativ 1 og 2 på dette punktet.</p>	<p>2</p>	<p>4</p>






		S	K
	Risikoområde kapasitet		
RK1	Effektiv ressursutnyttelse i egne helseforetak - Risiko for ineffektiv ressursutnyttelse i egne helseforetak		
RK1-0 	<p>Gruppen fremhever at dette punktet henger sammen med punktet «rett folk på rett sted». Når man kan legge opp til kombinerte stillinger poliklinikk/sengepost bedres effektiviteten per ressurs. Man kan også øke utnyttelsesgraden på ressurser ved at de jobber på tvers av avdelinger. Begge disse faktorene kan legge til rette for at man tilbyr høyere stillingsprosent, som ofte etterspørres av ansatte.</p> <p>Flere gruppe-medlemmer trekker frem historier fra ansatte som melder om for stort arbeidspress grunnet mangel på folk. Gruppen peker på at overarbeidede ansatte gir ineffektiv drift. For høy arbeidsbelastning gir ofte mye sykemeldinger, som gir ineffektiv drift. Det er lettere å lykkes med effektiv drift dersom de ansatte har definerte arbeidsoppgaver og en overkommelig arbeidsmengde. Det oppleves fra legene i regionen som at man har mindre tid til pasientrettet arbeid enn tidligere. Avslutningsvis understreker gruppen av "rovdrift" på personell gir økt antall pasienthendelser.</p> <p>Ineffektiv drift skyldes også delvis at man har stor grad av overtid, som drar opp gjennomsnittlig timelønn. I tillegg har regionen flere små enheter som ofte har lavt belegg, og dermed gir høye kostnader per sykehusseng. Det understrekes at beleggsprosenten varierer på tvers av regionen.</p>	4	4
RK1-1 	Større enheter, som det legges opp til i alternativ 1, letter god ressursutnyttelse ved at hver ansatt kan få et mindre oppgavespen. I forlengelsen av dette får man også sannsynligvis en mer hensiktsmessig oppgavedeling. Modellen innebærer større enheter som kan øke kapasitetsutnyttelsen og beleggsprosenten for alle fag som er involvert i en sengepost	3	4
NY RK1-1 	<p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bygge opp likeverdig kompetanse innen rehabilitering og gjøre et kompetanseløft innen rehabilitering for å minske sårbarhet, sikre et høyt faglig nivå, lik praksis og god kvalitet. • Sikre at en klarer å hente tilbake det pasientvolumet som er tenkt fra private aktører. • Sørge for at det er bedre muligheter til å holde seg faglig oppdatert. 	3	4
RK1-2 	Gruppen finner ingen forskjell mellom alternativ 1 og 2 på dette punktet.	3	4
NY RK1-2 	<p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bygge opp likeverdig kompetanse innen rehabilitering og gjøre et kompetanseløft innen rehabilitering for å minske sårbarhet, sikre et høyt faglig nivå, lik praksis og god kvalitet. • Sikre at en klarer å hente tilbake det pasientvolumet som er tenkt fra private aktører. • Sørge for at det er bedre muligheter til å holde seg faglig oppdatert. 	3	4
RK2	Lokaler og tilstrekkelig sengekapasitet - Risiko for utilstrekkelig med lokaler og sengekapasitet		
RK2-0 	Gruppen presiserer innledningsvis at lokaler er areal, mens sengekapasitet er de fysiske sykehussengene. Det påpekes videre gruppens avhengighet av hva arbeidsgruppe 1 foreslår; hvis sykehus blir nedtrappet/nedlagt frigis areal. Hvis man derimot ruster opp et sykehus blir det vanskeligere å bygge opp rehabiliteringssenger siden det fort blir for lite areal til alle utvidelsene.	2	2



	Det er i dagens situasjon ulik oppfatning i gruppen hvor god tilgangen er på arealer i de ulike helseforetakene og hvorvidt rehabiliteringsplasser prioriteres i arealtildelingen.		
