

Møtedato: 21. desember 2023

Arkivnr:  
2023/323-284

Saksbehandler:  
Lind, Hansen

Dato:  
14.12.2023

## **Tiltak for å sikre bærekraft – utkast til helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling, drøftingsnotat**

### **Forslag til enighetsprotokoll**

1. Partene slutter seg til høringsutkast til Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – Helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling (ev. med de innspill som kom fram under behandling av saken)

Bodø, 14. desember 2023

Marit Lind  
administrerende direktør

## **Formål**

I foretaksmøtet 9. november 2022 ble det vist til at Helse Nord over flere år har hatt negative økonomiske resultater, og at resultatene har sammenheng med bemanningssituasjonen. Foretaksmøtet vurderte situasjonen som svært bekymringsfull og konkluderte med nødvendigheten av et større omstillingsarbeid. Helse Nord RHF ble derfor bedt om å:

- 1. Sørge for robuste styrings- og rapporteringssystemer i alle ledd i foretaksgruppen, med en egnet fullmaktsstruktur.*
- 2. Rapportere månedlig på konkrete tiltak som skal bidra til en bærekraftig økonomisk utvikling.*
- 3. Vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på sikt.*

Denne saken beskriver oppfølgingen av vedtakspunkt 3. Basert på et arbeid som blant annet har inkludert en utredning av fem ulike fagområder, er det laget et forslag til en helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord for å sikre framtidig bærekraft i tjenestene og likeverdig tjenestetilbud til pasientene i hele regionen. Forslag til høringsutkast til helhetlig plan skal legges fram for styret 9. januar.

## **Konklusjon**

Det er utarbeidet et utkast til en helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Den beskriver forslag til endringer for å sikre nødvendig framtidig bærekraft i spesialisthelsetjenesten. Administrerende direktør vil ferdigstille endelig konklusjon etter innspill i drøftingsmøtet.

**Vedlegg:** Tiltak for å sikre bærekraft – Helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord - utkast

## Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

# Helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling

DRØFTINGSUTKAST 14.12.23

Desember 2023



## Forord

Store og vedvarende bemanningsutfordringer har skapt en svært vanskelig situasjon for Helse Nord RHF. Utfordringene er dyptgripende, og de truer Helse Nord's evne til å gi befolkningen i landsdelen gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Fremover er det derfor ikke mulig å drive virksomheten akkurat slik den har vært drevet til nå.

Denne planen, når den er vedtatt, er Helse Nord RHF sitt svar på et oppdrag gitt av helse- og omsorgsministeren i november 2022 om å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på lang sikt. Planen og anbefalte tiltak er fundert på faglige vurderinger av nye måter å løse oppgaver på, som vil fremme god og likeverdig pasientbehandling med en bedre bruk av personellressursene enn i dagens løsning.

Helse Nord anerkjenner at endring og omstilling er vanskelig, selv når det er helt nødvendig. Endringstiltak må være solid begrunnet i fakta, faglige vurderinger og i en tydelig prioritering av hva som er viktigst. For Helse Nord er befolkningens tilgang til gode og likeverdige tjenester viktigst. Det er vårt ansvar å sørge for det.

Nødvendige omstillinger i flere av Helse Nord's helseforetak pågår også uavhengig av denne planen. Skal vi oppfylle vårt ansvar må disse drives videre med uforminsket styrke. Foreslåtte tiltak i denne planen erstatter ikke det pågående endringsarbeidet, men kommer i tillegg og er av mer langsiktig karakter.

Vi anerkjenner også at endringer på et så viktig område som spesialisthelsetjenesten er, vil gi ringvirkninger på andre samfunnsområder. Andre hensyn har vi forsøkt å ivareta i planprosessen med en bred samfunnsdialog, involvering og medvirkning. Høringen i vintermånedene 2024 vil gi en god mulighet til å få belyst samfunnsvirkninger og andre relevante hensyn som er relevante. Helse Nord's styre 25. april.

Etter behandling i Helse Nord's styre 25. april sendes planen til helse- og omsorgsministeren til politisk behandling og avveining av alle relevante hensyn.

Denne planen ville det ikke ha vært mulig å fremlegge uten bidragene fra arbeidsgruppene som har vurdert ulike alternativer for funksjons- og oppgavedelingen. Gruppene har bestått av ledere i helsetjenesten, fagpersoner, tillitsvalgte og verneombud, representanter fra brukere og kommuner. De har arbeidet sammen med en krevende og dilemmafylt tematikk. På vegne av Helse Nord RHF vil jeg uttrykke en stor takk for deres innsats.

Marit Lind (signatur)  
Administrerende direktør

Helse Nord RHF

## Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Ordliste/forkortelser</b> .....	<b>7</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>12</b>
<b>1 Innledning og bakgrunn</b> .....	<b>13</b>
<b>1.1 Gode og likeverdige spesialisthelsetjenester</b> .....	<b>13</b>
<b>1.2 Bemanningsutfordringene i helseforetakene</b> .....	<b>13</b>
1.2.1 Følger av bemanningsmangelen .....	15
1.2.2 Tjenestene må rustes for økende behov .....	18
1.2.3 Mange ulike omstillingstiltak .....	19
<b>1.3 Helseforetakene i Helse Nord</b> .....	<b>19</b>
1.3.1 Finnmarksykehuset HF.....	20
1.3.2 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF .....	21
1.3.3 Nordlandssykehuset HF .....	23
1.3.4 Helgelandssykehuset HF .....	24
1.3.5 Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF .....	25
1.3.6 Faktaopplysninger , foretaksgruppen .....	25
<b>1.4 Sykehusforetakenes egne beskrivelser av nå-situasjonen</b> .....	<b>25</b>
1.4.1 Finnmarksykehuset .....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
1.4.2 Universitetssykehuset i Nord-Norge .....	26
1.4.3 Nordlandssykehuset .....	29
1.4.4 Helgelandssykehuset .....	30
<b>2 Utredningens mandat og arbeid</b> .....	<b>33</b>
<b>2.1 Mandat</b> .....	<b>33</b>
<b>2.2 Organisering av utredningen</b> .....	<b>33</b>
2.2.1 Utvidet ledermøte .....	33
2.2.2 Koordineringsgruppen .....	33
2.2.3 Internt og ekstern referansegruppe .....	34
2.2.4 Arbeidsgruppene.....	34
<b>2.3 Medvirkning og involvering</b> .....	<b>35</b>
2.3.1 Medvirkning .....	35
2.3.2 Involvering.....	36

<b>3</b>	<b>Arbeidsgruppens anbefalinger</b>	<b>36</b>
<b>3.1</b>	<b>Akutte og planlagte funksjoner</b>	<b>37</b>
3.1.1	Utredningsområder	37
3.1.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	37
3.1.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse	37
3.1.4	Arbeidsgruppens anbefaling	38
<b>3.2</b>	<b>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)</b>	<b>39</b>
3.2.1	Utredningsområder	39
3.2.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	39
3.2.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse	39
3.2.4	Arbeidsgruppens anbefaling	39
<b>3.3</b>	<b>Rehabilitering og private tjenester</b>	<b>41</b>
3.3.1	Utredningsområder	41
3.3.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	42
3.3.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse	42
3.3.4	Arbeidsgruppens anbefaling	42
<b>3.4</b>	<b>Diagnostiske funksjoner</b>	<b>43</b>
3.4.1	Utredningsområder	43
3.4.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	43
3.4.3	Dagens organisering- og risiko- og sårbarhetsanalysen	44
3.4.4	Arbeidsgruppens anbefaling	44
<b>3.5</b>	<b>Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten</b>	<b>45</b>
3.5.1	Utredningsområder	45
3.5.2	Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter	45
3.5.3	Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalysen	46
3.5.4	Arbeidsgruppens anbefaling	46
<b>4</b>	<b>Forutsetninger og avhengigheter</b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>Pasient og pårørendes involvering og helsekompetanse</b>	<b>47</b>
4.1.1	Utfordringsbilde	47
4.1.2	Oppsummering:	49
<b>4.2</b>	<b>Samiske spesialisthelsetjenester</b>	<b>49</b>
4.2.1	Innledning	49

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

4.2.2	Involvering og prosess.....	50
4.2.3	Statlige føringer og rettslige rammer .....	50
4.2.4	Dagens situasjon .....	51
4.2.5	Særskilte hensyn .....	51
4.2.6	Organisering av spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen.....	52
<b>4.3</b>	<b>Beholde og rekruttere fagfolk .....</b>	<b>53</b>
4.2.1	Utfordringsbildet .....	54
4.2.3	Oppsummering .....	56
<b>4.4</b>	<b>Utdanning.....</b>	<b>57</b>
4.4.1	Søkertall til utdanningsinstitusjonene .....	57
4.4.2	Utdanningskapasitet.....	60
4.4.3	Spesialisering av sykepleiere, psykologer og leger .....	61
4.4.4	Oppsummering.....	65
<b>4.5</b>	<b>Prehospitale tjenester .....</b>	<b>65</b>
4.5.1	Ambulansebiltjenesten .....	67
4.5.2	Ambulansebåttjenesten .....	68
4.5.3	Luftambulansetjenesten .....	68
4.5.4	Utdanning, rekruttering og stabilisering.....	72
4.5.5	Avhengigheter og forutsetninger i prehospitale tjenester.....	73
4.5.6	Oppsummering.....	79
<b>4.6</b>	<b>Pasientreiser.....</b>	<b>79</b>
4.6.0	Utfordringsbildet.....	79
4.6.1	Oppsummering.....	82
<b>4.7</b>	<b>Konsekvenser for kommunale tjenester .....</b>	<b>82</b>
4.7.1	Utfordringsbilde.....	83
4.7.2	Oppsummering .....	86
<b>4.8</b>	<b>Tilgang til IKT og teknologi .....</b>	<b>87</b>
4.8.1	Oppsummering .....	88
<b>4.9</b>	<b>Samfunnssikkerhet og beredskap.....</b>	<b>89</b>
	Utfordringsbildet.....	89
4.9.1	Oppsummering .....	90
<b>5</b>	<b>Økonomiske beregninger .....</b>	<b>91</b>

<b>5.1</b>	<b>Nå-situasjonen (0-alternativet)</b> .....	<b>91</b>
<b>5.2</b>	<b>Anbefalte tiltak</b> .....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.2.1	Bemanning.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.2.2	Økonomi.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.2.3	Investeringer .....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
<b>6</b>	<b>Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)</b> .....	<b>96</b>
<b>6.1</b>	<b>Innledning</b> .....	<b>96</b>
<b>6.2</b>	<b>Risikoområder og kritiske suksessfaktorer</b> .....	<b>96</b>
<b>6.3</b>	<b>Resultater</b> .....	<b>97</b>
6.3.1	Dagens situasjon (0-alternativet).....	97
6.3.2	Ny organisering av funksjoner og oppgaver .....	97
<b>7</b>	<b>Administrerende direktørs vurdering</b> .....	<b>99</b>
<b>7.1</b>	<b>Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</b> .....	<b>100</b>
<b>7.2</b>	<b>Diagnostiske funksjoner</b> .....	<b>102</b>
<b>7.3</b>	<b>Akutte og planlagte tjenester somatikk</b> .....	<b>103</b>
7.3.1	Endringer i Nordlandssykehuset og UNN .....	105
7.3.2	Endringer i Helgelandssykehuset .....	108
7.3.3	Endringer i Finnmarksykehuset .....	109
<b>7.4</b>	<b>Rehabilitering og private tjenester</b> .....	<b>109</b>
<b>7.5</b>	<b>Samhandlingen med kommunene</b> .....	<b>110</b>
<b>7.6</b>	<b>Andre funksjoner og noen avhengigheter</b> .....	<b>112</b>
<b>8</b>	<b>Konklusjon og anbefaling for Helse Nord RHF styret</b> .....	<b>115</b>
<b>9</b>	<b>Referanser</b> .....	<b>116</b>
<b>10</b>	<b>Vedlegg</b> .....	<b>121</b>



## Ordliste/forkortelser

### Akutfunksjoner

Sykehus som minst har akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi.

### Automasjon/automatisering

Automatisering er teknikken å få systemer til å fungere uten, eller med liten grad av menneskelig medvirkning.

### BEON

Beste effektive omsorgsnivå (BEON). BEON betyr rett pasient på riktig sted til rett undersøkelse/behandling til rett tid.

### Bærekraft

FN har definert bærekraftig utvikling som en utvikling som dekker befolkningens behov i samtiden, uten å redusere mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov. Det er ikke entydig definert hva dette betyr i helsetjenesten. Begrepet brukes ofte i helsesektoren om det å tilrettelegge tjenestene slik at vi kan ta i bruk ny avansert behandling og kunnskapsbasert praksis i både primær- og spesialisthelsetjenesten innenfor de økonomiske rammene som er gitt, og sikre at vi har tilgjengelig bemanning og kompetanse i dag og i fremtiden. Et viktig mål i arbeidet er at ny funksjons- og oppgavedeling skal gi en bærekraftig økonomi. Økonomisk bærekraft er definert slik: "Økonomisk bærekraft handler om å bruke ressursene på en slik måte at dagens økonomiske utvikling ikke går på bekostning av fremtidig økonomisk utvikling."

### BUP

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk.

### Diagnostikk

Diagnostikk er det å identifisere og klassifisere en sykdom eller tilstand på grunnlag av pasientens sykehistorie og legens objektive funn. For å komme frem til riktig diagnose trenger mange medisinske sykdommer spesielle undersøkelser som for eksempel klinisk-kjemiske undersøkelser av blod eller væsker, EKG, ulike røntgen-, UL-, CT- eller MR-undersøkelser eller eventuelt en vevsprøve (biopsi).

### Distriktpspsykiatrisk senter (DPS)

Distriktpspsykiatrisk senter er en del av spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern. DPS er en faglig selvstendig enhet med ansvar for det allmenne psykiske helsevernet. DPS består av ulike typer tilbud og tjenester, slik som dag-, døgn, polikliniske og ambulante tjenester

### Distriktsmedisinsk senter (DMS)

Et distriktsmedisinsk senter (DMS) er en fellesarena for primær- og spesialisthelsetjenesten. Her er spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste samlokaliserte for å gi innbyggerne helse- og omsorgstjenester nært der de bor. Målet er å sikre en desentralisert helsetjeneste der brukerne skal oppleve helhetlige og sammenhengende forløp spesielt i de tjenestene som befolkningen benytter mest. Et DMS kan utføre mye av den omfattende polikliniske virksomheten en finner ved poliklinikkene og dagavdelingene ved sykehusene og kan

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

inneholde: fødestue, dialysetilbud, poliklinikk, dagbehandling, diagnostiske funksjoner og annet.

### Fristbrudd

Ved henvisning til sykehus eller en annen del av spesialisthelsetjenesten, vurderes det om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. Hvis pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, settes en bindende frist for når helsehjelpen senest skal gis. Fristen sier noe om hvor lenge det er medisinsk forsvarlig å vente på helsehjelp. Hvis helsehjelpen ikke gis innen oppgitt frist, er dette et fristbrudd.

### HELFO

Helfo er Helsedirektoratets ytre etat og forvalter årlig om lag 42 milliarder kroner. Dette omfatter oppgjør fra folketrygden til helseaktører for pasientbehandling og utførte helsetjenester, og individuell refusjon av innbyggernes utgifter til blant annet legemidler og helsetjenester i inn- og utland.

### Helseforetak (HF)

Helseforetak er virksomhet som eies av ett eller flere regionale helseforetak eller helseforetak. Helseforetak yter spesialisthelsetjenester, forskning og undervisning samt andre tjenester som står i naturlig sammenheng med dette, eller som er pålagt i lov eller avtalt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det finnes både helseforetak som driver pasientbehandling, og helseforetak med andre oppgaver, for eksempel sykehusapotek. I Nord-Norge eies disse helseforetakene av Helse Nord RHF:

- Helgelandssykehuset HF
- Finnmarkssykehuset HF
- Nordlandssykehuset HF
- Universitetssykehuset Nord-Norge HF

I tillegg eier Helse Nord RHF to helseforetak som ikke driver pasientbehandling:

- Sykehusapotek Nord HF
- Helse Nord IKT HF

### Helse Nord vs. Helse Nord RHF

Når begrepet «Helse Nord» benyttes, menes hele foretaksgruppa, med alle helseforetakene inkludert det regionale helseforetaket. «Helse Nord RHF» betyr eieren, det regionale helseforetaket.

### Helsekompetanse

Helsekompetanse er personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstils valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.

### HR

HR er en forkortelse for engelsk Human Resources, 'menneskelige ressurser'. Dette omfatter det de ansatte i en virksomhet utgjør av ressurser i form av arbeidskraft, kompetanse og innsats. HR brukes om både teori og praksis knyttet til ledelse og administrasjon av personalet i en virksomhet.

### Kronisk

Kronisk betyr 'langvarig' og brukes i medisinen om sykdommer med et langtrukket forløp. Dette i motsetning til akutte, raskt forbigående sykdommer.

### Kvalitet

For helse- og omsorgstjenestene innebærer god kvalitet at tjenestene:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

### Likeverdighet

Helseforetakenes formål er etter helseforetakslovens § 1 å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Begrepet likeverdighet er ikke entydig definert i lovverket. Det er en vanlig forståelse at likeverdige tjenester er av god kvalitet og tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde.

### LIS

Lege i spesialisering. En stilling for lege som er under strukturert opplæring for å oppnå godkjenning som spesialist på et medisinsk fagfelt. Opplæringen gjøres i tre ulike trinn, benevnt som LIS1, LIS2 og LIS3.

### Multisyke personer

Personer som har flere sykdommer samtidig

### PHBU

Psykisk helsevern for barn og unge

### PH

Psykisk helsevern.

### Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten er allment sett brukt om helsetjenesten utenfor institusjon, gjerne med vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid, allmennlegetjeneste (fastlegeordning) og sykepleietjenester utenfor sykehus.

### Regionalt helseforetak (RHF)

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

### Robuste fagmiljø

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

### ROS-analyse

Risiko- og sårbarhetsanalyse. En kvalitativ risikovurdering som bygger på faglig skjønn og erfaring. En ROS-analyse bidrar til oversikt over hva som kan gå galt ved ulike alternativer.

### Skrøpelige eldre

Nasjonalt senter for aldring og helse definerer skrøpelig slik: En tilstand der kroppens motstandskraft mot sykdom, stress og belastninger er svekket.

### Somatikk

Somatisk betyr 'kroppslig' eller 'som har med kroppen å gjøre'. Det motsatte kan sies å være psykisk eller psykogen.

### Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten skal diagnostisere, behandle og følge opp pasienter med akutte, alvorlige og kroniske sykdommer og helseplager og er en samlebetegnelse for: sykehus. distriktspsykiatriske sentre. opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner.

### Sykehus

- **Regionsykehus**  
Det sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hoved sykehuset. Vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. I vår helseregion er UNN Tromsø eneste regionsykehus.
- **Stort akuttisykehus**  
Sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter. Nordlandssykehuset Bodø er regionens ene store akuttisykehus.
- **Akuttisykehus**  
Sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig. I vår helseregion har vi per i dag disse akuttisykehusene: Finnmarkssykehuset Hammerfest og Kirkenes, UNN Harstad og Narvik, Nordlandssykehuset Lofoten og Vesterålen, Helgelandssykehuset Mo i Rana, Sandnessjøen og Mosjøen

### TSB

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

### TSR

Tverrfaglig spesialisert rehabilitering.

### Ventetid

Ventetid er tiden det tar fra behandlingsstedet får henvisningen til pasienten og til pasienten kan komme til utredning eller behandling. Forskjellige typer behandling kan ha ulik ventetid.

VOP

Voksenpsykiatrisk poliklinikk

ØLP

Økonomisk langtidsplan. Dette er en plan som beskriver Helse Nords langsiktige planlegging og styring. Den har et fireårsperspektiv på økonomiske prioriteringer i drift og et åtteårsperspektiv på økonomiske prioriteringer av investeringer (utstyr og bygg)

ØNH

Det medisinske fagfelt for øre, nese og hals.

UTKAST

## **Sammendrag**

Sammendrag kommer

UTKAST

## 1 Innledning og bakgrunn

Spesialisthelsetjenesten i Norge er offentlig eid og styres etter lover vedtatt i Stortinget. Etter helseforetaksloven har regionale helseforetak inkludert Helse Nord RHF et overordnet ansvar for å iverksette den nasjonale helsepolitikken i helseregionen. Regionale helseforetak skal planlegge, organisere, styre og samordne virksomhetene i helseforetakene som de eier. Den samme loven fastsetter i §1 at *«helseforetakenes formål er å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.»*

### 1.1 Gode og likeverdige spesialisthelsetjenester

Utviklingen de siste årene, med en vedvarende mangel på helsepersonell, har brakt helseforetakene i Nord-Norge inn i en vanskelig situasjon, som beskrives av helseforetakene i avsnitt 1.4. Hvis det ikke gjøres tiltak som gir bedre bruk av personalressursene og gjør tilbudet mindre avhengig av vikarer, innleid arbeidskraft og overtid i stort omfang, vil helseforetakene få problemer med å yte gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det. Skulle det skje, vil de ikke lenger være i stand til å oppfylle formålet loven har fastsatt.

Helse Nord RHF, som eier landsdelens helseforetak og er ansvarlig for å sikre pasientene gode og likeverdige spesialisthelsetjenester, kan ikke la den negative utviklingen fortsette. Dette er utgangspunktet for denne planen om endringer i funksjons- og oppgavedelingen mellom helseforetak og sykehus i regionen.

Helse Nord RHF og de andre regionale helseforetakene er offentlig eid og politisk styrt av helse- og omsorgsministeren. Helse- og omsorgsdepartementet så før pandemien et behov for omstilling i helseforetakene i nord, for å tilpasse driften de økonomiske rammene, men pandemien gjorde det vanskelig å videreføre arbeidet. Den 9. november i 2022 ba helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol Helse Nord om å «vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på sikt.»

Styret påbegynte arbeidet ved å beslutte [mål og rammer](#) for prosessen 23. februar 2023. I mars [vedtok](#) styret fremdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder å utrede. Fem arbeidsgrupper ble nedsatt. Arbeidsgruppene leverte sine anbefalinger 14. november. Basert på disse, på utvidete analyser, på risiko- og sårbarhetsanalyser og egne vurderinger legger administrerende direktør i Helse Nord frem sitt utkast til en helhetlig plan for styret 9. januar. Etter styrebehandling sendes planen på bred høring, før styret fatter sitt endelig vedtak 25. april 2024. Planen styret da vedtar, er Helse Nord's svar på oppdraget fra statsråden.

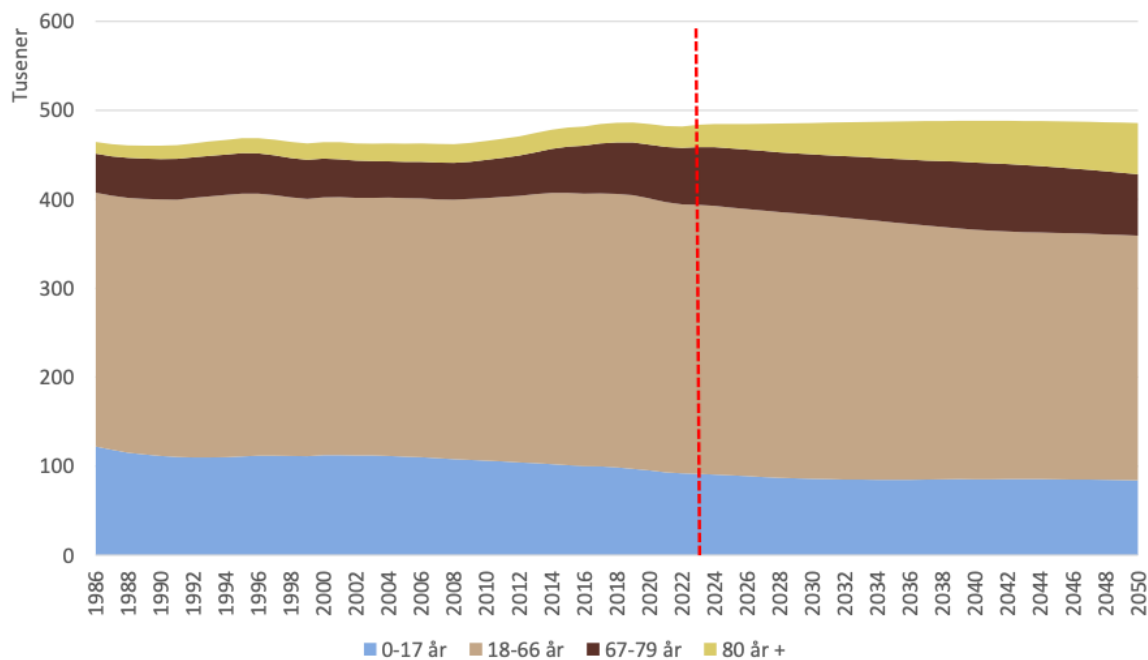
### 1.2 Bemanningsutfordringene i helseforetakene

I februar 2023 la Helsepersonellkommissjonen frem sin utredning Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste (1). At Norge fremover vil få mangel på helsepersonell var allerede godt kjent. Helsepersonellkommissjonen bekreftet og utdypet beskrivelsen av utfordringene helse- og omsorgstjenestene står i. Personellmangelen gjør seg

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

sterkest gjeldende i distriktene. Uten omstilling og tiltak som sikrer bedre bærekraft, advarer kommisjonen om et mulig sammenbrudd i tjenestene.

Bemanningsutfordringene har flere forklaringer, men størst utslag gir en aldrende befolkning. I 2023 passerte regionene punktet der vi var flere nordlendinger over 65 år enn under 20 år (figur 1). Mange av landsdelens kommuner er på vei mot en befolkningssammensetning der det ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) vil være flere pensjonister enn yrkesaktive.



**Figur 1.** Befolkningsutvikling i Nord-Norge fra 1986 til i dag (rød stiplet linje) og framskrevet til 2050 for ulike alderskategorier (blå 0-17 år, lysebrun 18-66 år, mørkebrun 67-79 år og beige 80+ år).

Kilde: Statistisk Sentralbyrå.

Det er et gode at mange i dag lever lenger enn før, og at gode helsetjenester gjør at flere overlever sykdommer man før døde av. Men det betyr at behovet for helsetjenester øker. Parallelt synker den andelen av befolkningen som er yrkesaktiv, sammenlignet med andelen som står utenfor arbeidslivet.

Utfordringsbildet som Helsepersonellkommisjonen tegner opp for landet som helhet, er allerede en realitet i deler av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. I størrelsesorden 1 000 stillinger står ubesatt i landsdelen (tabell 1). Kapasiteten i deler av spesialisthelsetjenesten er på bristepunktet, både innen somatikk og innen psykisk helse og rus.



## Internt dokument under arbeid 14.12.23

**Tabell 1.** Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på HF og syke- hus/klinikk.

Organisasjon	Budsjetterte faste stillinger	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidig	Mangel (Andel)
FIN HF	1 602,1	1 303,3	98,4	200,4 (12,5%)
Alta	206,5	168,4	12,9	25,2 (12,2%)
Hammerfest	657,5	540,5	50,4	66,6 (10,1%)
Kirkenes	570,5	469,7	27,7	73,0 (12,8%)
Sámi klinihkka	167,6	124,6	7,3	35,7 (21,3%)
UNN HF	6 008,2	5 089,5	479,4	439,3 (7,3%)
Harstad	731,3	630,4	59,0	41,9 (5,7%)
Narvik	546,6	475,4	25,1	46,1 (8,4%)
Svalbard	23,5	16,5	4,1	2,9 (12,3%)
Tromsø	4 686,9	3 954,3	390,1	342,5 (7,3%)
Utenfor UNNs opptaksområde	19,8	12,9	1,0	5,9 (29,8%)
NLSH HF	3 230,9	2 730,6	252,8	247,5 (7,7%)
Bodø	2 492,1	2 113,9	200,8	177,4 (7,1%)
Lofoten	333,9	272,8	24,2	36,8 (11,0%)
Vesterålen	404,9	343,9	27,7	33,3 (8,2%)
HSYK HF	1 534,6	1 242,3	159,6	132,7 (8,6%)
Brønnøysund	84,7	66,8	6,6	11,3 (13,4%)
Mo i Rana	631,8	509,7	79,6	42,4 (6,7%)
Mosjøen	374,2	317,1	26,3	30,7 (8,2%)
Sandnessjøen	443,9	348,7	47,0	48,2 (10,9%)
<b>Total</b>	<b>12 375,8</b>	<b>10 365,7</b>	<b>990,2</b>	<b>1 019,9 (8,2%)</b>

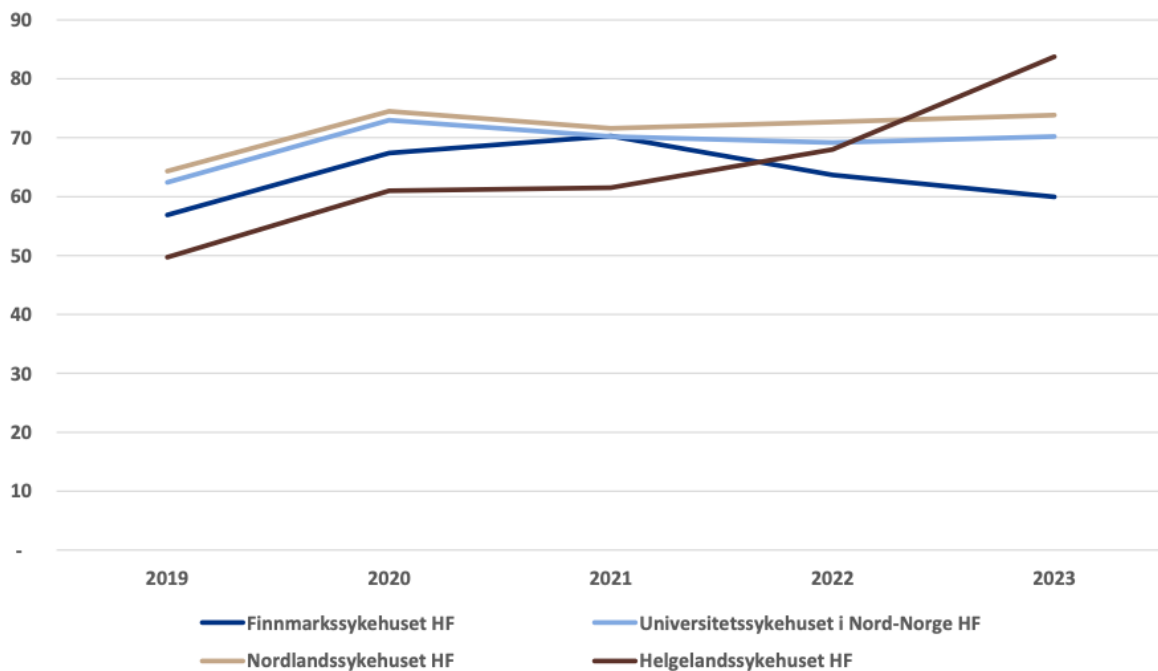
Kilde Helse Nord LIS. For definisjoner og detaljer rundt beregningen av tallene vises det til analysenotatet [Hvordan dekkes behov for arbeidskraft i Helse Nord?](#) Analysenotat er tilgjengelig på Helse Nord RHF nettsider.

### 1.2.1 Følger av bemanningsmangelen

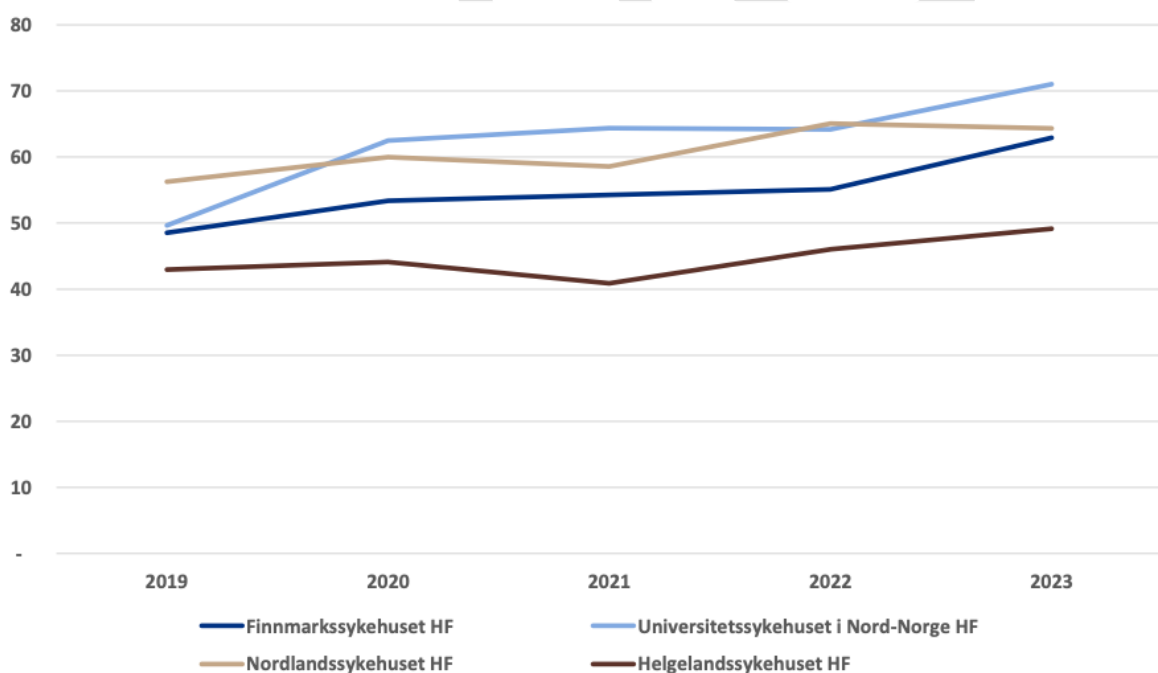
Først og fremst går mangelen på personell ut over pasientene, som ikke får behandling i tide. Går det for lang tid fra man er henvist til helsehjelpen starter, kan det føre til at helsetilstanden og prognosen forverres. Derfor er det et mål å redusere ventetid.

Helsedirektoratet fører statistikk over ventetidene i de ulike helseregionene. Helse Nord toppet listen i 2022 med en gjennomsnittlig ventetid på 69,6 dager. Ved siste registrering i september, var gjennomsnittlig ventetid i Helse Nord 85 dager. Målet på sikt for hele landet er at ventetiden skal være under 50 dager. Figur 2 og 3 viser utviklingen i ventetid innenfor somatikk og psykisk helsevern og rus fordelt på helseforetak. I september 2023 var gjennomsnittlig ventetid for behandling 85 dager, og utviklingen har vært negativ for helseforetakene i perioden 2019-23.

## Internt dokument under arbeid 14.12.23



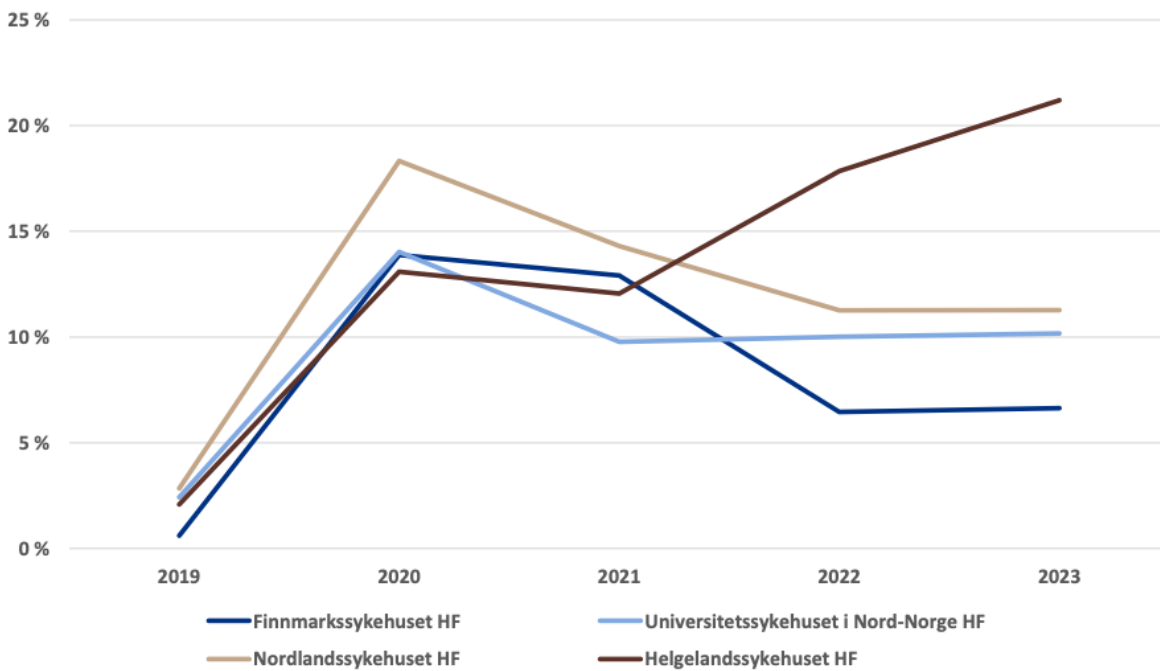
**Figur 2.** Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.



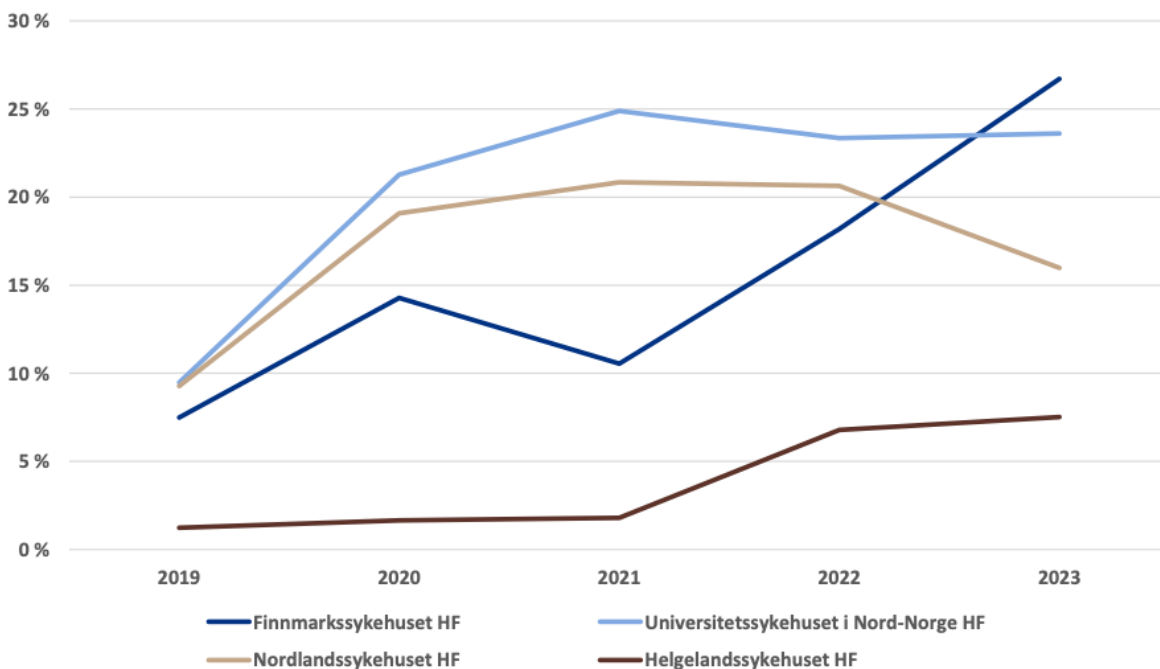
**Figur 3.** Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor psykisk helsevern og rus. Private tjenestetilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.

Tilstrekkelig bemanning med riktig kompetanse er avgjørende for kunne gi nordnorske pasienter god behandling, både akutt og planlagt, som er likeverdig med tilbudet ellers i landet. Stabil bemanning er også viktig for å gi trygge tjenester og forebygge uønskede hendelser og

pasientskader. Figur 4 og 5 viser utviklingen i fristbrudd for somatikk og psykisk helsevern og rus fordelt på helseforetak for perioden 2019-23.



**Figur 4.** Andel fristbrudd ordinært avviklede per helseforetak for perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.



**Figur 5.** Andel fristbrudd ordinært avviklede per helseforetak for perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor psykisk helse og rus. Private tilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.

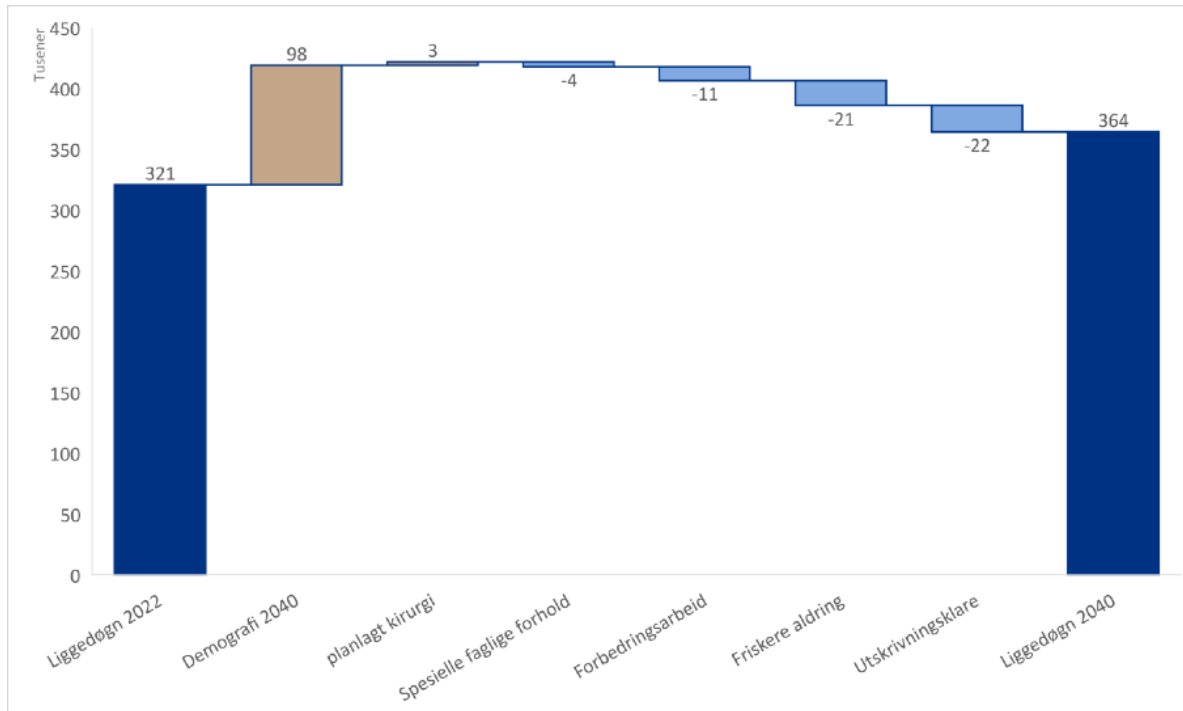
I tillegg til å sørge for god og likeverdig behandling, har Helse Nord andre lovpålagte oppgaver som lider under mangelen på stabil bemanning. Det gjelder blant annet opplæring av pasienter og pårørende, og utdanning av helsepersonell. Hvis bemanningsutfordringer fører til manglende kapasitet til å drive utdanning, er risikoen at rekrutterings- og bemanningsproblemene forsterkes ytterligere i framtiden. Vi vet at helsepersonell som er utdannet ved våre egne helseforetak har større sannsynlighet for å bli værende i landsdelen etter endt utdanning.

Manglende stabilitet i gruppen av ansatte gir ikke den kontinuiteten som skal til for å bygge sterke, stimulerende fagmiljøer og et fundament for forskning, innovasjon og fag- og tjenesteutvikling. Helsetjenesten trenger kontinuerlig utvikling for å bli bedre, og de ansatte er den viktigste ressursen også i dette.

Overtid, vikarbruk og innleie som ad-hoc-løsninger brukt i stort omfang for å løse prekære situasjoner, gir store utslag for helseforetakenes økonomi. De svært høye personellkostnadene bidrar til å sementere problemene. Kostnadene for å dekke vakter med slike løsninger gjør det praktisk talt umulig for helseforetakene å sette av midler til investeringer i bygg og utstyr som kan gi mer effektiv drift. Helseforetakene har klare oppfatninger og gjennomtenkte planer om tiltak og investeringer som kunne ha modernisert driften, men må i stedet bruke midlene på ekstraordinære personalkostnader. De har havnet i en ond sirkel.

### 1.2.2 Tjenestene må rustes for økende behov

Nå-situasjonen er krevende nok, med bemanningsutfordringene helseforetakene beskriver, men situasjonen fremover vil bli enda mer krevende. I overkant av syv prosent av den eldre befolkningen i Nord-Norge er vurdert som skrøpelige, en medisinsk betegnelse for eldre mennesker med redusert motstandskraft mot sykdom. Ingen andre landsdeler har en like høy andel skrøpelige eldre, og andelen ventes å øke. Selv om befolkningen, også de eldre, vil ha bedre helse i årene som kommer, og selv om effektivisering og bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten forbedres, beregner Statistisk sentralbyrå en økning på 13,6 prosent i antallet liggedøgn for Helse Nord fra 2022 til 2040 (figur 6). Dette tilsvarer en økning på 43 000 liggedøgn, hvor flertallet vil være eldre, skrøpelige pasienter.



**Figur 6.** Framskrivning av antall liggedøgn (i tusen) innenfor somatikk i Helse Nord fra 2022 til 2040.  
Kilde: Nasjonal framskrivningsmodell somatikk 2023

Også innen psykisk helsevern for både voksne og barn vil behovet for større behandlingsskapasitet øke fremover, særlig innenfor poliklinisk behandling hvor 70 prosent av pasientene ivaretas, men også innenfor sykehusavdelingene (vedlegg 3).

### 1.2.3 Mange ulike omstillingstiltak

De store, komplekse utfordringene spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge løses ikke bare med ett grep eller omstillingstiltak på ett felt. En kombinasjon av tiltak på flere områder må til. I den offentlige debatten rundt omstillingsarbeidet er det så langt innretningen av akuttberedskap som har fått størst oppmerksomhet. Det er forståelig, men omstillingsarbeidet handler også om hvordan tilbudet blir best mulig innrettet for planlagt behandling, rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, diagnostiske tjenester, om effektiv bruk av digitale løsninger og ikke minst om bedre samhandling med primærhelsetjenesten. I tillegg vil det være behov for grep innenfor stabs- og administrative funksjoner, tiltak for styrke sykehusenes evne til å beholde og rekruttere medarbeidere, oppgavedeling og innovasjon.

## 1.3 Helseforetakene i Helse Nord

Helse Nord RHF er det regionale helseforetaket for spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og har som hovedoppgave å planlegge, organisere, styre og samordne virksomheten i helseforetakene. Helse Nord RHF har ansvar for seks helseforetak hvorav fire er sykehusforetak: Finnmarkssykehuset, Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset. I tillegg består foretaksgruppen av

Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT. Til sammen yter Helse Nord spesialisthelsetjenester til en befolkning på ca. 483 000 innbyggere (tabell 2) som utgjør 8,8 prosent av Norges befolkning per tredje kvartal 2023 ([SSB](#)).

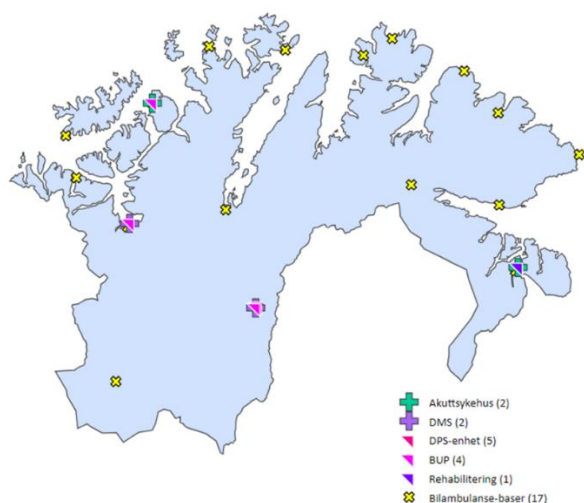
**Tabell 2.** Befolkningsgrunnlag per somatiske akuttpsykehus og distriktpspsykiatriske sentre i 2022.