RK2-1 	<p>Gruppen innleder med å påpeke at Kirkenes og Harstad har nok senger slik situasjonen er i dag. Bodø og Sandnessjøen derimot har ikke tilstrekkelig kapasitet. Det er en risiko for at man ikke har nok samlet areal i alternativ 1. Videre påpekes det en risiko ved å bygge ned enkelte av dagens avdelinger innen rehabilitering. Det er særlig risiko for at man mangler rehabiliteringssenger i et fremtidig alternativ 1.</p> <p>For å kunne svare ut dette vil det kreve en grundig gjennomgang av bygg, eksisterende bygningsmasse og tilbygg</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har ikke forutsetninger for å komme med tiltak som kan redusere risikoen knyttet til det bygningsmessig 	5	3
RK2-2 	<p>Gruppen fremhever at kapasiteten, i form av antall rehabiliteringssenger i alternativ 2, er det kritiske. Man er helt avhengig av at oppbyggingen i Bodø blir vellykket. Gruppen mener at de nye sengene i Sandnessjøen vil "spises opp" umiddelbart av dagens underdekning for kompleks rehabilitering.</p> <p>For å kunne svare ut dette vil det kreve en grundig gjennomgang av bygg, eksisterende bygningsmasse og tilbygg</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har ikke forutsetninger for å komme med tiltak som kan redusere risikoen knyttet til det bygningsmessige 	5	3
RK3 RK3-0 	<p>At kommunene klarer å bygge opp et tilstrekkelig tilbud - Risiko for at kommunene ikke klarer å bygge opp et tilstrekkelig tilbud</p> <p>Kommunene klarer jevnt over ikke bygge opp et tilstrekkelig tilbud for å ivareta pasientene de skal slik det er i dag. Det pekes på små kommuner og store avstander i kombinasjon med mangel på folk, som de viktigste årsakene. Det rapporteres også om kommuner som bygger ned sitt rehabiliteringstilbud. Sistnevnte er meget uheldig når behovet for rehabilitering trolig vil øke i tiden fremover. Det meldes om at enkelte kommuner ikke har basalt rehabiliteringsutstyr som f.eks. til gangtrening.</p> <p>Det kommer frem at det har vært en 30 prosent reduksjon i private kjøp innen rehabilitering siden 2015 av Helse Nord. Disse pasientene blir nå henvist til kommunalt tilbud - et tilbud flere kommuner sliter med å tilby. Noen gruppemedlemmer mener at Helse Nord fremdeles kjøper for mye rehabilitering av private, og at dette skyldes at kommunene ikke har bygget opp kapasitet til å ivareta egne pasienter. Flere på klinikknivå melder om en uklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten. En bedre ansvarsfordeling (som hensyntar grad av rehabiliteringsbehov og diagnose) legger til rette for bedre samhandling mellom sykehus og kommuner.</p> <p>Avslutningsvis trekkes det frem at det er mindre behov for ortopedisk rehabilitering i dag kontra tidligere.</p>	4	3
RK3-1 	Ved at man fjerner delen av den "private redningsplanen" i rehabiliteringstilbudet får man samlet sett redusert kapasitet/robusthet. Gruppen påpeker at behandlingstilbudet i alternativ 1 ikke skal bli dårligere hverken i kvalitet eller kapasitet, men man må øke sykehuskapasitet for å kunne ta "hjem" subakutte rehabiliteringspasienter. Pasienter som skrives ut fra sykehus i dag, forblir i sykehus for	4	3

	sin rehabilitering i større grad i alternativ 1. Man legger dermed til rette for mer helhetlig pasientforløp.		