Helseforetak/Sykehus	Distriktpspsykiatriske sentre	Somatisk behandling
<b>Finnmarkssykehuset HF:</b>	74 112	74 112
Hammerfest	-	47 763
Kirkenes	-	26 349
Midt-Finnmark	11 533	-
Vest-Finnmark	38 510	-
Øst-Finnmark	24 069	-
<b>Helgelandssykehuset HF:</b>	77 352	77 352
Mo i Rana	33 361	35 213
Mosjøen	16 074	16 074
Sandnessjøen	-	26 065
Ytre Helgeland	27 917	-
<b>Nordlandssykehuset HF:</b>	138 922	138 922
Bodø	-	84 997
Lofoten	24 174	23 486
Salten	84 309	-
Vesterålen	30 439	30 439
<b>Universitetssykehuset Nord-Norge HF:</b>	193 150	193 150
Harstad	-	36 549
Midt-Troms	34 176	-
Narvik	-	25 625
Nord-Troms	10 680	-
Ofoten	29 016	-
Sør-Troms	29 048	-
Tromsø	-	130 976
Tromsø og omegn	90 230	-
<b>Totalsum</b>	<b>483 536</b>	<b>483 536</b>

Kilde Tabell 13982 Befolkning per opptaksområde i spesialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå.

### 1.3.1 Finnmarkssykehuset HF

Finnmarkssykehuset består av to akuttpsykehus og distriktpspsykiatriske sentre (figur 7) og har et opptaksområde på om lag 74 000 innbyggere (tabell 3). Finnmarkssykehuset har et nært samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge, som dekker flere spissfunksjoner for foretaket.



**Figur 7.** Kart over tjenestestrukturen i Finnmarkssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern. *Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.*

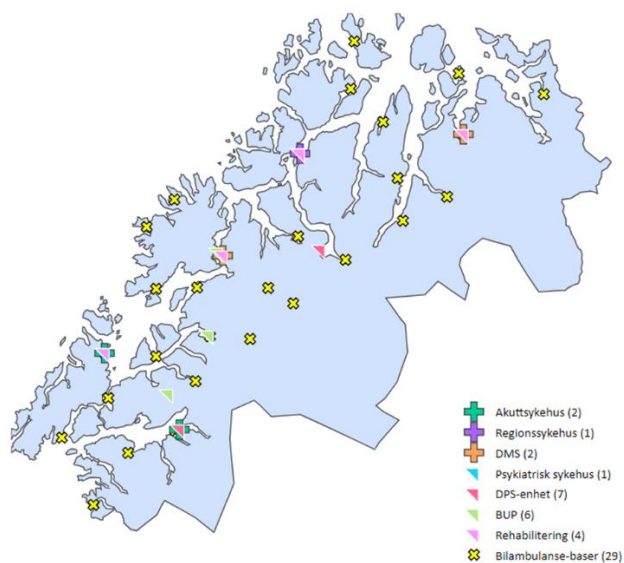
**Tabell 3.** Befolkningstall kommuner for sykehusområde Finnmarkssykehuset 2023.

Kommune	Befolkning
Alta	21 317
Vardø	1 933
Vadsø	5 593
Hammerfest	11 310
Guovdageaidnu - Kautokeino	2 847
Loppa	862
Hasvik	970
Måsøy	1 119
Nordkapp	2 932
Porsanger - Porsángu - Porsanki	3 863
Kárásjohka - Karasjok	2 543
Lebesby	1 226
Gamvik	1 054
Berlevåg	908
Deatnu - Tana	2 804
Unjárga - Nesseby	864
Båtsfjord	2 117
Sør-Varanger	9 850
<b>Totalt</b>	<b>74 112</b>

*Kilde: SSB tabell 01222.*

### 1.3.2 Universitetssykehuset i Nord-Norge HF

Universitetssykehuset Nord-Norge er Helse Nord's regions- og universitetssykehus og har et opptaksområde på 193 000 personer (tabell 4) og mange ulike funksjoner (figur 8). Universitetssykehusoppgaver er blant annet grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste fagområder, med krav til høy internasjonal kvalitet. Andre universitetssykehusoppgaver er å tilby forskningsbasert medisinsk utdanning. Regionssykehusoppgavene omfatter ansvar for å tilby og utvikle høyspesialiserte funksjoner knyttet til pasientbehandling og diagnostikk. Dette er funksjoner som krever pasientgrunnlag og fagmiljø av tilstrekkelig størrelse.



**Figur 8.** Kart over tjenestestrukturen i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, somatikk og psykisk helsevern.  
Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

**Tabell 4.** Befolkningstall kommuner for sykehusområdet Universitetssykehuset i Nord-Norge 2023.

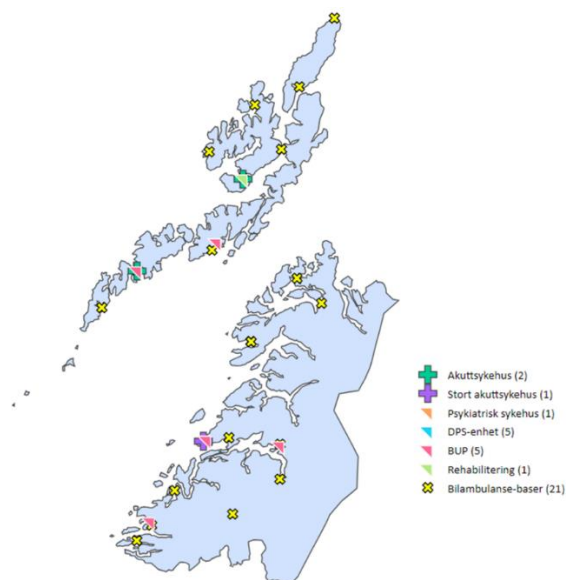
Kommune	Befolkning
Narvik	21 515
Lødingen	1 985
Evenes - Evenássi	1 310
Tromsø	77 992
Harstad	24 903
Kvæfjord	2 866
Tjeldsund	4 206
Ibestad	1 279
Gratangen	1 079
Loabák - Lavangen	983
Bardu	3 949
Salangen	2 048
Målselv	6 782
Sørreisa	3 428
Dyrøy	1 056
Senja	14 851
Balsfjord	5 517
Karlsøy	2 171
Lyngen	2 714
Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	1 836
Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono	2 000
Skjervøy	2 790
Nordreisa	4 772
Kvænangen	1 118
<b>Totalt</b>	<b>193 150</b>

Kilde: SSB tabell 01222



### 1.3.3 Nordlandssykehuset HF

Nordlandssykehuset er landsdelens nest største helseforetak og har videreutviklet og videreført funksjoner fra tiden som sentralsykehus (figur 9). Helseforetaket dekker flere funksjoner for Helgelandssykehuset og har et opptaksområde med om lag 138 000 innbyggere (tabell 5).



**Figur 9.** Kart over tjenestestrukturen i Nordlandssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern.  
Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

**Tabell 5.** Befolkningstall kommuner for sykehusområde Nordlandssykehuset 2023.

Kommune	Befolkning
Bodø	53 259
Meløy	6 212
Gildeskål	1 928
Beiarn	1 027
Saltdal	4 650
Fauske - Fuosso	9 572
Sørfold	1 845
Steigen	2 665
Røst	469
Værøy	688
Flakstad	1 220
Vestvågøy	11 551
Vågan	9 736
Hadsel	8 184
Bø (Nordland)	2 584
Øksnes	4 533
Sortland - Suortá	10 561
Andøy	4 577
Moskenes	979
Hamarøy	2 682
<b>Totalt</b>	<b>138 922</b>

Kilde SSB tabell 01222

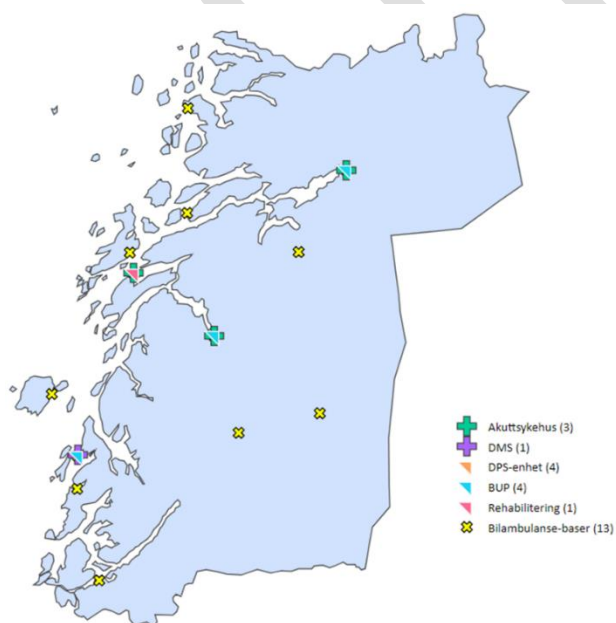
### 1.3.4 Helgelandssykehuset HF

Helgelandssykehuset består av tre akuttpsykiatriske sentre med et opptaksområde på ca. 77 000 innbyggere (tabell 6), i tillegg til distriktspsykiatriske sentre (figur 10).

**Tabell 6.** Befolkningstall kommuner for sykehusområde Helgelandssykehuset 2023.

Kommune	Befolkning
Bindal	1 391
Sømna	1 970
Brønnøy	7 787
Vega	1 219
Vevelstad	454
Herøy (Nordland)	1 839
Alstahaug	7 300
Leirfjord	2 270
Vefsn	13 342
Grane	1 454
Hattfjelldal	1 278
Dønna	1 391
Nesna	1 783
Hemnes	4 459
Rana	25 980
Lurøy	1 852
Træna	444
Rødøy	1 139
<b>Totalt</b>	<b>77 352</b>

Kilde SSB tabell 01222.



**Figur 10.** Kart over tjenestestrukturen i Helgelandssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern.

Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge.

### 1.3.5 Sykehusapotek Nord HF og Helse Nord IKT HF

Sykehusapotek Nord og Helse Nord IKT er regionale samhandlingsforetak med de fire sykehusforetakene i foretaksgruppen. For å oppnå trygg legemiddelbehandling gjennom hele pasientforløpet for alle pasienter i Helse Nord, arbeider Sykehusapotek Nord målrettet for å være en sikker leverandør av apotekvarer til helseforetakene i Helse Nord. Helse Nord IKT på sin side har en virksomhet som også berører hele foretaksgruppen og har for tiden særlig fokus på informasjonssikkerhet og -løsninger.

### 1.3.6 Faktaopplysninger foretaksgruppen

**Tabell 7:** Utvalgte faktaopplysninger om foretaksgruppen  
Tabell er under arbeid

## 1.4 Sykehusforetakenes egne beskrivelser av nå-situasjonen

Helse Nord RHF har bedt sykehusforetakene om å beskrive bemanningssituasjonen, inkludert det å beholde og rekruttere fagfolk, spesielt sårbare fagområder eller profesjoner, og hvilken betydning bemanningsutfordringene har for driften. Vi gjengir her beskrivelsene vi har mottatt.

### 1.4.1 Finnmarkssykehuset

#### Vurdering av dagens bemanningssituasjon

Situasjonen preges av den nasjonale mangelen på helsepersonell. Bemanningssituasjonen er varierende fra enhet til enhet og kan endre seg raskt. Generelt sett har Finnmarkssykehuset relativt små fagmiljøer med få spesialister og annet kvalifisert personell ved hvert fagområde. Manglende bemanning innebærer ledige vakter, høyere press på faste ansatte, et relativt høyt forbruk av overtid og innleid arbeidskraft, noe som medfører økte kostnader.

#### Utfordringer

Det er økende utfordringer med å få besatt alle budsjetterte stillinger innenfor flere fagområder og lokasjoner. Bemanningssituasjonen er varierende fra enhet til enhet og kan endre seg raskt. Små endringer i personalsituasjonen eller utforutsette hendelser kan gi relativt store utslag i behandlingsskapasitet, kvalitet i pasientoppfølging og fristbrudd. De største bemanningsutfordringene for Finnmarkssykehuset er:

- **Psykatri.** En generell mangel på psykologspesialister, psykiatere, barnepsykiatere og psykologer. Det er i all hovedsak få søkere ved utlysningene i psykiatri.
- **Somatikk.** Flere ledige intensivsykepleierstillinger både i Hammerfest og Kirkenes. Det er mangel på jordmødre i Hammerfest (for tiden er stillingene besatt i Kirkenes og Alta), indremedisinske LIS 2/3 i Hammerfest og Kirkenes og sykepleiere ved sengeenheter.
- **Prehospital.** AMK har i dag flere stillingsvakanser som er svært utfordrende å få besatt, og problemet har økt i styrke over flere år.

For **Kirkenes** er det utfordrende å rekruttere spesialsykepleiere til intensiv og operasjon. Det kan også være utfordrende å rekruttere enespesialister innenfor enkelte fagområder, både innen somatikk og psykisk helsevern. Innenfor psykisk helsevern er det mangel på psykologspesialist ved VPP og BUP. Som for øvrige distrikter er det spesielt utfordrende å rekruttere psykologspesialist, psykolog og LIS.

For Finnmarkssykehuset **Hammerfest** er det utfordrende å rekruttere innenfor flere av områdene av spesialsykepleiere. For medisinske leger er det utfordrende med mange ledige stillinger for LIS 2/3. Innenfor psykisk helsevern er det mangel på psykiater, psykologspesialist og LIS ved VOP.

For klinikk **Alta** er det størst utfordring med å få ansatt operasjonssykepleiere og legespesialister. Innenfor psykisk helsevern er de fleste stillingene besatt, men det er vakante stillinger for psykolog ved VPP/Rus poliklinikk samt for barnepsykiater, LIS og psykologspesialist ved BUP.

Ved **Sámi Klinihkka** er det utfordrende å få tak i spesialister og ansatte med «dobbelkompetanse» i form av fagkompetanse og kjennskap til samisk språk og kultur. Det er ledige stillinger for LIS, psykiater, psykologspesialist og psykolog ved TSB døgn og poliklinikk. I all hovedsak er det få søkere ved utlysningene i psykisk helsevern og rus.

### Bemanningsutfordringenes konsekvenser

Manglende bemanning innebærer ledige vakter, høyere press på faste ansatte, et relativt høyt forbruk av overtid og innleid arbeidskraft noe som medfører økte kostnader.

- Finnmarkssykehuset er i dag det foretaket med lavest ventetid i Helse Nord. Finnmarkssykehuset har etablert rutiner på oppfølging av ventetid innenfor de ulike fagområder. Ved fravær av spesialister over tid ser en at ventetid og antall fristbrudd øker. Dette søkes løst ved tett samarbeid mellom sykehus/klinikkene.
- Per september 2023 hadde Finnmarkssykehuset et overforbruk på 16,8 millioner på innleie fra byrå, samt et overforbruk på lønnskostnader på 48,5 millioner. En reduksjon av dette overforbruket vil åpne for bedre muligheter til opparbeidelse av overskudd til blant annet investeringer i bygg og utstyr.

## 1.4.2 Universitetssykehuset i Nord-Norge

### Vurdering av dagens bemanningssituasjon

Ved UNN **Tromsø** har de fleste somatiske fag unntatt radiologi en rimelig god rekruttering av overleger, og stort sett alle overlegestillingene er besatt. Innen psykisk helse og rus er det derimot store bemanningsutfordringer knyttet til både psykiatere og psykologer. Mange somatiske enheter har god rekruttering av sykepleiere, men også dette er mer utfordrende innen psykisk helse og rus. Generelt må UNN utdanne alle spesialister selv, vi rekrutterer svært sjelden ferdige spesialister utenfra.

For UNN **Harstad** har medisinsk klinikk hatt flere ledige overlegestillinger over tid og stor mangel på sykepleiere (brukt byrå siste året). Kirurgisk klinikk har en god rekrutteringssituasjon og stabil bemanning. Det er krevende å rekruttere til stillinger innenfor fagområdene ØNH og øye. Andre enheter har utfordringer med å rekruttere sykepleiere, og

også audiografer er det mangel på. Tidligere har det vært utfordrende å rekruttere fastboende spesialister innen gynekologi og fødselshjelp, men nå er alle stillinger unntatt en innen dette faget besatt med fastboende leger. Det er ingen ledige jordmorstillinger, men avdelingen er sårbar for sykefravær og vaktberedskap.

For UNN **Narvik** har medisinsk avdeling hatt flere ledige overlegestillinger over tid og derfor behov for å leie inn fra vikarbyrå. Periodevis er det vanskelig å rekruttere LIS 2-3 leger. God rekruttering av sykepleiere. Kirurgisk avdeling har alle stillinger besatt. Siden fagmiljøene innenfor kirurgi er små (to urologer, fire generellkirurger, en plastikk-kirurg), så er avdelingens drift svært sårbare ved fravær. God rekruttering av jordmødre.

### Utfordringer

UNN Tromsø opplever økende utfordringer med å rekruttere LIS 2-3 i enkelte fag, særlig fag med høy vaktbelastning. Spesialsykepleiere innenfor intensiv, operasjon og anestesi er det betydelige utfordringer med å rekruttere, og UNN har vesentlig mangel på disse yrkesgruppene særlig i Tromsø. Vikarbyråene klarer ikke levere de vikarene vi etterspør/har behov for. Det er til enhver tid noen sengeposter i UNN Tromsø som har betydelige utfordringer med å rekruttere og beholde sykepleiere.

- Radiologi er et område med en kjent og meget stor utfordring. Det er krevende både å rekruttere og stabilisere LIS, og det er ikke mulig å rekruttere ferdige spesialister utenfra. UNN mangler minimum 10 overleger i forhold til det reelle behovet.
- Tidvis problemer med rekruttering av LIS i pediatri. Vi får heller ikke rekruttert spesialister i pediatri, men utdanner våre egne.
- Kreftavdelingen i Tromsø har vesentlige rekrutteringsutfordringer. Det mangler 1/3 av kreftsykepleiere. Ledige stillinger fylles opp med offentlig godkjente sykepleiere, medisinstudenter, sykepleiestudenter og helsefagarbeidere. Avdelingen har også store utfordringer med å rekruttere LIS3, og har stort behov for å styrke overlegebemanningen og sikre subspecialisert kompetanse.
- Kvinneklinikken har utfordringer med mangel på jordmødre i Tromsø, og også mangel på spesialisert kompetanse som ultralydjordmødre.
- Det er økende utfordringer med å rekruttere nok bioingeniører, også til UNN Tromsø.
- Audiografer er også en viktig yrkesgruppe det er svært krevende å rekruttere, både ved UNN Tromsø og UNN Narvik. Både øyeleger og ØNH-leger er det krevende å rekruttere, og behovet for økt bemanning er stort som følge av økende antall eldre.
- For både UNN Narvik og UNN Harstad gjelder at økende spesialisering av leger (ny spesialistutdanning fra 2019) fører til mindre generalister enn tidligere og dette fører til en økende utfordring ved lokalsykehusene i forhold til å ha leger som er trygge i generelle indremedisinske og kirurgiske vakter. Fordøyelsesfaget er spesielt utfordrende da det er få spesialister innen dette faget og et økende behov.
- For psykisk helsevern og rus er det store bemanningsutfordringer innenfor sykehusfunksjonene. Dette gjelder særlig for psykiatere og spesialsykepleier/sykepleiere, men også psykologer/psykologspesialister. Størst er bemanningsutfordring ved Akuttpsykiatrisk seksjon hvor kun 3 av 10 overlegestillinger er besatt av fast ansatte psykiatere, samt en vedvarende stor mangel på sykepleiere. Sikkerhetspsykiatrien har særskilte utfordringer knyttet til stor økning i antall pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern.

- De distriktpspsykiatriske sentrene og poliklinikkene (både for voksne og barn- og unge) er sårbare når det gjelder spesialistdekning, hvor mangel på legespesialister er mest kritisk. Det er derfor behov for ambulering fra Tromsø ved flere av sentrene og bruk av spesialister i mindre brøkstillinger. Sykepleier- og vernepleierbemanningen er for det meste stabil, mens det mangler LIS 3 ved noen av sentrene.

### Konsekvenser av bemanningsutfordringene

Mangel på leger på radiologi medfører krevende arbeidsforhold og krevende arbeidsmiljø, og at det er meget utfordrende å opprettholde tilstrekkelig kapasitet. Dette medfører at det er krevende å overholde normert forløpstid for kreftpakkeforløp, og en rekke andre utfordringer. Mange undersøkelser må sendes til privat leverandør, der kvaliteten i mange tilfeller ikke oppleves som tilstrekkelig høy. Innleie av personell er nødvendig i kreftavdelingen for å opprettholde kompetanse til å administrere og følge opp cellegiftbehandling, og innleie av jordmødre er nødvendig for å sikre forsvarlig bemanning på fødeenheten i Tromsø. Mangel på audiografer er medvirkende til svært lange ventelister og mange fristbrudd innen øre-nese-hals-faget. Mangelen på spesialsykepleiere innen intensiv, operasjon og anestesi medfører stor innleie, men også vesentlig nedtrekk i planlagt operasjonskapasitet. Det medvirker til at pakkeforløpstidene for kreftpasienter ikke er i henhold til måltall, og det medfører lange ventetider for svært mange pasienter som venter på operative inngrep.

Generelt har UNN **Tromsø** mange små, høyspesialiserte fagmiljø, der mange har svært stor arbeidsbelastning. Mange fagmiljø er sårbare for sykefravær, permisjoner etc. Det gjør at nødvendig fagutvikling og forskning i alt for stor grad må prioriteres ned. Det er stort behov for å styrke mange fagmiljø, ikke minst innenfor diagnostikk og kreftbehandling.

Bemanningsutfordringene innenfor akuttpsykiatri gir stort driftspress i alle deler av avdelingen, med betydelige kapasitetsutfordringer og oppgaver som ikke kan overføres til andre enheter. Sikkerhetspsykiatrien har særskilte utfordringer knyttet til stor økning i antall pasienter dømt til tvunget psykisk helsevern. Bemanningsutfordringene får dessverre konsekvenser på en rekke områder. De medvirker vesentlig til et høyt antall fristbrudd innen psykiatri, og innen ØNH, øye og håndkirurgi, samt fristbrudd og høy andel «passert planlagt tid» for pasienter med fordøyelsessykdommer. Det store innleiebehovet gir store økonomiske underskudd, og også fristbruddpasienter som får nødvendig helsehjelp via Helfo når UNN ikke har kapasitet er en svært viktig årsak til vårt underskudd.

UNN står overfor meget store investeringsbehov. Nytt bygg for psykisk helse og rus i Tromsø samt utbygging av C-fløya med ny og hardt tiltrengt nyfødtintensiv avdeling er satt på vent. Dette medfører vedvarende vanskelige forhold for pasienter og pårørende, og svært krevende arbeidsforhold for våre medarbeidere. Manglende overskudd fører til at UNNs investeringsmidler for å vedlikeholde bygningsmassen og fornye medisinsk teknisk utstyr er langt under behovet. Det er meget alvorlig at vi i flere år knapt har hatt midler til å erstatte medisinsk teknisk utstyr som er kassert, og overhodet ikke har midler til nytt utstyr som muliggjør moderne og bedre pasientbehandling. Det har vesentlige konsekvenser for UNNs evne og mulighet til å tilby likeverdig, avansert utredning og behandling på linje med resten av landet. For UNNs rolle som universitets- og regionsykehus er det nå kritisk viktig å komme over i en situasjon med mer stabil bemanning, og tilstrekkelige midler for å utvikle både bygningsmasse og utstyr.



### 1.4.3 Nordlandssykehuset

#### Vurdering av dagens bemanningssituasjon

Bemanningssituasjonen varierer noe, men generelt ses et økende rekrutteringsproblem innenfor flere fagfelt og fagområder.

- **Radiologi.** Det har over noen år vært utfordrende å rekruttere LIS. Det har gitt store utfordringer med å få vaktplanen til å gå opp, og med det å dekke vaktberedskap for seks sykehus ettermiddager, natt og helg. I tillegg er det et problem at LIS i spesialiseringsperiode må være en standard tid borte (18 mnd.), selv om de får innfridd læringsmålene i spesialistutdanningen på mye kortere tid. Jo, lengre tid LIS er bort, jo større risiko er det for at de ikke returnerer. Vi har for få spesialister i radiologi og dette er nok et av de mest utfordrende områdene bemanningsmessig.
- **LIS.** For LIS 1 rekrutterer vi stort sett godt. For LIS2/3 ser vi en nedgang i antall søkere ved de fleste lokasjoner og mange fagområder. En tendens til en vridning bort fra fag med tynge vaktbelastning
- **Psykiatere.** Det har over tid vært vanskelig å skaffe nok psykiatere til å bemanne alle funksjonene i Nordlandssykehuset. Vi satser derfor på økt utdanning av LIS 3
- **Sykepleiere/spesialsykepleiere.** Her ser vi en betydelig nedgang i søkere til ledige stillinger ved de fleste avdelinger/enheter/lokasjoner.
- **Bioingeniører.** Her har situasjonen stabilisert seg.
- **Helsefagarbeidere.** Her rekrutterer vi, men det er for få som utdannes til å dekke behovet.
- **Andre, inkludert de som ikke har helsefaglig bakgrunn.** Vi konkurrerer med svært mange andre når vi skal ansette for eksempel ingeniører, økonomer og til og med ufaglært arbeidskraft.

#### Utfordringer

Nordlandssykehuset leverer tjenester til befolkningen i eget opptaksområdet og til befolkningen på Helgeland, både i form av det som tidligere ble omtalt som «sentralsykehusfunksjoner» (eksempelvis onkologi, intensivbehandling, «gren-spesialiteter» innenfor kirurgi og indremedisin, nyfødtintensiv og andre fagområder) med også økende grad lokalsykehusfunksjoner. Årsaken er at Helgelandssykehuset selv ikke har kapasitet eller kompetanse. Utviklingen med flere pasienter fra Helgeland til Bodø bekymrer oss, da den utfordrer den samlede kapasiteten vår.

- I flere av våre klinikker er mangel på fagfolk en utfordring i dag.
- Vi har ikke klart å rekruttere tilstrekkelig innenfor onkologi (overleger og LIS) for å ivareta en økende pasientpopulasjon fra vårt eget og Helgelandssykehusets opptaksområde.
- De siste årene har vi hatt utfordring med å rekruttere LIS innenfor nevrologi.
- Nordlandssykehuset **Lofoten** har bemanningsutfordringer knyttet til sykepleiere på overvåkning/akuttmottak. Alle faste stillinger er besatt og mangelen skyldes ulike permisjoner. Budsjetterte stillinger har vært marginal, slik at forutsetning for stabil bemanning har vært utfordrende ved fravær av ulike årsaker. I årets budsjettprosess er antall budsjetterte stillinger økt med totalt 2 personer for å dekke bemanningen i akuttmottaket døgnet rundt, 365 dager i året.
- Nordlandssykehuset **Lofoten** har noen jordmødre som er langtidsvikarer i påvente av at egne ansatte skal fullføre jordmorutdanning. Ingen ubesatte stillinger.

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

- Ved Nordlandssykehuset **Vesterålen** (sengepost kirurgi) har det vært utfordringer med å opprettholde akuttberedskap over tid, og driften løses ved hjelp av innleie fra firma. Årsakene er høyt sykefravær og ledige stillinger.
- Ved både Nordlandssykehuset **Vesterålen og Lofoten** er det en utfordring å rekruttere tilstrekkelig antall bofaste spesialister innenfor gynekologi og fødselshjelp, anestesi, kirurgi og indremedisin.

### Bemanningsutfordringenes konsekvenser

Mangel på fagfolk gjør at det er behov for å benytte innleie, overtid, samt at sykefraværet øker. Alle er områder som Nordlandssykehuset har stor oppmerksomhet på, og som også påvirker våre medarbeidere negativt, og har en negativ effekt på vår økonomiske bærekraft. I tillegg fører mangelen på fagfolk til økte ventetider, manglende overholdelse av pakkeforløpstider, fristbrudd og kjøp av helsetjenester hos private og/eller HELFO. Det betyr at bemanningsutfordringene har direkte konsekvenser for pasientene. Innenfor noen fagområder, som for eksempel ortopedi, ØNH og øye, rekrutterer vi godt, men de økonomiske utfordringer gjør det vanskelig å øke bemanningen i tråd med pasienttilstrømming.

- Innenfor psykisk helsevern og TSB gir mangel på fagfolk økt antall fristbrudd. Dette jobbes godt med å redusere disse.
- Innenfor radiologi må mange undersøkelser sendes til private tilbydere. Noen av disse undersøkelsene må gjennomføres på nytt hos oss.
- Mangel på bioingeniører kan få store konsekvenser, jf. Vesterålen høsten 2022.
- Mangel på sykepleiere på sengepost medfører redusert operasjonsprogram, med påfølgende økt ventetid.
- Innenfor barnehabilitering medfører manglende bemanning økte ventetider.

Dersom vi skal redusere innleie/bruk av overtid/ redusere antall ansatte, så er dette mulig, men det vil ha direkte negative konsekvenser for driften og pasientaktiviteten. Ventetidene vil øke, vi vil få flere fristbrudd, og aktiviteten vil gå ned. Ut over belastning på helsepersonell medfører dette redusert planlagt aktivitet og tapt inntekt.

For at Nordlandssykehuset skal levere et økonomisk overskudd, må flere faktorer på plass, inkludert at det må ses på hvordan vi skal finansieres for de tjenester vi leverer som «sentralsykehus» for Helgelandssykehuset. I tillegg må vi se på logistikk, effektivisering, rett sammensetting av bemanning samt oppgavedeling. Dersom aktiviteten tas ned for å redusere underskudd må det aksepteres lengre ventetider og økning av fristbrudd.

### 1.4.4 Helgelandssykehuset

#### *Vurdering av dagens bemanningssituasjon*

Helgelandssykehuset kjennetegnes generelt av små fagmiljøer på legesiden. Når én eller to stillinger er vakante innenfor ett fagområde, gir dette store prosentvise utslag. Generelt er det krevende å rekruttere ferdige spesialister – herunder legespesialister, spesialsykepleiere og psykologspesialister. Sykehuset er fortsatt avhengig av vikarer, innleie fra firma og å utdanne egne. Vikarinnleie som følger av vakante stillinger gir økt aktivitet, med betydelige økonomiske merkostnader. Mangel på eget personell medfører også økte pasientreisekostnader og gjestepasientkostnader for pasienter som får sitt tilbud utenfor regionen.



Strategien har vært å redusere kostnadene ved å erstatte variable lønnskostnader med fast ansatte. Rekruttering og tilgangen på vikarer er imidlertid utfordrende. Tiltak på kort sikt har vært å være tett på utfordringen fra dag til dag. Innsatsteam har fulgt de berørte enhetene nært. For å møte disse utfordringene benyttes økonomiske incentiver for å styrke rekrutteringen, og for å belønne innsatsen eksisterende personell utøver i en krevende tid. Det er også innført ordninger for å stimulere til å bistå hverandre på tvers av geografiske lokalisasjoner. Det er også krevende med høyt antall vakante sykepleierstillinger. Her har påbegynte tiltak i form av oppgaveglidning og sertifisering av helsefagarbeidere gitt positive erfaringer.

Samtidig jobbes det i Helgelandssykehuset kontinuerlig med å bedre stillingsmarkedsføring og markedsføring av Helgelandssykehuset som arbeidsgiver. Sistnevnte har et styrket fokus, og her jobber sykehuset kollektivt godt med å løfte de gode historiene som ofte kommer i skyggen av medias fokus på konfliktsaker og uønskede hendelser. Sykehuset har også et styrket fokus på eksternt samarbeid innenfor rekruttering og onboarding<sup>1</sup>, og deltar inn i flere nettverk med mål om å styrke inkludering, bo- og blilyst, jobb til partner, felles kompetanseplanlegging m.m.

Rekrutteringen til utdanningsstillinger er også i positiv utvikling og det var våren 2023 en dobling av antall søkere sammenliknet med forrige utlysning. Antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleier (anestesi, intensiv, operasjon, kreft, barn og jordmorfaget) er mer enn doblet siden 2019. I 2023 har vi 22 utdanningsstillinger. I jordmorfaget er det nå sju ansatte i utdanningsstillinger som er ferdigutdannet i 2024 og 2025.

### *Utfordringer*

Helgelandssykehuset har hatt vedvarende utfordringer knyttet til bemanning og rekruttering innenfor flere fagområder, særlig etter pandemien. Økt vaktbelastning i vaktgående fag er foretakets største utfordring i 2023. I år har foretaket erfart en særlig utfordrende situasjon med å rekruttere og beholde LIS 2/3 i vaktbærende fag, noe som spesielt har medført at vaktlinjer har vært utfordrende å bemanne innenfor både ortopedi, indremedisin og generell kirurgi. I tillegg er det utfordringer med rekruttering og stabilisering av bioingeniører og gynekologer.

### *Bemanningsutfordringenes konsekvenser*

Manglende rekruttering fører til høyere vakt- og arbeidsbelastning og utfordrer stabiliteten. Samtidig gjør økt vakt- og arbeidsbelastning og høyere turnover det vanskeligere å rekruttere – en negativ spiral det er krevende å komme ut av.

Å bedre situasjonen har hatt høyeste prioritet internt og det har blitt jobbet godt med bred involvering fra klinikkene, fagavdelingen, HR-avdelingen og administrasjonsavdelingen m. flere. Arbeidet viser allerede noen signaler som gir grunn til forsiktig optimisme, da særlig innen fagene anestesi og kirurgi, men også innen generell indremedisin, som alle er vaktbærende fag.

---

<sup>1</sup> Onboarding handler om hvordan man tar imot og integrerer nye ansatte i virksomheten, ofte også i tiden før de begynner. En form for introduksjon i ny jobb.

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

Rekrutteringsutfordringer innen enkelte fagområder, både på leger og sykepleiere kan forklare deler av foretakets kostnadsvekst, der tilgang på kvalifisert personell er blitt en utfordring på samme måte som regionalt og nasjonalt.

Gjennomsnittlig ventetid og antall fristbrudd i foretaket har økt betydelig gjennom året, og sammenliknet med tidligere år. Foretaket har forsterket fokus på ventetidssituasjonen, og har satt i gang tiltak gjennom en handlingsplan for å redusere ventetider og fristbrudd. Blant flere tiltak kan vi nevne oppgavedeling og vikarinneleie, i tillegg til kontinuerlig rekrutteringsfokus som til sammen ser ut til å ha positiv effekt.

Prosjektet «Nye Helgelandssykehuset» har i konseptfasens steg 1 lagt planer for bruk av eksisterende bygningsmasse på Helgeland. Prosjektet ble satt i bero oktober 2022, men alle pågående renoveringer gjøres i tråd med disse planene. Helgelandssykehuset er det siste foretaket i Helse Nord til å gå i gang med større bygningsmessige tiltak. Foretaket har god oversikt over både tilstandsgrader og funksjonell egnethet på hele eiendomsporteføljen og foretaket besitter gode planer for tiltak og fremtidig bruk.

Foretaket har et sterkt behov for å sette i gang investeringer som demper følgekostnader som følge av vedlikeholdsetterslep og tiltak for bedre tilpassende og funksjonelle arbeidsprosesser som bidrar til å dempe arbeidskraftbehovet i årene som kommer. Imidlertid er de ordinære rammene til investeringer alt for små til å dekke dette behovet. Foretaket sliter også med tiltakseffekt for å nå resultatkrav, og har gjennom manglende overskudd ingen mulighet selv til å øke investeringsrammen. Investeringer i bygg og utstyr på Helgeland vil bidra positivt til å iverksette strukturelle tiltak for mer effektiv og lønnsom drift i foretaket.

## 2 Utredningens mandat og arbeid

Med bakgrunn i negative økonomiske resultat over flere år, den demografiske utviklingen og rekrutteringsutfordringer, fikk styret i Helse Nord gjennom [foretaksmøtet 9.november 2022](#) i oppdrag å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på lang sikt. Utfordringene i regionen gjør et omstillingsarbeid av mer langsiktig karakter for å understøtte en bærekraftig utvikling av tjenesten nødvendig. Riktig organisering og en hensiktsmessig innretning av sykehusdriften vil være nødvendig for å kunne gi likeverdige helsetjenester av god kvalitet til befolkningen. Foretaksmøtet vurderte det som naturlig å se på tiltak som innebærer endringer i funksjons- og oppgavedeling for å styrke faglighet og kvalitet i pasienttilbudet og foreslå disse i en helhetlig plan for Helse Nord RHF.

### 2.1 Mandat

Mandatet for utredningen av funksjons- og oppgavedeling ble vedtatt av styret i Helse Nord gjennom [styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning](#), som også beskriver bakgrunnen for og hensikten med utredningen. Mandatet beskriver områder som skal utredes, organiseringen av arbeidet, kartlegging av interesser, behovet for risiko- og sårbarhetsanalyser, medvirkning og involvering av både foretaksgruppen og kommuner og estimert ressursbruk og tidsramme. Sammenhengen med andre relevante prosesser i det regionale omstillingsarbeidet og nasjonale utredninger er også omtalt.

### 2.2 Organisering av utredningen

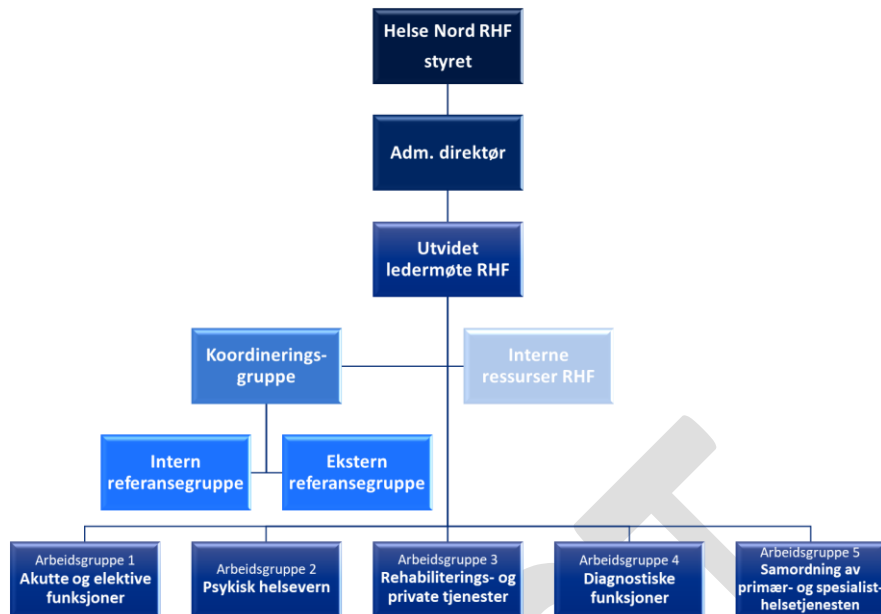
Styret i Helse Nord ba administrerende direktør i Helse Nord RHF å lede utredningen av funksjons- og oppgavedeling og arbeidet ble organisert i linjen (figur 11).

#### 2.2.1 Utvidet ledermøte

Ledermøtet i Helse Nord RHF ble utvidet med konserntillitsvalgte (KTV), konsernverneombud (KVO) samt leder og nestleder i Regionalt Brukerutvalg (RBU). Utvidet ledermøte har vært administrerende direktørs viktigste rådgivende arena for overordnede diskusjoner, prinsipielle veivalg og for å forankre utredningsarbeidet. Utvidet ledermøte har hatt regelmessige møter tilsvarende hver 14. dag.

#### 2.2.2 Koordineringsgruppen

Koordineringsgruppen har gjennom ukentlige møter koordinert og fulgt opp utredningen. Ansvar for framdrift, for å ivareta avhengigheter og forutsetninger, intern og ekstern informasjon og involvering, risiko- og sårbarhetsanalyser og saksutredning til den øvrige organisasjonen har ligget her. Koordineringsgruppen har hatt tett kontakt og samarbeid med alle øvrige aktører i utredningsarbeidet, inkludert interne ressurser i Helse Nord RHF så som økonomi, analyse, HR, pasientreiser, samiske spesialisthelsetjenester og helsefag- og eieravdelingen.



**Figur 11.** Organisering av utredningsarbeidet i Helse Nord. *Kilde: Helse Nord RHF*

### 2.2.3 Internt og ekstern referansegruppe

For å sikre at helseforetakene og kommunene er bredt involvert, ble referansegrupper etablert. Intern referansegruppe har bestått av de seks administrerende direktørene i helseforetakene i Helse Nord, som har hatt månedlige møter. Ekstern referansegruppe har bestått av kommunalt koordineringsorgan, organisert av kommunene, som har hatt til sammen fire møter.

### 2.2.4 Arbeidsgruppene

Med bakgrunn i vedtatte områder for utredningen i [styresak 29-2023](#) Tiltak for å sikre bærekraft - framdrifts og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning, ble fem arbeidsgrupper med ansvar for ulike utredningsområder etablert: akutte og planlagte funksjoner, psykisk helsevern, rehabilitering og private tjenester, diagnostiske funksjoner og samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Arbeidsgruppene ble satt sammen av brukermedvirkere, KTV, deltakere fra helseforetakene, deltakere fra kommunene og medarbeidere i Helse Nord RHF, for å sikre et bredt kunnskapsgrunnlag og ulike perspektiv (tabell 8). RBU, helseforetakene og kommunalt koordineringsorgan har oppnevnt sine respektive deltakere. Arbeidsgruppe 1 og 4 hadde kun tre kommunale deltakere, fordi deltaker fra Helgeland ikke ble pekt ut. Arbeidsgruppene har hatt ulike møteplaner, men har generelt møttes ukentlig.

**Tabell 8.** Ansvarlig avdeling og leder, samt deltakere for hver av arbeidsgruppene i utredningen.

	Arbeidsgruppe 1 Akutte og elektive funksjoner	Arbeidsgruppe 2 Psykisk helsevern	Arbeidsgruppe 3 Rehabiliterings- og private tjenester	Arbeidsgruppe 4 Diagnostiske funksjoner	Arbeidsgruppe 5 Samordning av primær- og spesialist-helsetjenesten
Ansvarlig	Helsefagavdelingen	Helsefagavdelingen	Eieravdelingen	Helsefagavdelingen	Helsefagavdelingen
Leder	Fredrik Sund	Jon T Finnsson	Espen Hauge	Tove Klæboe Nilsen	Kari Bøckmann
Sekretariat	Siri Solheim	Linn Gros	Vidar K Nygaard	Siv Skår	Cecilie Henriksen
RBU	1	1	1	1	1
KTV	1	1	1	1	1
Finnmarkssykehuset HF	1	2	1	1	1
UNN HF	2	1	1	1	1
Nordlandssykehuset HF	1	1	1	1	1
Helgelandssykehuset HF	1	1	1	1	1
Kommunal deltakelse	3	4	4	3	4
Helse Nord IKT	-	-	-	1	1
Helse Nord RHF	3	3	4	2	1

Kilde: Helse Nord RHF

## 2.3 Medvirkning og involvering

Som en del av arbeidet ble en egen [kommunikasjonsplan](#) for utredningen av funksjons- og oppgavedeling utarbeidet. Utredningen har naturlig nok interessert og berørt mange. Helse Nord er en stor samfunnsaktør med virksomhet og arbeidsplasser i hele Nord-Norge. Prioriterte interessenter i utredningen har vært pasienter, brukere og pårørende, medarbeidere i helseforetakene og kommuner/fylkeskommuner. Prioriteringen av disse har i høy grad påvirket organiseringen av utredningen og kommunikasjonsarbeidet på ulike arenaer: digitale møter, allmøter, dialogkonferanser og særmøter. Andre interessenter (f. eks media) har fått informasjon gjennom egne møter og vært invitert til å gi innspill gjennom åpen forslagskanal og Helse Nord postmottak.

Helse Nord RHF har gjennom prosessen tilstrebet å være åpen og tilgjengelig, og hovedinteressentene har fått medvirke og vært involvert som planlagt. Noen målgrupper og interessenter har gitt uttrykk for et ønske om å bli sterkere involvert. Innenfor rammene av arbeidet har dette ikke vært mulig. Oversikten over ulike møter og treffpunkter som har vært gjennomført i prosessen er beskrevet i vedlegg 7.

Kommende høring vil være den viktigste kanalen for å gi tilbakemelding på utredningens foreløpige forslag til helhetlig plan. Høringen er åpen for alle.

### 2.3.1 Medvirkning

Foretaksgruppens konserntillitsvalgte og –verneombud samt representanter for Regionalt brukerutvalg (RBU) har vært direkte involvert i utredningen, gjennom deltakelse i arbeidsgruppene og utvidet ledermøte. Gjennom perioden er utredningsarbeidet drøftet i ordinære dialog- og drøftingsmøter og møter i RBU

Helseforetakene etablerte egne, interne arenaer for forankring av utredningsarbeidet. De fleste i form av referanse- og/eller faggrupper med medarbeidere fra ulike fagmiljøer, ledere, tillitsvalgte og brukerrepresentanter. De interne arenaene har fortløpende gitt innspill til utredningsarbeidet både mht. ulike problemstillinger og løsningsforslag. Helseforetakene har i tillegg bidratt med data og kvalitetssikret virksomhetsdata fra Helse Nord RHF.

### 2.3.2 Involvering

Kommunene har gjennom kommunale koordineringsorgan diskutert ulike problemstillinger og gitt innspill, både muntlig og skriftlig. De kommunale deltakerne hadde ved innledningen av utredningen ingen felles fora for forankring, men slike ble etter hvert etablert gjennom kommunale koordineringsorgan. Kommunene er også involvert gjennom digitale møter og fysiske dialogkonferanser. Møter mellom administrerende direktør og styreleder i Helse Nord RHF og statsforvaltere og fylkesrådsledere i Nordland og Troms/Finmark er gjennomført, og fylkestingene i begge fylkene er informert.

## 3 Arbeidsgruppens anbefalinger

Arbeidsgruppens mandat ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i [styresak 57-2023](#) Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning. Mandatet beskriver målene for utredningen og hvordan målene skal nås gjennom syv hovedretninger. Hovedutfordringen er mangel på tilstrekkelig og nødvendig personell og kompetanse i regionen, og behovet er å utrede funksjon- og oppgavedeling innenfor:

- Akuttfunksjoner
- Kapasitet og drift av elektive funksjoner
- Diagnostiske funksjoner
- Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Oppgaven er omfattende og styret Helse Nord RHF vedtok i [styresak 11-2023](#) Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord, delområder for utredningen. Utredningen av de ulike delområdene har vært organisert i fem arbeidsgrupper (tabell 7). I saken [Tiltak for å sikre bærekraft - utredningens mål, hovedretninger og utredningskriterier som grunnlag for anbefaling fra arbeidsgruppene](#), fikk arbeidsgruppene i oppgave å bruke mål, hovedretninger og øvrige beskrevne kriterier, som grunnlag for sine anbefalinger. Arbeidsgruppene skulle levere hver sin delrapport med innledning, beskrivelse av utviklingstrekk, utfordringer, muligheter og dagens situasjon (0-alternativet). I tillegg ble arbeidsgruppene bedt om å beskrivelse av to alternativer (1 og 2) for ny funksjons- og oppgavedeling, av avhengigheter og forutsetninger og ROS-analyse for alle tre alternativene (0,1 og 2). Til sist skulle arbeidsgruppene konkludere med en begrunnet anbefaling. Uenigheter om valgt alternativ, skulle beskrives og grunngis.

Arbeidsgruppens delrapporter oppsummeres under. Lenker til fullstendige delrapporter finnes i vedlegg 2-6 og på [Helse Nords nettsider for endring og omstilling](#).

## 3.1 Akutte og planlagte funksjoner

### 3.1.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for akutte og planlagte funksjoner, har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene:

- Akuttfunksjoner på sykehus
  - Organisering av akuttfunksjoner
- Fødeenheter
  - Organisering av fødselsomsorgen
- Planlagt kirurgi
  - Etablering av elektive enheter eller sykehus i Helse Nord
  - Ytterligere deling av elektive funksjoner

### 3.1.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

Endringer i befolkningen (demografisk utvikling) framover viser nedgang i antall innbyggere i de fleste kommunene i Nord-Norge. Kommunene med befolkningsøkning av betydning er de største bykommunene. Flere eldre vil øke behovet for helsetjenester både i kommunene og sykehusene. De 11 akutt sykehusene i Helse Nord har mange vaktlinjer med lav aktivitet, og mange sykehus har like funksjoner. Den medisinske utvikling er over tid blitt mer spesialisert og endrer hvordan arbeidet gjøres. Dette krever flere helsepersonell til å løse de samme oppgavene, kompetanseheving og god økonomi.

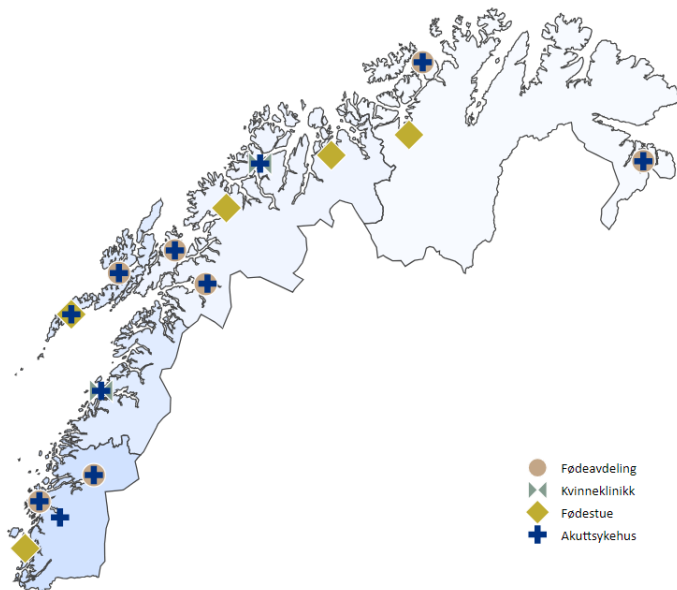
Innenfor planlagt utredning og behandling opplever flere pasienter fristbrudd og økt ventetid. I september 2023 var gjennomsnittlig ventetid for behandling 85 dager, og utviklingen er negativ. Pasientsikkerheten blir dermed satt under press og å gi likeverdig behandling av god kvalitet blir vanskeligere.

Alle sykehusene har over tid hatt utfordringer med å beholde, rekruttere og utdanne tilstrekkelig kompetanse for å dekke funksjonene og oppgavene de skal løse. Mangel på helsepersonell erstattes i dag med svært kostbar innleie fra vikarbyrå og utstrakt bruk av overtid hos egne medarbeidere. Konsekvensen er bruk av mer penger på lønn enn budsjettet, som igjen bidrar til økonomiske underskudd. Dette begrenser sykehusenes muligheter for å følge opp den medisinske utviklingen samt investeringer i nytt utstyr og bygg. Regionens bemanningsutfordringer har økt til tross for at flere helsearbeidere er tilsatt i Helse Nord de senere årene.

### 3.1.3 Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse

Dagens struktur (figur 12) fordeler i stor grad spesialisthelsetjenestetilbudet på mange små akutt sykehus og krever et høyt antall helsearbeidere.





**Figur 12.** Kart over tjenestestruktur innenfor akuttfunksjoner og fødselsomsorg, alle enheter.

Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge

Til tross for arbeid med rekruttering over lang tid vurderes mulighetene for å rekruttere et tilstrekkelig antall helsearbeidere for å fylle dagens funksjoner ved alle sykehusene framover, som liten. Dagens struktur fremstår ikke bærekraftig. Risiko- og sårbarhetsanalysen viser at dagens organisering (0-alternativet) er preget av mange utfordringer med høy risiko på nesten samtlige områder, og at alternativ 2 er minst risikofyllt.

### 3.1.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler alternativ 2. Et mindretall på fem medlemmer stiller seg ikke bak anbefalingen om framtidig organisering av akutte og planlagte somatiske funksjoner i Helse Nord.

Alternativ 2 foreslår en omfattende funksjons- og oppgavedeling. UNN Narvik endres til et sykehus med betydelig økt planlagt behandling og fødestue. Nordlandssykehuset Lofoten endres til et distriktsmedisinsk senter (DMS) med poliklinikk, fødestue og døgnfunksjoner. Alternativ 2 vil styrke akutt- og døgnfunksjoner i UNN Harstad og Nordlandssykehuset Vesterålen for å ta imot pasienter fra hhv. Narvik og Lofoten. På Helgeland foreslås ett stort akutt sykehus på ett sted, men gruppen anbefaler ingen spesifikk plassering av sykehuset. I Finnmark foreslås mindre justeringer av hensyn til særlig utfordrende avstander.

Forslaget til ny organisering av funksjoner- og oppgaver vil kreve færre helsepersonell enn i dagens organisering. Akuttfunksjonene og døgnaktivitet samles i større grad for å skape mer robuste og fleksible fagmiljø og dreie bruk av helsepersonell fra vaktlinjer og beredskap til mer planlagt utredning, behandling og oppfølging. Kapasiteten til planlagt kirurgi økes.

Flertallet i arbeidsgruppen anser muligheten for å følge opp medisinske utviklingstrekk, inkludert økende spesialisering, nye behov for medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin som best i alternativ 2. Årsaken er bedret økonomisk bærekraft og med det, anledning til å ny-investere i medisinteknisk utstyr, bygg, og annen teknologi som i dagens struktur er begrenset av budsjettunderskudd. Å prioritere faglige satsninger på flere



områder vil bidra til at nordnorske pasienter kan tilbys et godt og likeverdig tjenestetilbud på linje med øvrige helseregioner.

## 3.2 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

### 3.2.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for psykisk helsevern, har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene:

- Akutfunksjoner
  - Utrede behovet for styrkning av sykehusfunksjoner
- Kapasitet og drift av elektive funksjoner
  - Utrede organisering av distriktskykiatriske senter (DPS).
  - Utrede funksjoner og tjenestetilbud i DPS, inkludert variasjon i forbruk.
  - Utrede styrkning av polikliniske tjenestetilbud.

### 3.2.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

Dagens situasjon er at pasienter i psykisk helsevern har lang ventetid til polikliniske tilbud. En høy andel av pasientene blir utsatt for fristbrudd. Samtidig har både Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset fra våren 2023 vært i gul beredskap på grunn av vedvarende overbelegg i akutt- og sikkerhetsposter. Tilbudet i psykisk helsevern må derfor styrkes for å sikre et likeverdig tjenestetilbud, både i poliklinikkene og i sykehusene.

Helse Nord har betydelig lavere poliklinisk kapasitet enn i landet for øvrig mens døgntilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har overkapasitet.

### 3.2.3 Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse

Behandlingstilbudene i psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er svært desentralt organisert. Det er polikliniske pasienttilbud på rundt 20 steder i regionen og det er døgnbehandlingstilbud på 13 steder i psykisk helsevern for voksne. Sykehusavdelingene som behandler pasienter med alvorlige og sammensatte lidelser, er lokalisert i Tromsø og Bodø.

Den overordnede risiko- og sårbarhetsanalysen viser at dagens organisering (0-alternativet) viser at det er høy risiko forbundet på områder som bemanning, behandlingstilbud, kapasitet og økonomi. Risiko- og sårbarhetsanalysen viser at både alternativ 1 og 2 reduserer risikoen betydelig sammenliknet med 0-alternativet.

### 3.2.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Alle arbeidsgruppens medlemmer, med unntak av den konserntillitsvalgte, anbefaler alternativ 2. Konserntillitsvalgte valgte å ikke stilling til noen av alternativene.

Arbeidsgruppen legger til grunn at fagmiljøene må ha en tilstrekkelig størrelse for å kunne yte forsvarlige tjenester. Enhetene må være robuste og fleksible nok til å håndtere daglige utfordringer så som fravær og ledige stillinger. Samtidig må utrednings- og behandlingstilbudet som tilbys samsvare med forventninger og krav til spesialisthelsetjenesten, slik som påpekt i flere tilsynsrapporter.

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

Arbeidsgruppen anbefaler derfor å styrke det polikliniske tilbudet for å sikre et fagmiljø med tilstrekkelig tilgang til spesialisert kompetanse og mulighet for faglig utvikling. Særlig viktig er det å styrke de minste fagmiljøene for å bygge gode kompetansemiljø. Fagmiljøer med et tilstrekkelig pasientgrunnlag legger til rette for å opparbeide spesialisert kompetanse gjennom klinisk erfaring med ulike, og også mer sjeldnere komplekse tilstander, som dermed kan oppdages og behandles tidligere.

Sammenlignet med landet for øvrig, er det god døgnkapasitet ved de distriktpspsykiatriske sentrene og innenfor døgnbehandling for rus- og avhengighet. Den polikliniske styrkingen foreslås derfor gjennomført ved at noen DPS-døgntilbud flyttes eller avvikles, og at kjøp av døgntilbud i TSB fra private leverandører reduseres. Arbeidsgruppen har lagt til grunn at nærhet er viktigst for tilbud som benyttes ofte, og at lengre reiseavstand er mer akseptabelt for døgninnleggelse. Av denne grunn foreslås det å opprettholde en desentral poliklinisk struktur.

Arbeidsgruppen foreslår å styrke døgntilbudet i de største byene, Alta, Tromsø, Bodø og Mo i Rana. Det gjør at døgnkapasiteten samlet sett øker, og det sikrer nærhet til somatiske tjenestetilbud. Tjenestetilbudet til de mest alvorlig psykisk syke pasientene forbedres ved å styrke sykehusfunksjoner i Tromsø og Bodø. Anbefalte endringer reduserer variasjon i kapasitet og innhold i tilbudet som gis. På denne måten kan både pasienter og ansatte ivaretas godt. Overbelegg skaper dårligere arbeidsmiljø for de ansatte, og de er mer utsatt for skader.

Arbeidsgruppen mener at robuste og fleksible fagmiljøer gir rom for faglig utvikling, muligheter for spesialisering og forskning. Anbefalingen har fokus på å bygge opp et kvalitativt godt og differensiert behandlingstilbud som fortsatt skal vært lett tilgjengelig for befolkningen. Samlet innebærer arbeidsgruppens anbefalinger en betydelig styrking av det faglige tilbudet til pasientene i regionen, samtidig som helsepersonellet brukes i tråd med pasientenes behov.

Antall døgnplasser i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU), døgnplasser i sykehusene i psykisk helsevern, døgnplasser ved distriktpspsykiatriske senter (DPS) og døgnplasser innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i de ulike alternativene diskutert i arbeidsgruppen presenteres i tabell 8.

**Tabell 9.** Oversikt over døgnplasser i psykisk helsevern og TSB i alternativ 0-2.

Døgnplasser	A0	A1	A2
PHBU*	42	42	47
Sykehus	173	192	194
DPS	146	129	122
<b>SUM</b>	<b>361</b>	<b>363</b>	<b>363</b>
TSB	182	158	166
<b>Totalt</b>	<b>543</b>	<b>521</b>	<b>529</b>

\*PHBU = psykisk helsevern barn og unge

Kilde Helseforetakene

Som tabell 9 viser, er den samlede døgnkapasiteten for fagområdene innenfor psykisk helsevern foreslått styrket. Innen TSB er det foreslått nedtak av kjøp fra private institusjoner, der kapasiteten i dag er over landsgjennomsnittet. Det gir en samlet reduksjon i antall døgnplasser innenfor TSB, men samtidig styrkes både det akutte og polikliniske tilbudet innenfor fagområdet.

Arbeidsgruppens forslag forventes å redusere ventetid og fristbrudd, samt bedre den økonomiske bærekraften med om lag 40 millioner kroner.

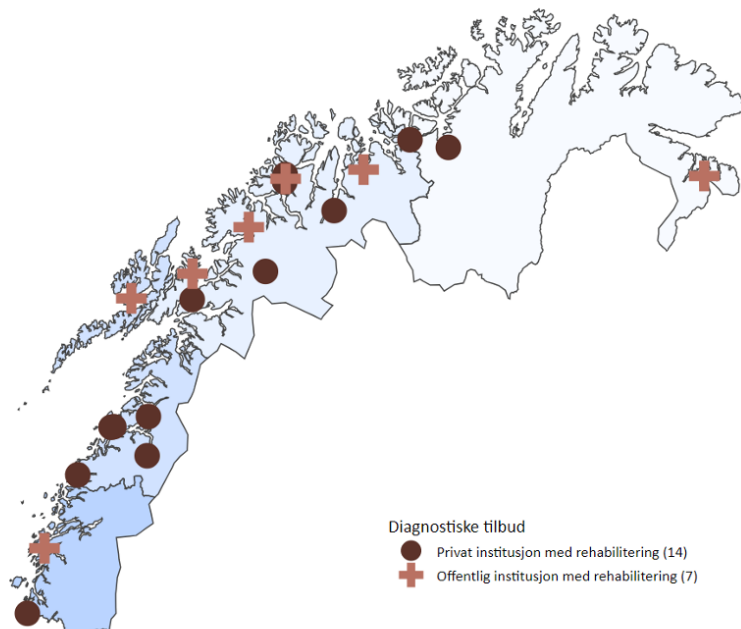
### 3.3 Rehabilitering og private tjenester

#### 3.3.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for rehabiliterings- og private tjenester har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene:

- Rehabiliteringstjenester
  - Utrede endring av tjenestetilbud til egne sykehus med mer spesialisert rehabilitering
- Private tjenester og avtalespesialister
  - Utrede oppbygging av egen kapasitet for å kunne redusere kjøp av helsetjenester fra private

Arbeidsgruppen redegjør for Helse Nord RHF's kjøp av helsetjenester på avtaler med private virksomheter og avtalespesialister i 2022. Arbeidsgruppen har deretter fokusert på spesialisert rehabilitering (figur 13). Helseforetakenes kapasitet til å øke omfanget av spesialisert rehabilitering i sykehus er undersøkt og vurdert.



**Figur 13.** Kart over tjenestestruktur for offentlige og private institusjoner med rehabilitering.  
Kilde Helse Nord RHF og GeoNorge.

### 3.3.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

Fristbrudd fører at pasienter ikke blir utredet og behandlet innenfor anbefalt tidsfrist. Fristbrudd fører i tillegg til økte utgifter for helseforetakene. For å unngå fristbrudd og for lang ventetid må Helse Nord rekruttere, utvikle og beholde kvalifisert helsepersonell, bruke personellet riktig og benytte kapasitet og kompetanse i avtalene med private leverandører.

Rapporten «Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen» peker på en rekke utfordringer, målsetninger og tiltak i ordningen. Rapporten er levert Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Nord RHF avventer eventuelle føringer for avtalespesialistordningen.

Nå-situasjonen viser flere utfordringer i Helse Nord:

- Manglende rehabilitering i akuttfasen kan redusere muligheten for å gjenvinne funksjoner
- Uklar oppgavedeling mellom helseforetakene mht. hvilke pasientgrupper som bør få et tilbud i kommune eller spesialisthelsetjeneste
- En tydelig definisjon på hva som skal være regionale oppgaver mangler
- Krevende å rekruttere og stabilisere kvalifisert personell til små, sårbare enheter

Kommune- og spesialisthelsetjeneste har selvstendig sørge-for-ansvar for pasienter med rehabiliteringsbehov. Pasientgrupper som hovedsakelig skal ha sitt tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten mottar fortsatt rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten vil fremover være særlig rettet mot tidlig rehabilitering etter skade og sykdom. Utviklingen vil fortsatt dreie fra døgnbehandling til større grad av poliklinikk.

### 3.3.3 Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalyse

Rehabiliteringsfeltet organiseres på flere måter ulikt i helseforetakene; i fysikalsk-medisinske avdelinger og fagspesifikke avdelinger. Kjøp fra private leverandører er høyt, for å best mulig ivareta Helse Nord RHF's sørge-for-ansvar.

Helsedirektoratets rapport [Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innenfor rehabiliteringsområdet \(IS-1947\)](#) (2) ligger til grunn for utredningsarbeidet. ROS-analysen viser at 0-alternativet har fire av seks risikoområder i rød sone, og høy risiko. Det er derfor ikke et reelt alternativ å videreføre dagens organisering, særlig av hensyn til risikoen for å ikke kunne tilby likeverdige helsetjenester. Pasientenes behov for tidligfaserehabilitering etter akutt sykdom og skade har høy risikoscore. Flere pasienter i tidligfasen ligger i 0-alternativet i sykehus i påvente av rehabilitering i feriestengte- og lavdriftsperioder, med fare for prognosetap og lavere livskvalitet

### 3.3.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Flertallet i arbeidsgruppen anbefaler å øke kapasiteten i egne helseforetak for å ta hånd om tidligfaserehabilitering etter akutte hendelser som hjerneslag, brudd og slitasjeskader samt pasienter med komplekse tilstander, alternativ 2. Arbeidsgruppen anbefaler også å kjøpe mindre spesialisert rehabilitering hos private institusjoner for pasientgruppene muskel- og skjelett, sykkelig overvekt og lettere ortopediske tilstander.

Anbefalingen vil bidra til tverrfaglig rehabiliteringskompetanse med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene i tidlig fase etter akutt sykdom og skade, og bedre muligheter for robuste og fleksible fagmiljøer som har betydning for kvalitet og pasientsikkerhet. Som følge av anbefalingen må både sengekapasiteten og antall helsepersonell økes i egne sykehus.

Vurderingene er at alternativ 2 er bærekraftig både med hensyn til personell og økonomi. Anbefalingen forutsetter et mer forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablerte helsefelleskapene. Samarbeidet bør også inkludere de private avtalepartene som gir spesialisert rehabilitering.

Arbeidsgruppens ene mindretall (ett gruppemedlem) tar ikke stilling til anbefaling og vil avvende ROS-analysen av helhetlig plan. Et mindretall på fire mener anbefalingen ikke svarer ut hovedutfordringene i mandatet, at den bygger på mangelfullt kunnskapsgrunnlag og ikke ivaretar kommuneperspektivet.

### 3.4 Diagnostiske funksjoner

#### 3.4.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for diagnostiske funksjoner, har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene:

- Radiologi
  - Ytterligere vaksamarbeid i radiologi
  - Samorganisering av bildediagnostiske tjenestetilbud
  - Standardisering av medisinsk teknisk utstyr og undersøkelsesprotokoller
- Laboratoriemedisin
  - Vaksamarbeid i laboratoriemedisin
  - Standardisering av medisinsk teknisk utstyr
  - Økning i egen analysekapasitet

#### 3.4.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

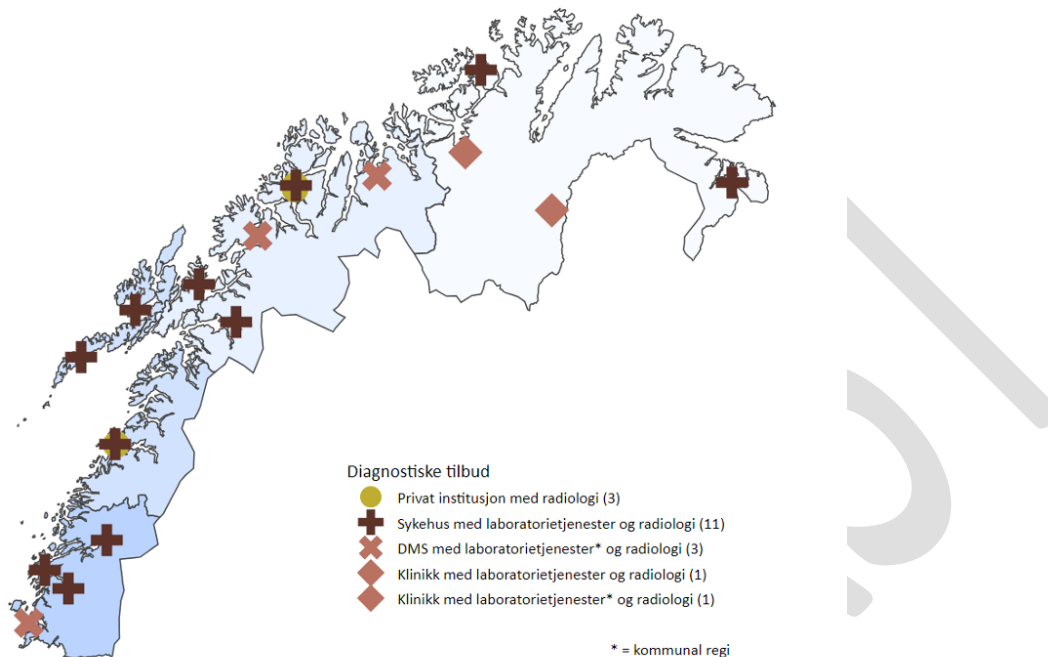
Radiologifaget har hatt en rivende medisinsk og teknologisk utvikling i senere år. Utviklingen har blant annet ført til mer tidkrevende granskninger av komplekse undersøkelser og økt behov for subspesialisering. Maskinparken som kreves for å dekke behovet for undersøkelser er omfattende og kostbart, både i kjøp og drift. Den største utfordringen er stor mangel på radiologer, som særlig utfordrer evnen til tilfredsstillende beredskap døgnet rundt. Mangel på personell gir betydelig bruk av innleid arbeidskraft og hyppig bruk av private tjenestetilbydere som har avtale med RHF.

Laboratoriemedisin er et teknologitungt fagområde, og utviklingen av teknologi, automasjon og digitalisering går raskt. Automasjon, større kapasitet og tilgjengelighet har ført til at mengden analyser og utredninger økt uten at antall helsepersonell har øke i samme takt. Samtidig er bioingeniørmangelen i Norge stort. Laboratoriene i Helse Nord har i lengre tid hatt store utfordringer både med å beholde og rekruttere nye medarbeidere.

Bemanningsutfordringene er den største utfordringen innenfor det diagnostiske fagområdet og gir kapasitetsutfordringer og sårbarhet innenfor flere fagområder

### 3.4.3 Dagens organisering- og risiko- og sårbarhetsanalysen

Dagens struktur for prøvetaking (blodprøver) og billedtakning (røntgen) er desentral, med til sammen 16 steder for radiologi og 12 steder for laboratorietjenester (figur 14). Tjenestetilbudene har ulik grad av spesialisering, fra distriktsmedisinske sentre til region- og universitetssykehuset. De største sykehusene har for eksempel intervensjonsradiologi. Blodprøver og bilder blir sendt, enten fysisk eller elektronisk, til analyse i de større sykehusene.



**Figur 14.** Kart over tjenestestruktur innenfor diagnostiske tjenester for laboratorier og røntgen.  
Kilde: Helse Nord RHF og GeoNorge

ROS-analysen viser at fire av seks risikoområder havner i rød risiko i 0-alternativet. Det innebærer en høy risiko med tjenestetilbudet slik det er organisert i dag. Det er derfor ikke et reelt alternativ å videreføre dagens organisering. Risikoen tas ned både i alternativ 1 og 2. I alternativ 1 er det fortsatt høy risiko innenfor risikoområdet brukeren av tjenestene, men alle øvrige risikoområder har redusert risiko (gult område). I alternativ 2 er det fortsatt høy risiko innenfor områdene brukeren av tjenestene og økonomi, mens de øvrige områdene har redusert risiko.

### 3.4.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Arbeidsgruppen vurderer at de pasientnære tjenestene kan og bør beholdes der de er i dag. Analyser og tolkning av undersøkelsene kan skje stedsuavhengig. Arbeidsgruppen anbefaler flere tiltak: beholde og rekruttere medarbeidere, oppgavedeling, endrede vaktordninger, frigjøring av tid hos helsepersonell, annen bruk av teknologi og kunstig intelligens for å redusere uønsket variasjon og overforbruk. Gruppen foreslår også andre ordninger for innkjøp og prioritering av medisinsk-teknisk utstyr, og mer hensiktsmessig bruk av private tjenestetilbydere.



Arbeidsgruppens flertall ønsker å innføre tiltakene i et samarbeid med forpliktende avtaler mellom de fire helseforetakene Helse Nord RHF eier, og et samarbeidsorgan med beslutningsmyndighet. Modellen vurderes å være økonomisk bærekraftig, kreve lite tilrettelegging og kan innføres umiddelbart. Modellen legger til rette for raskt å gi faglig og økonomiske gevinster for alle sykehusene, gjennom blant annet å dele klinisk kompetanse, samarbeid om verifisering<sup>4</sup>, akkreditering<sup>5</sup> og en felles rekrutteringsstrategi.

Mindretallet i arbeidsgruppen (fire deltakere) vektlegger at mange tiltak allerede er prøvd uten at helseforetakene har lyktes. De mener derfor at tydelige organisatoriske endringer må til i form av en klar lederlinje for å lykkes, og de foreslår at et felles helseforetak for diagnostiske funksjoner blir etablert. Modellen vil være økonomisk bærekraftig på sikt fordi gevinstrealiseringen vil være stor når tiltakene er innført.

### 3.5 Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

#### 3.5.1 Utredningsområder

Arbeidsgruppen for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten, har utredet funksjons- og oppgavedeling for delområdene:

- Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppen har sett på utviklingsområder for en bedre samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. Hovedfokuset har vært på det samlede tjenestetilbudet til de fire prioriterte pasientgruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (3).

#### 3.5.2 Utviklingstrekk, utfordringer og muligheter

Primær- og spesialisthelsetjenesten har et felles utfordringsbilde med hensyn til mangel på personell, demografisk utvikling, lange avstander og spredt bebyggelse. Framskrivninger viser at behovet til skrupelig eldre og pasienter med alvorlig psykisk lidelse vil øke framover, både for oppfølging som må koordineres og for innleggelser innenfor begge tjenestenivåer. For å møte framtidens utfordringer må tjenestene tilpasses hverandre bedre, både når det gjelder kapasitet, koordinering, planlegging og kommunikasjon. En ekstra utfordring er at små og desentrale kommuner utgjør 85 prosent av kommunene i Nord-Norge. I disse kommunene bor 39 prosent av innbyggerne.

Arbeidsgruppen har foreslått fire utviklingsområder for samordning av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

- A. Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
- B. Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester
- C. Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
- D. Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Arbeidsgruppen har i tillegg foreslått tre felles satsningsområder; (1) teknologi og digital samhandling, (2) utdanne, rekruttere og beholde personell samt (3) økt helsekompetanse i befolkningen, inkludert samordning av læring- og mestringstiltak.

### 3.5.3 Dagens organisering og risiko- og sårbarhetsanalysen

De fleste samarbeids- og samhandlings-prosjekter mellom primær- og spesialisthelsetjenesten handler i dag om å forbedre pasientforløpenes kvalitet gjennom samarbeidsavtaler. ROS-analysen ble benyttet til å utforske modell A-D. Høyt integrerte tjenester kan bidra til økt bærekraft, men er vurdert å være svært krevende å iverksette. Dette skyldes blant annet ulike kulturer, ulike samfunnsoppdrag og styring, ulike finansiering samt gjeldende lov- og avtaleverk

### 3.5.4 Arbeidsgruppens anbefaling

Tettere integrerte tjenester kan gi lettere tilgjengelige tjenester for pasientene. Det kan også sikre effektiv og riktig bruk av kompetanse, inkludert bedre oppgavedeling og sambruk av helsepersonell på tvers av tjenester. Ulike måter å samarbeide på vil innebærer ulik grad av integrerte tjenestene. Ved bedre samordning av tjenester må det blant annet vurderes bærekraft, kost/nytte, beste effektive behandlingsnivå (BEON) og alternativkostnader. Videreutvikling av digitalt samarbeid og felles planlegging er sentralt for å skape en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i framtiden.

Vi må tenke nytt, men samtidig beholde og videreutvikle det som fungerer godt i dag. Samordning mellom tjenestene må bygge på erkjennelsen av variasjon – både variasjon i hva tjenestene kan tilby, men også variasjon i organiseringen av tjenestene. Prinsippet om likeverdige helsetjenester - at tjenestene er av god kvalitet tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde – ligger til grunn for alle arbeidsgruppens forslag.



## 4 Forutsetninger og avhengigheter

Mandatet gitt i [styresak 57-2023](#) beskriver en rekke forutsetninger og avhengigheter for utredningsarbeidet. Status for og betydningen av disse vurdert mot arbeidsgruppens anbefalinger beskrives i dette kapittelet. Parallelt med utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord har, og pågår fortsatt, et omfattende omstillingsarbeid i Helse Nord. Omstillingsarbeidet som i hovedsak foregår i helseforetakene er helt nødvendig å gjennomføre for å få økonomisk bærekraft på kort sikt, og omtales ikke ytterligere her.

I tillegg pågår flere nasjonale utredninger og arbeid (f. eks Nasjonale helse- og samhandlingsplan) som kan få betydning for de endelige anbefalingene i helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Eventuelle føringer og andre nasjonale endringer som har betydning for organiseringen av spesialisthelsetjenesten, vil bli inkludert i helhetlig plan før den legges fram for endelig vedtak i Helse Nord RHF's styre.

### 4.1 Pasient og pårørendes involvering og helsekompetanse<sup>2</sup>

Det er et økende fokus på pasienters medvirkning og pårørendes involvering i utredning, behandling og oppfølging av sykdom. Dette er udelt positivt og bidrar til at helsetilbudet i tilpasses pasientens behov og preferanser bedre. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» stilles i ofte ved alle våre sykehus. Det er også et økende fokus på betydningen av å involvere pasientens pårørende.

God kunnskap om sykdom, behandling og forebygging styrker pasientens muligheter for god involvering og medvirkning. Pasienten og deres nærmeste får gjennom økt kunnskap mulighet til å ta informert beslutninger og være aktive deltakere i egen behandling. Det skaper grunnlag for egenmestring og egenbehandling, forebygger tilbakefall og bidrar til at pasienten i større grad følger opp anbefalt behandling. Økt helsekompetanse bidrar dermed til lavere forbruk av helsetjenester.

#### 4.1.1 Utfordringsbilde

Et sentralt tema i framskriving av somatiske helsetjenester er «friskere aldring» (4). Friskere aldring innebærer en forventning om at befolkningen i framtiden vil leve lenger med bedre helse enn i dag. Framskrivning av psykisk helsevern og TSB (5) peker også på at tidlig intervensjon og forebygging av psykisk uhelse bør være et satsningsområde i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer både en forventning om bedre behandling, virksom forebygging av uhelse samt at befolkningen i framtiden vil ta bedre valg for sin helse blant annet gjennom økt helsekompetanse. Lav helsekompetanse er forbundet med dårligere helse

---

<sup>2</sup> Helsekompetanse er personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.

og svakere oppfølging av egen sykdom, større sykdomsforekomst og hyppigere innleggelse i sykehus (6).

Økt helsekompetanse og mestring kan understøttes gjennom en rekke tiltak. De fleste pasienter og pårørende får kunnskap gjennom dialog med behandlerne gjennom sykdomsforløpet. For noen pasientgrupper er etablert læring- og mestringskurs. Samtidig vet vi at tilbudene om læring og mestringskurs i dag har en uønsket variasjon når det kommer til hvilke pasientgrupper som mottar disse, geografi og hvem som deltar. Brukerrepresentantene i arbeidsgruppene har holdt fram at alle pasienter må få tilbud om læring og mestring uavhengig av funksjonsnivå, bosted, kulturell bakgrunn og personlig økonomi.

**Tabell 10.** Lærings- og mestringskurs i 2022 per helseforetak.

HF	Årsverk	Steder	LMS-kurs	Helsepedagogisk grunnkurs	Antall Deltakere
Finmarkssykehuset	1	Hammerfest, Kirkenes, Karasjok	18	-	260
UNN	4,6	Tromsø, Harstad, Narvik	127	2	1 443
Nordlandssykehuset	4	Lofoten, Vesterålen, Bodø	156	1	1 546
Helgelandssykehuset	2	Brønnøysund, Sandnessjøen, Mosjøen, Mo i Rana	29	2	245
<b>Sum</b>	<b>11,6</b>		<b>330</b>	<b>5</b>	<b>3 494</b>

Kilde: Helseforetakene

Læring- og mestringsssentrene i Nord-Norge har de siste årene hatt et økt fokus på mulighetene for digital opplæring og ulike måter å gjennomføre kurs på. De har også gjennomført helsepedagogiske grunnkurs og kurs i empatisk kommunikasjon med deltakere fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I tillegg har flere senter arbeidet med mer systematikk i oppfølging av pårørende og også utviklet sitt samarbeid med frivillige organisasjoner. Ved Sámi klinihkka arbeides det med å videreutvikle LMS-kurs tilpasset samisk språk og kultur.

Helseforetakenes læring og mestringsssentre og kommunenes frisklivssentraler vil være viktige samarbeidspartnere ved utvikling av dette satsningsområdet i framtiden. En utfordring er imidlertid at mange kommuner i Nord-Norge ikke har frisklivssentraler i dag.

Nye teknologiske muligheter for medvirkning og opplæring har et stort potensial for å nye løsninger innen mestring av helse. På lengre sikt vil sensorteknologi, internettbehandling, muligheter for kommunikasjon og egenrapportering bidra til at flere oppgaver kan løses av pasientene selv mens andre oppgaver kan løses bedre og mer effektivt i helsetjenesten. Bruk av ny teknologi krever imidlertid digital kompetanse hos pasienter, pårørende og helsepersonell. Slike nye tjenestetilbud innebærer at pasient og pårørende får et større ansvar for helse og behandling og må ha ferdigheter, kunnskap og motivasjon til å håndtere digitale verktøy. Tjenestene være oppmerksomme på at mange pasienter ikke har god nok digital kompetanse til å kunne håndtere disse verktøyene (8).

Uten pårørendes og frivilliges innsats ville dagens kapasitet i helsetjenesten vært for liten. Bedre systematikk med hensyn til pårørendemedvirkning vil bidra økt bærekraft i framtidens helsetjeneste, jfr. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (7). Det er beregnet at ca.

800 000 personer har status som pårørende i Norge i dag og at disse samlet utfører omsorgstjenester tilsvarende 136 000 årsverk.

### 4.1.2 Oppsummering:

Økt helsekompetanse og bedre involvering av pårørende er faktorer bidrar til kvalitet og samtidig påvirker forbruk av tjenester. Dette kan understøttes gjennom:

- Bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om pasient- og pårørendeopplæring i helhetlige pasientforløp, blant annet gjennom at det i helsefelleskapene avklares hensiktsmessige oppgave- og ansvarsfordeling om tilbudet.
- Utvikling av gode digitale tjenester som vil kunne avlaste både pasienter, pårørende og helsetjenesten. Utviklingen av digitale verktøy og bruk kunstig intelligens må skje i nært samarbeid med brukere
- Videreutvikling av læring og mestringskurs, inkludert utvikling og evaluering av heldigitale, hybride og fysisk opplæring
- Økt fokus på prerehabilitering; bedre og mer effektiv forberedelse, både mentalt og fysisk, av pasienter og pårørende, gir bedre behandlingsresultater og raskere rehabilitering etter behandling
- Tydeligere oppfølging av ansvar og oppgaver i helseforetakenes virksomhetsstyring med hensyn til pasient- og pårørendeopplæring
- Bedre kvaliteten på og omfanget av samvalg
- styrke helsepersonells kompetanse om samisk språk og kultur

## 4.2 Samiske spesialisthelsetjenester

### 4.2.1 Innledning

Helse Nord har et særskilt ansvar for å ivareta utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen<sup>3</sup>. Ansvar er en forutsetning i arbeidet og må tas hensyn.

Nasjonale myndigheter er forpliktet av internasjonale konvensjoner og nasjonalt lovverk til å tilby den samiske befolkningen likeverdige helsetjenester. Det samiske perspektivet må ivaretas i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier. Helse Nord RHF og Sametinget har en formell samarbeidsavtale med formål å fremme en utvikling av spesialisthelsetjenesten som ivaretar den samiske befolkningens rett til likeverdige helsetjenester. Helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling beskriver derfor spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen særskilt.

Kapittelet beskrives dagens situasjon for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen i Nord-Norge, Helse Nord's oppfølging av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), rettslige rammer for tjenestene samt betydningen av at en samlet spesialisthelsetjeneste har tilstrekkelig kunnskap om samisk språk, historie og levesett. Arbeid med framtidig

---

<sup>3</sup> Helse Nord RHF skal ivareta strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen innenfor de rammer og prinsipper som framgår av Nasjonal helse- og sykehusplan (Nasjonalt helse- og sykehusplan 2016-2019).

organiseringen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen omtales. Særskilte hensyn som berører den samiske befolkningens behov for spesialisthelsetjenester i arbeidsgruppe 1-5 beskrives i delrapportene, inkludert risiko- og sårbarhets analyse.

### 4.2.2 Involvering og prosess

Sametinget er en viktig samarbeidspart i utredningen av funksjon- og oppgavedeling i Helse Nord. mellom Helse Nord RHF og Sametinget på politisk og administrativt nivå har hatt dialog- og drøftingsmøter gjennom hele utredningsperioden. Første møte ble holdt 21. juni 2023 og avsluttende møte ble gjennomført 14. desember 2023.

Samisk nasjonal kompetansesenter- psykisk helsevern og rus (SANKS) er en avdeling i Sámi klinihkka. SANKS har hatt en deltaker i arbeidsgruppe 2, psykisk helsevern. Spesialrådgiver for samiske helsetjenester har vært i nær dialog med leder for koordineringsgruppen og bistått arbeidsgruppene gjennom hele utredningsarbeidet.

### 4.2.3 Statlige føringer og rettslige rammer

Rettslige rammer, internasjonale konvensjoner og statlige føringer er hensyntatt i Helse Nord sitt arbeid med funksjon- og oppgavedeling.

#### Grunnlagsdokumenter

- Strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» (2020)
- Samarbeidsavtale Sametinget og Helse Nord RHF (2022)
- Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – Regional rapport med tiltaksplaner (2022-2026)
- Sametingets plenumssak 028/20 Fremtidig utvikling av samiske spesialisthelsetjenester
- Sametingets plenumssak 007/22 Organisering av Sámi klinihkka
- NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus
- Fellesskapets sykehus – høringsvar fra Helse Nord RHF
- Fellesskapet – høringsvar fra Sametinget

#### Rettslige rammer

- Nasjonale lover og internasjonale konvensjoner som Norge har gitt sin tilslutning til (ikke uttømmende):
- ILO-konvensjonen nr. 169 art. 25 pålegger myndighetene å gjøre tilfredsstillende helsetjenester tilgjengelige.
- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a pålegger de regionale helseforetakene å sørge for at alle med fast bopel eller oppholdssted å tilby spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.
- Pasientrettighetsloven § 3-5 gir pasienter rett til informasjon tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Bestemmelsen gir samiske pasienter rett til informasjon som er tilpasset samisk språk- og kultur. Forarbeidene til loven nevner særlig samiske pasienter som målgruppe for bestemmelsen.
- Sameloven § 3-5 gir samiske pasienter utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren. Bestemmelsen slår fast at den som ønsker å bruke samisk for å ivareta

egne interesser overfor lokale og regionale offentlige helse- og sosialinstitusjoner i forvaltningsområdet har rett til å bli betjent på samisk.

- Helseforetaksloven § 35-3. ledd pålegger regionalt helseforetak å ivareta den enkelte pasients utvidede rett til bruk av samisk språk i spesialisthelsetjenesten blir ivaretatt, jf. sameloven §§ 3-1 nr. 4 og 3-5.

### 4.2.4 Dagens situasjon

Norge har hatt som mål å gi et tilrettelagt tjenestetilbud til den samiske befolkningen innenfor de etablerte helsetjenestene fremfor å utvikle egne tjenester spesifikt for den samiske befolkningen. Dette forutsetter at samiske pasienter blir møtt av et helsevesen som har samisk språk- og kulturkompetanse

Helse Nord har ett spesialisthelsetjenestetilbud rettet direkte mot den samiske befolkningen, Sámi klinihkka. Sámi klinihkka er organisert som selvstendig klinikk i Finnmarkssykehuset, med integrerte tjenester innen somatikk, rus og psykisk helse. I tillegg har klinikken nasjonal kompetansetjeneste SANKS, lærings- og mestringstjenester og samisk tolketjeneste. SANKS har et nasjonalt ansvar for oppgaver innen forskning, utvikling og kompetanseheving innen psykisk helsevern og TSB for den samiske befolkningen i Norge. SANKS har også et nasjonalt team i Oslo, Røros, Snåsa, Hamarøy, Tromsø og Karasjok. Sámi klinihkka tilbyr, som eneste virksomhet i Norden, også behandling for samiske pasienter fra Sverige og Finland.

Helse Nord RHF har i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Sametinget, utarbeidet strategidokumentet [Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen](#) (9). Strategidokumentet konkluderer at spesialisthelsetjenesten har behov for betydelig kompetanseheving for å sikre at samiske pasienter får et tilfredsstillende tilbud tilpasset samisk språk og kultur. Alle helseforetak i Helse Nord har utarbeidet tiltaksplaner for å bedre kunnskap, kompetanse og kvalitet i tjenestene til den samiske befolkningen. Styrene i sykehusforetakene har samisk representasjon.

### 4.2.5 Særskilte hensyn

Et grunnleggende prinsipp er at helsetjenestene skal levere likeverdige spesialisthelsetjenester, der Helse Nord har et særskilt ansvar overfor den samiske befolkningen..

Helseforetakenes formål er etter helseforetakslovens § 1 å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Begrepet likeverdighet er ikke entydig definert i lovverket. I Helse Nord sitt utredningsarbeid forstås likeverdige tjenester som tjenester av god kvalitet, tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde.

For å kunne gi likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen må tilbudet og tjenesten bygge på kunnskap om samisk kultur, språk, historikk, geografi og levesett. Manglende kunnskap om samisk språk- og kultur vil påvirke kvalitet og pasientsikkerhet til den samiske pasienten. Det er Helsepersonellet er ansvarlig for å legge til rette for tillit, trygghet og tilgjengelighet i møte med samiske pasienter. Helse Nord har sammen med helseforetakene et ansvar for at ansatte har den nødvendige kunnskapen.

Likeverdige helsetjenester må gi samiske pasienter mulighet til å bruke sitt eget morsmål i kontakt med spesialisthelsetjenesten. I dag er samiske tolketjenester ikke tilstrekkelig utbygd. Rekruttering av samisktalende helsepersonell er utfordrende. Hvordan fagfolk med samisk språk- og kulturkompetanse kan brukes på best mulig måte på tvers for de samiske pasientene i Helse Nord fremover, må ses nærmere på.

### 4.2.6 Organisering av spesialisthelsetjenestene til den samiske befolkningen

Organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen har vært drøftet gjennom flere år. I strategidokumentet Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen (9) ble tre hovedstrategier skissert:

1. Organisering av samiske spesialisthelsetjenester
2. Utarbeide nasjonal handlingsplan for samiske helsetjenester
3. Økt kvalitet og kompetanse på samisk språk- og kulturforståelse i spesialisthelsetjenesten

Arbeids- og styringsgruppen i strategiarbeidet var i stor grad enige i at spesialisthelsetjenesten hadde behov for å øke kvalitet og kompetanse om samisk språk- og kulturforståelse. Organisering av samiske spesialisthelsetjenester ble viet stor oppmerksomhet, og videre utredninger av ulike modeller ble foreslått.

Strategidokumentet ble behandlet i styret i Helse Nord RHF som blant annet vedtok (styresak 102-2020):

1. *Styret slutter seg til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» og dokumentet oversendes oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet med følgende prioriteringer:*

- *Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten prioriteres i første fase, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.*
- *Det utarbeides en nasjonal handlingsplan som omfatter helsetjenester til den samiske befolkningen.*
- *I henhold til de regionale helseforetakenes sørge for ansvar bør det jobbes videre med overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester. Modell 1, videreutvikling av dagens organisering, anbefales.*

2. *Styret konkluderer med at det kreves en betydelig kompetanseheving i spesialisthelsetjenesten for å sikre at samiske pasienter får et tilfredsstillende tilbud. Helse Nord RHF vil i samarbeid med Finnmarkssykehuset HF – Sámi klinihkka sette i gang et snarlig arbeid for å øke kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten.*

Strategidokumentet ble også behandlet i Sametingets plenum (sak 028/20, Fremtidig utvikling av samiske spesialisthelsetjenester) med følgende tekst om organisering:

*«Sametinget er fornøyd med at samers behov og tilnærminger til egen helse tilpasset deres språk, kultur og samfunnsliv, anerkjennes gjennom en strategi for videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. Sametinget deler strategirapportens syn om at organisering av helsetjenester til urfolk som er basert på urfolksverdier og selvstyre best vil ivareta Norges forpliktelser iht. ILO-konvensjonen nr. 169 art. 25 «utforming og gjennomføring av helsetjenester for urfolk skal skje under urfolks eget ansvar og kontroll. Sametinget slår fast at*



*dagens organisering av samiske spesialisthelsetjenester ikke oppfyller samers rett som urfolk, deriblant retten til selvbestemmelse i planlegging, utforming og organisering av helsetjenester.»*

I NOU 2023: Fellesskapets sykehus (10), ble også framtidig organisering av samiske spesialisthelsetjenester omtalt. Flertallet av utvalget foreslår en utredning av hvordan urfolkets rettigheter kan sikres, inkludert organisering av Sámi klinihkka. I sine høringsuttalelser til NOU 2023 har både Sametinget og styret i Helse Nord RHF stilt seg bak en videre utredning, slik utvalget foreslår.

Arbeidet med framtidig organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen vurderer er Samisk nasjonal kompetansetjeneste- psykisk helsevern og rus (SANKS). SANKS ble i 2014 godkjent som nasjonal kompetansetjeneste. SANKS er i dag en avdeling i Sámi klinihkka. Helse- og omsorgsdepartementet innførte i 2020 begrensninger for nasjonale kompetansetjenesters virketid til henholdsvis 5 og 10 år, avhengig av funksjon. Nasjonale kompetansetjenester som har oppfylt sitt formål skal deretter avvikles. Flerparten av kompetansetjenestene vil bli videreført som nasjonale kvalitets- og kompetansenettverk, noen som nasjonale sentre. De nasjonale nettverkene og sentrene som etableres vil gå ut av det nasjonale styringssystemet og bli underlagt regional styring.

Helse Nord RHF har hatt innledende møter med Finnmarkssykehuset /Sámi klinihkka der SANKS fremtidige funksjon har vært diskutert. Finnmarkssykehuset HF foreslår å utvikle Sámi klinihkka til et urfolkssenter, som ett tiltak i samsvar med «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – Rapport med tiltaksplaner» (2022-2026) (11). Et slikt urfolkssenter er tenkt som et nasjonalt kunnskapssenter for samisk psykisk helse, TSB og somatiske tjenester. Arbeidet med tiltaket er satt i bero i påvente av utredningsarbeidet av funksjon- og oppgavedeling i Helse Nord.

### **4.3 Beholde og rekruttere fagfolk**

Hovedgrunnen til omstillingen i Helse Nord er mangel på fagfolk og riktig kompetanse. Helseforetakene i landsdelen har over flere år økt bemanningen mer enn i de andre helseregionene, men har like fullt de største bemanningsutfordringene (se kapittel 1.2, 1.3 og 1.4). Helseforetakene har over år jobbet med å forsterke innsatsen for å rekruttere og beholde helsepersonellet det er behov for. Det har blant annet vært jobbet med oppgavedeling og sertifisering, utdanningsstillinger, tilrettelegging av arbeidstid, omdømmebygging, markedsføring i sosiale media, profilering på utdanningsinstitusjoner og felles nettverk for rekruttering på tvers av helseforetak. Ulike økonomiske incentiver som rekrutteringstillegg, stabiliseringstillegg, doktorgradstillegg, tillegg for samisk språk, signeringsbonuser mot bindingstid, belønning av ekstra innsats, stipend m.fl. er også iverksatt flere steder.

På tross av omfattende tiltak har Helse Nord ikke lyktes med å komme i mål. Det er derfor behov for ytterligere tiltak og omstilling og endring. [Strategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord](#) (12) gir en samlet oversikt over prioriterte innsatsområder. Strategien skal følges opp med en handlingsplan som tydeliggjør ansvar, tiltak og delmål på kort sikt. Ledelse er helt sentralt i det videre arbeidet. Det viktigste vi gjør er å bruke krefter på å beholde de fagfolkene vi har. Helseforetakene har over år jobbet med å forsterke innsatsen for å rekruttere og beholde helsepersonell. Det har blant annet vært jobbet med oppgavedeling

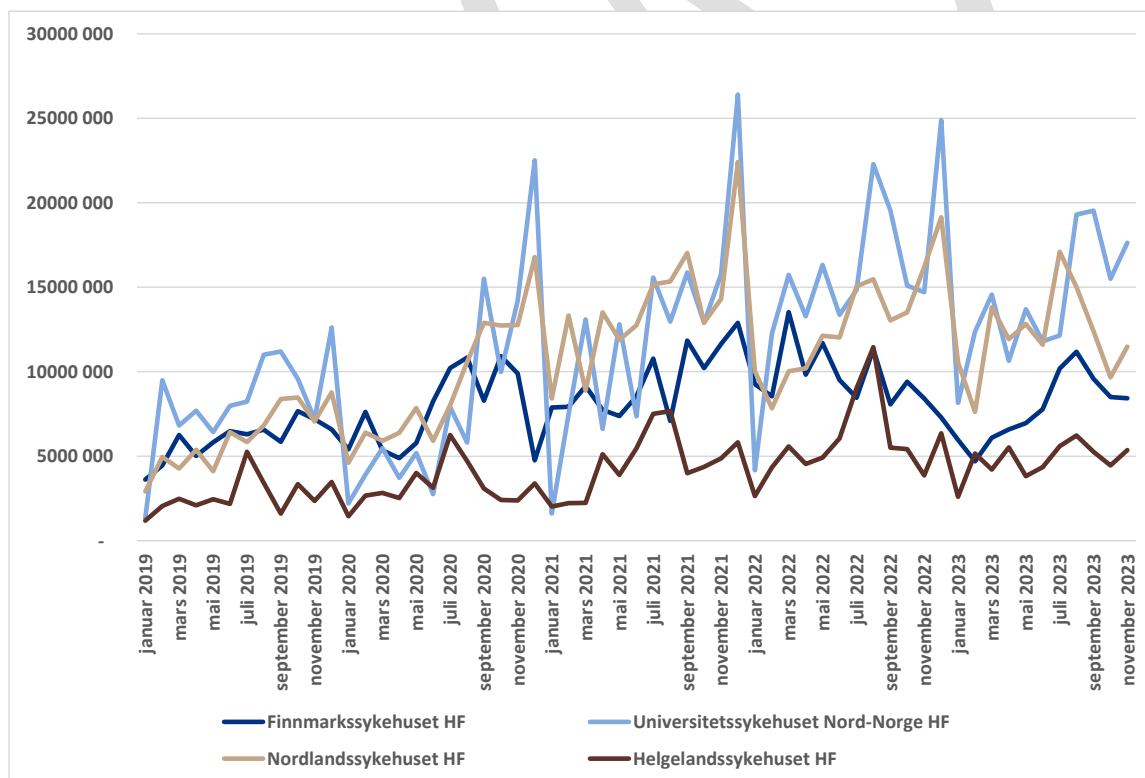
og sertifisering, utdanningsstillinger, tilrettelegging av arbeidstid, sykefraværsoppfølging, omdømmebygging, markedsføring i sosiale media, profilering i utdanningsinstitusjoner og felles nettverk for rekruttering på tvers av helseforetak. Ulike økonomiske incentiver som rekrutteringstillegg, stabiliseringstillegg, doktorgradstillegg, tillegg for samisk språk, signeringsbonuser mot bindingstid, belønning av ekstra innsats, stipend m.fl. er også prøvd ut flere steder.