RK3-2 	<p>Alternativ 2 innebærer en ytterligere økt fjerning av den private «redningsplanken». Ved å «ta hjem» flere pasienter fra det private er det større risiko ved at man må ruste opp med enda større samlet kapasitet sammenlignet med alternativ 1. I alternativ 2 legges det også opp til økt aktivitet og dermed kapasitet av rehabilitering i kommunene. Særlig «Senrehabilitering» (ofte etter avsluttet opphold) bør foregå så nært pasienten som mulig, dvs. bør ivaretas av kommunen. Samhandling blir enda viktigere i alternativ 2 med flere pasienter som behandles i kommunene.</p> <p>Pasienter med behov for rehabilitering, og som ikke får det grunnet kapasitetsmangel, får forverring av sin tilstand og ender tilbake på sykehuset med mindre rehabiliteringspotensial. Dette understreker viktigheten av tilstrekkelig samlet kapasitet for regionen.</p>	4	3
RK4 RK4-0 	<p>At man opprettholder tilgjengelighet av helsetjenester - Risiko for at man ikke opprettholder tilgjengeligheten av helsetjenester</p> <p>I dag er de fleste rehabiliteringstilbud innen offentlig paraply i Helse Nord stengt i ferier. Dette medfører at man har for lite kapasitet innen akuttrehabilitering i sykehusene i perioder med feriestengte avdelinger. Selv om de private rehabiliteringsavdelingene holder åpent i ferier kan pasienter, i verste fall, bli liggende i akuttavdelinger i påvente av ledig rehabiliteringsplass når de offentlige avdelingene åpner igjen etter feriestengning. Denne risikoen øker jo sykere pasienten er grunnet at de private aktørene ikke har den samme faglige bredde som sykehus til å ivareta de skrøpeligste, og dermed ikke tar imot de dårligste. Det påpekes også at det å bli flyttet fra et akuttforløp på sykehus til et privat rehabiliteringsopphold er belastende.</p> <p>Oppsummert om dagens situasjon kan man si at regionen sett under ett har god beredskap for pasientene med relativt høyt funksjonsnivå, og dårligere for de med relativt lavt funksjonsnivå.</p>	3	4
RK4-1 	Alternativ 1 legger opp til høyere rehabiliteringsberedskap i regionen. Det blir trolig en bedre tilgjengelighet av tjenestene når rehabiliteringsplassene flyttes "in-house". Man vil sannsynligvis ofte kunne tilby pasientene et tilbud tidligere ved at pasientene blir i sykehuset. Det vil også være lettere å få til mer helhetlige pasientforløp.	3	3
RK4-2 	Med vesentlig oppbygging i Bodø bedres pasientbehandlingen betydelig, ved at særlig mange av akutte rehabiliteringsforløp vil håndteres ved NLSH. Økt samlet kapasitet i Helse Nord gir regionen bedret samlet tilbud.	2	3

		S	K
	Risikoområde organisatoriske forhold		
RO1	En klar rolle- og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten - Risiko for uklar rolle- og ansvarsfordeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten		
RO1-0 	Dagens situasjon er preget av en uklar rolle- og oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Gruppen understreker at det varierer mellom kommuner hvilket tilbud de tilbyr, og hvilken kompetanse de innehar. Det påpekes behov for en klarere oppgave- og ansvarsfordeling mellom forvaltningsnivåene. Det finnes store «gråsoner» – hvor det i disse «gråsonene» er uklart hvor skillet går mellom hvilke pasienter som skal behandles hvor. Konsekvensene av en uklar pasientfordeling er i verste fall død, ved at en pasient ikke blir fanget opp av hverken spesialist- eller primærhelsetjenesten. Gruppen presiserer at det skjer svært sjelden at pasienter, som skulle hatt rehabilitering, blir stående uten tilbud. Avslutningsvis trekkes det frem at det i dag er en økende grad av digitale konsultasjoner. Mange pasienter mister da den fysiske kontakten med behandler som kan føre til dårligere behandling.	5	4