På tross av omfattende tiltak har vi ikke lyktes med å komme i mål.

#### 4.2.1 Utfordringsbildet

En av fem arbeidstakere i Norge jobber nå innen helse- og omsorgstjenestene. Norge er på Europa-toppen i antall leger og sykepleiere per innbygger. Helse Nord hadde 24 % flere leger og sykepleiere per innbygger i 2021 enn landet for øvrig. Til sammenligning hadde regionen kun 10 % flere i 2008, når vi sammenligner faste årsverk<sup>4</sup>.

Helse Nord har gjennom mange år bemannet opp for å holde tritt med økte kompetansebehov. Fra 2008 til 2021 økte for eksempel faste legeårsverk med 55 % og faste sykepleierårsverk med 35 %. I samme periode økte befolkningen i Nord-Norge med 4 %. Til tross for økt bemanning mangler sykehusene fortsatt personell til å ivareta en rekke viktige funksjoner. I alt 20 % av dagens bemanningsbehov dekkes gjennom innleie og overtid/mertid. Dette er ikke en bærekraftig løsning over tid.



**Figur 15.** Utvikling av kostnader til innleie i perioden 2019 til nov 2023. per helseforetak i Helse Nord.  
Kilde Helse Nord LIS

<sup>4</sup> Årsverk definert som summen av antall heltidsjobber og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber. Årsverk til legemeldt sykefravær og foreldrepermisjon er trukket fra.



Lønnskostnader og kostnader til ekstern innleie har økt med henholdsvis 24 % og 75 % for FIN, UNN, NLSH og HSYK totalt hittil i år per november 2023 sammenlignet med samme periode i 2019.

Helse Nord kan heller ikke basere tjenestene på økt rekruttering av helsepersonell utenfra, tvert imot må man påregne fortsatt lekkasje. Flytting er en hyppig årsak til at helsepersonell slutter. Det er særlig de unge som velger jobb i andre regioner. Langt flere mennesker flytter sørover enn omvendt, og i 2022 var differansen på minus 2950 personer. De siste fem årene har det vært en negativ befolkningsutvikling i 71 av 80 kommuner i nord. Omfattende rekruttering av helsepersonell fra utlandet er en mulighet som verken kan forsvares av etiske eller beredskapsmessige hensyn.

Helseforetakene i Nord-Norge har noe variasjon i hvilke faggrupper de mangler. Tabell 11 viser antall budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe i Helse Nord, og i hvilke stillingsgrupper mangelen er størst.

**Tabell 11.** Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste ansatte og midlertidige ansatte, samt udekket behov (mangel) fordelt på stillingsgrupper totalt for Helse Nord.

Stillingsgruppe	Budsjetterte faste	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidige	Mangel (Andel)
01. Adm. og ledere	2 360,3	2 053,0	131,0	176,4 (7,5%)
02. Pasientrettede stillinger	1 396,3	1 230,3	152,1	13,9 (1,0%)
03. Lege	1 619,3	1 210,3	224,4	184,6 (11,4%)
04. Psykologer	397,7	322,5	36,6	38,6 (9,7%)
05. Sykepleiere	3 881,6	3 193,5	259,9	428,2 (11,0%)
06. Helsefagarb./hjelpepleier	490,9	354,9	38,1	97,9 (19,9%)
07. Diagnostisk personell	661,2	565,6	34,5	61,0 (9,2%)
08. Apotekstillinger	3,0	3,7	0,0	-0,7 (22,8%)
09. Drifts/teknisk personell	815,8	753,2	37,3	25,3 (3,1%)
10. Ambulansepersonell	683,7	621,5	64,1	-1,8 (0,3%)
11. Forskning/utdanning (manglende)	65,0	57,2	12,2	-4,5 (6,9%)
	1,0			1,0 (100,0%)
<b>Total</b>	<b>12 375,8</b>	<b>10 365,7</b>	<b>990,2</b>	<b>1 019,9 (8,2%)</b>

Kilde: Helse Nord LIS.

For definisjoner og detaljer rundt beregningen av tallene vises det til analysenotatet [Hvordan dekkes behov for arbeidskraft i Helse Nord?](#) Analysenotat er tilgjengelig på Helse Nord RHF nettsider.

Flere av foretakene har utfordringer med å beholde og rekruttere nødvendig kompetanse. Til tross for økt grunnbemanning, økt innleie og økt bruk av mertid og overtid mangler personellressurser i en rekke viktige funksjoner. Rekrutteringsutfordringer som helseforetakene fremhever, fremgår av tabell 12 og 13.

**Tabell 12:** Budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe innenfor Psykisk Helsevern (PHV) sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på HF og sykehus/klinikk

Stillingsgruppe PHV/HF	Budsjetterte faste stillinger	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidig	Mangel (Andel)
03.Leger	258,3	174,5	18,9	64,9 (25,1%)
Finnmarkssykehuset HF	44,8	33,1	3,6	8,0 (17,8%)

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

Helgelandssykehuset HF	29,1	23,8	3,6	1,7 (5,9%)
Nordlandssykehuset HF	84,6	55,8	7,0	21,8 (25,8%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	99,8	61,9	4,6	33,4 (33,4%)
<b>04.Psykologer</b>	<b>354,7</b>	<b>287,8</b>	<b>34,3</b>	<b>32,6 (9,2%)</b>
Finnmarkssykehuset HF	55,6	37,1	2,2	16,3 (29,2%)
Helgelandssykehuset HF	48,0	37,1	3,3	7,6 (15,8%)
Nordlandssykehuset HF	101,1	80,3	8,0	12,8 (12,7%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	150,0	133,3	20,8	-4,1 (-2,7%)
<b>05.Sykepleiere</b>	<b>670,0</b>	<b>496,2</b>	<b>19,9</b>	<b>154,0 (23,0%)</b>
Finnmarkssykehuset HF	90,6	61,3	1,1	28,2 (31,1%)
Helgelandssykehuset HF	55,5	48,8	1,2	5,6 (10,0%)
Nordlandssykehuset HF	209,7	158,3	5,3	46,1 (22,0%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	314,2	227,8	12,3	74,1 (23,6%)
<b>Totalsum</b>	<b>1 283,0</b>	<b>958,6</b>	<b>73,0</b>	<b>251,4 (19,6%)</b>

**Tabell 13.** Budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe innenfor Somatikk sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på stillingsgruppe og helseforetak

Stillingsgruppe SOM/HF	Budsjetterte faste stillinger	Fastlønn fast	Fastlønn midlertidig	Mangel (Andel)
<b>03.Leger</b>	<b>1346,4</b>	<b>1028,5</b>	<b>203,2</b>	<b>114,6 (8,51%)</b>
Finnmarkssykehuset HF	143,5	118,0	14,2	11,2 (7,80%)
Helgelandssykehuset HF	141,3	89,8	21,6	29,9 (21,16%)
Nordlandssykehuset HF	349,3	272,3	44,2	32,8 (9,39%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	712,3	548,4	123,1	40,8 (5,73%)
<b>05.Sykepleiere</b>	<b>3188,7</b>	<b>2658,3</b>	<b>238,1</b>	<b>292,2 (9,16%)</b>
Finnmarkssykehuset HF	664,9	550,3	36,3	78,4 (11,79%)
Helgelandssykehuset HF	434,9	341,4	36,4	57,1 (13,13%)
Nordlandssykehuset HF	832,6	678,5	72,8	81,3 (9,76%)
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	1256,3	1088,2	92,7	75,4 (6,00%)
<b>Totalsum</b>	<b>4535,1</b>	<b>3686,8</b>	<b>441,3</b>	<b>406,9 (8,97%)</b>

For definisjoner og detaljer rundt beregningen av tallene i tabell 12 og 13 vises det til analysenotatet [Hvordan dekkes behov for arbeidskraft i Helse Nord?](#) Analysenotat er tilgjengelig på Helse Nord RHF's nettsider.

Personellutfordringene i spesialisthelsetjenesten er betydelige. Samtidig vet vi at kommunene står overfor større bemanningsutfordringer enn sykehusene med tanke på befolkningens demografi i framtiden, som også Helsepersonellkommissjonen påpeker. Et økende behov i primærhelsetjenesten forutsetter derfor at Helse Nord flater ut bemanningsveksten i sykehusene.

### 4.2.3 Oppsummering

Spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge må skaffe folkene vi trenger selv og det å beholde fagfolk er det viktigste innsatsområdet for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste med god kvalitet i framtiden. Dette må ha et kontinuerlig fokus. Det må i tillegg arbeides strategisk og systematisk med rekruttering og det å benytte tilgjengelig personell og kompetanse riktig. Vi må anvende fagfolkene vi har og får på en best mulig måte. Dette krever et systematisk og

strategisk arbeid på flere områder. Utredninger viser at tilgangen på helsepersonell vil bli knappere fremover.

Det har vært jobbet med rekruttering og stabilisering i Helse Nord over tid, men uten at det har lyktes i tilstrekkelig grad. Det må derfor vurderes ytterligere tiltak for stabilisering og rekruttering, oppgaveglidning, organisering og ledelse. Det er behov for sterkere tiltak, særlig i forhold til noen profesjoner. God ledelse er helt sentralt i det videre arbeide med strategisk planlegging og kontinuerlig fokus på bemanning. Spesialisthelsetjenestene har de rammebetingelsene de har med hensyn til lønn, arbeidstid og dermed også bruk av insentiver i arbeidet med å beholde og rekruttere personell. Prioritering av rekrutteringssvake personellgrupper kan være en mulighet, i tillegg til andre tiltak.

Strategi for personell, utdanning og kompetanse (12) har pekt på mange områder som skal sees på videre og en handlingsplan er under arbeid. For å lykkes med å beholde og rekruttere de fagfolkene vi trener, må arbeidet skje i nært samarbeid med medarbeidere og tillitsvalgte.

### 4.4 Utdanning

Å drive utdanning både selv og i samarbeid med andre utdanningsinstitusjoner, er en del av samfunnsoppdraget i spesialisthelsetjenesten, og sentral faktor i arbeidet med å beholde og rekruttere nok fagfolk med riktig kompetanse. I Nord-Norge er et generelt prinsipp å utdanne helsepersonellet selv. Ferdig utdannede medarbeidere fra andre regioner rekrutteres sjelden, og det gjelder spesielt spesialister og spesialsykepleiere. Dette krever helhetlige utdanningsforløp av god kvalitet og god tilrettelegging for hensiktsmessige praksisplasser i samarbeid med universitetene og fylkeskommunene.

Et sentralt spørsmål i utredningsarbeidet av funksjons- og oppgavedeling, er om endringene som foreslås vil påvirke utdanningskapasiteten. Desentrale utdanningene er viktig ikke bare for å sikre tilstrekkelig kapasitet, men også for å sikre rekruttering til de ulike geografiske stedene. Samtidig er valg av studiested i tydelig grad rettet mot større byer. I tillegg utfordrer lavt pasientgrunnlag flere steder mulighetene for utdanning og praksis. Helse Nord må derfor være tilpasningsdyktig for å kunne opprettholde dagens høye utdanningskapasitet samt øke kvaliteten i utdanningene ytterligere.

#### 4.4.1 Søkertall til utdanningsinstitusjonene

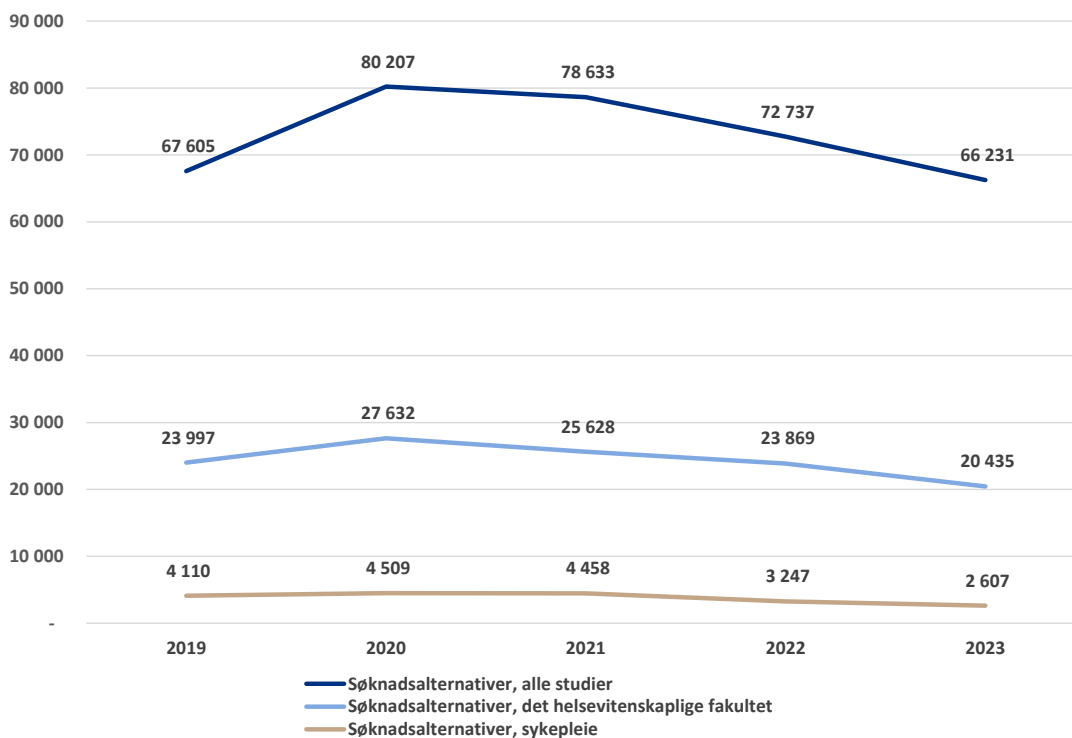
Søkertallene til alle studier innenfor høyere utdanning har siden 2017 holdt seg stabilt med ca. 1,1 million antall søknader nasjonalt, uavhengig av prioritet. Samtlige utdanningsinstitusjoner opplevde en markant økning i søkertall til høyere utdanning under pandemiårene 2020-21, men søkertallene er nå tilbake på nivået før pandemien.

For helse- og sosialfaglige utdanningene ser bildet noe annerledes ut. De siste årene har søkertallene hatt nedgang, nasjonalt og regionalt. Nedgangen gjelder både helsefag på videregående nivå og høyere utdanning på universitetene. Den totale nedgangen i søknadstallene har klar sammenheng med sykepleieutdanningene som de to siste årene har hatt en betydelig negativ utvikling i antall søkere.

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

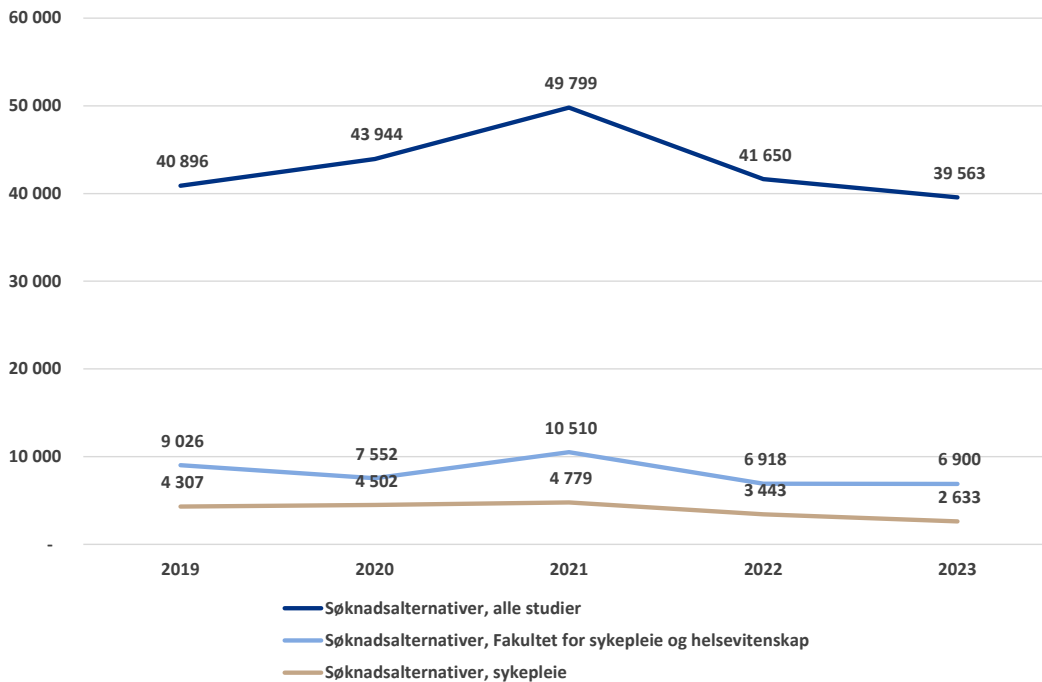
Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet (UiT), har hatt en nedgang på 2 prosent totalt for alle studier sammenlignet med 2019, mens nedgangen i helsefag-studiene har vært betydelig høyere, 15 prosent. Store deler av nedgangen tilskrives redusert søkermasse til sykepleiestudiet, med 37 prosent nedgang sammenlignet med 2019 (figur 16).

Nord universitet har hatt en nedgang på 3 prosent i søkertallene for alle studier, sammenlignet med 2019, mens nedgangen innenfor helsefag har vært en betydelig høyere; 24 %. Også ved Nord universitet kan store deler av reduksjonen tilskrives nedgangen til sykepleieutdanningen med 39 prosent fra 2019 (figur 17).



**Figur 16.** Utvikling i søknadstall Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet, uavhengig av prioritet. *Kilde: DBH november 2023*

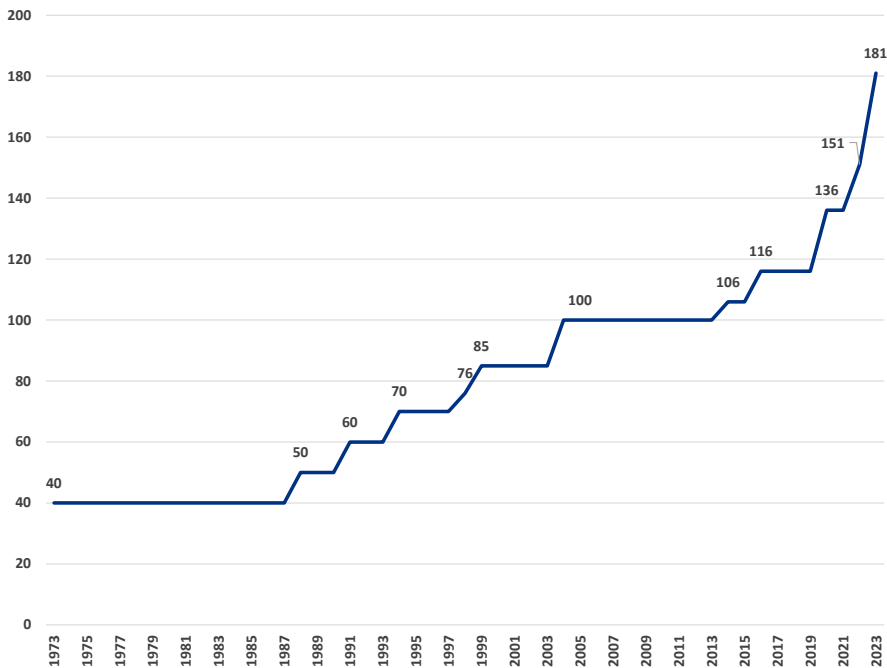
## Internt dokument under arbeid 14.12.23



**Figur 17.** Utvikling i søknadstall ved Nord Universitet, uavhengig av prioritet. Kilde: DBH november 2023.

Søkertallene til medisinutdanningen viser en nedgang på 6 prosent sammenlignet med 2019. Likevel søker mer enn 2500 til embetsstudiet i medisin ved UiT.

De siste årene har utdanning av medisinstudenter i Nord Norge økt mye. Regjeringen har etablert 65 nye studieplasser i medisin ved UiT Norges arktiske universitet i perioden 2020-2023 (figur 18). Målsettingen er å utdanne flere leger i Norge og styrke rekrutteringen av leger til distriktene. Medisinerutdanningen ved UiT har i tillegg til utdanningsløpet i Tromsø, desentralisert 5. og 6. studieår til Nordlandssykehuset Bodø (25 studieplasser) og Finnmarkssykehuset Hammerfest (12 plasser). Desentraliseringen av medisinstudiet har hatt en positiv effekt på rekrutteringen til regionen, som beskrevet i artikkelen [Leger utdannet i Bodø - hvem er de og hvor blir de av?](#)



**Figur 18.** Utviklingen i antall studieplasser embetsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet i perioden 1973-2023. Kilde: UiT

Fordi antallet studieplasser har økt betydelig, begynner grensen for hva som er mulig, gitt det pasientvolumet og antall spesialister som er i regionen, å nærme seg. UiT vurderer derfor behovet for ytterligere desentralisering av studenter, enten i form av antall, flere studiesteder eller i studieomfang.

For videregående opplæring har skolene i Nordland hatt en nedgang i søknadsmassen til alle helsefag på 14 prosent mellom 2021-23, mens skolene i Troms og Finnmark har en mindre nedgang på 4 prosent.

#### 4.4.2 Utdanningskapasitet

Helse Nord har tatt ut mesteparten av potensialet for økt utdanningskapasitet i regionen. Mulighetene for økninger utover de allerede planlagte, er begrensede, og grensen er nådd for de fleste helsefagene. Som eksempler er kapasiteten på medisineddanningen økt med 56 prosent, antallet LIS1-stillinger med 32 prosent, og antallet utdanningsstillinger i spesialsykepleier (ABIOK og jordmor) med hele 64 prosent sammenlignet med 2019. Dersom forslag til 66 nye LIS1-stillinger i statsbudsjett 2024 blir vedtatt, vil 224 av totalt 1185 stillinger totalt være i Helse Nord.

Relativt lavt pasientgrunnlag og tilsvarende få spesialister begrenser foretakenes kapasitet til å utdanne enda flere. Ett mål i omstillingsarbeidet i Helse Nord må derfor være å opprettholde dagens utdanningskapasitet samtidig som kvaliteten i utdanningene økes.

Utdanningsoppgavene vil normalt følge endringer i de øvrige oppgavene som blir flyttet. Dersom fagmiljøer blir samlet på færre steder, vil også utdanningsoppgavene bli mer samlet enn i dag. Personellbehovet som samlet kreves til utdanning bli redusert fordi utdanning færre steder er mindre ressurskrevende. Større fagmiljøer vil også være mindre sårbare når

utdanningsoppgavene skal løses. På den annen side er desentral utdanning viktig for å tilføre helsefaglig kompetanse til distriktene. Desentral utdanning har høyt politisk fokus, men også økonomiske og logistiske utfordringer.

Flytting av funksjoner innenfor akutt- og føde vil ha konsekvenser for sykehusene som praksisarena. Redusert antall studenter i praksis innebærer redusert rekrutteringsgrunnlag for sykehusene som mister slike funksjoner. Samtidig vil behovet for å rekruttere innenfor disse fagområdene avta eller forsvinne når funksjonene ikke lenger skal være ved sykehuset.

Hvordan flytting av funksjoner konkret påvirker den totale utdanningskapasiteten i regionen beskrives mer detaljert etter innspill fra utdanningsinstitusjonene. Områder som bør belyses nærmere:

- *Behovet for tverrfaglig samarbeid og fagmiljøer:* Endring i organisering og funksjoner kan kreve tettere samarbeid mellom forskjellige helseprofesjoner, som kan igjen skape behov for å utvikle mer tverrfaglige utdanningsprogrammer.
- *Praksisplasser og utdanningskapasitet:* Endringer i funksjonsfordelingen kan gi utfordringer for tilgjengelighet og fordeling av praksisplasser. Å samle praksisplasser færre steder kan gi utfordringer arealmessig og samtidighet i praksis i ulike utdanninger. Praksis i kommunene må også belyses nærmere.
- *Endrede utdanningsbehov:* Endringer i funksjonsfordeling kan føre til at behovene for ulike helsefaglige utdanninger endres. Eksempel kan behovet for paramedisinere øke, for å styrke prehospitaltjenester.
- *Digitalisering og fleksibel utdanning:* Med endringer i funksjonsfordelingen og potensielle geografiske forskyvninger, kan behovet for mer fleksible og digitaliserte utdanningsmodeller bli større, særlig i desentrale områder.
- *Innovasjon i praksismodeller:* For å tilpasse seg endringer i funksjoner og oppgaver kan innovasjon i praksismodeller bli nødvendig, for eksempel ved å gå fra en-til-en veiledning til gruppeveiledning eller ved å utvikle nye samarbeidsmodeller mellom sykehus og utdanningsinstitusjoner.

Regionalt samarbeidsorgan for utdanning (SAMUT) har diskutert hvordan endringer i funksjons- og oppgavedeling kan påvirke utdanningen. De gjennomgående teamene inkluderer behovet for tilpasning av utdanningsprogrammer til regionale behov, utfordringer med finansiering og praksisplasser, samt potensialet for innovasjon gjennom nye undervisnings- og praksismodeller. Dette vil uansett omfang av endringer være viktige områder å diskutere videre for å kunne gjøre nødvendige tilpasninger for å møte utviklingen i befolkningen og samfunnet for øvrig.

### 4.4.3 Spesialisering av sykepleiere, psykologer og leger

#### Utdanning av spesialsykepleiere inkludert jordmor

Antall utdanningsstillinger knyttet til anestesi-, barne-, intensiv-, operasjon- og kreftsykepleie (ABIOK) og jordmor har økt i antall siden 2019 (tabell 14).

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

**Tabell 14.** Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor Helse Nord 2019-2023.

Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor	2019	2020	2021	2022	2023
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	57	70	80	80	90
Nordlandssykehuset HF	26	30	40	40	48
Finnmarkssykehuset HF	9	11	15	15	18
Helgelandssykehuset HF	14	10	15	15	18
<b>Helse Nord totalt</b>	<b>106</b>	<b>121</b>	<b>150</b>	<b>150*</b>	<b>174</b>

\*Foretakene rapporterte totalt 157 stillinger i 2022. Kilde Alle tall fra oppdragsdokument til helseforetakene.

I 2021 ble 40 nye utdanningsstillinger i intensivsykepleie opprettet i tett samarbeid med universitetene, mer enn tre ganger så mange som kravet fra Helse- og omsorgsdepartementet. Begge universitetene gjennomførte ekstra opptak av studenter til ABIOK-utdanningene i 2021 (Nord universitets opptak var i januar 2022). Mellom 25 og 30 prosent av stillingene er til intensivutdanningen.

**Tabell 15.** Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor Helse Nord per september 2023. Tallene er oppgitt i hele stillinger per år. Utdanningsstillinger besatt i deler av året er regnet om til hele stillinger.

Utdanningsstillinger ABIOK - helårseffekt 2023							
	Anestesi	Barn	Intensiv	Operasjon	Kreft	Jordmor	Sum
UNN HF	16	10	21	12	10	11	<b>80</b>
Nordlandssykehuset HF	3,5	3,2	13,5	9	2,5	7	<b>38,7</b>
Finnmarkssykehuset HF	3,5	0	4	5	1	4,5	<b>18</b>
Helgelandssykehuset HF	1,5	0	3,5	3,5	0,5	8	<b>17</b>
<b>Sum Helse Nord</b>	<b>24,5</b>	<b>13,2</b>	<b>42</b>	<b>29,5</b>	<b>14</b>	<b>30,5</b>	<b>153,7</b>

Status per september 2023 viser at Helse Nord hadde 42 utdanningsstillinger i intensivsykepleie (tabell 15). På dette tidspunktet hadde foretakene besatt knapt 154 utdanningsstillinger, mens styringskravet er 174 stillinger. Helse Nord RHF har ikke fått signaler om at kravene ikke vil nås, ref. tertialoppfølging.



### Utdanning av spesialister i generell kirurgi og indremedisin

Tidligere var generell indremedisin og generell kirurgi egne hovedspesialiteter. I Stortingets behandling av Meld. St. 11 (2015–2016) [Nasjonal helse- og sykehusplan \(2016–2019\)](#) ble skillet mellom hoved- og grenspesialiteter i indremedisin og kirurgi vedtatt opphevet og at alle grenspesialitetene skulle bli hovedspesialiteter. Ny revidert spesialistforskrift trådte i kraft 1. mars 2019. Både i NOU 2023: 4 "*Tid for handling*" (1) og NOU 2023: 16 "*Evaluering av pandemihåndteringen*" trekkes generalisten frem som en sentral ressurs i fremtidens helsetjeneste.

I perioden 2022-23 er Helsedirektoratet fra ulike hold gjort kjent med utfordringer med innholdet i spesialistutdanningen i indremedisin og kirurgi. Det er uklart hvorvidt den nye ordningen for spesialistutdanning ivaretar generalistkompetansen i spesialitetene, likeså om de pågående rekrutteringsproblemer til spesialitetene ivaretas tilfredsstillende.

Legeforeningen, regionale helseforetak og regionale utdanningsentre melder om ulike problemstillinger, herunder; sviktende rekruttering til generelle spesialiteter, mangel på utdanningsstillinger og bekymring for svikt i kompetanse i generelle vaktsjikt. Flere årsaker til utviklingen beskrives, deriblant:

- At få leger som ønsker å kun bli spesialist i generell indremedisin eller generell kirurgi
- At ny spesialistutdanning gjør det mer tidkrevende og tungvint å bli dobbelspesialist
- Innholdet i ny spesialistutdanning er ikke godt nok tilpasset behovet for generalistkompetanse.

Manglende generalistkompetanse i indremedisin og generell kirurgi er uheldig fordi kvalitet, pasientsikkerhet, vaktordninger og funksjonsfordeling kan bli påvirket. Færre leger med generalistkompetanse vil også ha betydning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom økt press på kommunale akutte døgnenheter, legevakt, fastleger og sykehjem.

Helsedirektoratet<sup>5</sup> er i samarbeid med de regionale helseforetakene i startfasen av et arbeid der formålet er å avklare om de generelle spesialitetene bør bestå som egne spesialiteter, hva generalistkompetanse i de indremedisinske og kirurgiske spesialiteter bør være fremover, hvordan generalistkompetanse skal oppnås gjennom spesialistutdanningen, og hvor generalistkompetanse læres. Arbeidet har betydning for den videre utviklingen innenfor de generelle utdanningene i indremedisin og kirurgi. Tabell 16 viser antall overlegestillinger i spesialitetene generell kirurgi og indremedisin i Helse Nord og tabell 17 viser antall LIS under utdanning i generell kirurgi og indremedisin.

---

<sup>5</sup> Interregionalt fagdirektørmøte 23. august 2023, sak 151.

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

**Tabell 16.** Antall overleger i Helse Nord fordelt per spesialitet (indremedisinske, kirurgiske, psykisk helsevern og rus og andre) per september 2023

Spesialitet	Antall	Andel innenfor kategori	Andel av total
<b>Indremedisinske spesialiteter*</b>	124	100%	15%
Spesialist i indremedisin	17	13%	2%
Spesialist i indremedisin og annen spesialitet indremedisin	94	75%	11%
Sum spesialist generell indremedisin	110	89%	13%
Annen spesialist indremedisin	14	11%	2%
<b>Kirurgiske spesialiteter**</b>	70	100%	8%
Spesialist generell kirurgi	21	11%	2%
Spesialist generell kirurgi og annen spesialist kirurgi	47	7%	5%
Sum generell kirurgi	67	19%	8%
Annen spesialist. kirurgi	3	81%	0%
Psykisk helse og rus	105		12%
Ukjent spesialitet	6		1%
Andre spesialiteter	546		64%
<b>Totalt antall månedsverk***</b>	<b>852</b>		<b>100%</b>

\*Spesialiteter innenfor indremedisin regnes her som indremedisin, blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelses- sykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer og akutt- og mottaksmedisin

\*\* Spesialiteter innenfor kirurgi regnes her som generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, urologi og bryst- og endokrinkirurgi

\*\*\* Totalt antall månedsverk inkluderer faste månedsverk ekskludert refusjonsgivende fravær

Kilde: Uttrekk fra personalportalen og HPR-register til HN LIS.

**Tabell 17.** Antall LIS leger med individuell utdanningsplan fordelt per spesialitet (indremedisinske, kirurgiske, psykisk helsevern og rus og andre) per september 2023.

Spesialitet	Antall	Andel innenfor kategori	Andel av total
<b>Indremedisinske spesialiteter*</b>	148	100%	25%
Utdanningsplan i indremedisin	42	28%	7%
Dobbeltløp med indremedisin og + annen spesialitet indremedisin	17	11%	3%
Spesialist i indremedisin + utdanningsplan i annen indremedisinsk spesialitet	12	8%	2%
<b>Sum generell indremedisin</b>	<b>71</b>	<b>48%</b>	<b>12%</b>
Annen spesialitet indremedisin	77	52%	13%
<b>Kirurgiske spesialiteter**</b>	87	100%	14%
Utdanningsplan i generell kirurgi	37	11%	6%
Dobbeltløp generell kirurgi og annen spesialitet i kirurgi	23	7%	4%
Spesialist i generell kirurgi + utdanningsplan i annen kirurgisk spesialitet	6	2%	1%
<b>Sum generell kirurgi</b>	<b>66</b>	<b>19%</b>	<b>11%</b>
Annen spesialitet kirurgi	21	81%	3%
Psykisk helse og rus	89	-	15%
Andre spesialiteter	277	-	46%
<b>Antall LIS med individuell utdanningsplan</b>	<b>601</b>	<b>-</b>	<b>100%</b>

\*Spesialiteter innenfor indremedisin regnes her som indremedisin, blodsykdommer, endokrinologi, fordøyelses- sykdommer, geriatri, hjertesykdommer, infeksjonssykdommer, lungesykdommer, nyresykdommer og akutt- og mottaksmedisin

\*\* Spesialiteter innenfor kirurgi regnes her som generell kirurgi, gastroenterologisk kirurgi, karkirurgi, thoraxkirurgi, urologi og bryst- og endokrinkirurgi

Kilde: Uttrekk fra kompetanseportalen fra hvert HF

Ut fra kartleggingen er andel LIS i både indremedisin (inklusive tidligere grenspesialiteter) og generell kirurgi (inklusive tidligere grenspesialiteter) sammenlignbart med nasjonale tall<sup>6</sup>. I Helse Nord er LIS-andel i indremedisin 54 prosent og generell kirurgi 55 prosent. Nasjonalt var LIS-andelen henholdsvis 46 og 43 prosent i 2020. Ulik praksis i tildeling av utdanningsplaner for spesialitetene indremedisin og generell kirurgi gir noe usikkerhet i tallgrunnlaget.

#### 4.4.4 Utdanning av andre legespesialiteter

Flere spesialiteter er sårbare i Helse Nord. Sårbarheten er størst innenfor psykisk helsevern og radiologi, men også gynekologer, anestesileger, kreftleger med mer ved flere av sykehusene (tabell 12 og 13). Helse Nord RHF har satt i gang LISKART prosjektet, som varer ut 2024. Hovedmålet er å sikre tilstrekkelig utdanningskapasitet i de ulike legespesialitetene framover. Utdanningsløpene skal også samordnes og harmoniseres for økt gjennomstrømming og færre forsinkelser. Prosjektet vil kartlegge dagens spesialistbemanning, vurdere fremtidige bemanningsbehov og foreslå riktig utdanningskapasitet for LIS 2 og 3. Langsiktig framskriving, planlegging og styring av spesialistutdanningen i foretaksgruppen skal videreutvikles og harmoniseres gjennom prosjektet. For å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester, blir det avgjørende å finne gode løsninger for å sikre tilstrekkelig utdanning av de spesialistene vi trenger framover.

#### 4.4.5 Oppsummering

Helse Nord må for alle praktiske formål være selvforsynt med helsepersonell, dette inkluderer også utdanning. Helseutdanningene har siden 2019 hatt en nedgang i antall søkere, spesielt for sykepleierstudiet. Å utvide utdanningskapasiteten ytterligere vil derfor ikke være et effektivt tiltak for å øke tilgangen på de fagfolkene vi trenger. I stedet må vi se på ulike løsninger som kombinerer sentrale og desentrale studier, heltids- og fulltidsstudier, digitale verktøy og innovasjon. I tillegg kreves det at vi i samarbeid med utdanningsinstitusjonene kartlegger behovet og har en strategisk tilnærming til utdanning, slik at vi til enhver tid har tilgang på den kompetansen det er behov for.

### 4.5 Prehospitale tjenester

Helse Nord har store landarealer og spredt befolkning som forutsetter en desentral ambulansetjeneste. Regionen har mange små ambulansestasjoner med få oppdrag.

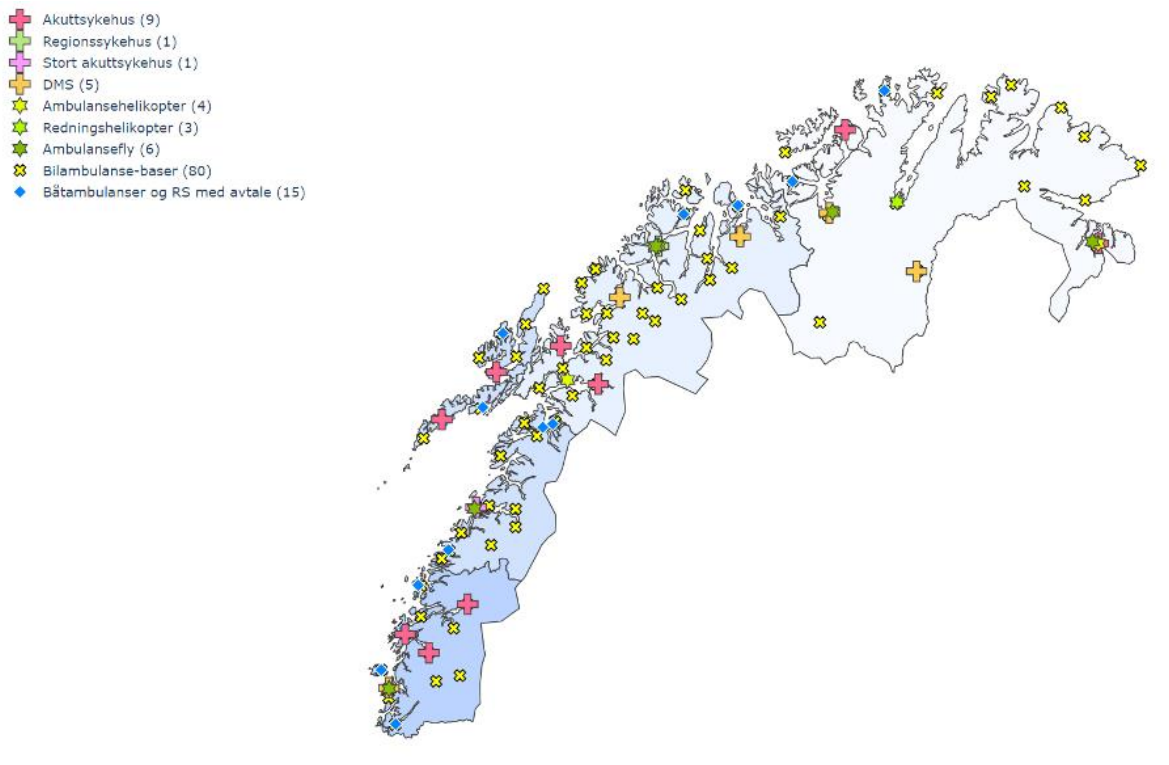
Bil- og båtambulanser er sammen med legevaktene bærebjelkene i de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. I deler av Nord-Norge er luftambulansen avgjørende for å nå spesialisert behandling tidlig nok. Ambulansefly- og helikoptre får akuttmedisinsk kompetanse ut til pasienten og sparer transporttid til sykehus. I den komplette akuttmedisinske kjeden inngår også kommunale helsetjenester med fastleger, legevakter, pleie- og omsorgstjenester, sykestuer, øyeblikkelig hjelp tilbud, «first responders» og akuttmedisinske

---

<sup>6</sup> [Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten – rapport 2020](#)

kommunikasjonssentraler (AMK). AMK-sentralene er «navet» i samhandlingen i den akuttmedisinske kjeden. De koordinerer de prehospitale ressursene og varsler akuttmottaket i sykehuset. Helse Nord har fire akuttmedisinske kommunikasjonssentraler (AMK), en i hvert helseforetak.

[Strategi for prehospitale tjenester, Helse Nord 2024-2027](#) gir en oversikt over ressursene i dagens tjeneste (figur 19). I tillegg er et jetfly plassert i Tromsø som EU finansierer fram til 2026.



**Figur 19.** Kart over tjenestestruktur - akutte tjenester, inkludert prehospital i Helse Nord.  
Kilde Helse Nord RHF og GeoNorge

**Tabell 18.** Antall operative prehospitale ressurser pr helseforetak i 2023.

Ressurs	Finnmarks- sykehuset	UNN	Nordlandssykehuset	Helgelandssykehuset
Bilambulansebaser	17	29	21	13
Ambulansebiler	29	46	28	16
Ambulanse/ redningsbåter	2	3	6	4
Ambulansehelikopter	1	2*	0	1
Redningshelikopter	2	2**	1	1
Ambulansefly	3	2***	1	1
Ambulansepersonell	137,5	264,4	162,9	121,5
Ambulanseleerlinger	16	20	18	10
	(inntak 10/år)	(inntak 20/år)	(inntak 10/år)	(inntak 4-5/år)

Kilde SSB og helseforetakene.

\* samarbeid om anestesilegedekning mellom UNN og Nordlandssykehuset.

\*\* UNN dekker en døgnbemannet anestesilege vaktlinje for Sysselmesterens helikopter på Svalbard.

\*\*\* EU-jetfly som benyttes i ordinær luftambulansetjeneste i Norge når det ikke er i oppdrag for EU.

For å opprettholde en desentral struktur, benyttes xx prosent av den totale økonomiske rammen til formålet. Helse Nord RHF finansierer luftambulansetjenesten, mens helseforetakene bærer kostnadene for bil- og båtambulanser i sine nedslagsfelt (tabell 19).

**Tabell 19.** Totale driftskostnader - løpende priser for prehospitaltjenester i 2022.

Ambulansetjeneste	Totale Driftskostnader (mill. kr)
Helse Nord RHF	603
Helgelandssykehuset HF	272
Finnmarkssykehuset HF	260
Nordlandssykehuset HF	323
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	549

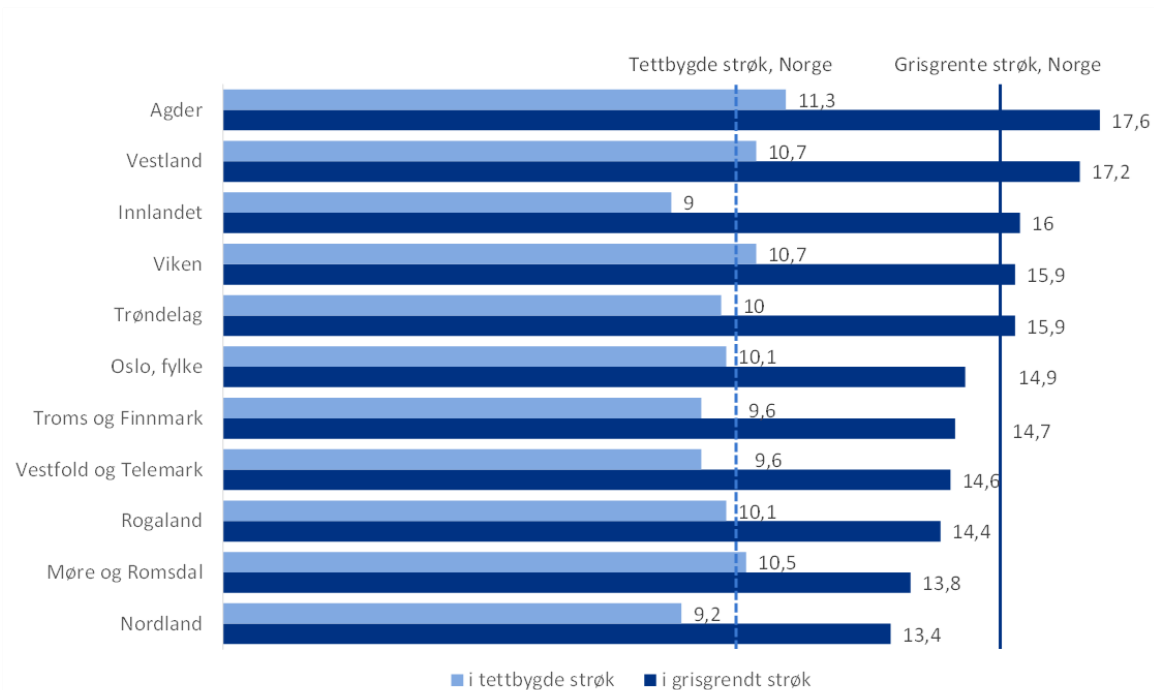
Kilde: SSB tabell 14022

Sykehusleger blir i økende grad involvert i medisinske vurderinger prehospitalt. Et eksempel er at ambulanspersonell tar EKG av pasienter med brystmerter og overfører data digitalt til indremedisinsk vakt for beslutning om videre behandling. I Helse Nord har alle akuttmottakene tilgang på nødnettradio med direkte kommunikasjon med AMK-sentral og ambulanse, og mulighet for å være i «medlytt» for å kunne forberede mottak av pasienter. Legevaktsleger får også bistand fra spesialisthelsetjenesten i akutte situasjoner.

### 4.5.1 Ambulansebiltjenesten

Ambulansebilene er den viktigste ressursen i den prehospitaltjenesten for å gi befolkningen rask tilgang på god helsehjelp ved akutt sykdom og skade. Helse Nord har totalt 50 ambulansetilbaser med til sammen 119 ambulanserbiler (tabell 18).

I 2023 gav FHI ut en rapport om [Responstider for ambulanser og pasientutfall](#). I Norge regnes responstid som antall minutter fra en alarmsentral varsles om en akutt hendelse til ambulanse ankommer hendelsesstedet. I dag er målet at 90 prosent av utrykningene skal være framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i tettbygde strøk og innen 25 minutter i grisebygde strøk. Responstidene i Helse Nord er gode sammenlignet med landet ellers (figur 20).



**Figur 20.** Median tid (minutter) fra 113-oppringning til ambulanser på hendelsesstedet for akutte hendelser i grisgrente strøk (mørk blå) og tettbygdestrøk (lys blå). Data fra 2022. Kilde: Helsedirektoratet

Teoretisk dekningsgrad<sup>7</sup> er beregnet for bilambulansene. Denne viser at 85 prosent av innbyggerne i Helse Nord kan nås av bilambulansene innen 25 minutter. I tillegg til bilambulansene har alle helseforetakene i Helse Nord syke- og transportbiler.

#### 4.5.2 Ambulansebåttjenesten

I Helse Nord har ca. 23 000 innbyggere ambulansebåt som eneste eller raskeste ressurs ved behov for øyeblikkelig hjelp. Helse Nord har totalt 15 ambulansebåter, 10 av disse er tilknyttet Nordlandssykehuset eller Helgelandssykehuset.

#### 4.5.3 Luftambulansetjenesten

Luftambulansetjenesten er avgjørende for å transportere pasienter mellom sykehus og til høyere behandlingsnivå, og ut av sykehus for å frigjøre kapasitet for nye pasienter. Dette er særskilt viktig for UNN Tromsø pga. sykehusets regionsfunksjoner. Hoveddelen av lufttransportene ivaretas av ambulansfly, mens ambulanshelikopter benyttes ved tidskritiske tilstander hvor høy kompetanse med anestesilege kan flys ut raskt for å behandle pasienten. Redningshelikoptrene brukes også på forespørsel til ambulansoppdrag, i tillegg til sin primær oppgave som er søk- og redning.

<sup>7</sup> Teoretisk dekningsgrad er en beregning av hvor mange innbyggere som kan nås av bilambulansen innen definerte tidsfrister. Det er ikke et uttrykk for faktiske responstider. Det er lagt til grunn andel av befolkningen som kan nås innen 25 minutter med reaksjonstid på 5 minutter og kjøretid på 20 min i angitt fartsgrense.

### Ambulansefly

Ambulanseflytjenesten gjennomførte i perioden 2019-2022 i overkant av 13 000 oppdrag årlig. Aktiviteten var noe lavere i 2020 pga. pandemien. I alt syv av ti ambulansfly i Norge er stasjonert i Nord-Norge:

- Brønnøysund: 1 fly i døgnberedskap
- Bodø: 1 fly i døgnberedskap
- Tromsø: 2 fly i døgnberedskap hvorav 1 er en EU-jeten,
- Kirkenes: 1 fly i døgnberedskap
- Alta: fly i døgnberedskap og 1 dagfly på 12-timers beredskap

Flyene i Bodø, Tromsø og Kirkenes har døgnkontinuerlig legeberedskap.

EU-jeten har spesialtrent besetning fra Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst som inngår i en 7-delt vaktordning som dekker 24/7, 365 dager i året. Hovedoppgaven til jetflyet er å transportere høyrisikosmittepasienter i eller mellom EU-land ved behov. Når flyet ikke er på oppdrag for EU kan det benyttes til andre oppdrag i ordinær luftambulansetjeneste i Norge.

Værforhold har betydning for om ambulansflyene kan brukes til pasienttransport. Tabell 21 viser hvor mange oppdrag per år i Helse Nord som ikke lot seg gjennomføre som følge av værforhold innenfor hastegradene akutt, haste og vanlige oppdrag. Av samtlige bestilte oppdrag i fireårs perioden, ble 1,6 prosent avvist eller avbrutt. I kategoriene akutt- og hasteoppdrag lot til sammen 0,8 prosent av turene seg ikke gjennomføre grunnet værforhold.

**Tabell 21.** Totalt antall henvendelser fordelt på akutt, haste, vanlig og bestilte oppdrag for perioden 2019-2022 i Helse Nord, samt antall avviste/avbrutte oppdrag pga. værforhold.

2019					2020				
Avvist/avbrutt grunnet vær					Avvist/avbrutt grunnet vær				
Henvendelser	Akutt	Haste	Vanlig	Bestilt	Henvendelser	Akutt	Haste	Vanlig	Bestilt
13 459	40	55	19	88	12568	51	45	40	109
2021					2022				
Avvist/avbrutt grunnet vær					Avvist/avbrutt grunnet vær				
Henvendelser	Akutt	Haste	Vanlig	Bestilt	Henvendelser	Akutt	Haste	Vanlig	Bestilt
13 644	57	53	26	79	13 277	19	82	34	53

Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Kategorien «vanlige oppdrag» gjelder ofte tilbakeføringer fra sykehus. Når været er dårlig, blir slike oppdrag utsatt. Som eksempel flys ca. 300 tilbakeføringsoppdrag årlig fra UNN Tromsø til Harstad/Narvik lufthavn.

### Ambulansehelikopter

Helse Nord har fire ambulanshelikopter:

- Brønnøysund: 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap
- Harstad (midlertidig base): 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap
- Tromsø: 1 ambulanshelikopter i døgnberedskap



## Internt dokument under arbeid 14.12.23

- Kirkenes: 1 ambulanshelikopter i døgnerberedskap

Alle ambulanshelikoptrene har anestesilege i tilstedevakt hele døgnet. Totalt 1783 turer med ambulanshelikopter ble gjennomført i 2022 i Helse Nord.

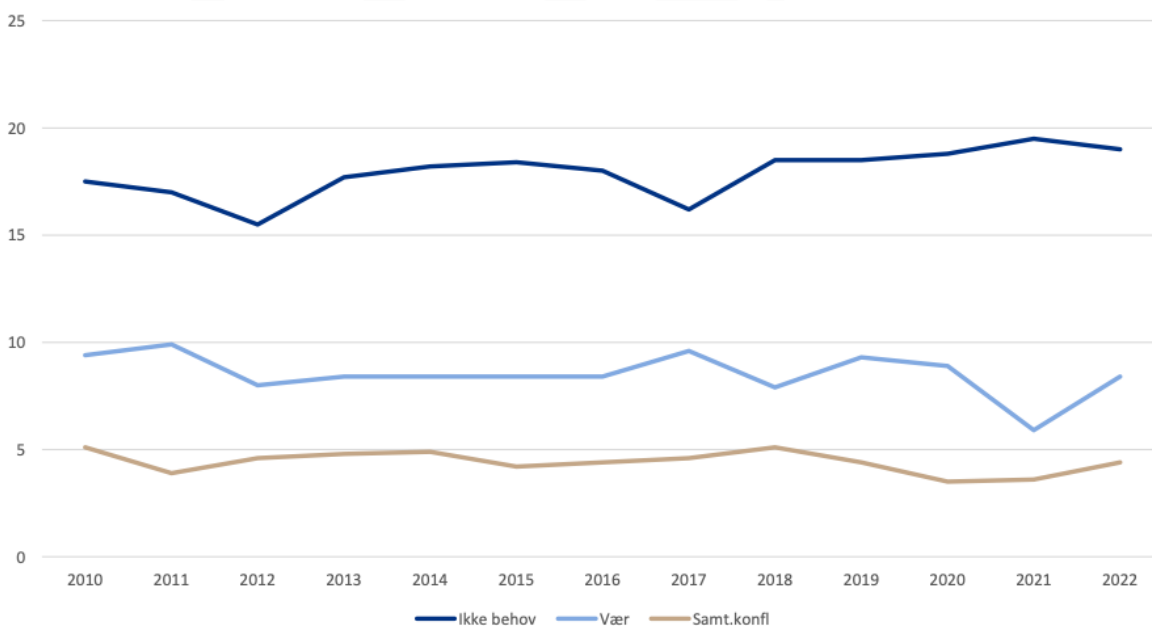
Utviklingstrendene er noe ulik i de fire helseregionene og ved de ulike basene. De siste ti årene har utviklingen av gjennomførte ambulanshelikopteroppdrag vært stabil i Helse Midt, svakt synkende i Helse Vest og Helse Sør-Øst, men sterkt stigende i Helse Nord. Utviklingen i Helse Nord kan skyldes etableringen av base i Midtre Hålogaland (Evenes) i 2015 og Kirkenes i 2020. Ambulanshelikopteret i Midtre Hålogaland ble i 2021 flyttet fra Evenes til Harstad i påvente av vedtak fra Helse Nord RHF om endelig plassering.

Helse Nord har fire ambulanshelikopter:

- Brønnøysund: 1 ambulanshelikopter i døgnerberedskap
- Harstad (midlertidig base): 1 ambulanshelikopter i døgnerberedskap
- Tromsø: 1 ambulanshelikopter i døgnerberedskap
- Kirkenes: 1 ambulanshelikopter i døgnerberedskap

Alle ambulanshelikoptrene har anestesilege i tilstedevakt hele døgnet. Totalt 1783 turer med ambulanshelikopter ble gjennomført i 2022 i Helse Nord.

Et oppdrag er iverksatt idet helikopteret letter fra bakken. Noen oppdrag iverksettes ikke («avvist»), fordi de medisinske opplysningene gir indikasjon på at utrykning ikke er nødvendig, eller fordi flygning av en eller annen grunn ikke kan gjennomføres. Andre oppdrag avbrytes før pasienten er nådd («avbrutt»). Vakthavende luftambulansleger har beslutningsmyndighet som gjelder medisinsk indikasjon, mens fartøysjefen (piloten) har beslutningsmyndighet for operative forhold som f. eks vær og klima. Figur 22 viser andelen luftambulansoppdrag nasjonalt som ikke er gjennomført som følge av værforhold (RW) i perioden 2010 – 2022.



**Figur 22.** Utvikling i årsaker (ikke behov, vær, samtidighetskonflikt) til at luftambulansoppdrag med helikopter ikke er gjennomført (avvist og avbrutt). Data for alle baser i Norge i prosent av antall henvendelser for perioden 2010-2022. Kilde Luftambulansetjenesten HF



Andelen luftambulanseoppdrag med helikopter som ikke ble gjennomført 2022, viser at værforhold som årsak ikke er større i Helse Nord enn i landet ellers (figur 23).

**Figur 23.** Antall avviste og avbrutte oppdrag fordelt på årsaker til at turen ikke ble gjennomført for luftambulanseoppdrag med helikopter for alle baser i Norge i 2022.

(Figur kommer)

Kilde: Luftambulansetjenesten HF

Antall avviste og avbrutte oppdrag grunnet værforhold for basene i Helse Nord i perioden 2019-22 viser stabile tall, bortsett fra ved Kirkenes-basen (tabell 22).

I Kirkenes har oppdragene mer enn fordoblet seg i perioden og økningen i antall avviste/avbrutte oppdrag følger av dette.

**Tabell 22.** Avviste og avbrutte ambulanshelikopteroppdrag grunnet værforhold ved de fire basene i Helse Nord

Lokasjon	2019	2020	2021	2022
<b>Tromsø</b>				
Totalt antall oppdrag	803	708	737	725
Avvist/ avbrutt/ forsinket pga. værforhold	110	98	98	92
<b>Harstad</b>				
Totalt antall oppdrag	515	457	497	482
Avvist/ avbrutt/ forsinket pga. værforhold	99	79	52	65
<b>Brønnøysund</b>				
Totalt antall oppdrag	391	365	385	323
Avvist/ avbrutt/ forsinket pga. værforhold	63	55	54	59
<b>Kirkenes</b>				
Totalt antall oppdrag		107	253	253
Avvist/ avbrutt/ forsinket pga. værforhold		10	49	70

Kilde: Luftambulansen HF

### Redningshelikopter

Redningshelikoptrenes hovedoppgave er å drive søk og redning og gi bistand til personer som er i nød eller overhengende fare. Helikoptrene styres av Hovedredningsentralene i Bodø og Sola. Helikopterbasene i helseregion Nord inngår likevel som sekundærressurs i luftambulansetjenesten, i henhold til avtale mellom Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Hovedredningsentralene kan avgi redningshelikopter til ambulanseoppdrag etter anmodning fra AMK hvis søk og redningsoppdrag ikke må prioriteres samtidig. Redningshelikopterbasene er:

- Bodø: 1 redningshelikopter i døgnberedskap
- Tromsø: 1 redningshelikopter i døgnberedskap i
- Lakselv (Banak): 1 redningshelikopter i døgnberedskap

I tillegg er Sysselmesterens redningshelikoptre SAR 91 og SAR 92 lokalisert i Longyearbyen. Samtlige baser har tilstedevakt. Alle redningshelikoptrene har anestesilegebemannning og samme medisinske utstyr som sivile ambulanshelikoptre. Sysselmesterens redningshelikopter SAR 91 er bemannet med anestesilege fra UNN. Basen har samme medisinske oppsett som fastlandsbasene inkludert håndholdt ultralyd og blodprodukter i

beredskap. Sysselmesteren har i tillegg redningshelikopter SAR 92 på beredskap som er medisinsk bemannet med redningsmann alene.

### 4.5.4 Utdanning, rekruttering og stabilisering

Norges arktiske universitet (UIT) i Tromsø og Nord universitetet i Bodø tilbyr bachelorprogrammer innen paramedisin eller prehospitalt arbeid. I 2023 hadde programmene totalt 296 søkere for 46 tilgjengelige studieplasser i regionen. Dette indikerer en betydelig interesse for fagfeltet, og muligheten for å øke antallet studieplasser bør vurderes for å sikre stabil rekruttering til faget. Hittil har tilgangen på ambulanséfaglæringer vært god. En forutsetning er godt samarbeid med Fylkeskommunene om læreplasser som lærlingene er avhengige av for å fullføre utdanningen.

De siste 10-årene er kompetansen i de prehospitale tjenestene hevet, samtidig som antall ressurser, spesielt luft, er økt. Bilambulansene i Helse Nord er nå bemannet av ansatte med autorisasjon som ambulansearbeider, sykepleiere og etter hvert også en andel med bachelor i paramedisin. De fleste ambulansestasjoner har lærlinger i ambulansearbeiderfag. Dette bidrar til å gjøre tjenesten beredt til å møte både den demografiske og medisinske utviklingen som innebærer stadig økte krav til medarbeiderne i de prehospitale tjenestene.

Undersøkelse, diagnostisering og behandling vil i økende grad skje utenfor sykehus. Likevel har bilambulansetjenesten ulike arbeidstidsordninger og fortsatt har flere ambulansebaser hjemmevaktordning. Mange ambulanseområder har lav aktivitet som utfordrer både rekruttering til og kvaliteten i tjenesten. Få pasientmøter gjør flere stasjoner uegnet som praksissted.

Personell som arbeider ved AMK-sentralene har spisskompetanse som er krevende å erstatte. Flere av helseforetakene rapporterer om svak rekruttering, og bruk av overtid har vært løsningen for å opprettholde forsvarlig drift.

Akuttavdelingene har generell mangel på anestesileger, som ved flere sykehus dekker prehospitale vaktlinjer på fly og helikopter, i tillegg til vaktfunksjoner og annen aktivitet i sykehusene. Ambulanseflybasene i Kirkenes, Tromsø og Bodø har anestesileger i bakvakt. UNN alene betjener to ambulanshelikopter i Tromsø og Harstad (dekkes opp i samarbeid med Nordlandssykehuset), ett redningshelikopter i Tromsø og Sysselmesterens helikopter på Svalbard. Antall årsverk som benyttes til de ulike fly og helikopter i går frem av tabell 23.

**Tabell 23.** Antall legeårsverk som er engasjert for å dekke vaktlinjer i luftambulansetjenesten.

HF	Tjeneste	Antall leger	årsverk	UTA	tjeneste	Notat
NLSH	Helikopter	8	3,62	De som deltar har ca. 45 t UTA pr mnd., men ikke spesifisert hva som er knyttet til helikopter	Døgnvakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt	Stillingen kombineres med annen stilling. Alle legene jobber også i annen vaktordning*
	Fly	8	1,12	0	Vaktberedskap samtidig som annen jobb eller på fritid	Kombineres med annen stilling. Alle legene jobber også i annen vaktordning.
	Samlet	16	3,74		Samme lege jobber ikke i begge tjenestene/sjikt	
HSYK	Helikopter (1 base)	8**	3,28	Ingen UTA, ingen jobber full stilling.	Døgnvakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt	Ingen deltar i andre vaktstilt/tjenester i HSYK eller utenom, kun ansatt på helikopter. Jobber alle ved andre sykehus.
Finnmark	Helikopter (Banak)	8	2,75	77,09 t UTA pr mnd.	Døgnvakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt	Det er svært få av legene som jobber andre steder i Finnmarkssykehuset., de fleste jobber også i andre foretak. 1 lege som jobber på anesthesiavd. I tillegg, 1 lege som deltar i RescEu i tillegg
	Helikopter (Kirkenes)	11***	1,05***	70,75 t UTA pr mnd.		
	Fly (1 base)	5	2,06	0		1 lege kombinerer fly og stilling på Finnmarkssykehuset
	Samlet	24	5,86			Ingen jobber på både helikopter og fly
UNN	Helikopter (4 baser)	27	12,2	3,11 årsverk (samlet 6144,48 t pr år)	Døgnvakt på base aktiv/passiv tid, en ukes vakt	Alle kombinerer stilling på helikopter med anesthesi stilling****
	Fly (1 sjikt, Tromsø)	14	1,105	0	Vaktberedskap samtidig som annen jobb eller på fritid	
	Samlet	34*****	13,305			Bare 4 leger som ikke deltar i andre vaktstilt/ordninger pga lederstilling, forskning ol.
<b>SUM</b>	Samlet alle	<b>82</b>	26,185			

\*I tillegg fire kombinasjonsstillinger mellom ambulanshelikopter UNN Evenes og NLSH, tre er besatt (en utlyst) 3 stillinger 65%(NLSH)/35% (UNN) og 1 stilling 50%/50%.

\*\*7 faste stillinger, nå 8 pgaknyttet til deling av stilling pgs en midlertidig permisjon.

\*\*\*3 fastansatte + 8 i 0 %stilling

\*\*\*\* 17 UNN Tromsø, 3 UNN Harstad, 1 UNN Narvik, 2 NLSH, 2 st. Olav, 1 OUS og 1 Viken.

\*\*\*\*\*7 leger deltar i begge ordninger

Kilde: Helseforetakene

#### 4.5.5 Avhengigheter og forutsetninger i prehospitale tjenester

Prehospitale tjenester påvirkes ved endringer i akuttfunksjoner. Lengre avstand til nærmeste akuttsykehus forutsetter riktig prehospital behandling, og ambulansetjenesten er avgjørende for gode behandlingsresultater. Behov for å styrke prehospitale tjenester i form av økt antall ambulanserbiler og økt beredskapstid for noen av ambulansene, må derfor vurderes.

Båtabmulansetjenesten og luftambulansesstrukturen, da særskilt for ambulanshelikoptret som i dag er på midlertidig base i Harstad, kan også være aktuell å vurdere. Permanent baselokalisering må vedtas ved en endret oppgave- og funksjonsdeling i tråd med anbefalingene i denne planen.

### Finnmarkssykehuset

I Finnmarkssykehusets nedslagsfelt foreslås kun mindre endringer innenfor akuttfunksjoner, planlagt aktivitet og psykisk helsevern. Endringene vurderes ikke å påvirke det prehospitaltjenestetilbudet.

### Universitetssykehuset i Nord-Norge

Endringer i akuttfunksjoner ved UNN Narvik og UNN Harstad vil påvirke behovet for prehospitaltjenester. Hvordan endret funksjonsdeling påvirker prehospitaltjenester, avhenger av hvor mye lengre pasientene må transporteres. Tabell 24 viser avstand og hvor lang tid transport med bil til sykehusene i Narvik og Harstad tar i dag, og hvor lang tiden vil bli ved endringer i funksjons- og oppgavedeling.

**Tabell 24.** Kjøreavstand fra kommuner i nedslagsfeltet til UNN Narvik til Nye UNN Narvik og UNN Harstad.

Tabell kommer

Kilde: Google maps.

Med unntak av Tjeldsund kommune som i dag i hovedsak benytter sykehuset i Harstad, får alle kommunene lengre kjørevei. Transporttiden forlenges med ca. 1 time, unntatt for Narvik og Evenes. Hvis akuttfunksjonene blir endret må den prehospitaltjenesten i Narvik styrkes, både for å ivareta lokal beredskap, men også for å kunne opprettholde beredskap mot sør når bilene fra Ballangen og Kjøpsvik har transportoppdrag til Harstad.

En annen effekt ved endringer i fordelingen av akutt- og døgnfunksjoner mellom UNN Harstad og UNN Narvik, er at flere pasienter fra opptaksområdet til UNN Narvik sannsynligvis kan sluttbehandles ved UNN Harstad. Dette kan redusere pasientstrøm mot UNN Tromsø og bedre kapasiteten.

**Tabell 25.** Gjennomsnitt antall ukentlige akuttinnleggelser i kjernetid (mandag-fredag kl.8-17) og utenfor kjernetid (kveld, natt og helg) ved sykehusene i Helse Nord for perioden 2019-2022. Antall akuttinnleggelser på de fire spesifikke fagområdene.

Sykehus	Totalt	Medisinsk	Kirurgisk	Ortopedi	Føde/barsel
Kjernetid (mandag-fredag kl.8-17):					
Harstad	41	24 (57.7%)	8 (19.1%)	6 (13.9%)	4 (9.3%)
Narvik	27	15 (54.3%)	5 (19.5%)	4 (13.7%)	3 (12.5%)
Kveld, natt og helg:					
Harstad	51	24 (47.7%)	9 (18.6%)	9 (17.4%)	8 (16.3%)
Narvik	41	21 (50.6%)	8 (19.7%)	6 (14.5%)	6 (15.1%)

Kilde SKDE

Tabell 25 viser at andelen akuttinnleggelser ved sykehuset i Narvik for kirurgiske og ortopediske tilstander gjennomsnittlig var 24 per uke (3,4 per dag) i perioden 2019-2022. Som

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

tabellen viser, er de indremedisinske pasientene mer enn 50% av akuttinnleggelsene. Behovet for å styrke de prehospitale tjenestene er derfor avhengig av hvilke endringer i funksjonsdelingen av akuttfunksjoner som eventuelt foreslås.

**Tabell 26.** Totalt antall haste- og akuttoppdrag kjørt av ambulanserbiler fra kommuner til leveringssted i 2022.

Kommune	Totalt	UNN Tromsø	UNN Harstad	UNN Narvik	Legevakt	Luft-ambulanse	Andre
Narvik	2148	10	27	1089	675	219	242
Narvik (Kjøpsvik)	120	0	0	46	14	6	9
Narvik (Ballangen)	446	0	0	216	149	11	39
Gratangen (dag)	122	8	12	63	13	15	37
Tjeldsund	735	2	540	54	83	126	122
Ibestad	240	4	66	30	89	14	27
Gratangen (døgn)	323	25	36	114	54	18	32
Bardu	564	74	7	229	127	32	49
Salangen	590	59	20	260	73	32	119
Målselv (Andselv)	606	160	2	55	164	43	46
Målselv (Rundhaug)	372	154	8	47	56	13	61
<b>Sum total</b>	<b>6266</b>	<b>496</b>	<b>718</b>	<b>2203</b>	<b>1497</b>	<b>529</b>	<b>783</b>

Kilde: UNN HF ved ambulansesjef

Tabell 26 viser data fra ambulanserbiltjenesten i UNN for 2022. Uttrekket er basert på haste- og akuttoppdrag fra kommuner som primært sokner til sykehuset i Narvik, mens pasientstrømmen fra Ibestad og Tjeldsund, i større grad er mot Harstad. I 2022 var ca. 24 prosent av oppdragene til legevakt, luftambulanse ble benyttet i 8,4 prosent av oppdragene og 13 prosent av oppdragene til andre helseinstitusjoner.

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

**Tabell 27.** Behov for framtidig styrking av prehospitale tjenester ved Universitetssykehuset i Nord-Norge ved endringer i akuttfunksjoner.

Ambulansestasjon	Dagens status	"Økning antall nye biler"	Økning	Lokaliteter	Økonomi
<i>Alternativ 1:</i>					
Narvik	. Beredskapen i indre Troms er i dag til tider presset, og en økning med en døgnambulansse i dette området vil stabilisere beredskapen	Det vil i tillegg være nødvendig å øke beredskapen i Narvik fra to døgnbiler og en dagbil til tre døgnbiler totalt	Behovet for økt kapasitet på bemanning og økt beredskap for bilambulanser vil bli mindre i alternativ 1 enn i alternativ 2		
<b>Sum kompensere nde tiltak</b>					16, 8 mill.
<i>Alternativ 2:</i>					
Narvik	2 ambulanser i døgnberedskap og 1 dagambulansse (7,5 timer)	Nei, men dagbilen foreslås å utvide beredskapstiden fra dag til døgn, samlet 3 døgnbiler, og den ene døgnbilen bør gå over til aktiv tid hele døgnet	8 fulle stillinger	Ny stasjon er under oppføring, og anses å dekke behovet	7,2 millioner
Tjeldsund	1 ambulansse i døgnberedskap og 1 ambulansse i dagberedskap	Nei, men dagbilen foreslås å utvide beredskapen til døgn. Samlet to døgnbiler.	7 fulle stillinger	Det skal bygges ny stasjon på Evenes eller i Tjeldsund. Ligger inne i UNNs budsjetter."	6,3 mill.
Bardu	1 døgnbil	"Ja, foreslås økt med 1 døgnbil, samlet 2 døgnbiler"	8 fulle stillinger	Har stasjon som er bygd for å dekke behovet	7,2 mill 2,4 mill.
<b>Sum kompensere nde tiltak</b>		Antall nye biler er 1. Resterende	23 fulle stillinger		23,1 mill.

Flere av UNNs ambulansetjenester har en dynamisk vaktplan som kombinerer aktiv vaktperiode og vakt på vaktrom. Andelen av vakttiden definert som aktiv, avhenger av den faktiske aktiviteten ved hver stasjon. Vanlig praksis er 16 timer aktiv tid og 6 timer på vaktrom, med en omregningsfaktor på 1, som da krever åtte ambulansarbeidere per bil. Dersom aktivitetsnivået ved disse stasjonene øker, kan ha kontinuerlig aktiv vakt gjennom døgnet være hensiktsmessig. Aktiv vakt på døgnbasis vil kreve ti ambulansarbeidere per bil.

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

## Nordlandssykehuset

Endringer av akutfunksjoner ved Nordlandssykehuset Lofoten og Nordlandssykehuset Vesterålen vil påvirke behovet for prehospitale tjenester. Hvordan endret funksjonsdeling påvirker prehospitale tjenester avhenger av hvor mye lengre pasientene må transporteres. Avstand fra kommunene i Lofoten til Nordlandssykehuset Vesterålen må beregnes utfra om ferge eller fastlandsforbindelse blir brukt. Tabell 28 viser avstand og hvor lang tid transport med bil til sykehuset i Lofoten tar i dag, og hvor lang tid endringer i funksjons- og oppgavedeling vil gi.

**Tabell 28.** Tid og avstand til Vesterålen sykehus fra kommuner i Lofoten.

*Tabell kommer*

*Kilde: Google maps.*

Tabell 29 viser hvor ambulansebilene i Lofoten leverer pasientene. I tallene for 2022 var 1537 oppdrag til Nordlandssykehuset Lofoten (Gravdal). Ved en eventuell endring i akutfunksjoner mellom Lofoten og Vesterålen vil flere av disse oppdragene rutes mot Nordlandssykehuset Vesterålen. For befolkningen i Vågan, vil transportvegen ikke bli vesentlig lengre, mens for befolkningen i Vest-Lofoten blir transportvegen vesentlig lengre.

**Tabell 29.** Totalt antall haste- og akuttoppdrag kjørt av ambulanserbiler fra kommunene de er stasjonert i til leveringssted i 2022.

Kommune	Totalt antall oppdrag	Nordlandssykehuset Lofoten	Legevakt	Flyplass
Gravdal	1556	710	376	9
Svolvær	1346	732	313	10
Moskenes	280	231	32	0

*Kilde Nordlandssykehuset og AMIS.*

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

Ved eventuelle endringer i akutfunksjoner må antall ambulanserbiler i Lofoten økes for å sikre god nok beredskap ved fravær fra primært dekningsområde (tabell 30). Økningen bør vurderes lagt til Gravdal for fremskutt beredskap dersom ambulansebilen i Moskenes har oppdrag til Vesterålen. Møtekjøring med biler fra Vesterålen kan vurderes. I dag er ett ambulanshelikopter midlertidig plassert i Harstad. Ved endring av akutttilbudet i Lofoten bør dagens plassering av ambulanshelikopter vurderes flyttet til Lofoten. Et grovt estimat for ny base basert på tidligere kostnadsberegninger med prisjustering er 120 millioner



## Internt dokument under arbeid 14.12.23

**Tabell 30.** Viser dagens ressurser, og behov for fremtidig økning av ambulanserbiler og personell i ulike alternativer

Ambulansestasjon	Dagens status	Økning nye biler	Økning	Lokaliteter	Økonomi
<i>Alternativ 1:</i>					
Gravdal	2 ambulanser i døgnerberedskap	1 ambulanser i døgnerberedskap	8 fulle stillinger	Ja, mest sannsynlig	2,4 mill.* 7,2 mill.** 20 mill.***
<b>Sum kompenserende tiltak</b>					<b>29,6 mill.</b>
<i>Alternativ 2:</i>					
Svolvær	2 ambulanser i døgnerberedskap				
Gravdal	2 ambulanser i døgnerberedskap	Ja, 2 ambulanser i døgnerberedskap	16 fulle stillinger	Ja, det bør bygges ny stasjon for 5 biler og personell	4,8 mill.* 14,4 mill.** 20 mill.***
Moskenes	1 ambulanse i døgnerberedskap				
<b>Sum kompenserende tiltak</b>					<b>39,2 mill.</b>

Kilde:

### Helgelandssykehuset

Bosetningen på Helgeland er spredt, og endring i akuttfunksjoner vil påvirke behovet for prehospitaltjenester. Responstidene er avhengig av ambulansetjenestens basestruktur og kapasitet, og er i utgangspunktet uavhengig av sykehusstruktur. Lengre transportvei til sykehus fører til behov for økt kapasitet i ambulansetjenesten i noen områder, avhengig av endelig plassering av sykehusfunksjonene. Prehospitaltjenester må tilpasses ny sykehusstruktur når denne er etablert (tabell 31).

**Tabell 31.** Kjøreavstand fra kommuner i nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset til de tre sykehusene på Mo, Mosjøen og Sandnessjøen. Kjøreavstand er målt fra kommunehus/rådhus til sykehus, raskeste vei. Ferge er inkludert i distanser merket med blått.

Tabell kommer

Kilde Google Maps

Antall distriktsmedisinske sentre (DMS), plassering av disse og tjenestetilbud vil påvirke behovet for ambulansetjenester. Med utgangspunkt i dagens situasjon, Brønnøysund DMS som er uten døgnerfunksjon fødestue, må begrensningene i dagens turnus tas hensyn til når ambulansebehovet vurderes. Dagens turnus, kombinerer aktiv og passiv vakt der ambulansepersonellet går av beredskap for 8 timers hvile etter 12 timers sammenhengende arbeid. Turnusen ved de mest belastede stasjonene kan vurderes å endres til 12 + 12 timer aktiv vakt, som vil kreve 2 ekstra ambulansarbeidere per bil. En slik turnus i utgangspunktet potensielt for å redusere antall bilambulanser. Potensialet vurderes imidlertid som ganske lite, fordi forekomsten av oppdrag gjennom døgnet er ujevn og risikoen for samtidighetskonflikter krever et visst antall biler.

Med ett sykehus i enten Mosjøen, Sandnessjøen eller Mo i Rana, bør ambulansetjenesten styrkes med totalt 5 – 6 bilambulanser. Med døgnberedskap gir dette behov for 8 ambulansemedarbeidere per. bil med samlet kostnad 36 – 43, 2 mill. per år i tillegg til investering på 2, 4 millioner kroner per bil (totalt 12 – 14, 4 mill.). Potensiale for at én eller flere ambulanser går fra døgn- til dagberedskap er sannsynlig. Det vil ikke være behov for å justere båtabmulansetjenesten. Noe mer bruk av luftambulanse kan forventes.

### 4.5.6 Oppsummering

Gode akuttmedisinske tjenester er en forutsetning for likeverdige helsetjenester for befolkningen, uansett hvor de bor. Ved omorganisering må prehospitale tjenester tilpasses og dimensjoneres riktig for å fortsatt sikre en sammenhengende akuttmedisinsk kjede. Omfanget av endringer i funksjons- og oppgavedeling innenfor akutt- og fødefunksjoner vil avgjøre behovet for å styrke de prehospitale tjenestene. I hovedsak vil endringer berøre antall ambulanserbiler, tilhørende vaktlag og eventuelt endringer i vaktturnus som må gjøres når gevinsten i endringene som foreslås blir beregnet.

Selv om værforholdene i Nord-Norge kan være krevende, blir få akutte luftambulanseoppdrag avvist eller avbrutt pga. vær. Viktigst å ta hensyn til når endringer vurderes ser derfor ut til å være omfanget av pasienter som må transporteres over lengre avstander for å få helsetilbudet de er i behov av. Ved endringer av akutfunksjoner ved Nordlandssykehuset Lofoten vil plasseringen av ambulanshelikopteret som i dag midlertidig er plassert i Harstad, i tillegg være aktuelt å vurdere, for å styrke luftambulansetilbudet i Lofoten.

## 4.6 Pasientreiser

På steder med lang reisevei til helsetjenester er pasientreiseordningen en forutsetning for likeverdige helsetjenester i Nord-Norge. Helseforetakene i Helse Nord har ansvaret for å bestille og gjennomføre rekvirerte pasientreiser, og har finansieringsansvaret for reiser til spesialisthelsetjeneste (sykehus og avtalespesialister), reiser til primærhelsetjeneste (fastlege, legevakt og fysioterapeut) og reiser til fylkeskommunale helsetjenester (kjevekirurg/tannhelsespesialist). Helseforetakene har via pasientreisereisekontorer ansvaret for bestilling og gjennomføring av rekvirerte pasientreiser.

Å reise med rekvisisjon betyr at pasientreisekontoret organiserer reisen for pasienten, og velger det transportmiddelet som er mest hensiktsmessig. Av utstedte rekvisisjoner utgjør pasientreiser til spesialisthelsetjenesten omtrent halvparten av reisene.

### 4.6.0 Utfordringsbildet

Avstander og begrenset tilgang til offentlig transport gjør pasientreiser utfordrende i Nord-Norge, og kan for eksempel gi vansker med å tilpasse reisen til pasientens tid for behandling og retur innen rimelig tid. Lange reiser kan medføre ekstra overnattinger, lang ventetid og utgifter for pasienter som bor langt fra tjenesten fordi kostnader til overnatting på hotell ikke dekkes fullt ut (sats i 2023 er kr. 655,- per døgn). Pasienter som må reise ofte beskriver fravær fra familie, skole og arbeid som en tilleggsbelastning.

Som en følge av de geografiske og demografiske forutsetningene bruker Helse Nord 1/3 av de totale pasientreisekostnadene i Norge. Regionens langstrakte geografi gir også sterk avhengighet av fly som framkomstmiddel. Helse Nord har 70% av landets pasientreiser med fly.

Helse Nord hadde i 2022 532 000 reiser med rekvisisjon (målt i antall rekvisisjoner), fordelt på 63 000 unike brukere. Selv om hovedregelen i pasientreiseforskriften er at pasientene ordner reisen selv og sender reiseregning, utgjør pasientreiser med rekvisisjon nesten halvparten av antall reiser og tre fjerdedeler av Helse Nord's kostnader til pasientreiseordningen. I alt 71 000 unike brukere fikk i tillegg refusjon for 590 000 reiser uten rekvisisjon.

**Tabell 32.** Volum av reiser med og uten rekvisisjon per helseforetak.

Sykehus	Reiser med rekvisisjon		Reiser uten rekvisisjon	
	Unike brukere	Antall reiser	Unike brukere	Antall reiser
Finmarkssykehuset	14 000	72 000	16 000	107 000
Universitetssykehuset Nord-Norge	23 000	181 000	26 000	233 000
Nordlandssykehuset	23 000	181 000	15 000	145 000
Helgelandssykehuset	10 000	98 000	13 000	105 000

Kilder: Radar, Pasientreisereis nasjonale portal for styringsinformasjon, rapportene «RMR 01 – Indikatorer og nøkkeltall» og «RUR 04 – Indikatorer og nøkkeltall», for region Helse Nord.

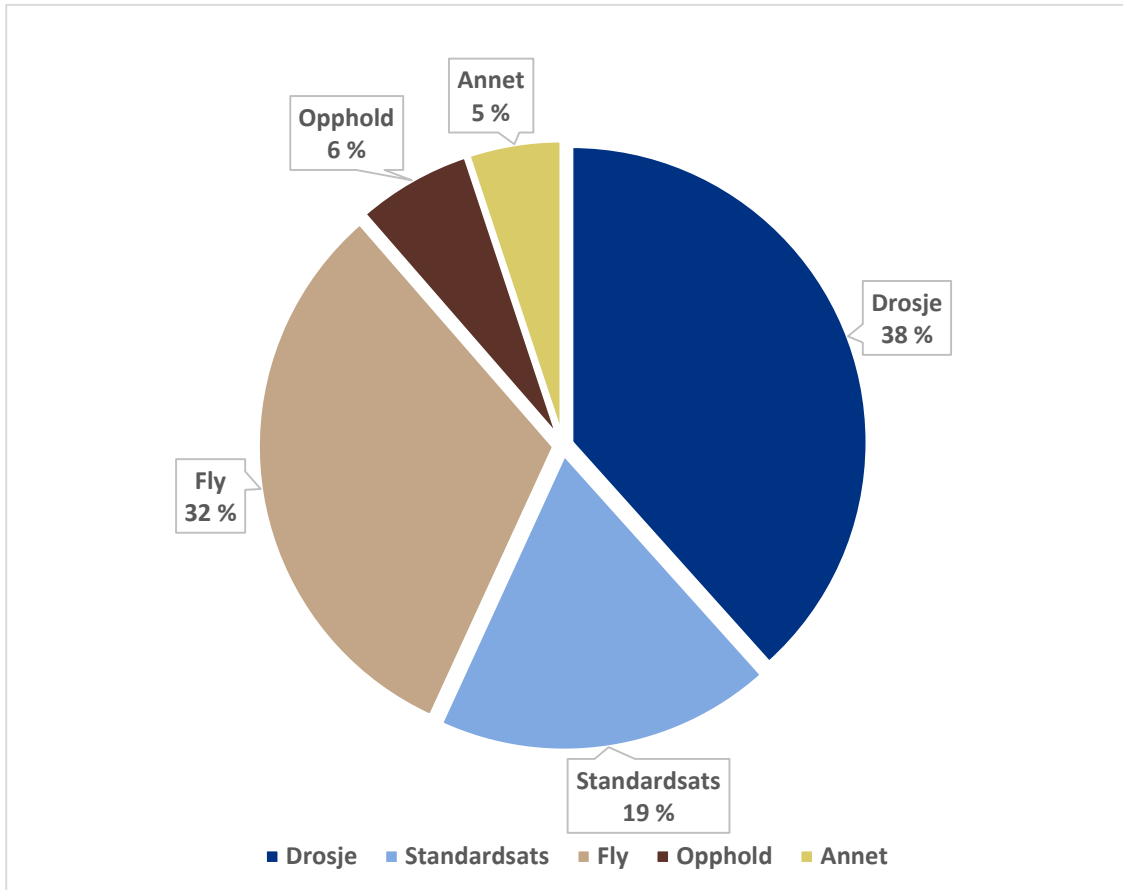
De fire helseforetakene har ulik profil i reisemønstre og transportløsninger som følge av ulik geografi og befolkningsgrunnlag. Finansiering av pasientreiser er en betydelig kostnad for særlig for Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset.

**Tabell 33.** Netto transportkostnad pasientreiser per foretak (fratrasket egenandel og frikort).

	Netto transportkostnad 2022	Andel av budsjetterte brutto driftskostnader for helseforetaket
Finmarkssykehuset	169 877 000	7 %
Universitetssykehuset Nord-Norge	161 552 000	2 %
Nordlandssykehuset	184 627 000	4 %
Helgelandssykehuset	112 066 000	5 %
<b>SUM</b>	<b>628 122 000</b>	

Kilde: Helse Nord's regnskapssystem.

Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset har mange pasientreiser med fly til sykehus i eget helseforetak, og Helgelandssykehuset til sykehuset i Bodø. Finnmarkssykehuset betaler mer enn 100 millioner kroner årlig for pasientreiser med fly. I UNNs lokalsykehusområde er situasjonen mer at pasientene reiser landeveis eller med båt. UNN betaler mer enn 100 millioner kroner årlig for pasientreiser med drosje.



**Figur 24.** Kostnadsfordeling reisekostnad pasientreiser i Helse Nord i 2022. Kilde Helse Nord RHF (det kommer tall i endelig rapport for «hittil i år» da 2022 fortsatt var preget av få flyavganger grunnet Covid)

UNN og Helgelandssykehuset har helseekspresser på strekningene Narvik – Tromsø og Brønnøysund – Mo i Rana. Nordlandssykehuset og UNN har flere strekninger med pasientekspresser, som er minibusser spesialtilpasset for pasienttransport. I tillegg har alle helseforetakene syke transportbiler som ivaretar transport av liggende pasienter uten behov for medisinsk tilsyn. Dette frigjør ressurser til beredskap i ambulansetjenesten. Øvrig tilrettelagt transport utføres i hovedsak med drosjer og turvogner med rammeavtaler med helseforetakene.

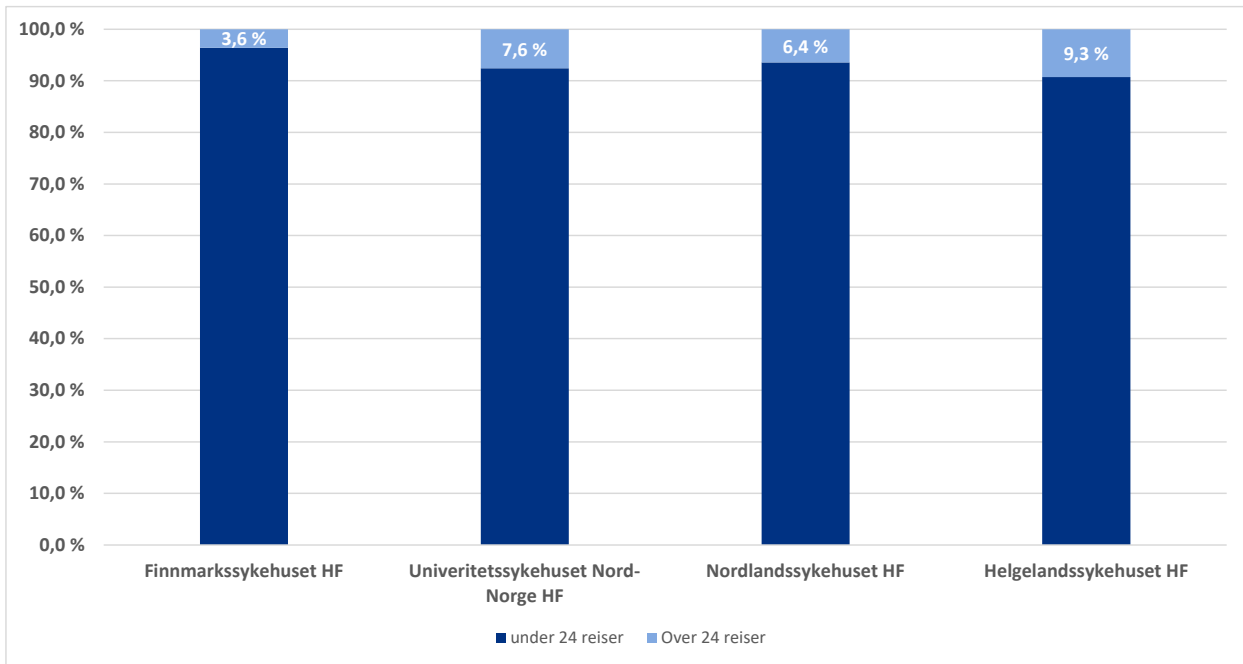
Helse Nord er en betydelig kunde på FOT-ruter i Nord-Norge, med et samlet årlig kjøp av flyreiser på 350 millioner kroner, der størstedelen er pasientreiser internt i Nord-Norge. Det er et mål at pasientene skal kunne reise frem og tilbake til sykehus i landsdelen samme dag. Flyprisene i Nord-Norge er høye, men fra 1. april 2024 halveres maksprisen på FOT-rutene og vil gi vesentlig kostnadsreduksjon for helseforetakene med mange flyreiser.

**Tabell 34.** Topp 10 flystrekninger for Helse Nord basert på antall billetter.

Tabell mangler

Kilde: Radar, Pasientreisere nasjonale portal for styringsinformasjon.

Over 55% av reisende med rekvisisjon er over 70 år. Videre vet vi at 7,25% av pasientene reiser over 24 ganger per år. Denne pasientgruppen utgjør 55% av alle rekvisisjoner.



**Figur 25.** Pasienter med mer enn 24 reiser per år per foretak i 2022. Kilde: Pasientreiser HF, basert på data fra Radar, Pasientreisere nasjonale portal for styringsinformasjon

#### 4.6.1 Oppsummering

Endringer i steder for utredning og behandling vil sannsynligvis ha betydning for forbruk av pasientreiser i årene framover. Andre forhold som vil påvirke omfang av pasientreiser er desentraliserte spesialisthelsetjenester, innføring av ny teknologi, digital samhandling og hjemmeoppfølging. Demografisk utvikling med flere eldre, retten til å velge behandlingssted, lengre transportavstander som følge av mer spesialisering og sentralisering av enkelte tjenester, trekker samtidig i retning av høyere forbruk av pasientreiser.

I Helse Nords videre arbeid med funksjons- og oppgavedeling vil følgende ha et særlig fokus:

- Pasientenes utgifter til overnatting
- Samordning av behandlingstidspunkt med tilgjengelig transporttilbud
- Tilrettelagte transportløsninger på strekninger med økt volum
- Tilpasset regelverk som i større grad prioriterer pasientene med størst behov for støtte og bistand ved reiser, inkludert lang reisevei, behov for tilrettelagt transport med videre.

#### 4.7 Konsekvenser for kommunale tjenester

Endringer i funksjon og oppgavedeling vil kunne ha betydning for kommunale helse- og omsorgstjenester, både med tanke på akuttfunksjoner og for samarbeid om pasienter med langvarige og sammensatte lidelser. Et hovedmål i Helse Nords arbeid med funksjons- og oppgavedeling er derfor å «Tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunene» (Styresak 11-2023).

#### 4.7.1 Utfordringsbilde

Gjennom dialogmøter med kommunene og i utredningsarbeidet går det frem at kommunene har mange av de samme utfordringene som spesialisthelsetjenesten. I alt 68 av regionens 80 kommuner gav innspill som beskriver at også kommunene har store rekrutteringsutfordringer (vedlegg 6), den demografiske utviklingen er krevende og avstandsulempene betydelige (vedlegg, [styresak 57-2023](#)).

En del av utfordringsbildet ved endringer av funksjon- og oppgaver i spesialisthelsetjenesten er nærhet til tjenestene ved tidskritiske hendelser. Endring i fordelingen av akuttfunksjoner mellom sykehus vil kunne øke behovet for å styrke den akuttmedisinske kjeden prehospitalt (vedlegg 2). En annen sentral del av utfordringsbildet med hensyn til samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er tilbudet til mennesker med kroniske og sammensatte sykdommer. Denne pasientgruppen er stormottakere og har behov for mange tjenester over tid (vedlegg 6). [Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023](#) (3) peker på at svikt i samhandlingen mellom helsepersonell fra ulike tjenester svekker tilbudet til pasientgruppen. En særlig utfordring i Nord-Norge er at vi har det største omfanget av pasienter vurdert som skrøpelige eldre i 2022 (n=13 291) sammenlignet med resten av landet (tabell 35). Et tredje felles utfordringsbilde omhandler den demografiske utviklingen i landsdelen.

**Tabell 35.** Andel skrøpelige eldre per opptaksområde i 2022.

Opptaksområde/RHF	Andel 75 år og eldre som er skrøpelig	Andel eldre svært dårlig funksjonsnivå
Helse Nord RHF:	30%	7.2 %
Finnmark	32%	7.8 %
Helgeland	28%	7.3 %
Nordland	29%	6.9 %
UNN	30%	7.2 %
Helse Midt-Norge RHF	29%	6.5 %
Helse Vest RHF	28%	6.6 %
Helse Sør-Øst RHF	26%	6.1 %
Hele Norge	27%	6.4 %

Kilde: KPR og SSB

Det er to hovedutfordringer med hensyn til samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (sykehusutvalget, ref): 1) kapasiteten mellom de to sektorene er ikke avstemt eller sees helhetlig og 2) riktig kompetanse settes ikke alltid inn til riktig tid, på riktig sted og med rett kompetanse. Medisinsk utvikling har også påvirket kommunale helsetjenester. Pasienter og brukere av kommunale helsetjenester har et mer komplekst sykdomsbilde nå enn tidligere og innbyggerens forventninger til oppfølging i egen kommune har økt. Ved desentrale spesialisthelsetjenester er mange kommunene er for presset til å klare å legge til rette for dette ved behov.

Manglende avstemming av tjenester mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kommer tydelig fram når en ser på antall utskrivningsklare pasienter i regionen. Samlet antall utskrivningsklare liggedøgn i Helse Nord var 11376 døgn i 2022. Det er grunn til å anta at denne utviklingen vil forverres med økende antall eldre om det ikke tas grep.