RO1-1 	Alternativ 1 fordrer nye og klarere ansvarsgrenser internt i spesialisthelsetjenesten og forsterker forhåpentligvis tidligrehabilitering. En mulig effekt i alternativ 1 er å frigjøre personell fra private institusjoner som kan rekrutteres inn i offentlige sykehus, og dermed gi bedre samlet behandlingsskapitet i foretaksgruppen. Gruppen fremhever viktigheten av kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, og mener dette muligens blir lettere med større fagmiljø.	5	4
NY RO1-1 	Risikoreducerende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at en følger opp anbefalinger fra ny nasjonal helse- og samhandlingsplan. • Avklare helhetlige pasientforløp (det må gjøres et arbeid i forhold til hvordan dette skal løses). • Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og sørge for at disse følges opp. • Sørge for at en har større fokus på samhandling. • Utnytte det samarbeidspotensialet som ligger i helsefelleskapene bedre. Merknad: I dette alternativet berøres mindre kontroversielle områder så effekten av tiltakene vil kunne tenkes å være større i dette alternativet enn i alternativ 2.	4	3
RO1-2 	Gruppen finner ingen forskjell mellom alternativene på dette punktet. Punktet må muligens diskuteres på nytt i lys av et bedre faktagrunnlag på et senere tidspunkt.	5	4
NY RO1-2 	Risikoreducerende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at en følger opp anbefalinger fra ny nasjonal helse- og samhandlingsplan. • Avklare helhetlige pasientforløp. • Inngå forpliktende samarbeidsavtaler mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og sørge for at disse følges opp. • Sørge for at en har større fokus på samhandling. • Utnytte det samarbeidspotensialet som ligger i helsefelleskapene bedre. • Redusere antall kjøp av private for å klargjøre ansvarslinjene og oppgavedelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (jfr. direktoratet sin veileder innenfor området -vektmodellen) 	4	4

	Merknad: Større usikkerhet rundt kjøp av tjenestene som blir gjort i dette alternativet derfor ikke like stor reduksjon i risiko etter tiltak.		
RO2	Velfungerende helsefelleskap - Risiko for dårlig fungerende helsefelleskap		
RO2-0 	Inntrykket til gruppen er at helsefelleskapene fungerer bedre på ledernivå enn på operativt nivå. Nye avtaler med de private aktørene innen rehabilitering skal reforhandles først om fire år, så da har man god tid til å jobbe med å etablere gode samarbeidsflater før denne reforhandlingen. Det er en utfordring at de private aktørene ikke er inkludert i helsefelleskapene, når de tross alt behandler en betydelig andel av pasientene.	4	4
RO2-1 	Gruppen har ikke satt inn noen forslag i alternativene som endrer helsefelleskapene. Det skal likevel nevnes: Mindre bruk av private gjør at flere pasientforløp foregår i sin helhet innenfor helsefelleskapene. Dette gjelder de tre subakutte pasientforløpene som i dag kjøpes av private aktører. Det påpekes at de private fremdeles i alternativ 1 vil behandle en betydelig andel av pasientene. Avslutningsvis påpekes usikkerheten knyttet til hvor polikliniske fedmepasienter følges opp- og behandles mest hensiktsmessig. Det stilles også spørsmål rundt effekten av dagens behandlingstilbud til pasienter med sykkelig overvekt.	4	4
NY RO2-1 	Risikoreduserende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at helsefelleskapene blir et operativt organ. • Sterkere eierstyring fra HN RHF f.eks. gjennom styringskrav til HF-ene om utvikling av samarbeidet mellom kommuner og helseforetak i helsefelleskapene • Få private institusjoner involvert i helsefelleskapene fordi de leverer en stor del av tjenestene. 	2	2