**Tabell 36.** Liggedøgn og antall opphold per pasient, skrøpelige eldre (2022).

Opptaksområde /RHF	Skrøpelige som har vært innlagt på sykehus	Liggedøgn skrøpelige eldre	Snitt liggedøgn skrøpelige som har vært innlagt	Antall inneliggende opphold for skrøpelige eldre	Snitt liggetid per opphold	Snitt antall opph. per pasient
Helse Nord:	6400	79 016	12	12 586	6.3	2.0
Finnmark	863	9697	11	1760	5.5	2.0
Helgeland	1147	14 967	13	2456	6.1	2.1
Nordland	1971	23 100	12	3961	5.8	2.0
UNN	2419	31 252	13	4409	7.1	1.8
Helse Midt-Norge	9312	104 992	11	18 341	5.7	2.0
Helse Vest	12 554	131 754	10	25 734	5.1	2.0
Helse Sør-Øst	32 988	318 267	10	64 358	4.9	2.0
Hele Norge	61 254	634 029	10	121 019	5.2	2.0

Kilde: Helse Nord RHF

Kommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp (KAD) kan bidra til å forhindre innleggelse i sykehus når dette ikke er nødvendig eller ønskelig (13). Det er et mål å spørre seg om behandlingen kunne vært gjort bedre hjemme hos pasienten eller et annet sted utenfor sykehus. Gjennom KAD får pasientene et tilbud nærmere hjemmet, kommunene involveres tidligere i pasientforløpet og behandling gis på best mulig effektive omsorgsnivå (BEON). En stor andel av innleggelsene i KAD-senger i Nord-Norge i 2022 viser at plassene ble benyttet av pasienter over 80 år. Arbeidsgruppen som har utredet samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten vurderer bruk av KAD/ØHD og sykestuesenger som en viktig del av løsningen for å sikre bærekraftige helse og omsorgstjenester i framtiden. Tilbudet må imidlertid tilpasses lokale forhold. I dag har 73 av 80 kommuner tilbud om øyeblikkelig hjelp døgn, men variasjonen mellom kommunene i bruk av plassene er betydelig (vedlegg 6).

Innen psykisk helsevern og TSB brukes kommunale øyeblikkelig hjelp-plasser i beskjedent omfang i Nord-Norge i dag (vedlegg 3). Tilbud om «Rask psykisk helsehjelp» er fraværende for innbyggerne i 67 av landsdelens 80 kommuner (vedlegg 2).

Fastlegen har en nøkkelrolle i oppfølging av pasienter med behov for samordnede og helhetlige tjenester. Fastlegen kjenner pasientene over tid og er den viktigste helseaktøren for de fleste med kronisk sykdom. Fastlegene har også en portvokterfunksjon og er sentrale for å sikre at de rette pasientene blir henvist videre til spesialisthelsetjenesten. Distriktslegekontorene i Helse Nord ivaretar en betydelig bredde i allmenntilleggsmedisinen, og søker å ivareta flest mulig av pasientene selv, for eksempel med telefonisk rådgivning fra spesialisthelsetjenesten. Fastlegetjenester er en knapphetsressurs på lik linje med andre helsetjenester. At fastlegene overtar «generalistoppgaver» fra spesialisthelsetjenesten gir kun økt bærekraft dersom sykehuset samtidig blir bedre i stand til å ivareta «spesialistoppgaver», eller at fastlegen kan gjøre oppgaven raskere eller bedre. Lav kapasitet i fastlegeordningen og høy turnover av (vikar)leger påvirker mulighetene for samhandling og koordinering negativt.

Innen rehabiliteringsområdet viser utredningsarbeidet at få kommuner i Nord-Norge har øremerkede senger til døgnrehabilitering (vedlegg 4). Kommunene har, i tråd med samhandlingsreformen, fått større ansvar for brukere med mer komplekse og sammensatte



tilstander, men tilbudet er ikke bygget opp i tilstrekkelig grad i mange kommuner i Nord-Norge. Korttidsavdelingene på sykehjemmene klarer ikke å imøtekomme nasjonale krav til rehabilitering i institusjon og lovpålagt kompetanse er vanskelig å rekruttere og beholde, for eksempel ergoterapeut, logoped og psykolog. De samme fagmiljøene må ivareta forebyggende helsearbeid, habilitering og rehabilitering i kommunene, og oppgavene har vokst utover de fagfolkene de klarer å rekruttere.

Tjenestene må i framtiden samarbeide om og planlegge bedre i fellesskap med hensyn til rehabilitering, oppfølging av skrøpelige eldre og mennesker med alvorlige psykiske lidelser.

### Variasjon i demografisk bærekraft

Nord-Norge har mange små kommuner, og befolkningen bor spredt. I alt 60 av 80 kommunene har færre enn 5 000 innbyggere. Små og usentrale kommuner utgjør 85 prosent av kommunene i Nord-Norge, og i dem bor 39 prosent av innbyggerne (9). Kun ni av kommunene i Nord-Norge hadde en befolkningsvekst fra 2019 til 2022.

Generalistkommuneutvalgets utredning

[Generalistkommunesystemet – likt ansvar – ulike forutsetninger](#) viser at jo færre innbyggere og mer

usentral kommunen er, jo lavere grad av lovoppfyllelse. Hovedårsaken ble beskrevet som mangel på kapasitet og kompetanse. De pekte på særskilte utfordringer i kommuner med store avstandsulemper, særlig i Nord-Norge. Utredningen pekte på den betydelige variasjonen i kommunenes demografiske bærekraft, det vil si kommunenes mulighet til å håndtere den demografiske utviklingen framover. Demografiske bærekraft ble vurdert ut fra fire indikatorer: fødselsoverskudd, nettoinnflytting, forsørgerindeks<sup>8</sup> og befolkningens utdanningsnivå. Kommunene i Nordland, Troms og Finnmark skårer i gjennomsnitt dårligst. I alt 15 av kommunene i Nordland ble vurdert å ha en skåre på 0.

### Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge varierer. Geografisk nærhet til spesialisthelsetjenesten har betydning for samarbeidet. I alt 14 av 80 kommuner er vertskommuner for lokalsykehus mens fire kommuner har distriktsmedisinske senter (DMS) i sin kommune. Distriktspsykiatriske sentre (DPS) finnes i 11 av kommunene i Nord-Norge. I tillegg har 15 av 18 kommuner i Finnmark sykestuesenger og det inngås avtaler om kjøp av tjenester på tvers av primær og spesialisthelsetjenesten for å møte befolkningens behov. Det er også etablert team på tvers av tjenestene for å sikre oppfølging av de fire prioriterte pasientgruppene. Et eksempel på dette er FACT/ACT. Andelen pasienter som mottok dette tilbudet i løpet av ett år etter utskriving (2020) i Norge, var lavest i Helse Nord

**Tabell 37.** Gjennomsnittlig demografisk bærekraft etter antall innbyggere.

Antall innbyggere	Demografisk bærekraft
50 000 innb. og over	3.8
Mellom 20 000 og 49 999 innb.	3.5
Mellom 10 000 og 19 999 innb.	2.8
Mellom 5 000 og 9 999 innb.	2.1
Mellom 2 000 og 4 999 innb.	1.3
Under 2 000 innb.	1.0
<b>I alt</b>	<b>2.0</b>

Kilde: Generalistkommuneutvalget (s. 135)

<sup>8</sup>Fødselsoverskudd er forholdet mellom antall fødte og antall døde. Nettoinnflytting er forholdet mellom antall personer som flytter inn til en kommune minus antall personer som flytter ut. Forsørgerindeks er forholdet mellom antall yrkesaktive i en kommune og andelen mennesker over 65 år.

(Helsedirektoratet, 2023). Det er i etterkant av dette bygget opp digitale FACT-team i Finnmark (vedlegg 6).

Kommunenes demografiske bærekraft virker inn på deres mulighet til å desentralisere oppgaver som i den medisinske utviklingen kan desentraliseres i større grad slik at innbyggerne kan få et tilbud. Dette er prosedyreavgrensede tilbud som vil kreve at kommunalt personell bistår, men at spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for tilbudet. Eksemplene er dialyse, tettere jordmorsamarbeid og følgetjenester, palliasjonstilbud, langvarige medikamentbehandlinger etc.

Distriktsmedisinske sentre (DMS) er en fellesarena for primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge. På disse sentrene er spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste samlokaliserte og gir innbyggerne helse- og omsorgstjenester med mål om å gi tilbudet nært der de bor. Spesialisthelsetjenesten har det faglige og økonomiske ansvar for de rene spesialisttjenestene som ambulerende spesialister/poliklinikk, røntgen, eventuelt dagkirurgi og dagbehandling. Kommunehelsetjenesten er på sin side ansvarlig for legevakt, legevaktsentral, sykehjem, legekantor og kontor for hjemmetjenesten.

Mye av den omfattende polikliniske virksomheten en finner ved poliklinikkene og dagavdelingene ved sykehusene kan utføres på DMS. Tjenestene kan utføres ved fysiske konsultasjoner eller på digitale plattformer.

**Tabell 38.** Aktivitet i DMSene i Nord-Norge.

DRG tjenestetype	Alta	Brønnøysund	Finnsnes	Storslett	Totalsum
Polikliniske konsultasjoner	11 270	1 848	1 279	711	15 108
Andre innleggelser uten overnatting og spesielle poliklin. tilbud	5 065	2 360	2 877	1 443	11 745
Ordinære innleggelser med overnatting	471	48	262	60	841
Dagkirurgi	355	5	-	1	361
Feilgruppering	24	5	-	-	29
<b>Totalsum</b>	<b>17 185</b>	<b>4 266</b>	<b>4 418</b>	<b>2 215</b>	<b>28 084</b>

Kilde: NIMES uttrekk til HN LIS

Et DMS kan også være en base for akutt behandling av mer tidskritiske tilstander som hjerteinfarkt, blodforgiftning og hjerneslag. Digital teknologi gjør det mulig å fjernstyre lokale CT-maskiner fra sykehus og gjennomføre akutt behandling av hjerneslag i samarbeid med lokalt helsepersonell før videre transport til en spesialavdeling. Det er betydelig variasjon i aktivitet mellom DMSene i regionen både med hensyn til bemanning, ambulering, faglig bredde, tilgjengelig areal mv. Gjennom kartleggingen har det ikke latt seg gjøre å kvantifisere antallet medarbeidere ved DMS Nord- og Midt-Troms, da medarbeiderne er tilsatt i kommunene.

#### 4.7.2 Oppsummering

Sykehusutvalget (14) peker på god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse og omsorgstjenesten som avgjørende for muligheten til å opprettholde og videreutvikle en sterk offentlig finansiert helsetjeneste. Velfungerende kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegeordningen er sentrale forutsetninger for at

spesialisthelsetjenesten skal kunne fungere. På sammen måte vil en godt fungerende spesialisthelsetjeneste bistå og understøtter kommunehelsetjenesten ved behov, og bidra til at pasienten kan motta behandling på best effektive omsorgsnivå (BEON).

Helse Nords utredningsarbeid har sett på flere områder som kan bidra til at tjenestene tilpasses hverandre bedre:

- Omfang av prehospitale tjenester
- Økt desentralt poliklinisk tilbud innen psykisk helsevern, inkludert oppbygging av ambulante team
- Økt bruk av teknologi og digitale løsninger i samarbeidet mellom primær og spesialisthelsetjenesten, både ved deling av kompetanse og pasientbehandling
- Mer bruk av desentrale spesialisthelsetjenester i nært samarbeid med kommunene
- Felles pasientsentrerte tilbud til mennesker med langvarige og sammensatte lidelser
- Ulike modeller/utviklingsområder for samordning av døgntilbud, inkludert økt utrednings- og kompetansestøtte ved bruk av akutte kommunale døgntilbud
- Oppgavedeling og delte stillinger
- Felles satsninger på teknologi, utdanning/rekruttering/beholde personell samt befolkningsrettede tiltak for å øke helsekompetansen
- Bedre samhandling og felles planlegging gjennom Helsefellesskapene

Noen av disse områdene bør utredes ytterligere. Andre er klare for innføring. Myndighetene ser etter løsninger og insentiver som kan gi grunnlag for økt samordning mellom kommuner og mellom kommuner og sykehus, både juridisk og økonomisk. Et eksempel på dette er frikommuneprosjektene<sup>9</sup> som er i en første utprøvningsfase og gjennom tett dialog kan legge til rette for bedre samordning. I det videre arbeidet med bedre samarbeid med kommunene bør den betydelige forskjellen i kommunenes demografiske bærekraft, avstand til tjenester, tilgang på helsepersonell og økonomi inngå i planleggingen.

### 4.8 Tilgang til IKT og teknologi

Helsepersonellkommisjonen (1) har pekt på behovet for digitalisering og teknologisk utvikling i helse- og omsorgstjenesten. Helse Nords digitale strategi for 2038 ([styresak 39-2023](#)) peker på at vi må (...) *tenke nye måter å levere tjenestene til befolkningen på, hvordan vi skal planlegge fremover med organisasjonsutvikling og ledelse, hvordan vi skal dele informasjon og samhandle med andre offentlige aktører og hvordan vi skal prioritere bruken av ressurser fremover* (side 2). Fragmenterte digitale løsninger bidrar til at de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten blir dårlig utnyttet og kan ha konsekvenser for pasientsikkerheten. Eksempel på utfordringer er:

- Pasienter og pårørende blir formidlere av sin egen helseinformasjon mellom ulike helseinstitusjoner, og mangler digitale verktøy for medvirkning.
- Helsepersonell må bruke tid på å innhente pasientinformasjon, og veksle mellom flere systemer for å få komplett oversikt.

---

<sup>9</sup> <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/regjeringa-inviterer-kommunar-til-a-delta-i-frikommuneforsok/id2976017/>

- Dobbelregistrering og overføring av informasjon manuelt
- Regelverk og kompleksitet i kliniske IKT-systemene fører til et gap mellom helsepersonellets forventninger og det som er dagens brukervennlighet i systemene.
- Digitale systemer har ulike grensesnitt

Helse Nord RHF har de siste 12 årene investert betydelig for å samle og modernisere IKT infrastruktur og -systemporteføljen. De største og viktigste kliniske og administrative systemene er felles for alle foretak, og åpner for at fagmiljøene i langt større grad kan samarbeide på tvers av foretaksgrensene. Innføring av data- og dokumentdeling mellom sykehus, pasient og kommunale helsetjenester åpner for nye måter å samhandle på. Digital hjemmeoppfølging (DHO) er på full fart inn i tjenesten, og legger til rette for at enkelte pasientgrupper i langt større grad enn nå vil kunne få oppfølging hjemmefra.

For medarbeiderne er det nødvendig å få til «et brukervennlighetsløft». Selv om den digitale grunnmuren er på plass, gjør regelverk og kompleksitet i de kliniske IKT-systemene at gapet øker mellom helsepersonellets forventninger og det som er dagens brukervennlighet i systemene. Helse Nord iverksetter derfor planlegging og organisering av et systematisk, målrettet og klinikknært arbeid med:

- Bedre samhandling mellom de største kliniske systemene
- Bruk av mobile enheter i klinisk arbeid
- Videreutvikling av journalsystemet for mer gjenbruk av data

Helse Nords satsning på digitalisering og IKT er forankret i nasjonale strategier, og regionenes [Felles plan for IKT-utvikling og digitalisering](#). Denne er i tråd med Regjeringens helhetlig digitaliseringspolitikk. I tillegg foreligger [oppdatert nasjonal e-helsestrategi](#) og [målbilde for digitalisering av helse- og omsorgssektoren](#), begge fra 2023. Viktige nasjonale program for å bedre digital samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og for å involvere pasientene er Program Digital samhandling (PDS) og Pasientens legemiddelliste (PLL).

Helse Nords prosjekt «Digitale innbygger- og samhandlingstjenester» (DIS) bidrar til at regionen er langt framme i å utvikle og ta i bruk tjenester som involverer fastleger, kommuner og pasientene. DIS går nå inn i en fase hvor det skal innføres nye tjenester på to områder:

- Sammenhengende pasientforløp på tvers av helsetjenesten
- Effektive pasientforløp i sykehus

Nåværende utfordringer med rekruttering, og fremtidig befolkningsutvikling gjør at vi må prioritere tiltak hvor en med minst mulig ressursbruk oppnår større grad av digital samhandling både med pasienter og mellom behandlingsnivåene. Samtidig kreves det at regionen klarer å ta i bruk kunstig intelligens i flere ledd i behandlingsskjeden - fra diagnostikk til overvåkning og oppfølging etter endt behandling.

### 4.8.1 Oppsummering

Effektiv bruk av helsepersonellets tid og ressurser krever teknologiske løsninger for brukervennlig, integrert pasientinformasjon og koordinerte behandlingsforløp. Modernisering av de kliniske IKT-systemene bidrar til bedre kvalitet og redusert risiko for uønskede hendelser i pasientbehandlingen. Moderniseringen har også lagt til rette for nye

samhandlingsformer, både internt og eksternt. Økt bruk av teknologi kan bidra til å flytte behandling så nær pasienten som mulig. Større grad av digitalisering kan bidra til mer egenmestring gjennom velferdsteknologi, stedsuavhengige tjenester, bedre samhandling på tvers av tjenester, mer effektive arbeidsprosesser og sikker drift. Behovet for innovative tjenesteleveranser, planlegging, utvikling, og effektiv ressursbruk fremheves i Helse Nords digitale strategi. Utvikling av teknologi og nye digitale løsninger er et prioritert område i alle helseregioner.

Tjenestene som utvikles og settes i drift vil bidra til mer sammenhengende og effektive pasientforløp. Summen av Helse Nord RHF's planer for digitalisering og IKT legger godt til rette for tiltakene som er forslått om ny funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.

### 4.9 Samfunnssikkerhet og beredskap

Spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge er en del av Norges totalforsvar. Nord-Norge og Svalbard er strategisk viktige områder både for regjeringen og forsvaret. Samfunnssikkerhet og beredskap handler om samfunnets evne til å verne seg mot, og håndtere, hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner, og som setter liv og helse i fare. Helseberedskapen skal bidra til at befolkningen kan tilbys nødvendig helsehjelp og sosiale tjenester ved kriser og katastrofer i fredstid og krig. Helseberedskapen skal bygge på den daglige driften i den sivile helsetjenesten, både spesialist- og kommunehelsetjenesten.

#### Utfordringsbildet

Norge har et stadig mer skjerpet og komplekst utfordringsbilde med tanke på samfunnssikkerhet og beredskap, blant annet:

- En alvorlig sikkerhetspolitisk situasjon med krig i Europa
- Økt trusselbilde mot kritisk infrastruktur, og større risiko for sammenfallende hendelser
- Økt risiko for cyberangrep og spredning av desinformasjon
- Økt intensitet og hyppighet av ekstremvær som følge av klimaendringer
- Forsyningssikkerheten til sykehusene som utfordres ved globale hendelser
- Negativ demografisk utvikling, inkludert fraflytting
- Økt risiko for atomhendelser

[Totalberedskapskommisjonen](#) (15) skriver i sin rapport «Nå er det alvor -Rustet for en usikker fremtid» at:

*«Utfordringsbildet i nord skiller seg ut sammenliknet med andre deler av landet. Været er dårligere og farligere og klimaendringene merkes raskere og tydeligere i polare strøk. I tillegg er avstandene lengre og befolkningen bor mer spredt, med en krevende demografisk utvikling flere steder som preges av aldring, sentralisering og fraflytting. Dette gjør at det ofte er langt til nærmeste hjelpende nabo. Et annet særtrekk med nordområdene er naboskapet med Russland og den sikkerhetspolitiske betydningen som regionen har».*



Nord-Norge har betydelige utfordringer grunnet dårlig vær, lange avstander og et sårbart veinett. Regionen er avhengig av flytransport for å frakte både pasienter, personell, medisinsk utstyr og legemidler. En særlig utfordring på Svalbard er forsyningssikkerheten med hensyn til vann, energiforsyning og elektronisk kommunikasjon.

Forsvaret i Nord-Norge har et stort avtrykk fra Hæren der allierte treninger med store og små øvelser involverer mange soldater. Spesialisthelsetjenesten har gjennom i NATO og vertsnasjonsstøtte ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester ved behov. Helse Nord og Forsvaret utvikler nå operative beredskapsplaner seg imellom. Totalberedskapskommisjon er også tydelig på at vi har en samlet helsetjeneste og at forsvarets aktivitet sammen med den sikkerhetspolitiske utviklingen kan få konsekvenser for det sivile helsetjenestetilbudet. I en slik sammenheng er det infrastrukturen, det vil si arealer, medisinsk-teknisk utstyr med mer., som er av betydning og ikke hvilke funksjoner sykehusene innehar i normalsituasjonen.

[Helseberedskapsmeldingen](#) «En motstandsdyktig helseberedskap — Fra pandemi til krig i Europa» (16) påpeker blant annet at den strategiske betydningen av nordområdene øker. Helse Nord må ha planer for innsatsfaktorer og kritisk infrastruktur som personell, legemidler, medisinsk utstyr, IKT/EKOM-tjenester, mat, vann- og strømforsyning for å yte tjenesten til daglig og i kriser. Å dimensjonere helseberedskapen er i all hovedsak et politisk spørsmål om risikoaksept og prioritering av ressurser.

Verken sanitetens eller helsevesenets samlede ressurser er dimensjonert for å håndtere pasientvolumene ved større nasjonale kriser eller krig, og Totalberedskapskommisjonen fremhever helseberedskapen som en sårbarhet i totalforsvaret som særlig vil kreve oppmerksomhet. Ved slike situasjoner blir det derfor nødvendig med samhandling regionalt og interregionalt for å dekke behovene som oppstår.

Helseberedskapen i Helse Nord har i all hovedsak vært robust i kriser som har truffet regionen så langt. Pandemien viste likevel avhengighet av innleid helsepersonell, som ble utfordrende når grensene stengte. Regionen er ikke tilstrekkelig robust med tanke på egen personelltilgang for å kunne håndtere større, grensekryssende kriser eller krig, spesielt ved samtidighet. Forsyningssikkerheten ble også utfordret under pandemien og er sårbar i globale hendelser.

### 4.9.1 Oppsummering

Helseberedskapsloven krever at Helse Nord skal kunne fortsette driften, og om nødvendig, legge den om å utvide kapasiteten under krig, og ved kriser og katastrofer i fredstid. Følgende momenter vil derfor inngå i vurderingen av spesialisthelsetjenestens rolle som del av helseberedskapen:

- *Organisatorisk fleksibilitet.* Spesialisthelsetjenesten må kunne håndtere ulike scenarioer, herunder omdisponering og økning av antall senger, personell og arealer, samt fleksibilitet vedrørende bruk av personell og kompetanse.
- *Tilgang på personell med riktig kompetanse.* Det må tilrettelegges for at kunnskap og kompetanse vedlikeholdes og brukes riktig, herunder tilstrekkelig tilgang på personell med riktig kompetanse. Kompetanse er viktigere enn profesjon i kriser. Reservepersonell som kan mobiliseres i kriser er viktig.

- Evne til *større pasientflyt* mellom sykehus og regioner
- *Evne til prioritering og omstilling*. Langvarige kriser skaper behov for å prioritere, planlegge og tilpasse rammer.
- *Samhandling på tvers av tjenestenivåer og sektorer*. Det må tilrettelegges for samarbeid mellom sykehus og kommuner, helseforetak, helseregioner, samt med Forsvaret og andre samvirkeaktører
- *Robust infrastruktur*. Motstandsdyktighet når det gjelder å tåle påkjenninger ved reduksjon eller bortfall av elektronisk kommunikasjon, strøm, vann, drivstoff, forsyning av kritiske varer.

## 5 Økonomiske beregninger

### 5.1 Nå-situasjonen (0-alternativet)

Helse Nord er i en alvorlig økonomisk situasjon med store budsjettavvik, som har ført til utsettelse av nødvendige investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr. Planlagt omstilling innenfor nåværende struktur har i 2023 hatt om lag 25 prosent av planlagt effekt. De økonomiske anslagene tilsier at situasjonen kommer til å forverres. Det vil kreve en vesentlig omstilling av driften i helseforetakene i Helse Nord

I vurdering av omstillingsbehovet for å sikre bærekraftig økonomi, må det tas hensyn til flere momenter som omtales under.

#### 5.1.1 Fremtidige kostnader knyttet til pågående investeringer

I løpet av 2024 vil byggeprosjektene i Narvik og Hammerfest ferdigstilles. Samlet utgjør disse investeringene om lag 5,1 mrd. kroner og den årlige effekten på driftskostnader estimeres til:

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| • Økte årlige avskrivninger    | 194 mill. kr  |
| • Økte rentekostnader          | 89 mill. kr   |
| • Forventede effektiviseringer | - 70 mill. kr (som følge av nye Narvik og Hammerfest) |
| • Margin hensyntatt i ØLP      | - 30 mill. kr (reserver knyttet til nye Hammerfest)   |

Samlet innebærer dette økte årlige kostnader fra 2025 på 183 mill. kr per år som øker omstillingsbehovet for Finnmarkssykehuset og UNN.

På beslutningstidspunkt for gjennomføring av investeringer, var det i tillegg forutsatt at både Finnmarkssykehuset og UNN skal ha effekt av andre interne omstillingstiltak før kostnadene til de nye byggene får effekt.

#### 5.1.2 Økte kostnader knyttet til investeringsbehov

Dersom det skal være mulig å løse deler av de behovene for investering som Helse Nord har, bør den økonomiske rammen for årlige investeringer økes til et årlig nivå som er om lag 1 mrd. kroner høyere enn 2024-2027-nivået. Dette tilsier økning i årlige kostnader som beskrevet i tabell 39.

**Tabell 39.** Økning i årlige kostnader 2024-27 knyttet til investeringsbehov



	2024	2025	2026	2027
Avskrivninger	-	50	100	150
Økte rentekostnader	-	17	49	80
Sum økte kostnader	-	67	149	230

Kilde: Helse Nord RHF

### 5.1.3 Utvikling nasjonal inntektsmodell

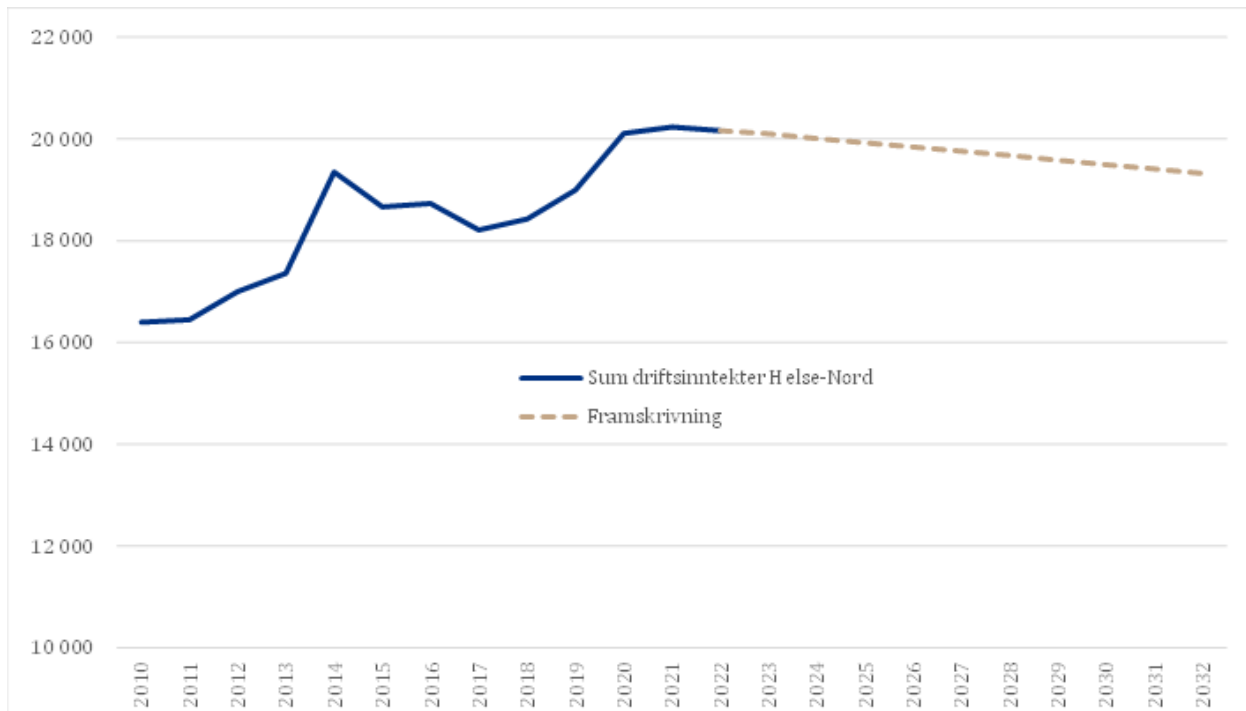
Befolkningsutviklingen har endret seg etter at NOU 2019: 24 «[Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak](#)» ble utarbeidet. Fra at befolkningen i Norge-Norge har hatt en lavere vekst enn de andre regionene, har det de siste årene vært en reell nedgang i folketallet. Samtidig har det vært en befolkningsvekst i de andre regionene. Dette betyr at Nord-Norges andel av den totale befolkningen i Norge er blitt redusert. Da antall innbyggere er en viktig faktor i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen, har dette har gitt en svært negativ effekt på inntekten til Helse Nord.

Anslagene for befolkningsutvikling tilsier at den negative trenden ikke kommer til å snu. Det betyr at Helse Nord må ta høyde for årlig trekk i den økonomiske rammen som tilsvarer ca. 150 mill. kroner år. Reduksjonen i den økonomiske rammen til Helse Nord vil da få følgende summerte utvikling:

- For 2024 141 mill. kr
- For 2025 291 mill. kr
- For 2026 450 mill. kr
- For 2027 600 mill. kr

Figur 26 viser utviklingen i Helse Nord's inntekter (i milliarder kroner) fra 2010 til 2022 og videre framskrivningen av videre utvikling fram mot 2032. Som figuren viser vil befolkningsutviklingen alene føre til at Helse Nord får en betydelig strammer økonomisk ramme fram mot 2032. Når vi får mindre penger å fordele, må det omstilles ytterligere i helseforetakene for å drifte innenfor budsjett. Når vi ser på hvilke tiltak som det er mulig å gjøre innenfor utredningen av funksjons- og oppgavedeling, er det ikke mulig å opprettholde det samlede tjenestetilbudet slik som i dag.

Områder for ytterligere omstilling utover det som er beskrevet i den helhetlige planen omtales kort i kapittel 7. Det blir viktig å komme raskt i gang med arbeid knyttet til disse områdene.



**Figur 26.** Utviklingen av Helse Nord's inntekter 2010-22, i milliarder kroner. Framskrivning av inntektene i 2032 er basert på simulering fra Statistisk Sentralbyrås hovedscenario for befolkningsutviklingen. Kilde: Helse Nord RHF

### 5.1.4 Rekruttering og stabilisering

I behandlingen av statsbudsjettet for 2024 er Helse Nord tildelt økt ramme til rekruttering og stabilisering med 200 mill. kroner. Det er også satt av en bevilgning på 40 mill. kroner som vil benyttes i dialog med kommunene. Disponeringen av disse midlene vil bli håndtert i budsjettjusteringssaker våren 2024. I framskrivningen (tabell 40) legges det til grunn at disse beløpene benyttes til rekruttering og stabilisering på en slik måte at lønns- og innleiekostnadene ikke øker fremover.

### 5.1.5 Behov for økt vedlikehold bygg

Som følge av nedprioritering av vedlikehold over lang tid, har alle helseforetakene i Helse Nord pådratt seg et økende vedlikeholdsetterslep. Dette til tross for at det er investert > 10 milliarder i nye bygg de siste 12 år. Det betyr at vi har mange bygg og arealer som ikke holder en tilfredsstillende standard for en mest mulig effektiv drift. Det anbefales å prioritere ca. 350 kr/m<sup>2</sup> til vedlikehold, mens dagens vedlikeholdsnivå tilsvarer ca. 120 kr/m<sup>2</sup>. Bygningsmassen i Helse Nord utgjør ca. 620.000 m<sup>2</sup> og er fordelt slik tabell 39 viser.

**Tabell 39.** Bygningsmasse (kvadratmeter) i Helse Nord fordelt per helseforetak

Helseforetak	Bygningsmasse (m <sup>2</sup> )
Finnmarkssykehuset	80 000
Universitetssykehuset i Nord-Norge	300 000
Nordlandssykehuset	184 000
Helgelandssykehuset	58 000

<b>Total bygningsmasse i Helse Nord</b>	<b>622 000</b>
---	----------------

Kilde: Helse Nord RHF

For å unngå ytterligere forverring av bygningsmassen med forringelse av verdier, bør vedlikeholdsbudsjettene økes vesentlig de nærmeste årene. For å ivareta eksisterende bygningsmasse, og fornye medisinteknisk utstyr slik Riksrevisjonen har påpekt, er det behov for å prioritere 143 mill. kr (350-120 kr/m<sup>2</sup> \* 620.000 m<sup>2</sup>) ekstra til vedlikehold hvert år fremover.

### 5.1.6 Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon (0-alternativet)

Tabell 40 viser en samlet oversikt over de beskrevne forholdene i dagens situasjon. Summeringen i tabellen gir en beskrivelse av behovet for omstilling og/eller behov for en økning i økonomisk ramme for at dagens organisering skal være bærekraftig. Erfaringsmessig har evnen til å gjennomføre årlig omstilling for foretaksgruppen ikke vært i denne størrelsesorden.

**Tabell 40.** Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon framskrevet til og med 2027

	Estimat 2023	2024	2025	2026	2027
Inntekt 2023	22 394	22 394	22 394	22 394	22 394
Forventet realvekst akkumulert 1,0 % pr år		160	320	480	640
Forventet trekk nasjonal innt. modell		(141)	(290)	(450)	(600)
Rekrutteringstilskudd forlik statsbudsjett		200	200	200	200
Rekrutterings- og samhandlingstilskudd		40	40	40	40
<b>Sum inntekt</b>	<b>22 394</b>	<b>22 653</b>	<b>22 664</b>	<b>22 664</b>	<b>22 674</b>
Varekostnader	2 211	2 211	2 211	2 211	2 211
Kjøp av helsetjenester	2 637	2 637	2 637	2 637	2 637
Innleid arbeidskraft	449	449	449	449	449
Lønn	13 321	13 321	13 321	13 321	13 321
Rekruttering og stabilisering		200	200	200	200
Rekruttering og samhandling med kommuner		40	40	40	40
Andre driftskostnader	2 100	2 100	2 100	2 100	2 100
Helse Nord IKT	929	1 047	1 121	1 186	1 230
Realvekst til å dekke økte behov i HF-ene		50	100	150	200
Økt ramme vedlikehold bygg		-	70	143	143
Estimert effektivisering Hammerfest og Narvik		-	(100)	(100)	(100)
Sum driftskostnader	21 647	22 055	22 149	22 337	22 431
Avskrivninger, eksisterende anleggsmidler	1 023	1 073	1 062	966	913
Avskrivninger nye investeringer		-	244	294	344
<b>Driftsresultat</b>	<b>(276)</b>	<b>(505)</b>	<b>(822)</b>	<b>(964)</b>	<b>(1 045)</b>
Finans					
Netto finans grunnlag	(34)	(34)	(34)	(34)	(34)
Økte finanskostnader		-	(90)	(195)	(224)
Netto finansposter	(34)	(34)	(124)	(229)	(258)
<b>Resultat før tiltak</b>	<b>(310)</b>	<b>(539)</b>	<b>(946)</b>	<b>(1 193)</b>	<b>(1 304)</b>

Kilde: Helse Nord RHF

## 5.2 Effekt av anbefalte tiltak i funksjons- og oppgavedeling

Endringene i funksjons- og oppgavedeling som anbefales for psykisk helsevern og TSB innebærer i stort en omdisponering av midler som allerede i dag benyttes innenfor

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

fagområdet. Samlet behov for bemanning endres liten grad. Styrkning av poliklinikk og sykehusfunksjoner, samt investeringer skal finansieres ved avvikling av distriktpspsykiatriske sentre, redusert kostnader til HELFO og redusert kjøp fra private leverandører.

For somatikk er det av arbeidsgruppen vurdert 2 alternativer. I tillegg er det for overordnet ROS-analyse vurdert et tredje alternativ: en hybridløsning som innebærer alternativ 1 for Nordlandssykehuset og UNN kombinert med alternativ 2 for Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Samlet effekt på bemanning og kostnader er beregnet for alle tre alternativene og presenteres i tabell 41.

**Tabell 41.** Samlet effekt på bemanning og økonomi for de tre ulike alternativene foreslått for akutte og planlagte funksjoner i somatikk. Bemanning er angitt i personer og kostnader i millioner

	Alternativ 1	Alternativ 2	Hybrid 1/2
Redusert behov for bemanning	-86	-229	-136
Økt behov for bemanning prehospitalt	22	50	28
Netto effekt bemanning	-64	-179	-108
<b>Samlet effekt somatikk</b>	<b>2024</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>
Reduserte kostnader bemanning	-98	-242	-148
Reduserte kostnader bemanning indirekte	0	-39	0
Reduserte kostnader bygg	-4	-11	-11
Refuserte kostnader fristbrudd	-20	-20	-20
Økte kostnader prehospitalt	28	61	35
Økte kostnader pasienttransport	15	50	30
Endring inntekter	-5	-5	-5
Netto resultateffekt endringer	-84	-206	-119

Kilde: Helse Nord RHF

Som tabellen viser har endringene i alternativ 2 størst effekt både på bemanning og kostnader, mens alternativ 1 har minst effekt.

Investeringskostnader vil beregnes i et eget vedlegg til helhetlig plan

## 6 Risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse)

### 6.1 Innledning

En risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) er 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 før de inntreffer. En ROS-analyse bidrar til oversikt over hva som kan gå galt ved ulike alternativer

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. Det foreslås risikoreducerende tiltak for alternativer der risikoen er vurder høy (rød).

Når ROS-analysen leses er det viktig å være oppmerksom på at ROS-analysen er en skjønsmessig vurdering gjort av deltakerne i analysen (vedlegg 1). ROS-analysen er gjort på et overordnet nivå og hele regionen er vurdert under ett. For mange av de identifiserte risikoene er det slik at både sannsynlighet og konsekvens naturlig varierer med geografi, foretak, sykehus, pasientgruppe eller funksjon. Det er forsøkt å vurdere sannsynlighet og konsekvens ut fra et overordnet gjennomsnitt for regionen.

### 6.2 Risikoområder og kritiske suksessfaktorer

Et risikoområde er et bestemt aspekt eller et definert område hvor det er potensiale for risiko eller sårbarhet. Innenfor hvert risikoområde er potensialet for uønskede hendelser, tap eller skade analysert og vurdert ut fra en rekke suksesskriterier. Følgende risikoområder er vurdert i den overordnede ROS-analysen:

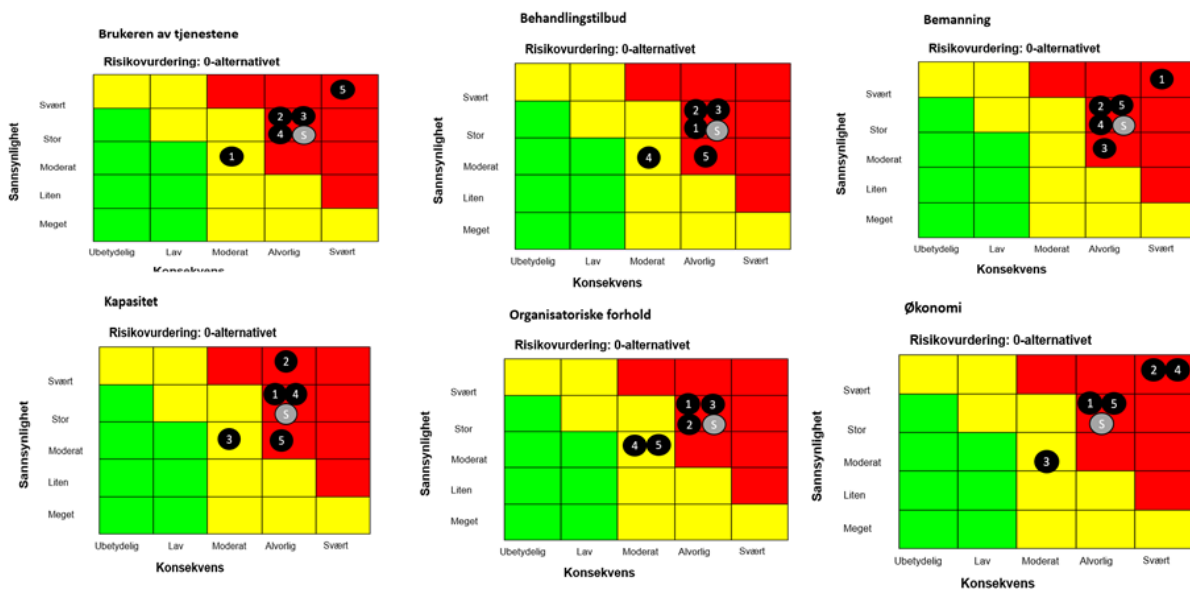
- Behandlingstilbud
- Bemanning
- Brukeren av tjenestene
- Kapasitet
- Organisatoriske forhold
- Samfunnssikkerhet og beredskap
- Økonomi

De kritiske suksesskriteriene for hvert risikoområde ble definert med utgangspunkt i Helse Nord RHF's sørge-for-ansvar samt overordnede mål for utredningen av funksjons- og oppgavedeling. De kritiske suksessfaktorene ble benyttet for å konkretisere og identifisere hva som må oppnås for at endringer i funksjons- og oppgavedeling skal ansees som vellykket og at overordnede mål er oppnådd. I tillegg ble de brukt til å avdekke potensielle risikoer og sårbarheter som kan forhindre en vellykket omstilling. Til sammen ble 34 suksessfaktorer fordelt på de syv risikoområdene vurdert i den overordnede ROS-analysen (vedlegg 1).

## 6.3 Resultater

### 6.3.1 Dagens situasjon (0-alternativet)

For helhetlig plan er det ikke gjort en ny risiko- og sårbarhetsanalyse av dagens situasjon (0-alternativet), da situasjonen ikke er endret siden arbeidsgruppene gjennomførte ROS-analysen i arbeidet med delrapportene (for en oppsummering, se vedlegg 1. Vurderte risikoområder (figur 27) viser gjennomsnittlig risikonivå for hvert risikoområde per arbeidsgruppe (svarte sirkler) og gjennomsnittlig risikonivå for området på tvers av arbeidsgruppene (grå sirkler).



**Figur 27.** Oppsummering av risikovurdering gjort av nå-situasjonen (0-alternativet) i de fem arbeidsgruppene. Risikodiagrammet for hver av de seks risikoområdene viser risikonivået per arbeidsgruppe (1-5) og gjennomsnittlig risikonivå på tvers av arbeidsgruppene (S). Kilde Delrapportene til arbeidsgruppe 1-5 og Deloitte

Oppsummerte resultater viser at samtlige seks risikoområder uttrykt gjennom gjennomsnittlige risikonivå på tvers av arbeidsgruppene har en høy risiko (rød) i dagens situasjon.

### 6.3.2 Ny organisering av funksjoner og oppgaver

Risiko- og sårbarhetsanalysen er gjort på et overordnet nivå hvor hele regionen er sett under ett. Under innledningen av risiko- og sårbarhetsanalysen ble det gjort avklaringer rundt hvilke foreslåtte tiltak som skulle ROS-analyses, og hvilke tiltak der det ikke var behov for ny ROS-analyse. For samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten, diagnostiske funksjoner og rehabilitering ble det etter innledende dialog blant deltakerne, bestemt at det ikke var behov for å gjøre nye risiko- og sårbarhetsanalyser. Bakgrunnen for beslutningen var at risikofaktorene allerede var belyst (vedlegg 4-6). I dialogen om dette ble følgende momenter drøftet:

- *Samorganisering av primær- og spesialisthelsetjenesten*  
Mulighetsrom og risiko ved overordnede modeller for samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ble utforsket i innledende ROS-analyse. Ved utprøving av en modell i et gitt geografisk område vil det være aktuelt med nye ROS-analyser, da med deltakere og datagrunnlag fra aktuelle HF og kommuner.

- *Diagnostiske funksjoner*

Det ble diskutert hvordan regionen skal få nok effekt av tiltakene i samarbeidsmodellen, da flere av tiltakene har vært prøvd ut tidligere. Det var en tydelig tilbakemelding om at helseforetakene måtte ansvarliggjøres for å få modellen til å fungere etter hensikten. De var også opptatt av grad av forpliktelse i formaliserte avtaler og hvordan det formelle samarbeidsorganet etter etablering skulle ledes og styres.

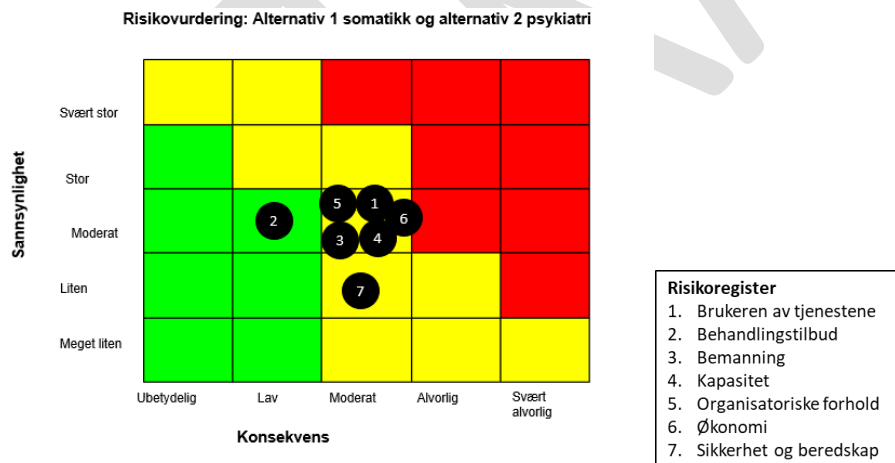
- *Rehabilitering og private tjenester*

For rehabilitering og private tjenester ble det diskutert om det vil være bærekraftig å foreslå så mange rehabiliteringsenheter, da den største begrensningen er mangel på fagfolk med riktig kompetanse. På den andre siden er det behovet for tidlig spesialisert rehabilitering som i dag har størst variasjon og som har størst betydning for utfallet av rehabiliteringen. Behovet for investering ble også problematisert, både ved styrkning og ved nybygg. Videre ble det diskutert at samarbeidet med kommunene må bedres for å sikre behandling på riktig omsorgsnivå og konsentrere ressursene mot de pasienten som trenger det mest.

For risikoområdet sikkerhet og beredskap var det ingen særskilte hensyn som måtte tas innenfor disse tre områdene (se 4.9).

### Akutte og planlagte funksjoner somatikk og psykisk helsevern

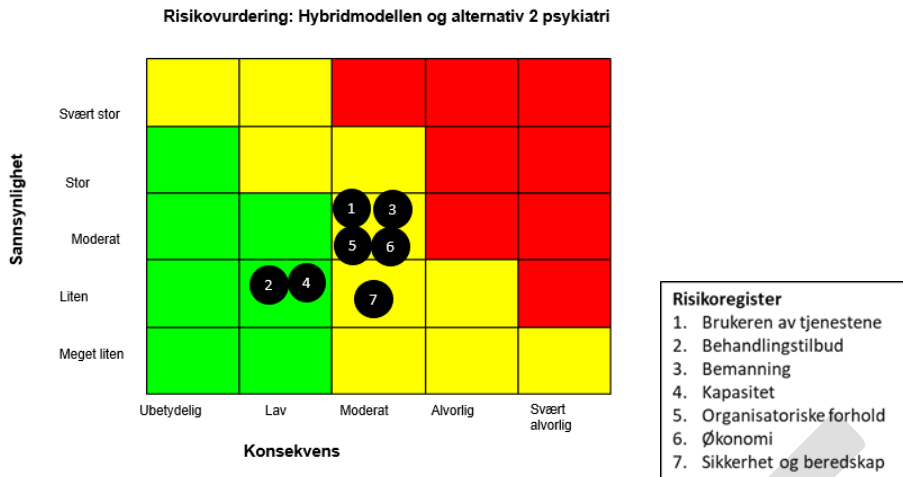
For akutte og planlagte funksjoner og psykisk helsevern ble det gjort en ny, samlet ROS-analyse. For akutte og planlagte funksjoner ble «alternativ 1» og hybridmodellen»<sup>10</sup> analysert. For psykisk helsevern ble anbefalte alternativ 2 analysert på nytt med flere suksessfaktorer. Risikodiagrammene (figur 28 og 29) viser gjennomsnittlig risiko for de syv risikoområdene, for hvert av alternativene. Diagrammene viser vurderingen av risiko etter risikoreduserende tiltak.



**Figur 28.** Risikodiagram for alternativ 1 somatikk/akutte funksjoner og alternativ 2 psykisk helsevern som viser risiko etter foreslåtte risikoreduserende tiltak for de syv ulike risikoområdene.

<sup>10</sup> Hybridmodellen i denne sammenheng er forslagene i alternativ 1 for UNN og Nordlandssykehuset kombinert med alternativ 2 for Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Se delrapport 1 (vedlegg 2) for nærmere beskrivelse.





**Figur 29.** Risikodiagram for hybridmodellen somatikk/akutte funksjoner og alternativ 2 psykisk helsevern som viser risiko etter foreslåtte risikoreducerende tiltak for de syv ulike risikoområdene.