RO2-2 	Det vises til gruppens diskusjon under alternativ 1. I alternativ 2 vil enda flere pasienter behandles i sin helhet innenfor helsefelleskapene. Gruppen finner imidlertid ingen forskjell mellom alternativene i sannsynlighet og konsekvens.	4	4
NY RO2-2 	Risikoreduserende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Sikre at helsefelleskapene blir et operativt organ. • Sterkere eierstyring fra HN RHF. • Få private institusjoner involvert i helsefelleskapene fordi de leverer en stor del av tjenestene. 	2	2
R3	Sikre at kommunene klarer å håndtere de tjenester som det er sagt at de skal ivareta - Risiko for at kommunene ikke klarer å håndtere de tjenester som det er sagt at de skal ivareta		
RO3-0 	Her er det nødvendig at spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetanseoverføring og -heving ute i kommunehelsetjenesten. Gruppen trekker frem utfordringene knyttet til at hovedvekten av forskningsmidler tildeles spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at man har mindre tilgjengelig litteratur å bygge kommunale tilbud ut ifra. Det er i dag kapasitetsutfordringer innen både primær- og spesialisthelsetjenesten, som primært skyldes mangel på personell. Framskrivninger tyder på at behovet for kommunale helsetjenester kommer til å øke mer enn behovet for spesialisthelsetjenester fremover. Økningen skyldes primært flere eldre og multisyke som skal ivaretas av kommunen. Det er grunn til å tro at denne generelle	4	4

	trenden også gjelder innen rehabilitering. Fordelen med å behandle pasienter i kommunal regi er at behandlingsforløpene veldig ofte er langt billigere og skjer nærmere (om ikke i) pasients bosted.		
RO3-1  NY RO3-1 	<p>Gruppen finner ingen forskjell mellom alternativ 0 og 1 på dette punktet.</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for at sterkere fagmiljø kan utøve mer ambulant virksomhet. • Bevisst på kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. • Øke ambulant virksomhet. • Proaktiv støtte til hensiktsmessig organisering av primærhelsetjenesten • Sikre like rutiner for hvordan pasientene skal tas imot. • Bidra til økt fokus på det interkommunale samarbeidet. • Utnytte det som ligger av digitale muligheter for tverrfaglige team. 	4	4
RO3-2  NY RO3-2 	<p>I alternativ 2 vil det være mer krevende for kommunen å håndtere alle pasientene, siden det legges opp til at kommunene skal behandle flere.</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sørge for at sterkere fagmiljø kan utøve mer ambulant virksomhet. • Bevisst på kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunene • Øke ambulant virksomhet. • Bidra til hensiktsmessig organiseringen av primærhelsetjenesten på grunn av demografien i nord. Være proaktiv i forhold til dette. • Sikre like rutiner for hvordan pasientene skal tas imot. • Vurdere det interkommunale samarbeidet. • Bidra til økt fokus på det interkommunale samarbeidet. • Utnytte det som ligger av digitale muligheter for tverrfaglige team. <p>Score satt ut ifra at en ikke skal overføre en betydelig del av pasientene.</p>	5	4
RO4 RO4-0	<p>Effektivt omstillingsarbeid</p> <p>- Risiko for ineffektivt omstillingsarbeid</p> <p>Ikke behandlet for 0-alternativet</p>		
RO4-1 	<p>Det vil bli en utfordring med bemanning på plasser som skal bygges opp. Deler av gruppen stiller spørsmål ved om man vil få tak i nok folk. Det påpekes at private aktører kan avlaste det offentlige i overgangsfasen. Det blir også en utfordrende situasjon å skulle ta ned noe av dagens tilbud, og stenge avdelinger som drifter i dag. Alternativet legger opp til "gradvis nedbygging" og "gradvis oppbygging" av hhv. Stokmarknes og Bodø som gir risiko for dårlige arbeidsmiljø i interimfasen. Det er en risiko for å miste fagfolkene som jobber ved avdelingene som legges ned.</p> <p>Gruppen etterlyser tall på de økonomiske konsekvensene av de ulike alternativene.</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realistisk og god planlegging. • Tydelig ledelse og eierstyring. • Sikre kort tid fra vedtatte endringer til implementering. • Sikre at endringene etterleves. 	3	4
		3	3

RO4-2 	Økt risiko for vakuum i tilbudet ved at nedleggelsen og oppbyggingen skjer fort – man risikerer at man ikke klarer å bygge opp ny avdeling med tilstrekkelig kapasitet til å absorbere pasientvolumet fra nedlagt enhet. Det trekkes igjen frem at private kan avlaste i interimsfasen.	4	4
NY RO4-2 	Risikoreducerende tiltak: <ul style="list-style-type: none"> • Realistisk og god planlegging. • Tydelig ledelse og eierstyring. • Sikre kort tid fra vedtatte endringer til implementering. • Sikre at endringene etterleves. • Sikre involvering og forankring hos kommunene på et tidlig tidspunkt. 	4	3

		S	K
	Risikoområde økonomi		
RØ1	Tilstrekkelige ressurser og effektiv ressursutnyttelse		
RØ1-0	<p>- Risiko for utilstrekkelige ressurser og ineffektiv ressursutnyttelse</p> <p>Det er ikke tilstrekkelige personellmessige ressurser i dagens situasjon. Dette fører til utstrakt bruk av overtid med sine kvalitetsmessige konsekvenser, økt vikarinneleie og økte kostnader. Gruppens inntrykk er at en økende andel av pasientene ikke får det tilbudet de har krav på i henhold til faglige føringer fordi kommunene ikke har tilstrekkelig behandlingsskapasitet. Det er også et klart inntrykk at pasienter som klager på avslag i stor grad får omgjort sitt avslag. Man kan derfor spørsmålsteget til om det er mørketall rundt hvorvidt man har et udekket behov i dagens situasjon.</p> <p>Særlig akuttforløpene som krever rehabiliteringssenger har lav kapasitet. Gruppen har et klart inntrykk av at regionens rehabiliteringstilbud ikke er dimensjonert for at man stadig berger flere pasienter, som dermed lever lenge med sine funksjonstap. Til sist stiller gruppen seg spørsmålet om man får utnyttet systematisk organisering av tjenestene like godt i det offentlige som i det private.</p>	4	4
RØ1-1	Med alternativ 1 sine mer "spissede" funksjoner letter dette sannsynligvis muligheten til mer effektiv ressursutnyttelse. Man får videre en bedret økonomisk ressursutnyttelse ved å "ta hjem" pasienter og tilbud.	3	3
RØ1-2	Alternativ 2 er mer økonomisk krevende for kommunen, og samtidig sannsynligvis mindre kostbart for spesialisthelsetjenesten.	3	3
RØ2	Tilstrekkelig økonomi til å ta i bruk ny teknologi		
RØ2-0	<p>- Risiko for utilstrekkelig økonomi til å ta i bruk ny teknologi</p> <p>Gruppen trekker frem at RHF-ets krevende økonomiske situasjon har ført til at man "ligger bakpå" når det gjelder investering i ny teknologi. Eksempelvis kunne man benyttet fallsensorer istedenfor fastvakt, som ville vært personellbesparende og økonomisk lønnsomt på sikt, men som fordrer en investeringskostnad som det ikke har vært rom for. Gruppen påpeker avslutningsvis at rehabilitering stort sett ikke krever det dyreste utstyret, dermed vil det kanskje være lettere å anskaffe ny teknologi innen rehabilitering.</p>	2	2
RØ2-1	Gruppen påpeker den store usikkerheten rundt størrelsen på evt. økonomisk besparelse.	2	2
RØ2-2	<p>Gruppen trekker frem at det trolig blir lettere å prioritere anskaffelse av ny teknologi ved å ruste opp den nye avdelingen i Bodø.</p> <p>Konsekvensen av fristbrudd og lange ventetider blir lavere i alternativ 1 og 2, enn i nåsituasjonen, fordi en trolig vil få færre fristbrudd. Gruppen scorer likevel alle tre alternativene likt under dette punktet.</p>	2	2