Risikodiagrammene viser at en kombinasjon av hybridmodellen i somatikk og alternativ 2 i psykisk helsevern har lavest overordnet risiko. For mer detaljert beskrivelse av risikofaktorer, suksesskriterier og risikoreducerende tiltak vises det til helhetlig ROS-rapport (vedlegg 1).

## 7 Administrerende direktørs vurdering

Helse Nord er i en vanskelig situasjon. Vi har mange, svært dyktige medarbeidere, vi har bare ikke nok av dem til å dekke alle funksjoner og oppgaver. Hvis vi ikke iverksetter tiltak som gir bedre bruk av personalressursene og gjør tilbudet mindre avhengig av innleid arbeidskraft og overtid, vil helseforetakene ha vedvarende problemer med å gi likeverdige tjenester av god kvalitet til den nordnorske befolkningen. Sykehusene må ha nok og riktig kompetanse for å være fullverdige sykehus og for å kunne gi trygg utredning og behandling, drive utdanning, forskning og pasient- og pårørende opplæring.

Siden oppdraget om å vurdere funksjons- og oppgavedeling ble gitt av statsråden, har Helse Nord RHF utredet hvordan vi kan ivareta vårt sørge-for-ansvar på sikt. En utredning av et slikt omfang har ikke tidligere vært gjennomført. Utredningen har vært krevende, men nødvendig da resultatene viser at dagens organisering av spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge gir høy risiko for at pasientene ikke mottar likeverdige helsetjenester. Dette gjelder særlig innen psykisk helse, et område, sammen med rus, som regjeringen har sagt skal ha prioritet. Her er ventetidene i nord alt for lange og fristbruddene er mange

Prognoser for befolkningsutviklingen og framskrivninger av behovet for helsetjenester viser at befolkningen både blir eldre, får større behov for helsetjenester og at andelen pasienter med sammensatte lidelser øker. Dette gjelder for landet som helhet, men Nord-Norge berøres først og sterkest. Samtidig vil det bli færre yrkesaktive, også innenfor helsetjenesten. Vi må derfor finne nye måter å jobbe på, sannsynligvis bruke færre helsepersonell og penger per pasient, samt benytte teknologi og digitale verktøy på en klokere måte. Målet må være å sikre framtidig

bærekraft, slik at vi kan tilby de tjenestene befolkningen har behov for, både akutt og planlagt, og for å unngå at det oppstår sammenbrudd i tjenestetilbud med de konsekvensene det har.

En annen konsekvens av befolkningsutviklingen er at de økonomiske rammebetingelsene til Helse Nord vil forverres år for år på grunn av befolkningskomponenten i den nasjonale inntektsfordelingsmodellen. Uten at modellen endres, vil Helse Nord få ytterligere omstillingsutfordringer på minst 150 mill. årlig.

Administrerende direktør har gjennom utredningen, erfart at det er mange hensyn som må veies opp mot hverandre. Det viktigste og mest prioriterte hensynet vil alltid være pasienter og brukere og deres rett til likeverdig behandling. Deretter er det hensynet til de 19 000 dyktige medarbeiderne som jobber i Helse Nord. Vi har ingen å miste. Til sist er det hensynet til våre samarbeidspartnere, som vi er helt avhengig av. I denne sammenhengen er det spesielt kommunene og vår evne til å tilby helhetlige og sammenhengende tjenester på tvers av nivåene, samt samarbeidet med utdanningsinstitusjonene om riktig dimensjonerte og gode praksisarenaer som er viktig. Helse Nord er en stor samfunnsaktør, både som arbeidsplass, men også som en virksomhet som dekker sentrale behov i befolkningen.

Omstillingsutfordringene er allerede store i helseforetakene. Gjennomføringsgraden for allerede synliggjort og vedtatte omstillingstiltak er lav. I helseforetakenes kommende omstillingsplaner må det identifisere nye omstillingstiltak som er mulig å realisere innenfor en relativt kort tidshorison. Blant disse tiltakene vil også nedtak av tjenestetilbud måtte vurderes. Det betyr at det i styrene sammen med foretaksledelsen må tas modige og nødvendige grep for å bedre den økonomiske bærekraften.

Selv om spesialisthelsetjenesten verken opptrer eller leverer tjenester i et vakuum, er det likevel spesialisthelsetjenesten administrerende direktør sammen med resten av Helse Nord har ansvar for, og som vi har fått i oppdrag å utrede. Det er derfor naturlig at vårt hovedfokus har vært på spesialisthelsetjenesten og på grep for å gjøre organisering og tjenester bærekraftig på lengre sikt. [Foretaksmøtet 9. november 2022](#) stadfestet at *riktig organisering og en hensiktsmessig innretning av sykehusdriften vil være nødvendig for å kunne gi gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen i Helse Nord*. I en situasjon der administrerende direktør må prioritere, vil alltid sørge-for-ansvaret og faglig forsvarlighet i tjenestetilbudet være det som går foran andre hensyn og interesser. Likevel erkjenner administrerende direktør at Helse Nord er i ekstremt krevende situasjon for å sikre bærekraft. Det betyr at vi kan komme til å måtte prioritere økonomisk hensyn, der hvor de faglige anbefalingene ikke er entydige.

I det videre i kapittel 7 vil administrerende direktør beskrive sine vurderinger basert på anbefalingene som de fem ulike arbeidsgruppene har jobbet frem.

### **7.1 Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Situasjonen er nå den at psykisk helsevern er det mest sårbare fagområdet i Helse Nord. Samtidig som vi i vårt Oppdragsdokument for 2023 fikk i oppdrag å prioritere psykisk helse og

rus. Det er stor mangel på behandlere, spesielt psykiatere, men også psykologspesialister, og mange av fagmiljøene er små og sårbare. I tillegg er det en økning i antall henvisninger innenfor flere pasientgrupper og stadig flere som dømmes til tvungen behandling i sykehus. Samlet fører dette til at kapasiteten innenfor psykisk helsevern er svært presset, og foretakene klarer ikke å gi den utredningen og behandlingen de skal til riktig tid. Konsekvensen er økte ventetider og fristbrudd som videresendes til HELFO med påfølgende kostnader, samt at tilbudet til de pasientene som må legges inn på sykehusavdelingene har en uønsket variasjon både i kapasitet og innhold. Døgnkapasiteten innenfor distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og rus (TSB) er derimot god, og sammenlignet med øvrige regioner har vi en overkapasitet av disse tjenestene. Vi tilbyr ikke et likeverdig tjenestetilbud innenfor psykisk helsevern i dag.

Arbeidsgruppen som har utredet psykisk helsevern og TSB har enstemmig gitt anbefaling om at Helse Nord RHF bør møte utfordringene med å styrke den desentrale polikliniske aktiviteten i hele regionen, i tillegg til sykehusfunksjonene i Tromsø og Bodø. Dette foreslår de gjort gjennom å utvikle døgnplasser innenfor DPS, slå sammen noen DPS-enheter og redusere kjøp av døgntilbud i TSB fra private leverandører. I anbefalingen er det lagt til grunn at nærhet er viktigst for tilbud som benyttes ofte og at lengre reiseavstand er mer akseptabelt ved døgninnleggelser.

Administrerende direktør er enig i vurderingene som er gjort av arbeidsgruppen og mener anbefalingen bør følges slik den foreligger. I tråd med det ROS-analysen viser vil endringene bidra til å styrke det faglige tilbudet til pasientene, og sikre at det helsepersonellet vi har, brukes i tråd med pasientenes behov. Risikoen reduseres fra høy til moderat og lav. Administrerende direktør tror ikke at tiltakene alene vil bidra til å bedre rekrutteringsutfordringene innenfor fagområdet. Rekrutteringstiltak vil kunne iverksettes som følge av økte bevilgninger øremerket til rekruttering (200 mill. år). Mer robuste fagmiljøer vil imidlertid kunne gi større fleksibilitet og rom for faglig utvikling som igjen kan gjøre dem mer attraktive, og det vil være en viktig faktor i å beholde de fagfolkene vi har. Likevel må det fortsatt jobbes strategisk med utdanning, etterutdanning og rekruttering slik at vi på sikt kan være selvforsynt med det personellet regionen har behov for.

Endringene som er forslått vil ikke gi endringer i antall årsverk, noe som er i tråd med oppdraget om å satse på psykisk helsevern. De økonomiske effektene av tiltak som er foreslått, forutsetter en omstilling av dagens tilbud (kapittel 5.3) og vil benyttes til å styrke tjenestene slik som beskrevet. Det legges opp til å oppnå en reduksjon i HELFO-kostnader gjennom en styrking av de polikliniske tilbudene. For å få til en større reduksjon i HELFO-kostnader, vil foretakene måtte investere i økt poliklinisk kapasitet over et par år, før forventet effekt oppnås. Denne omstillingen kan gjennomføres i perioden 2024 og 2025, bare avhengig av foretakenes evne til å omstille dagens tilbud. Det er viktig at de poliklinikkene som i dag har store kapasitetsutfordringer prioriteres først. De øvrige midlene som frigjøres i 2024-25 prioriteres til å styrke døgnkapasiteten i sykehusfunksjonene (sikkerhets- og akuttpsykiatri) ved UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø. Det totale antall døgnplasser opprettholdes i psykisk helsevern.

En reduksjon i kjøp av døgntilbud i TSB fra private leverandører kan på grunn av inngåtte avtaler ikke gjennomføres før tidligst i 2027. Dette passer tidsmessig godt, da noen av tiltakene krever ombygging og oppussing av eksisterende arealer. De tiltakene som krever større investeringer i rehabilitering av bygg, som f. eks ROP-enhet og elektiv enhet i PHBU ved UNN Tromsø, kan planlegges og gjennomføres i perioden 2026-28. Finansieringen av denne omstillingen vil kunne realiseres gjennom reduksjon i kjøp fra private og reduksjon i HELFO-kostnader i denne perioden.

En flytting av distriktpsikiatriske døgn i Helgelandssykehuset, bør sees i sammenheng med øvrige beslutninger som tas rundt Helgelandssykehuset. Hvis flyttingen gir behov for nybygg, er det trolig dette tiltaket i planen som vil ta lengst tid å realisere. Tiltak uten større økonomisk effekt eller tiltak hvor det i dag foreligger økonomiske ressurser, som f. eks for akutt TSB, kan gjennomføres så raskt det vurderes hensiktsmessig av det foretak som har ansvar for driften av tilbudet.

### 7.2 Diagnostiske funksjoner

Innenfor diagnostiske tjenester finner vi et annet svært sårbart område i Helse Nord med kritisk mangel på fagfolk. Dette gir behov for innleie med de økonomiske negative konsekvensene det gir. Den medisinske utviklingen har gjort at diagnostiske tjenester for det meste krever personell med subspesialiseringen innenfor de ulike fagområdene. Dette krever mer personell enn tidligere for å gjøre de samme oppgavene. I tillegg er vaktbelastningen blitt større, både fordi behandlingsmulighetene er flere, men også fordi pasientvolumet øker. Dette er ikke en unik situasjon i Nord-Norge, men en situasjon som er gjeldende både i resten av Norge og Europa. Siden vi konkurrerer med svært mange om den samme kompetansen, blir utfordringen større, spesielt for radiologi, men også for andre områder. I dagens situasjon er det høy risiko for å ikke levere likeverdige tjenestetilbud og for ikke å klare å opprettholde en forsvarlig drift som følge av manglende personellkapasitet.

Flertallet i arbeidsgruppen som har utredet diagnostiske tjenester har anbefalt at det inngås et mer forpliktende samarbeid mellom helseforetakene i Helse Nord ved å etablere et formelt samarbeidsorgan. Gjennom samarbeidsorganet skal det gjøres skriftlige avtaler rundt vaksamarbeid, deling av spesialisert kompetanse, kompetanseheving, reduksjon av unødvendige undersøkelser og dobbeltarbeid, samt samarbeid om verifisering, akkreditering og rekruttering. På den måten skal det etableres mer robuste fagmiljøer på tvers av foretaksgrensene. Et viktig prinsipp er at prøve- og billedtakning fortsatt skal gjennomføres desentralt, mens analyse av prøver og granskning av bilder i større grad enn i dag sentraliseres. Dette vil bidra til at diagnostikk ikke blir et forsinkende ledd ved tidskritiske tilstander, det reduserer reisebelastningen for pasientene, samtidig som det blir mulig å opprettholde spesialisert kompetanse for hele regionen. De digitale løsningene innen radiologi legger godt til rette for å kunne samhandle i enda større grad enn i dag på tvers av regionens helseforetak.

Administrerende direktør støtter vurderingene som er gjort av arbeidsgruppen og vil følge anbefalingen slik den foreligger. Samarbeidsmodellen vil kunne innføres raskt, og det vil kreve minimalt med forberedelse og tilrettelegging. Resultatene fra ROS-analysen viser at tiltaket samarbeidsmodellen reduserer risikoen i dagens situasjon fra høy til moderat for alle

risikoområder unntatt brukeren av tjenestene. Risikoen her er knyttet til lang svartid på røntgen. Målet er at ventetiden skal reduseres. For å oppnå denne og øvrige forventede effekter vil samarbeidsmodellen kreve at alle helseforetakene tar et stort ansvar for å få det forpliktende samarbeidet til å fungere som anbefalt. Det viktigste suksesskriteriet vil være en tydelig ledelse, som er forankret hos de administrerende direktørene i helseforetakene. Det vil også være avgjørende å avklare på hvilken måte samarbeidsorganet skal styres, definere hvordan ledelsen skal organiseres og en vurdering av muligheten for rekrutteringstiltak utover det som er beskrevet i utredning. Slik rekrutteringstiltak vil kunne iverksettes som følge av økte bevilgninger øremerket til rekruttering (200 mill. år). Øvrige tiltak forventes løst innenfor gjeldende økonomiske rammer. Helse Nord RHF vil gjennom eierstyringen kunne gi tydelige rammer for innholdet i samarbeidsavtalen.

Det vi vet fra tidligere utredninger, er at det er behov for en økt standardisering for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet og for å unngå unødvendige undersøkelser. Dette innebærer at prosedyrer og undersøkelsesprotokoller må gjøres felles i regionen. Ved investeringer i nytt utstyr må dette gjøres i et regionalt samarbeid for å i stadig større grad sikre likt utstyr som fagfolk på tvers av sykehusene kan bruke uten at det krever lengre opplæringsperioder. Til sist må flere av spesialistene innenfor radiologi delta i vaktarbeid, for å redusere vaktbelastningen for den enkelte. Først da vil det være aktuelt å inngå ytterligere vakt samarbeid som vil være et viktig tiltak i en situasjon med fortsatt mangel på fagfolk, særlig radiologer.

Den kritiske mangelen på fagfolk, for eksempel innenfor radiologi gjør at selv vikarbyråene ikke klarer å skaffe nødvendige vikarer. Gjennom koronapandemien ble det et stort behov for bioingeniører i hele Norge, noe som forverret en allerede skjør situasjon flere steder. Situasjonen i Nordlandssykehuset Vesterålen ble etter hvert så vanskelig at det ikke var mulig å opprettholde et fullverdig laboratorietilbud. Konsekvensen ble blant annet at fødeavdelingen etter et straksvedtak ble redusert til fødestue i fire uker i 2022. Det er en høy risiko for at lignende situasjoner vil kunne oppstå på nytt på andre steder, hvis vi ikke klarer å stabilisere situasjonen. Samarbeidsmodellen kan innføres raskt, og administrerende direktør vil be styret vurdere om vi kan starte arbeidet allerede tidlig i 2024, før endelig helhetlig plan er vedtatt. Årsaken er at situasjonen er kritisk og at den kan forverres hvis vi ikke kommer i gang med nødvendige tiltak umiddelbart.

### **7.3 Akutte og planlagte tjenester somatikk**

Både akutte og planlagte tjenester i somatikken gis i en svært desentral struktur med 11 akutt sykehus og fire distriktsmedisinske sentre i Helse Nord. Det betyr at det er et stort antall parallelle vaktlinjer som krever bemanning med riktig kompetanse døgnet rundt, alle dagene i året. I en situasjon der vi ikke klarer å beholde og rekruttere de fagfolkene vi trenger, må akutte funksjoner som ivaretar et lite pasientvolum, prioriteres til fordel for planlagte tjenester med betydelig større pasientvolum. Det får konsekvenser for pasientene som både må vente lengre og som pga. fristbrudd blir henvist til private aktører gjennom HELFO-ordningen. I tillegg brukes det betydelige beløp hvert år til innleide vikarer, til overtid og mertid hos egne medarbeidere. Dette er penger som i stedet kunne vært brukt til økt kapasitet på pasientbehandlingen eller til å investere i nytt medisinteknisk utstyr og nye bygg.

Et flertall i arbeidsgruppen anbefaler omfattende endringer i funksjons- og oppgavedelingen for å sikre framtidig bærekraft. Anbefalingen innebærer at UNN Narvik endres til et sykehus med planlagt behandling og fødestue og Nordlandssykehuset Lofoten endres til et distriktsmedisinsk senter med poliklinikk, fødestue og døgnfunksjon. UNN Harstad og Nordlandssykehuset Vesterålen overtar akuttpasienter fra Lofoten og Narvik. På Helgeland foreslås ett stort akuttsykehus på ett sted, uten at lokaliseringen stedfestes, mens det for Finnmark foreslås kun mindre justeringer av hensyn til de store avstandene. Begrunnelsen for forslaget er å i større grad samle funksjoner for å skape robuste og fleksible fagmiljøer, og vri ressursbruken fra beredskap og vaktlinjer til planlagt utredning og behandling. Ny organisering vil i tillegg kreve færre helsepersonell enn dagens.

Arbeidsgruppens alternative anbefaling (alternativ 1) innebærer for UNN Narvik og Nordlandssykehuset Lofoten at de bestå som akuttsykehus, med akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og økt kapasitet til planlagt kirurgi og fødestue.

Administrerende direktør er enig med arbeidsgruppen om at det er behovet for større endringer for å skaffe Helse Nord nødvendig bærekraft framover, og tiltakene som er anbefalt er i tråd med vedtatte mål og hovedretninger for utredningen. Færre akuttsykehus vil gjøre det enklere å skaffe nok fagfolk, lette den økonomiske byrden med færre investeringer og mindre vedlikehold, redusert forbruk av og behov for å kjøpe medisinsk teknisk utstyr til flere steder, samt bidra til redusert variasjon i forbruk av tjenester og kvaliteten på dem. Etablering av et elektivt sykehus vil også kunne avhjelpe at Helse Nord i dagens organisering ikke har nok kapasitet til å gjennomføre den planlagte aktiviteten som det er behov for. Dette gjelder poliklinisk behandling, dagbehandling inkludert dagkirurgi og planlagte innleggelser inkludert kirurgi. Ved å redusere fristbrudd og ventetid vil tilgangen til likeverdig behandling øke. Et elektivt sykehus i Narvik vil også kunne bidra til å ta ned press på planlagt kirurgi for øvrig i UNN og Nordlandssykehuset.

For å få til en hensiktsmessig drift av de små akuttsykehusene ut fra pasientvolum og behov, er spesialisthelsetjenesten i tillegg avhengig av generalister innenfor både indremedisin og kirurgi. Det samlede antallet spesialister i generell indremedisin og kirurgi i Helse Nord er fortsatt tilfredsstillende sammenlignet med et nasjonalt gjennomsnitt. Utfordringen er at flere av de som innehar en spesialitet som generalist også har spesialistgodkjenning innenfor en "grenspesialitet"<sup>11</sup>, som er det de jobber som i det daglige. I tillegg er det en tendens til at det er færre LIS som ønsker å ta en generell utdanning innenfor indremedisin og kirurgi, en tendens som sannsynligvis har flere årsaker, men hvor endret LIS spesialisering og medisinsk utvikling med økt spesialisering er to av dem. Det betyr at vi framover, uten å ta strategiske grep, vil ha store utfordringer med å bemanne de små akuttsykehusene med riktig kompetanse.

Organiseringen av fødselsomsorgen i Helse Nord består av mange fødeenheter, hvor flere er desentrale, og har lave fødselsvolum. Totalt fødes det om lag 4100 barn i regionen per år fordelt på 14 fødeenheter. Fødeenhetene er differensierte. Det vil si at de er delt inn i

---

<sup>11</sup> Grenspesialitet vil si spesialisering innenfor indremedisin eller kirurgi som f. eks hjerte, lunge, mage-tarm og blod. Legen blir da hjertemedisiner eller hjertekirurg, lungemedisiner eller lungekirurg osv.



forskjellige nivåer med ulik grad av spesialisert fødselshjelp (fødestue, fødeavdeling og kvinneklinikk). I Helse Nord har vi enheter innenfor alle nivåene og hvert nivå har ulike krav til kvalitet, kompetanse og beredskap (REF-Et trygt fødetilbud). For fødepasientene er det viktigste at de blir ivaretatt på riktig nivå ut fra de gjeldende [seleksjonskriteriene](#). Generelt har vi i Norge og Helse Nord en god fødselsomsorg med lav dødelighet i nyfødtp perioden (neonatal dødelighet) som er et indirekte uttrykk for at vi selekterer kvinner til å føde på riktig sted.

Utfordringsbildet i dagens organisering er godt beskrevet i delrapporten 1 (vedlegg 2). Fødselstallene synker og ved flere av fødeenhetene mangler vi tilgang på nødvendig kompetanse, både gynekologer og jordmødre. Vi har også problemer med å skaffe nok praksisplasser til jordmødre, fordi pasientvolumet ved flere av enhetene er lave. Framover vil det derfor være vanskelig å kunne opprettholde drift på alle fødeenhetene samtidig som vi sikrer en god følgetjeneste for de fødende med lengst reisevei. I denne situasjonen er administrerende direktørs vurdering at anbefalingen om å avvikle fødestuer med svært lave fødselstall, slå sammen fødeavdelinger og gjøre om fødeavdelinger og forsterket fødestue til ordinære fødestuer, fornuftig. I Helsedirektoratets utkast til [nasjonal faglig retningslinje for fødselsomsorgen](#) (17) beskrives det tydelig hvilke kvalitets- og kompetansekrav norske myndigheter stiller til de ulike fødetilbudene. Administrerende direktørs vurdering er at for å sikre trygge pasientforløp, unngå variasjon og uønskede hendelser, er det viktig at Helse Nord følger de nasjonale retningslinjene.

De økonomiske beregningene for forslagene innenfor akutt og planlagte tjenester, viser at vi ved å følge flertallet i arbeidsgruppens anbefaling, vil kunne redusere personellbehovet med 179 årsverk og spare totalt 206 millioner kroner (tabell 41). Til sammenligning vil besparelsen være 64 årsverk og 84 millioner kroner ved å gjennomføre tiltakene i den alternative modellen, alternativ 1. Et tredje alternativ omtalt i kapittel 5 og 6, er en kombinasjon av alternativ 1 for UNN og Nordlandssykehuset og alternativ 2 for Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset. Ved endring tilsvarende dette hybridalternativet er det mulig å spare 108 årsverk og totalt 119 millioner kroner. Gevinstene i sparte årsverk vil reduseres av behovet for å styrke prehospitaltjenester, økte pasientreiser og behov for ombygging og investeringer. Likevel vil det også gi andre gevinster i form av mindre sårbarhet i tjenestetilbudet og derav mindre risiko for sammenbrudd av tjenester begrunnet i mangel på kompetanse og/eller helsepersonell.

### 7.3.1 Nordlandssykehuset og UNN

Avvikling av akuttstusykehusene i sin helhet på Gravdal og i Narvik slik det er beskrevet i anbefalingen (alternativ 2) vil også gi noen utfordringer. Administrerende direktør mener at den største utfordringen i denne sammenheng er konsekvensene for det store volumet av indremedisinske pasienter. Flere av de tidskritiske tilstandene som hjerneslag, hjerteinfarkt og blodforgiftning vil være i denne pasientgruppen. Hovedandelen av de indremedisinske pasientene legges inn akutt, og om lag tre av fire er skrøpelige eldre. For disse pasientene og da særlig de skrøpelige eldre, vil det bli svært belastende å måtte transporteres over lengre avstander, spesielt slik det er anbefalt mellom Lofoten og Vesterålen. Når vi i tillegg vet at beleggsprosenten på de medisinske avdelingene i både Vesterålen og



Harstad er svært høy (vedlegg 8), og at framskrivningen tilsier en økning i liggedøgn på rundt 0,7 prosent årlig, vil det være en betydelig utfordring å få til denne endringen på en god måte. Dette er hovedbegrunnelsen for at administrerende direktør, på tross av at det vil gi redusert økonomisk- og bemanningsmessig effekt i forhold til arbeidsgruppens flertallsanbefaling, ikke vil anbefale å ta ned de indremedisinske akutfunksjonene på Gravdal og i Narvik. For de akuttkirurgiske pasientene er volumet mindre og for disse tilstandene, utover traumer og alvorlige ulykker, er det sjelden tidskritisk.

Selv om alle sykehusene i Helse Nord er akutt sykehus med traumemottak, håndteres ikke alvorlige ulykker og traumer på lokalsykehusene. De skal håndteres ved regionens traumesenter i UNN Tromsø eller ved Nordlandssykehuset Bodø, vurdert ut fra hendelsessted og skadeomfang. For 2022 er det i [Nasjonalt traumeregister](#) registrert 65 pasienter i Narvik og 47 pasienter i Lofoten, hvor henholdsvis 11 og 3 personer er registrert med alvorlig skadegradering. Fall og transportulykker utgjør 87 prosent av skademekanismene nasjonalt. Når vi ser på det totale volumet av akutte kirurgiske pasienter som blir innlagt i Gravdal og Narvik, er dette lavt begge steder, og det er bare 15-20 prosent som krever kirurgi i forbindelse med innleggelsen (vedlegg 8). Dette pasientvolumet vil det være mulig å forflytte fra Lofoten til Vesterålen og fra Narvik til Harstad, men reiseveien vil bli lengre. I tallene fra 2022 er rundt 50 prosent av pasientene eldre. Særlig for disse vil lengre transportdistanse være uheldig.

Etablering av et elektivt sykehus i Narvik har en god begrunnelse og vil kunne ha positiv effekt på kapasitetsutnyttelser, ventetid og fristbrudd. Nye UNN Narvik som står ferdig i januar 2024, er planlagt som en integrert sykehusmodell hvor rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk er samlokalisert i samme bygg. Dette legger til rette for at pasienter som er i behov av både somatisk og psykiatrisk og/eller rusbehandling kan få det på et og samme sted under samme opphold. Narvik kommunen bygger i tillegg et helsehus som er fysisk koblet sammen med sykehuset. Målet har vært at Nye UNN Narvik skal utvikle arbeidsprosesser og pasientforløp som er kjennetegnet av god samordning på tvers av ulike fagområder og sammen med primærhelsetjenesten, inkludert fastlegene. En slik «samhandlingsmodell» er framtidsrettet og imøtekommer endringene i befolkningsutviklingen.

Den norske legeforening (DNLf) har vært tydelig på at en vaktfunksjon for leger minimum må bestå av seks, og helst åtte personer, for å sikre gode arbeidsvilkår og forsvarlighet. DNLf har også vedtatt en resolusjon (Landsstyret 29.mai 2015) hvor de skriver at: *Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akutt pasienter i sykehus. Akutfunksjon forutsetter døgkontinuerlig beredskap innenfor indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi og laboratorietjenester.* Begrunnelsen for denne resolusjonen er faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen. En begrunnelse det er vanskelig å være uenig i, men som i dagens organisering i Helse Nord ikke er gitt da vi mangler fagfolk og må benytte innleid personell for å opprettholde beredskap.

For veldig mange av Helse Nord's vaktlinjer vil det ikke være mulig å etterkomme kravet om antall personer, uten å flytte funksjoner og slå sammen fagmiljø til større enheter. For å få til den nødvendige robustheten kan det være aktuelt å dele opp akutt kirurgi og akutt

indremedisin. Denne endringen er gjennomført flere steder i Norge (Nordfjordeid, Lærdal, Røros, Kongsberg) med gode erfaringer når det kommer til å fortsatt levere trygge tjenester og ha få uønskede hendelser. Samme endring ble også gjennomført i Helgelandssykehuset Mosjøen som siden 2006 kun har akutt indremedisin og anestesilege i vakt i kombinasjon med planlagt kirurgi.

Administrerende direktør mener mye taler for å ta ned den akuttkirurgiske beredskapen i Lofoten og i Narvik begrunnet i lavt volum, få tidskrisiske tilstander, rekrutteringsutfordringer samt at det er vanskelig å opprettholde robuste vaktlinjer. Dette er belastende for de ansatte som må gå hyppige vakter, det gjør det vanskelig å rekruttere og det blir kostbart når vaktlinjer må dekkes opp med vikarer. Samtidig vil det være faglige argumenter som taler mot å skille indremedisinsk- og kirurgisk akuttberedskap og reiseveien vil bli lengre for de pasienter som må innlegges på vakttid.

Ved å ta ned kirurgisk akuttberedskap i Lofoten og Narvik vil det gi en besparelse i tråd med beskrivelsen i tabell 41 (kapittel 5). **Det foregår en siste kvalitetssjekk av data, det kan derfor komme justeringer.**

Administrerende direktør vurderer at besparelsen er relativt liten sett opp mot ulempene dette vil medføre, samtidig er situasjonen så krevende at tiltaket vil ha gi en effekt på omstillingsutfordring. På en annen siden vil endring i akuttfunksjoner for kirurgi Lofoten og Narvik sannsynligvis påvirke lokal rekruttering og kan påvirke antall utdanningsarear innenfor akuttområdet. Avstandsulampen for pasienten, spesielt i Vest-Lofoten, har ikke vesentlig betydning for faglig forsvarlighet da antall pasienter med tidskrisiske kirurgiske tilstander er lavt og vil kunne ivaretas godt av godt av den akuttmedisinske kjede. Administrerende direktør forstår likevel at lengre reisevei for den enkelte akuttkirurgiske pasient vil være en belastning.

I avveilingen av ulike hensyn er administrerende direktør usikker på hva som blir mest riktig å vektlegge når de kirurgiske akuttfunksjonene i Lofoten og Narvik vurderes. De finnes sannsynligvis ingen fasit på hva som er faglig riktig å gjøre sett opp mot Helse Nord's sørge-for-ansvar. Den økonomiske situasjonen er likevel så krevende at det må tas grep. Administrerende direktør har under tvil landet på at min anbefaling vil være å avvikle akuttkirurgisk funksjon ved både Nordlandssykehuset Lofoten og UNN Narvik. Hovedbegrunnelsen er å sikre framtidig bærekraft.

Som beregningene viser, vil dette grepet alene langt fra være nok for å gi en tilfredsstillende økonomisk effekt, men tiltaket forventes å ha effekt på å redusere sårbarhet i tjenesten. Det må skje en betydelig omstilling i det enkelte helseforetak i tillegg. Det anbefales også at Nordlandssykehuset og UNN setter inn særskilte ressurser for å styrke rekrutteringen i Lofoten og Narvik. Helse Nord RHF vil vurdere om det vil være hensiktsmessig å bruke en andel av de tildelte, øremerkede midlene til stabilisering og rekruttering her. Samtidig anbefaler administrerende direktør at man nøye overvåker parametere som kvalitetsindikatorer, ventetider, fristbrudd, andel av vakter ned innleid arbeidskraft og bruk av overtid for å vurdere effekten tiltaket har på pasientbehandlingen.

Behovet for økt kapasitet til planlagt behandling vil måtte etableres gjennom effektivisering av driften på alle sykehus i Nordlandsykehuset og UNN, innenfor eksisterende lokaler og bemanning.

Når det gjelder fødselsomsorgen, følger vi i dag ikke nasjonale retningslinjer i Lofoten. Selv om den «forsterkede fødestuen» er begrunnet i pasientsikkerhet, har flere faktorer endret seg siden vedtaket ble gjort. De viktigste faktorene i denne sammenhengen er, forbedret infrastruktur, økt kompetanse i ambulansetjenesten og forsterket akuttmedisinsk luftambulanseredskap, i tillegg til klare krav til differensiering innenfor fødselsomsorgen. Seleksjonen av fødepasienter i Helse Nord er god. Begrunnelsen for å avvike nasjonale retningslinjer i Lofoten synes ikke sterk. Administrerende direktør vil derfor anbefale at keisersnittberedskapen i Lofoten avvikles, og fødetilbudet videreføres som en ordinær fødestue.

Når det gjelder Narvik er det administrerende direktørs vurdering at en naturlig konsekvens av å avvike akuttkirurgisk funksjon, er at også at fødeavdelingen omgjøres til fødestue. Det medfører en styrking av fødeavdeling i Harstad, samtidig som sårbarheten knyttet til stabilisering, rekruttering og bærekraft reduseres. Grepet vil gi en relativt liten effekt på behovet for bemanning og styrket økonomisk bærekraft. Det vil derfor fortsatt være behov for ytterligere omstillingstiltak og økt økonomisk ramme. En positiv effekt av å samle fødselsomsorgen ytterligere fra dagens situasjon, vil gi en bedret praksissituasjon for jordmorstudentene. Det er vi avhengig av for å kunne tilføre regionen de jordmødrene som vi trenger.

### 7.3.2 Helgelandssykehuset

For Helgeland er vurderingen litt annerledes og det handler i hovedsak om avstander kombinert med dagens svært utfordrende situasjon med mangel på fagfolk. Ved å samle fagmiljøene i dagens tre akuttisykehus i et nytt, stort akuttisykehus, vil som ROS-analysen viser robustheten og fleksibiliteten øke betydelig. Samling av ulike fagmiljøer innenfor føde, kirurgi og indremedisin vil også øke pasientvolumene og styrke fagligheten som er et godt utgangspunkt både for pasientbehandling og for rekruttering og utdanning. Et nytt og stort akuttisykehus på Helgeland vil være et løft for pasientene og gi muligheter til et framtidrettet fokus med innovative samhandlingsmodeller og digitale verktøy. De fordelene som en samling av sykehusfunksjoner gir, må veies opp mot ulempene ved at noen får lengre transportveier til det ene store akuttisykehuset.

De senere årene har infrastrukturen blitt betydelig forbedret på Helgeland. Det er investert store beløp i nye samferdselsløsninger som knytter Helgeland sammen, med bl.a. FV78 fra kysten til innlandet og ny E6 gjennom Helgeland. Det innebærer at reisene internt er både tryggere og tidsbesparende, og bidrar til at en slik samling av de tre sykehusene vil kunne gjennomføres. Å se allerede gjennomførte og fremtidige planlagte samferdsløsninger i sammenheng med lokalisering av et nytt sykehus på Helgeland, må også være førende for den videre prosessen og den endelige lokaliseringen. Når det foreslås en sammenslåing av dagens tre sykehusenheter på Helgeland til ett stort akuttisykehus, er dette sammenfallende med tidligere utredninger som er gjort.

Lokalisering av et akuttpsykehus på Helgeland kommer i neste fase, men det er administrerende direktørs vurdering at det fremtidige ene sykehuset på Helgeland må ha god tilgjengelighet for alle innbyggerne i foretakets opptaksområde. Arbeidsgruppen som har utredet psykisk helsevern foreslår å slå sammen og samle Helgelands to DPSer på en lokasjon. Med bakgrunn i dette må anbefalingen sees i sammenheng med endelig lokalisering av et nytt akuttpsykehus på Helgeland, og forslagene som omhandler psykisk helsevern anbefales ikke gjennomført før endelig lokalisering er avklart.

### 7.3.3 Finnmarkssykehuset

For Finnmarkssykehuset er det anbefalt mindre justeringer i dagens organisering hovedsakelig begrunnet i store avstander, selv om det er synliggjort flere utfordringer i dagens drift. Som beskrevet er den operative aktiviteten lav ved Kirkenes sykehus og vaktlinjene er sårbare. Det anbefales derfor å øke den planlagte aktiviteten i Kirkenes. Ved å ta bort det dagkirurgiske tilbudet i Alta, vil det være mulig. I tillegg anbefales det å avvikle vaktordningen i ortopedi for å øke tilgjengelighet på dagtid. Dagens vaktordning med 1-2 delt vakt er ikke framtidsrettet. Administrerende direktør støtter begge disse endringene og mener det vil forbedre tjenestetilbudet til pasientene, selv om sårbarheten ikke fjernes helt. Administrerende direktør anbefaler derfor Finnmarkssykehuset å etablere samarbeidsavtaler enten innad i Finnmarkssykehuset eller med andre helseforetak om en «hus-hyttmodell» for å sikre faglig kvalitet og kontinuitet. I dette bør det også videreutvikles en hensiktsmessig funksjonsdeling innenfor Finnmarkssykehusets lokasjoner, hvor tjenestetilbudet til den samiske befolkningen må tillegges særlig vekt for å sikre kultur og språkforståelse.

## 7.4 Rehabilitering og private tjenester

Spesialisert rehabilitering er fagområdet Helse Nord bruker mest midler på til kjøp av tjenester fra private aktører. Den spesialiserte rehabiliteringen som foregår i helseforetakene, er for oppdelt og i liten grad tilpasset behovet til pasientene og den øvrige kontinuerlige driften. Pasientenes behov for tidligfaserehabilitering etter akutt sykdom og skade har høy risiko slik den er organisert i dag pga. manglende kapasitet og kompetanse, noe som gir fare for prognosetap. Med et mål om likeverdig tilgang på rehabiliteringstjenester, er derfor å videreføre dagens organisering ikke et reelt alternativ.

Arbeidsgruppens flertall anbefaler å øke kapasiteten i egne helseforetak for å ta hånd om tidligfaserehabilitering etter akutte hendelser som hjerneslag, brudd og slitasjeskader samt pasienter med komplekse tilstander. Flertallet anbefaler også å redusere noe kjøp av rehabilitering for muskel- og skjelett, sykkelig overvekt og lettere ortopediske tilstander hos private institusjoner. Ved å følge anbefalingene vil det være mulig å bygge mer robuste og tverrfaglige fagmiljøer med tilstrekkelig døgnkapasitet i helseforetakene for å sikre framtidig bærekraft i tjenesten. Endringene som anbefales vil også bidra til å unngå regional variasjon i tjenestetilbud og på den måten forebygge tap av livskvalitet hos pasienter der hvor det er en reell risiko for det i dag.

Administrerende direktør er enig i premissene i arbeidsgruppens anbefaling. Helse Nord må styrke den eksisterende spesialiserte rehabiliteringen og bygge ytterligere kapasitet hos oss selv for å redusere kjøp fra private tilbydere. Som ROS-analysen viser vil endringene gi et faglig mer robust tjenestetilbud, redusere regional variasjon og bidra til mer likeverdig tilgang på spesialisert rehabilitering. Dette gjør at risikoen reduseres fra høy til moderat og lav for de ulike risikoområdene unntatt kapasitet. Fortsatt høy risiko for kapasitet er knyttet til mangel på kompetanse for fysikalsk medisinere og å bygge opp lokaler, særlig i Bodø. Det er behov for å avklare roller og ansvar, både mellom helseforetakene og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, slik at vi sikrer at vi konsentrerer de samlede ressursene mot de pasientene som trenger det mest. Helse Nord vil framover rette sitt tilbud mot tidlig rehabilitering etter skade og sykdom, da det er dokumentert (REF-traumeplanen) at det er denne fasen av rehabiliteringen som har størst betydning for utfallet hos pasienten.

Å både beholde og rekruttere til mindre, sårbare enheter er krevende. Innenfor rehabiliteringsområdet har vi yrkesgrupper som f. eks fysikalsk medisinere og logopeder, hvor tilgangen er for lav til å dekke behovet. Et avgjørende spørsmål blir derfor hvor mange spesialiserte rehabiliteringsenheter Helse Nord skal ha. I denne vurderingen vil både behovet for tidlig rehabilitering, tilgang på spesialisert og tverrfaglig kompetanse, kapasitet i helseforetakene, reisebelastning for pasienter, tilgjengelig areal og avklaring av roller og ansvar mellom primær- og spesialisthelsetjenesten være sentrale momenter å ta stilling til. For noen pasienter vil det fortsatt være mest hensiktsmessig få rehabilitering i private institusjoner.

Med bakgrunn i behov for ytterligere avklaringer må arbeidet for å styrke spesialisert rehabilitering i egen regi, planlegges godt. Helse Nord RHF har nettopp inngått nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Avtalene løper tidligst ut 2027. Opprusting av egne rehabiliteringsenheter er avhengig av at midler til kjøp hos private blir frigjort. Endringene kan derfor tidligst iverksettes i 2028. Arbeidet vil også avhenge av hva som endelig vedtas av øvrige endringer i funksjons- og oppgavedeling. Administrerende direktør vil derfor anbefale at planleggingen starter opp rundt årsskiftet 2024-25 og arbeidet gjennomføres i tett samarbeid med helseforetakene og i forståelse med øvrige interessenter. Et mer forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablerte helsefelleskapene blir også nødvendig. Samarbeidet bør også inkludere ideelle og private avtaleparter som gir spesialisert rehabilitering.

### **7.5 Samhandlingen med kommunene**

Utredningsarbeidet har bekreftet at primær- og spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge har et felles utfordringsbilde med hensyn til mangel på personell, demografisk utvikling, lange avstander og spredt bebyggelse. Framskrivninger av befolkningens behov for helsetjenester viser at behovet til skrøpelig eldre, til pasienter med sammensatte lidelser og alvorlig psykisk syke vil øke. Dette vil skje i en kontekst der 85 prosent av landsdelens 80 kommuner er små og desentrale, og der kun 11 prosent av kommunene har hatt positiv befolkningsutvikling de siste fire årene. Utviklingen vil kreve et tettere samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for å redusere variasjon i tilbud og tilby likeverdige helsetjenester.



## Internt dokument under arbeid 14.12.23

Arbeidsgruppen som har utredet samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten har enstemmig foreslått fire utviklingsområder som bør prøves ut i samarbeid med kommuner som vil være med. De fire utviklingsområdene er:

- A. geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
- B. fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester
- C. kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
- D. teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Alle disse er basert på ulik grad av samordning og integrering av tjenestene. Arbeidsgruppe 5 har lagt til grunn at det i større grad drives felles planlegging, at helsepersonell brukes på tvers av tjenestene, bedre oppgavedeling, riktig bruk av kompetanse og at beste effektive behandlingsnivå (BEON) tilstrebes.

Administrerende direktør gir sin tilslutning til arbeidsgruppens vurderinger, og vil følge anbefalingen slik den foreligger. Det er behov for en bedre samordning av tjenestene på tvers av nivåene for at vi i felleskap skal kunne sikre en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Vi må tenke nytt, men samtidig beholde og videreutvikle det som fungerer godt i dag. Forslagene til utviklingsområder dekker de områdene der utfordringene er størst. I tillegg vil en utprøving av geografisk samlokalisering og samordning være et svært spennende utviklingsarbeid som kan gi oss erfaringer og gode løsninger på sikt. Noen av utviklingsområdene er klare for innføring, mens andre må utredes nærmere, spesielt med hensyn på kommunenes demografiske bærekraft. Administrerende direktør anbefaler derfor at utviklingsområdene prøves ut i liten skala, sammen med noen utvalgte kommuner, før de breddes videre ut i regionen.

Endringene i funksjoner- og oppgavedeling som administrerende direktør legger fram i denne helhetlige planen påvirker flere områder der samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er avgjørende. Endringene i akuttfunksjoner vil kreve en styrkning av den akuttmedisinske kjeden, mens endringene innenfor psykisk helsevern og rehabilitering krever en tydeligere avklaring av ansvar og roller i pasientforløpene og forsterket samarbeid rundt pasientgruppene som er stormottakere av helsetjenester hos begge nivåene.

For den akuttmedisinske kjeden vil det pågående arbeidet med [Trygg Akuttmedisin](#) som omhandler effektivisering av pasientforløpene for akutte bryst smerter, akutt hjerneslag og blodforgiftning med behandlingsalgoritmer og samtrening være avgjørende for utfallet av disse tidskritiske tilstandene 12. Alle de tre tidskritiske lidelsene er innenfor det indremedisinske fagområdet. Lykkes vi med innføringen og utbredelsen av Trygg Akuttmedisin vil arbeidet kunne føre til en kvalitetsheving av kommunikasjon og samhandling, som igjen vil kunne forbedre samhandlingen også innenfor andre akuttmedisinske hendelser.

---

<sup>12</sup> Mannsverk, J., Steigen, T., Wang, H., Tande, PM., Dahle, BM., Nedrejord, ML., Gilbert, M. (2019). Trends in clinical outcomes and survival following prehospital thrombolytic therapy given by ambulance clinicians for ST-elevation myocardial infarction in rural sub-arctic Norway. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*, 8(1), 8-14.

Tverrfaglig akuttmedisinsk teamtrening er allerede et forskriftskrav til ansvarlige for helsetjenester<sup>13</sup> og mer samtrening for alle leddene i kjeden vil kunne spare livsviktig tid og bidra til riktige valg av behandling og logistikk-løsninger. Pasienter med en tidskritisk lidelse skal ha trygghet for at helsepersonell i kommunene, ambulansetjenesten, i distriktsmedisinske sentre og i akuttmottak på sykehusene har den nødvendige trening og kunnskap for å oppnå et optimalt pasientforløp og utfall i den aktuelle akutt situasjonen. Administrerende direktør finner det derfor helt naturlig at Helsefelleskapene i regionen forsterker fokuset på å få gjennomført arbeidet med Trygg Akuttmedisin på en best mulig måte, av hensyn til pasientene våre.

Helse Nord har gjennom statsbudsjettet 2024 mottatt et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd på 40 millioner kroner. Tilskuddet skal understøtte rekrutteringstiltak i hele regionen og tiltak som bedrer samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Administrerende direktør vil anbefale å bruke en del av disse midlene til utviklingsområdene som er foreslått. Et annet tiltak administrerende direktør vurderer at disse midlene vil kunne benyttes til, er å styrke veiledning og beslutningstøtte fra spesialist- til kommunehelsetjenesten. Helt konkret kan de største sykehusene få mulighet til å etablere en funksjon som samhandlingskontakt i form av en erfaren lege som kommunale- og fastleger kan kontakte for å diskutere pasienter og få råd og veiledning fra. På denne måten vil samhandlingen styrkes, og det vil være mulig å avklare hva som blir beste effektive behandlingsnivå for den enkelte pasient.

I høringsrunden er det svært ønskelig med tilbakemelding fra kommuner og helseforetak som ønsker å gå sammen om å prøve ut noen av utviklingsområdene. En slik utprøving må bygge på partnerskap, gjensidighet, felles ansvar og involvering. Helse Nord RHF vil også stille seg positiv til andre kommunale initiativ om prosjekter med mål om bedre samarbeid som kan bidra til økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.

### **7.6 Andre funksjoner og noen avhengigheter**

Gjennom utredningen har Helse Nord fått spørsmål knyttet til funksjonsdeling av mer høyspesialiserte funksjoner.

Alle de fire helseregionene skal ha et robust regionssykehus med høy faglig kvalitet og tilstrekkelig volum til å håndtere de høyspesialiserte funksjonene.

Dette er helt avgjørende for at befolkningen i Nord Norge skal ha tilgang på likeverdige, høyspesialiserte medisinske funksjoner på lik linje med befolkningen i de øvrige regionene i landet.

Arbeidsgruppen for akutte og elektive funksjoner har i sin delrapport begrunnet hvorfor flere spesialiserte funksjoner ikke er behandlet i denne utredningen:

- Funksjonsdelingen av perkutan koronar intervensjon (PCI) evalueres i et eget løp. Når evalueringen er ferdig, vil Helse Nord RHF ta stilling til den videre organiseringen av dette tjenestetilbudet.

---

<sup>13</sup> <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-03-18-252>



## Internt dokument under arbeid 14.12.23

- Vurdering av kreftområdet er satt på vent til den nasjonale kreftstrategien og nasjonal plan for kreftkirurgi ferdigstilles. Når disse foreligger, vil Helse Nord vurdere anbefalingene opp mot funksjons- og oppgavedeling i regionen i en egen regional kreftplan
- Ytterligere funksjonsdeling innenfor nyfødtintensiv er ikke aktuelt å vurdere før arealene til nyfødtintensivavdelingen på UNN er utbedret.
- I tråd med endring i nasjonal definisjon av intensivsenger er det behov for å gjøre en regional vurdering av intensivkapasiteten og hvilke sykehus som skal ha de ulike kategoriene av intensivsenger i Helse Nord. Dette arbeidet må avvete til endelig vedtak er gjort for endringer i funksjons- og oppgavedelingen, da vurderingene må sees i sammenheng med organiseringen av akuttfunksjoner.

De ulike områdene listet opp ovenfor, med unntak av percutan koronar intervensjon (PCI) vil bli tatt tak i etter at endelig beslutning er gjort om funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Når det gjelder PCI vil dette bli håndtert når pågående evaluering er ferdigstilt.

Et annet område som det skal jobbes videre med når denne helhetlige planen er sendt på høring, er vurderingen av de samlede administrative og stabsfunksjoner i Helse Nord.

Gjennom [NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse](#) foreslår flertallet i utvalget at det gjennomføres en utredning av hvordan Sámi klinihkka skal organiseres. Dette forslaget stiller Helse Nord RHF seg bak. Arbeidet med utredningen av funksjons- og oppgavedeling ferdigstilles våren 2024. Etter dette vil Helse Nord RHF starte arbeidet med å utrede framtidig organisering av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, inkludert Sámi klinihkka.

I 2022 tildelte Helse Nord RHF 8 millioner til ulike innovasjonsprosjekter i helseforetakene. Innovasjonsaktiviteten øker, noe som er en ønsket utvikling. Tjenesteinnovasjon og teknologi blir noen av nøklene framover for å utvikle prosesser som krever bruk av færre helsepersonell, samt gir bedre tjenester for den enkelte. Foretaksgruppen brukte 340 mill. kroner til forskningsaktiviteter i 2022. Det inkluderer midler fra Helse Nord RHF, fra helseforetakenes og eksterne midler fra for eksempel Forskningsrådet. Midlene resulterte i ca. 500 publiserte artikler og 20 avlagte doktorgrader. Likevel har regionen samme resultat som i 2021 på antall kliniske studier og antall pasienter i regionen som inkluderes i studier. Tallene er lavere enn i andre regioner, noe som betyr at vi gir det samme tilbudet til nordnorske pasienter som andre pasienter får. Mulighet for å drive ulike typer forskningsaktivitet og innovasjon med god kvalitet er også en viktig faktor for å beholde og rekruttere helsepersonell. Dette er derfor områder som administrerende direktør mener må prioriteres fremover.

Helse Nord har tatt ut mesteparten av potensialet for økt utdanningskapasitet i regionen. Mulighetene for økninger utover de som allerede er besluttet er svært begrenset, både begrunnet i søkertall, pasientgrunnlag og antall veiledere og supervisører i foretakene. Likevel er utdanning fortsatt en av de viktigste faktorene å investere i for å beholde og rekruttere de fagfolkene vi har behov for framover. Sammen med utdanningsinstitusjonene må vi vurdere ulike strategiske tilnærminger for å sikre oss til gang på den kompetansen som vi har behov

for. Samtidig må det settes et stort fokus på å utforme praksisarenaene i sykehusene på en slik måte at de som er under utdanning, både studenter og medarbeidere, finner motivasjon til å jobbe videre i tjenestene våre. De viktigste rekrutteringsarenaene er nettopp de ulike praksisperiodene, lærlingetid, LIS1-tjeneste med mere. Selv om mange legger ned en stor innsats for å optimalisere utdanningsløpene, mener administrerende direktør at vi fortsatt har rom for forbedringer og bør høyne innsatsen ytterligere.

I rekken av tiltak vi må jobbe med for sikre framtidig bærekraft i helsetjenesten, er også strategisk tilnærming for å øke helsekompetansen i befolkningen. Økt helsekompetanse vil styrke pasienter og pårørendes rolle og involvering, som igjen kan påvirke forbruket av tjenester. Det bør være en selvfølge at ulike former for pasient- og pårørendeopplæring blir en naturlig del av de helhetlige pasientforløpene, slik at pasientene og deres pårørende settes i stand til å være involvert i eget forløp som aktive deltakere. Samvalg både på individuelt og systematisk nivå må prioriteres framover. Det må også utvikling av ulike læringsressurser for enkeltpasienter, for pasientgrupper og for grupper på tvers av sykdom og diagnoser, ikke minst digitalt. Administrerende direktør ser også verdien av at brukerne i større grad involveres i dette arbeidet.

Det ventes at Helse- og omsorgsdepartementet presenterer Nasjonal helse- og samhandlingsplan (NHSP) før årsskiftet 2023-24. Hvis det gjennom NHSP kommer føringer som kan ha betydning for utredningen av samiske spesialisthelsetjenester, eller andre områder, vil Helse Nord RHF rette seg etter de føringer som gis.

## 8 Konklusjon og anbefaling for Helse Nord RHF styret

Uansett hvilke endringer som gjøres i funksjons- og oppgavedeling, vil Helse Nord, selv ikke med de mest personell- og økonomi besparende alternativene, være i nærheten av å kunne sikre nødvendig bærekraft framover. Det er positivt at Helse Nord har fått en varig styrking av den økonomiske rammen på kr 200 mill til rekrutteringstiltak, samt kr 40 mill til samhandlings- og rekrutteringstiltak sammen med kommunen, men dette er lang fra tilstrekkelig for å dekke de behovene som er. Det vil heller ikke være mulig å omstille for økonomiske beløp i den størrelsesorden som det vil være behov for, for at vi skal kunne gi likeverdige helsetjenester til den nordnorske befolkningen fremover.

Anbefalinger:

Denne delen av rapporten vil ferdigstilles basert på administrerende direktørs vurderinger i Kap. 7, etter at saken er forelagt Regionalt brukerutvalg og drøfting med KTV/KVO.

## 9 Referanser

(under arbeid)

1. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, NOU 2023:4. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
2. Avklaring av ansvarsvars og oppgavedeling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten innenfor rehabilitering [Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten innenfor rehabiliteringsområdet \(IS-1947\)](#)
3. [Meld. St. 7 \(2019-20\). Nasjonal helse og sykehusplan 2020-23](#)
4. Revidert framskrivingsmodell for somatiske spesialisthelsetjenester – finn referanse
5. Regjeringen (2021). «Behovene innen psykisk helsevern og rusbehandling i årene fremover», <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/behovene-innen-psykisk-helsevern-og-rusbehandling-i-arene-fremover/id2872387/>
6. Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019-2023). <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
7. Regjeringen (2020). «Vi – de pårørende. Regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-parorendestrategi-og-handlingsplan/id2790589/>
8. Helsedirektoratet (2021). Befolkningens helsekompetanse. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse>
9. helse-nord (2020). Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen. <://www.helse-nord.no/499f6e/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/rapporter-og-dokumenter/spesialisthelsetjenester-til-den-samiske-befolkningen/strategidokumentet-norsk.pdf>
10. Regjeringen (2023). «NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse», <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>
11. Helse Nord (2022). Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen – Rapport med tiltaksplaner. Finn nettsadresse
12. Helse Nord (2023). Personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord. <https://www.helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-strategier-og-utredninger/personell-utdanning-og-kompetanse-i-helse-nord---strategi/>
13. Helsedirektoratet (2018). «Eldre stormottakere i somatisk spesialisthelsetjeneste», [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/eldre-stormottakere-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste/SAMDATA%2005%202018%20Eldre%20stormottagere.pdf/\\_attachment/inline/215129da-b486-4512-8c41-26542928b4ce:fe3f451ac8e0ccca230e87f4854190201f4cd967/SAMDATA%2005%202018%20Eldre%20stormottagere.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/eldre-stormottakere-i-somatisk-spesialisthelsetjeneste/SAMDATA%2005%202018%20Eldre%20stormottagere.pdf/_attachment/inline/215129da-b486-4512-8c41-26542928b4ce:fe3f451ac8e0ccca230e87f4854190201f4cd967/SAMDATA%2005%202018%20Eldre%20stormottagere.pdf)
14. Regjeringen (2023). NOU 2023: 8 Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse, <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-8/id2967792/>

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

15. Regjeringen (2023). NOU 2023:17. Nå er det alvor -Rustet for en usikker fremtid (NOU 2023:17).  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4b9ba57bebae44d2bebfc845ff6cd5f5/no/pdfs/nou202320230017000dddpdfs.pdf>
16. Meld. St. 5 (2023-2024). Helseberedskapsmedlingen «En motstandsdyktig helseberedskap — Fra pandemi til krig i Europa».  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-5-20232024/id3015776/>
17. [Et trygt fødetilbud - Kvalitetskrav til fødselsomsorgen, IS-1877 Veileder](#)

Skal også inn:

[Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-28](#)

[Nasjonal traumeplan \(Nasjonal Kompetansetjeneste for traumatologi, 2020\)](#)

Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen. De regionale helseforetakene, 2023.

## Figur- og tabelloversikt

### Figurer

**Figur 1.** Befolkningsutvikling i Nord-Norge fra 1986 til i dag (rød stiplet linje) og framskrevet til 2050 for ulike alderskategorier

**Figur 2.** Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert.

**Figur 3.** Utviklingen i gjennomsnittlig ventetid avviklede per helseforetak i perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor psykisk helsevern og rus. Private tjenestetilbydere er ekskludert.

**Figur 4.** Andel fristbrudd ordinært avviklede per helseforetak for perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor somatikk. Private tjenestetilbydere er ekskludert. Kilde: Helse Nord LIS/Helsedirektoratet.

**Figur 5.** Andel fristbrudd ordinært avviklede per helseforetak for perioden januar 2019 til oktober 2023 innenfor psykisk helse og rus. Private tilbydere er ekskludert.

**Figur 6.** Framskrivning av antall liggedøgn innenfor somatikk i Helse Nord fra 2022 til 2040.

**Figur 7.** Kart over tjenestestrukturen i Finnmarksykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern.

**Figur 8.** Kart over tjenestestrukturen i Universitetssykehuset Nord-Norge HF, somatikk og psykisk helsevern.

**Figur 9.** Kart over tjenestestrukturen i Nordlandssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern.

**Figur 10.** Kart over tjenestestrukturen i Helgelandssykehuset HF, somatikk og psykisk helsevern.

**Figur 11.** Organisering av utredningsarbeidet i Helse Nord.

**Figur 12.** Kart over tjenestestruktur innenfor akuttfunksjoner og fødselsomsorg, alle enheter.

**Figur 13.** Kart over tjenestestruktur for offentlige og private institusjoner med rehabilitering.

**Figur 14.** Kart over tjenestestruktur innenfor diagnostiske tjenester for laboratorier og røntgen

**Figur 15.** Utvikling av kostnader til innleie i perioden 2019 til nov 2023. per helseforetak i Helse Nord.

**Figur 16.** Utvikling i søknadstall Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet, uavhengig av prioritet.

**Figur 17.** Utvikling i søknadstall ved Nord Universitet, uavhengig av prioritet.

**Figur 18.** Utviklingen i antall studieplasser embetsstudiet i medisin ved Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet i perioden 1973-2023.

**Figur 19.** Kart over tjenestestruktur - akutte tjenester, inkludert prehospitalet i Helse Nord.

**Figur 20.** - mangler

**Figur 21.** Median tid (minutter) fra 113-oppringning til ambulansetid på hendelsesstedet for akutte hendelser i grisevgnede strøk (mørk blå) og tettbygde strøk (lys blå). Data fra 2022.

**Figur 22.** Utvikling i årsaker (ikke behov, vær, samtidighetskonflikt) til at luftambulansoppdrag med helikopter ikke er gjennomført (avvist og avbrutt). Data for alle baser i Norge i prosent av antall henvendelser for perioden 2010-2022.

**Figur 23.** Antall avviste og avbrutte oppdrag fordelt på årsaker til at turen ikke ble gjennomført for luftambulansoppdrag med helikopter for alle baser i Norge i 2022.

**Figur 24.** Kostnadsfordeling reisekostnad pasientreiser i Helse Nord i 2022.

**Figur 25.** Pasienter med mer enn 24 reiser per år per foretak i 2022.

## Internt dokument under arbeid 14.12.23

**Figur 26.** Utviklingen av Helse Nords inntekter 2010-22, i milliarder kroner.

**Figur 27.** Oppsummering av risikovurdering gjort av nå-situasjonen (O-alternativet) i de fem arbeidsgruppene.

**Figur 28.** Risikodiagram for alternativ 1 somatikk/akutte funksjoner og alternativ 2 psykisk helsevern som viser risiko etter foreslåtte risikoreduserende tiltak for de syv ulike risikoområdene.

**Figur 29.** Risikodiagram for hybridmodellen somatikk/akutte funksjoner og alternativ 2 psykisk helsevern som viser risiko etter foreslåtte risikoreduserende tiltak for de syv ulike risikoområdene.

### Tabeller:

**Tabell 1.** Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på HF og syke- hus/klinikk.

**Tabell 2.** Befolkningsgrunnlag per somatiske akuttsykehus og distriktpspsykiatriske sentre i 2022.

**Tabell 3.** Befolkningstall kommuner for sykehusområde Finnmarkssykehuset 2023.

**Tabell 4.** Befolkningstall kommuner for sykehusområdet Universitetssykehuset i Nord-Norge 2023.

**Tabell 5.** Befolkningstall kommuner for sykehusområde Nordlandssykehuset 2023.

**Tabell 6.** Befolkningstall kommuner for sykehusområde Helgelandssykehuset 2023.

**Tabell 7.** Fakta om foretakene i foretaksgruppen

**Tabell 8.** Ansvarlig avdeling og leder, samt deltakere for hver av arbeidsgruppene i utredningen

**Tabell 9.** Oversikt over døgnplasser i psykisk helsevern og TSB i alternativ 0-2.

**Tabell 10.** Lærings- og mestringskurs i 2022 per helseforetak.

**Tabell 11.** Budsjetterte faste stillinger sammenlignet med fastlønn faste ansatte og midlertidige ansatte, samt udekket behov (mangel) fordelt på stillingsgrupper totalt for Helse Nord.

**Tabell 12.** Budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe innenfor Psykisk Helsevern (PHV) sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på HF og sykehus/klinikk

**Tabell 13.** Budsjetterte faste stillinger per stillingsgruppe innenfor Somatikk sammenlignet med fastlønn faste og midlertidige ansatte, mangel fordelt på stillingsgruppe og helseforetak

**Tabell 14.** Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor Helse Nord 2019-2023.

**Tabell 15.** Utdanningsstillinger ABIOK og jordmor Helse Nord per september 2023

**Tabell 16.** Antall overleger i Helse Nord fordelt per spesialitet (indremedisinske, kirurgiske, psykisk helsevern og rus og andre) per september 2023

**Tabell 17.** Antall LIS leger med individuell utdanningsplan fordelt per spesialitet (indremedisinske, kirurgiske, psykisk helsevern og rus og andre) per september 2023.

**Tabell 18.** Antall operative prehospitale ressurser pr helseforetak i 2023.

**Tabell 19.** Totale driftskostnader - løpende priser for prehospitale tjenester i 2022.

**Tabell 20.** Mangler

**Tabell 21.** Totalt antall henvendelser fordelt på akutt, haste, vanlig og bestilte oppdrag for perioden 2019-2022 i Helse Nord, samt antall avviste/avbrutte oppdrag pga. værforhold.

**Tabell 22.** Avviste og avbrutte ambulanshelikopteroppdrag grunnet værforhold ved de fire basene i Helse Nord

**Tabell 23.** Antall legeårsverk som er engasjert for å dekke vaktlinjer i luftambulansetjenesten.



## Internt dokument under arbeid 14.12.23

**Tabell 24.** Kjøreavstand fra kommuner i nedslagsfeltet til UNN Narvik til Nye UNN Narvik og UNN Harstad.

**Tabell 25.** Gjennomsnitt antall ukentlige akuttinnleggelser i kjernetid (mandag-fredag kl.8-17) og utenfor kjernetid (kveld, natt og helg) ved sykehusene i Helse Nord for perioden 2019-2022. Antall akuttinnleggelser på de fire spesifikke fagområdene.

**Tabell 26.** Totalt antall haste- og akuttoppdrag kjørt av ambulanserbiler fra kommuner til leveringssted i 2022.

**Tabell 27.** Behov for framtidig styrkning av prehospitale tjenester ved Universitetssykehuset i Nord-Norge ved endringer i akuttfunksjoner

**Tabell 28.** Tid og avstand til Vesterålen sykehus fra kommuner i Lofoten.

**Tabell 29.** Totalt antall haste- og akuttoppdrag kjørt av ambulanserbiler fra kommunene de er stasjonert i til leveringssted i 2022.

**Tabell 30.** Viser dagens ressurser, og behov for fremtidig økning av ambulanserbiler og personell i ulike alternativer

**Tabell 31.** Kjøreavstand fra kommuner i nedslagsfeltet til Helgelandssykehuset til de tre sykehusene på Mo, Mosjøen og Sandnessjøen. Kjøreavstand er målt fra kommunehus/rådhus til sykehus

**Tabell 32.** Volum av reiser med og uten rekvisisjon per helseforetak.

**Tabell 33.** Netto transportkostnad pasientreiser per foretak

**Tabell 34.** Topp 10 flystrekninger for Helse Nord basert på antall billetter.

**Tabell 35.** Andel skrøpelige eldre per opptaksområde i 2022

**Tabell 36.** Liggedøgn og antall opphold per pasient, skrøpelige eldre (2022).

**Tabell 37.** Gjennomsnittlig demografisk bærekraft etter antall innbyggere.

**Tabell 38.** Aktivitet i DMSene i Nord-Norge.

**Tabell 39.** Bygningsmasse (kvadratmeter) i Helse Nord fordelt per helseforetak

**Tabell 40.** Samlet økonomisk utfordring i dagens situasjon

**Tabell 41.** Samlet effekt på bemanning og økonomi for de tre ulike alternativene foreslått for akutte og planlagte funksjoner i somatikk.

Tabell og figuroversikt

## 10 Vedlegg

- 1 Risiko- og sårbarhetsanalyse helhetlig plan
- 2 Delrapport 1: [Akutte og elektive funksjoner](#)
- 3 Delrapport 2: [Psykisk helsevern og TSB](#)
- 4 Delrapport 3: [Rehabiliterings- og private tjenester](#)
- 5 Delrapport 4: [Diagnostiske funksjoner](#)
- 6 Delrapport 5: [Tid for samordning](#)
- 7 Møteplan for involvering, medvirkning og informasjon gjennom prosessen med utredning av funksjons- og oppgavedeling
- 8 Data for akuttinnleggelser i Nordlandssykehuset Lofoten og UNN Narvik

# Risiko og sårbarhetsanalyse – sluttrapport

## Helhetlig plan



Desember, 2023

## Innhold

Risiko- og sårbarhets (ROS) analyse .....	3
Risikoområder .....	4
Brukeren av tjenestene .....	4
Behandlingstilbud .....	4
Bemanning .....	4
Kapasitet .....	4
Organisatoriske forhold .....	5
Økonomi .....	5
Sikkerhet og beredskap .....	5
Helhetlig plan .....	6
Akutte- og elektive funksjoner .....	6
Overordnet analyse .....	9
Brukeren av tjenestene .....	11
Behandlingstilbud .....	12
Kapasitet .....	17
Organisatoriske forhold .....	19
Økonomi .....	21
Sikkerhet og beredskap .....	24
Vedlegg 1 – Skala for sannsynlighet og konsekvens	
Vedlegg 2 – Samlet oversikt over suksessfaktorer og mål tilknytning	
Vedlegg 3 – Dokumentasjonsgrunnlag ROS-workshop	
Vedlegg 4- Oversikt over deltakere i ROS-workshop	

## 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 forbindelse med Helse Nord RHF sitt arbeid med funksjons- og oppgavedeling har fem ulike arbeidsgrupper foreslått fremtidig struktur organisering av helsetjenestene i nord. Hver av arbeidsgruppene har utarbeidet to ulike alternativ til organisering samtidig som også dagens situasjon er skissert. Både dagens situasjon (0-alternativet) og de ulike alternativene utarbeidet av de fem ulike gruppene er det gjennomført ROS-analyser av. Unntaket her er gruppe 5, Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten, der fire modeller for økt samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er skissert. Alternativene som er ansett å være de beste for fremtidig struktur i Helse Nord er satt sammen til en helhetlig plan for ny funksjons- og oppgavedeling. Denne rapporten beskriver ROS-analysen av den samlede helhetlige planen. I dette dokumentet er en samlet ROS-analyse for alternativ 1 for somatikken, en hybridmodell for somatikken og alternativ 2 for psykisk helsevern/TSB beskrevet. For de tre andre arbeidsgruppene vedkommende hviler den helhetlige analysen på de ROS-analysene som allerede er foretatt på disse områdene.

Deloitte har på vegne av Helse Nord RHF ledet arbeidet med ROS-analysene, men selve risikovurderingene er gjort av en egen arbeidsgruppe satt ned for arbeidet. Arbeidsgruppen har bestått av leder for koordineringsgruppen, lederne for de fem ulike arbeidsgruppene, konserntillitsvalgte, to brukerrepresentanter, konsernverneombud, HR-direktør ved Helse Nord RHF, Økonomi og finansdirektør, og direktør for sikkerhet og beredskap.

Arbeidet med ROS-analysen er gjennomført over to heldagsmøter, hvor av ett har vært gjennomført fysisk, og ett har vært gjennomført digitalt. En fullstendig oversikt over hvem som har deltatt på de to ROS-workshopene finnes i vedlegg 4.

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 Helse Nord.

De kritiske suksessfaktorene er benyttet til å definere hva som skal til for å nå målsetningene med arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen. De kritiske suksessfaktorene er knyttet opp mot de ulike risikoområdene. På ROS-workshopene ble det identifisert risikofaktorer, og disse ble vurdert i forhold til sannsynlighet og konsekvens. Der hvor arbeidsgruppen ikke kom til enighet i fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens ble det stemt, og dissens beskrevet. Flertallets mening representerer gjeldende risikonivå.

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 1. Det er foreslått risikoreduserende tiltak hvor risikoen er ansett som uakseptabel høy (rødt nivå), risikoen er så vurdert på nytt igjen etter risikoreduserende tiltak.

Det er viktig å være oppmerksom på at ROS-analysen er en skjønsmessig vurdering gjort av arbeidsgruppen satt ned for dette arbeidet. ROS-analysen er gjort på et overordnet nivå hvor hele regionen er vurdert under ett. I mange av de identifiserte risikoene er det slik at både sannsynlighet og konsekvens naturlig varierer

med geografi, foretak, sykehus, pasientgruppe eller funksjon. Det er da forsøkt å vurdere sannsynlighet og konsekvens ut fra et overordnet perspektiv. Det kan likevel ikke utelukkes at vurderingene kan bære preg av enkelte steder, enkelte foretak, eller enkelte pasientgrupper sin situasjon. Når dette er tilfelle, er dette er forsøkt beskrevet.

## **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

### ***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.

### ***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 prehospitaltjenester om en skal gjøre endringer i akuttfunksjonstilbudet.

### ***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 funksjonsfordeling 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.

### ***Kapasitet***

Ett av hovedmålene for arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord er å kunne følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkluderte økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin. Under risikoområde 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. Risikoer knyttet til tilgang og oppgradering av nødvendig medisinsk teknisk utstyr, og teknologisk infrastruktur som er nødvendig for å understøtte kapasitetsbehovet er også sentralt i dette risikoområdet. Dette sammen med risikoer knyttet til logistikk og tilgang til laboratorietjenester, røntgen og operasjonsrom, samt risikoer knyttet til beredskapskapasitet, og evne til å håndtere beredskapskapssituasjoner og kriser.

### **Organisatoriske forhold**

Ett av hovedmålene for arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord 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 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

### **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 er 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 implementeringskostander 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, beredskapskostander står sentralt. Innenfor dette risikoområde vil en også kunne gjøre betraktninger rundt stordriftsfordeler og ulemper. Økonomiske konsekvenser for pasienten inkluderes også i dette risikoområdet.

### **Sikkerhet og beredskap**

Ved en større uønsket hendelse, krise eller krig, vil det være behov for regional, og interregional, koordinering, og derav kunne benytte tilgjengelig kapasitet i helseforetaksgruppen. Under dette risikoområdet vurderes Helse Nord sin evne til å behandle syke, skadede og sårede, herunder hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner, og som setter liv og helse i fare. Helseberedskap skal bidra til at befolkningen får nødvendig helsehjelp ved kriser, katastrofer i fredstid og i krig. Sikkerhet og beredskap som ivaretas innenfor daglig drift, og ikke krever ekstraordinære tiltak og ressurser, beskrives ikke innen dette området. En del av risikoene som beskrives, kan også være en del av sammensatte hendelser, og som bidrar til å skape uklare skiller mellom fred, krise og krig. Vår helsetjeneste har i så måte en sikkerhetspolitisk betydning da helseberedskap er en grunnleggende nasjonal funksjon.



## Helhetlig plan

I samlet helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord er følgende alternativer forslått:

### *Akutte- og elektive funksjoner*

Innenfor akutte- og elektive funksjoner er det lagt frem forslag om to ulike løsninger. Dette er:

- a) Arbeidsgruppe 1 sitt alternativ 1
- b) Arbeidsgruppe 1 sitt alternativ 2 for Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset og arbeidsgruppe 1 sitt alternativ 1 for UNN og Nordlandssykehuset

Gjennom ROS-analysen er a) kalt alternativ 1 og b) kalt hybridmodellen

For de ulike foretakene innebærer **alternativ 1**:

#### ***Finnmarkssykehuset***

- Ingen endringer

#### ***Nordlandssykehuset***

- Akutt kirurgi, ortopedi og gyn/føde ved Gravdal flyttes til Stokmarknes
- Økt elektiv kirurgi og fødestue ved Gravdal
- Økt aktivitet kirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer Stokmarknes

#### ***UNN***

- Fødestue ved Storslett gjøres om til svangerskaps- og barseltilbud (døgnfunksjon)
- Akuttkirurgi, ortopedi og gyn/føde ved Narvik flyttes til Harstad
- Økt aktivitet elektiv kirurgi og fødestue ved Narvik
- Økt aktivitet kirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer Harstad

#### ***Helgelandssykehuset***

- Funksjonsfordelt akutt sykehus, ortopedi og fødestue i Rana
- Funksjonsfordelt akutt sykehus, fødeavdeling i Sandnessjøen
- Fødestue avvikles i Brønnøysund

For de ulike foretakene innebærer **hybridmodellen**:

#### ***Finnmarkssykehuset***

- Dagkirurgi i Alta flyttes til Hammerfest

#### ***Nordlandssykehuset***

- Akutt kirurgi, ortopedi og gyn/føde ved Gravdal flyttes til Stokmarknes
- Økt elektiv kirurgi og fødestue ved Gravdal
- Økt aktivitet kirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer Stokmarknes

#### ***UNN***

- Fødestue ved Storslett gjøres om til svangerskaps- og barseltilbud (døgnfunksjon)
- Akuttkirurgi, ortopedi og gyn/føde ved Narvik flyttes til Harstad
- Økt aktivitet elektiv kirurgi og fødestue ved Narvik
- Økt aktivitet kirurgi, ortopedi, fødselshjelp og kvinnesykdommer Harstad

### **Helgelandssykehuset**

- Sykehusene i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen slås sammen til ett stort akutt sykehus
- Fødestue avvikles i Brønnøysund

### **Psykisk helsevern**

Arbeidsgruppe 2 sitt alternativ 2

Listen under viser hva dette innebærer for de ulike foretakene. I tillegg vil samtlige poliklinikker styrkes. Til dette er det tenkt brukt i overkant 40 mnok.

### **Finnmarkssykehuset**

- Rus-døgnerhet etableres i Karasjok
- DPS- døgnerhet etableres i Alta
- DPS døgn i Tana legges ned
- TSB døgn i Alta legges ned

### **Nordlandssykehuset**

- DPS-døgn B-post etableres i Bodø
- DPS-døgn etableres Bodø
- Rehab. enhet og poliklinikk etableres i Bodø
- DPS-døgn i Vesterålen omstilles

### **UNN**

- DPS- rehab post etableres i Tromsø
- Intermediærenhet etableres i Tromsø
- ROP-enhet etableres i Tromsø
- Mottakspost etableres i Tromø
- Elektiv enhet PHUB etableres i Tromsø
- Konsultasjonsteam etableres i Tromsø
- Storslett DPS-døgn legges ned
- Storsteinnes DPS-døgn legges ned
- Silsand DPS-døgn legges ned

### **Helgelandssykehuset**

- DPS døgn etableres i Mo i Rana
- DPS i Mosjøen omstilles

### **Rehabilitering**

For arbeidsgruppe 3 sitt vedkommende er alternativ 2 valgt i helhetlig plan. Dette innebærer at man 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. Disse skal få sitt rehabiliteringsopphold i sykehusene. Innenfor mer elektive kjøp fra private planlegges det i alternativ 2 å 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.

For å lykkes med alternativ 2 legges det i 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 etablerer et rehabiliteringstilbud i befolkningstette Bodø. Alternativ 2 legger

opp til at UNN Finnsnes avvikles, samt at Stokmarknes gradvis nedbygges. Sistnevnte nedbygging skal skje i takt med oppbyggingen av rehabiliteringstjenesten i Bodø.

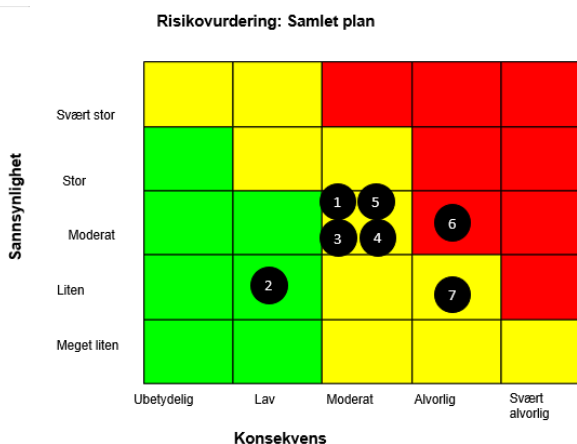
### ***Diagnostiske funksjoner***

Arbeidsgruppe 4 sitt alternativ 1 til ny oppgave- og funksjonsdeling er betegnet som Samarbeidsmodellen. Helhetlig plan legger til grunn denne modellen. Hypotesen alternativ 1 bygger på er at et organisert samarbeid mellom sykehusforetakene i regionen vil være en bedre ramme for implementering av tiltakene enn dagens situasjon (O-alternativet), og gi andre muligheter til løse flere av de identifiserte utfordringene. I denne modellen inngås et forpliktende samarbeid mellom de fire sykehusforetakene. Beslutning om slikt samarbeid og hva avtalene skal regulere skjer i foretaksmøtet med Helse Nord RHF. De fire administrerende direktørene ved de fire helseforetakene utformer mandatet for samarbeidsorganet og spesifiserer prinsipper for samarbeidet, sammensetning, oppgaver, delegert myndighet, økonomi m.m. Samarbeidsorganet vil forvalte inngåtte avtaler. I denne modellen må samarbeidsorganet gis mandat og myndighet til å ta beslutninger og iverksette regionale aktiviteter for å oppnå de beskrevne målene som for eksempel vaksamarbeid, harmonisering av praksis, utdanningsaktiviteter mm.

## Overordnet analyse

Til arbeidet med ROS-analysen av den helhetlige planen var ble det identifisert 34 kritiske suksessfaktorer fordelt på 7 risikoområder. Hver av suksessfaktorene var knyttet opp mot de tre ulike hovedmålene for arbeidet med funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord. Vedlegg 2 gir en samlet oversikt over suksessfaktorene og hvilket mål de er knyttet mot.

Risikoregister -Samlet analyse	
1.	Brukeren av tjenestene
2.	Behandlingstilbud
3.	Bemanning
4.	Kapasitet
5.	Organisatoriske forhold
6.	Økonomi
7.	Sikkerhet og beredskap



Figur 1. Risikodiagram gjennomsnittlig risiko for helhetlig plan

Risikodiagrammet over viser gjennomsnittlig risiko per risikoområdet hvor forslag til helhetlig plan er lagt til grunn. Grunnlaget for dette risikodiagrammet er gjennomsnittlig score per suksessfaktor per område. For samlet helhetlig plan er det høyest risiko forbundet med økonomi, som har høy gjennomsnittlig score. Lavest gjennomsnittlig risiko er forbundet med behandlingstilbud. Resterende risikoområder har en moderat gjennomsnittlig risiko. Sikkerhet og beredskap skiller seg ut ved å lav sannsynlighet, men alvorlig konsekvens.

Det er en rekke nye suksessfaktorer identifisert til ROS-analysen av helhetlig plan, men flere av de er også benyttet i ROS-analysene som er gjennomført i hver arbeidsgruppe. Hver enkelt suksessfaktor med tilhørende risikoer er vurdert for akutte og elektive funksjoner alternativ 1 og hybridmodellen, samt psykisk helsevern alternativ 2. I fremstillingen over er gjennomsnittlig risiko beregnet ut fra disse vurderingene. Der hvor arbeidsgruppe 3 og 4 har benyttet tilsvarende suksessfaktorer er disse vurderingene også en del av gjennomsnittlig risiko.

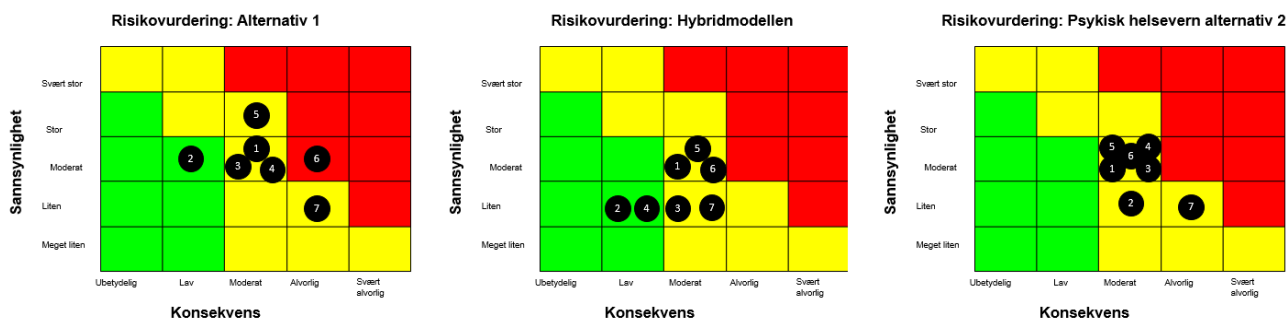
Gjennomsnittlig risiko per risikoområde i figur 1 påvirkes ikke av om en legger alternativ 1 eller hybridmodellen til grunn som anbefaling for akutte og elektive funksjoner, risikoprofilen er eksakt lik. Dette skyldes at forskjellene mellom disse to alternativene vaskes ut når en ser på gjennomsnittet per suksessfaktor med alle gruppene sine score lagt til grunn, og så ser på snitt for hvert risikoområde.

Det er viktig for ledelsen i Helse Nord å avdekke forskjeller i alternativ 1, akutte og elektive funksjoner, og hybridmodellen. Den resterende analysen presenterer derfor risikovurderingene gjort av alternativ 1 og hybridmodellen, samt alternativ 2 som er anbefalt for psykisk helsevern og rus.

Det er ikke gjennomført en ny ROS-analyse med samtlige suksessfaktorer for arbeidsgruppe 3, 4, og 5. Arbeidsgruppe 5 sine forslag til piloter og utviklingsområder er analysert tidligere og finnes som vedlegg til arbeidsgruppe 5 sin delrapport. Det er lite hensiktsmessig å gjøre en ytterligere ROS-analyse av utviklingsområder. Helse Nord RHF sin øverste ledelse er enig i arbeidsgruppe 3 (rehabilitering), og 4 (diagnostiske funksjoner), sine anbefalte alternativ, og selv om det er nye suksessfaktorer kan en ikke se at dette vil føre til en betydelig endring av risikoprofil. Innen diagnostiske funksjoner er det foreslått å rigge en

samhandlingsmodell, og denne vil ikke påvirke det som ellers er foreslått av endringer. Alternativ 2 som er anbefalt for rehabiliteringsfeltet kan potensielt påvirke den totale risikoen. På grunn av avtaler med private tilbydere vil det ikke være mulig å gjennomføre foreslåtte endringer før tidligst i 2028.

Figur 2 gir en oversikt over gjennomsnittlig risiko per alternativ som det er satt fokus på (risikoregisteret er det samme som for figur 1). Denne viser at det er noe høyere gjennomsnittlig risiko forbundet med alternativ 1 i somatikken, enn hva hybridmodellen er forbundet med. Risikoområdet for økonomi har fortsatt høy gjennomsnittlig risiko, til tross for risikoreduserende tiltak. Hybridmodellen har ikke noen risikoområder som er forbundet med høy gjennomsnittlig risiko. I hybridmodellen har både behandlingstilbud og kapasitet lav gjennomsnittlig risiko, mens i alternativ 1 er det bare behandlingstilbud som har lav gjennomsnittlig risiko. Alternativ 2, psykisk helsevern innebærer et moderat risikonivå for samtlige risikoområder. Gjennomsnittlig risiko for behandlingstilbud og sikkerhet og beredskap er forbundet med en lavere sannsynlighet.



Figur 2. Gjennomsnittlig risiko per risikoområde knyttet til alternativ 1 og hybridmodellen i somatikken, samt alternativ 2, psykisk helsevern

Når en vurderer gjennomsnittlig risiko per område i hvert av disse alternativene er det verdt å merke seg at risikoområdene ikke er tillagt noe vekt, og er fremstilt som likeverdige. Det vil være opp til beslutningstakeren å eventuelt tillegge noen områder mer vekt enn andre.

Vurderingen av hver enkelt risiko under risikoområdene presenteres nå for hvert av alternativene. Dokumentasjonsgrunnlaget finnes i vedlegg 3 som inneholder helhetlige vurdering per suksessfaktor og samtlige notater fra ROS-workshop.

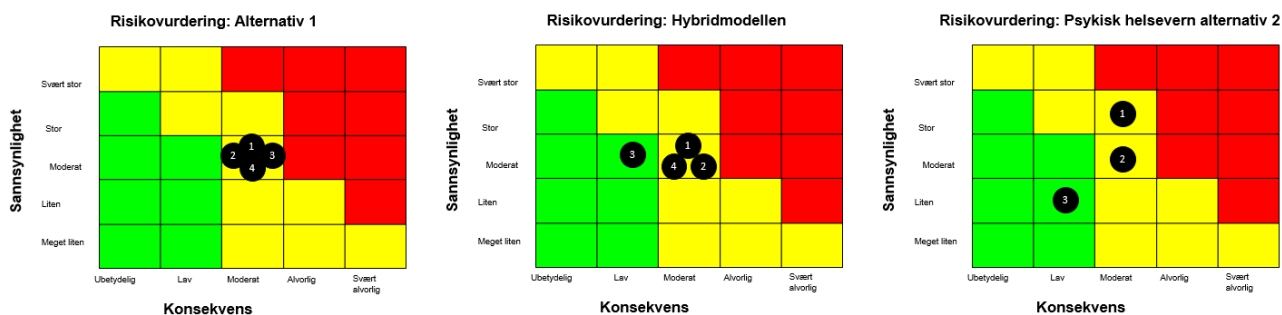
## Brukeren av tjenestene

Under området brukerne av tjenestene er det indentifisert fire ulike risikoer. *Risikoen for at tjenestetilbudet er utilgjengelig på grunn av vanskelig fremkommelighet på grunn av vær eller vind* er ikke vurdert til å være relevant for psykisk helsevern. Alternativ 2 innen psykisk helsevern endrer ikke på tjenester som kan være tidskritiske.

Risikoregister -Brukeren av tjenestene	
1.	Risiko for at en ikke klarer å opprettholde akseptabel reiseavstand for de som bruker helsetjenestene hyppig
2.	Risiko for at pasienten ikke har tillit til helsetjenestene
3.	Risiko for at helsetilbudet ikke er likeverdig
4.	Risiko for at tjenestetilbudet er utilgjengelig på grunn av vanskelig fremkommelighet (vær og vind)

For alternativ 1, somatisk er alle risikoene vurdert til å være moderat, med både en sannsynlighet og konsekvens på tre. Risikoprofilen i hybridmodellen er vurdert å være tilnærmet lik. Men i dette forslaget er *risikoen for at helsetilbudet ikke er likeverdig* vurdert til å være lav. At pasienter møter ulike ventetider avhengig av hvor de bor påvirker tilbudets likeverdighet. I dagens situasjon er det størst utfordring knyttet til ventetid ved Helgeland, og av så også utfordringer knyttet til likeverdighet. Hybridmodellen er antatt å bedre situasjonen ved Helgeland. Med ett samlet stort sykehus ligger det forventninger om at en skal klare å både redusere ventetid og fristbrudd. *Risikoen for at helsetilbudet ikke er likeverdig* er også vurdert å være lav i alternativ 2 innen psykisk helsevern. Sannsynlighet for dette er vurdert til å være lavere enn i somatikken. Overordnet målsetning for arbeidsgruppe 2 har vært å gjøre tilbudet innen psykisk helsevern og rus mer likeverdig.

Hovedsakelig har en i dagens situasjon utfordringer knyttet til de som er sykest, med døgnbehandlingen i Tromsø og generelt poliklinisk kapasitet. Forslagene til endring vil styrke begge disse områdene. De forslåtte tiltakene er antatt å bidra til at helsetilbudet som blir gitt innen psykisk helsevern og rus blir likeverdige.



Figur 3. Risikodiagram brukeren av tjenesten

Arbeidsgruppe 3 har også vurdert risikoen for at helsetilbudet ikke er likeverdig (ikke vist i diagram). Også her er det forventet at alternativet som anbefales skal gjøre tilbudet mer likeverdig, og etter risikoreducerende tiltak er risikoen for at tjenestene ikke skal være likeverdig satt til moderat. Tanken er at alternativet som foreslås skal gjøre at fagmiljøet innen rehabilitering i Helse Nord styrkes, og at man skulle kunne håndtere flere pasienter selv. Ved blant annet å unngå feriestengning vil en kunne tilby et mer likeverdig tilbud. De risikoreducerende tiltakene innebærer å beholde tilbudet i Vesterålen mens man bygger opp Bodø gradvis, videre beholde tilbudet hos de private mens man bygger opp nye tilbud slik at HFene har kapasitet og kompetanse til å ta vare på de aktuelle pasientgruppene. Rehabiliteringstilbudet i Harstad må være helårsåpent.

*Risikoen for at en ikke klarer å opprettholde akseptabel reiseavstand for de som bruker helsetjenestene hyppig* er vurdert til å være moderat både i begge alternativene innen somatikken, og i psykiatri. Men sannsynligheten for at en ikke klarer å opprettholde akseptabel reiseavstand er vurdert høyere innen psykiatri enn somatikken. Alternativ 2 innebærer at flere DPS døgnenheter legges ned, noe innebærer lengre

reisevei for drøyt 400 pasienter (basert på 2022) tall. Det polikliniske tilbudet endrer ikke lokasjon. Alternativ 1 i somatikken innebærer mer reising for noen pasienter, men dette skyldes først og fremst at akutt tilbud innen kirurgi, ortopedi og gynekologi flyttes. Gruppen var uenig i vurderingen av sannsynlighet for denne risikoen i dette alternativet. Hvor 9 stykker mente at sannsynlighet skulle settes til 3, og 5 representanter mente sannsynlighet skulle settes til 4. Endringene ved Helgeland og reising som det måtte medføre er ikke antatt å påvirke denne risikoen sannsynlighet.

## Behandlingstilbud

Innenfor risikoområdet behandlingstilbud er det identifisert 5 ulike risikoer, og vurderingen av disse er noe ulik fra alternativ til alternativ. *Risikoen for at tjenestetilbudet ikke er av god kvalitet* er vurdert til moderat i alternativ 1, mens det er antatt å være lavt både i hybridmodellen og alternativ 2 psykisk helsevern. Når

### Risikoregister -Behandlingstilbud

1. Risiko for at tjenestetilbudet ikke er av god kvalitet
2. Risiko for at behandlingslinjene ikke er helhetlige
3. Risiko for at en ikke har spesialiserte funksjoner med et tilstrekkelig høyt pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen
4. Risiko for uønsket variasjon i tjenestetilbudet
5. Risiko for at pasientene ikke behandles på beste effektive omsorgsnivå (BEON)

denne risikoen diskuteres er det viktig å påpeke at møtet med den enkelte pasient som oftest har god kvalitet, men at kvalitetsproblemene er knyttet til struktur og systemnivå, og ikke til individnivå og enkelt behandlere. For alternativ 1 er det antatt at planlagte driftslinjer med høyere volum vil kunne bidra til mindre variasjon og bedre kvalitet. Per i dag er det slik at en på flere steder binder mye arbeidstid opp i å bemanne døgnkontinuerlige vakter. Dette fører til mangel på personell på dagtid. Det er grunn til å tro at både kvalitetsindikatorer og ventelistene påvirkes av at en mangler bemanning. Med alternativ 1 forventes en å bedre situasjonen. Hybridmodellen og det å samle alt på ett stort sykehus ved Helgeland er forventet å gi mer effekt på kvaliteten i tjenestetilbudet. Et argument for alternativ 2 psykisk helsevern er å styrke alle poliklinikkene, også de minste og desentrale nettopp for å sikre kvalitet i tjenestetilbudet, og at alle poliklinikkene har evne til å tilby et

bredt tjenestespekter.

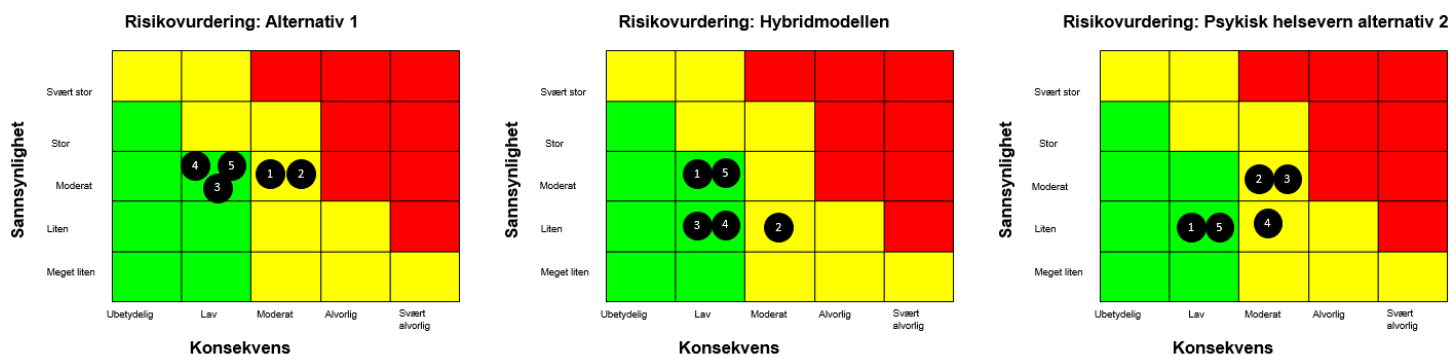
*Risikoen for at behandlingslinjene ikke er helhetlige* er vurdert til moderat i samtlige alternativer, men noe lavere sannsynlighet i hybridmodellen enn i de to andre alternativene. Dette begrunnes med at en tenker at ett samlet sykehus på Helgeland gjør at en i dette området vil ta hånd om hele behandlingslinjen. Pasientene vil da slippe overganger de har i dag. Endringen vil gjelde for i underkant av 80 000 innbyggere på Helgeland. Alternativ 2, psykisk helsevern styrkes sykehusstilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse i Tromsø og Bodø ved at det legges til rette for gode pasientforløp ved å etablere et ambulant sikkerhetsteam og overgangsboliger. Styrking av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene bidrar til at de sykeste pasientene får et styrket og helhetlig tilbud.

*Risiko for at en ikke har spesialiserte funksjoner med et tilstrekkelig høyt pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen* er vurdert til å være lav i både alternativ 1, og hybridmodellen. Men, noe lavere sannsynlighet i hybridmodellen. Sannsynligheten er lavere i hybridmodellen fordi å samle tre sykehus til ett ved Helgeland vil innebære en stor økning i pasientvolum. For alternativ 2, psykisk helsevern, er denne risikoen vurdert til å være moderat. Forslagene til endring innen psykiatri går blant annet på å samle mer aktivitet på færre steder som i Alta og Mo i Rana. Dette gir håp om at poliklinikkene lettere kan bygge kompetanse og løse flere oppgaver enn hva de gjør i dag.

I arbeidsgruppen som har sett på diagnostiske funksjoner er risiko for å ikke klare å sikre tilstrekkelig godt nok volum regionalt for å sikre god kvalitet i behandlingen også vurdert (ikke vist i diagram). I anbefalt løsning er denne risikoen også vurdert til å være moderat. Per dags dato er det en utfordring knyttet til at noen av de små enhetene «sliter» med for lavt volum innen radiologi, slik at ansatte ikke føler seg trygge på enkelte av undersøkelsene som skal gjennomføres. I forslaget til endring ligger det at det bør innføres



spesialiserte arbeidslister i regionen, og at dette vil gi mer mengde trening, og dermed høyere kvalitet i tolkningen av bildene.



Figur 4. Risikodiagram behandlingstilbud

Risiko for uønsket variasjon i tjenestetilbudet er vurdert til å være lav både i alternativ 1, somatikken, og i hybridmodellen, mens risikoen er vurdert å være moderat for alternativ 2, psykiatri. Sannsynligheten er noe høyere i alternativ 1 enn i hybridmodellen. Dette henger sammen med at en forventer en større reduksjon i ventetider og fristbrudd i hybridmodellen enn i alternativ 1. Mye av dagens uønskede variasjon i tjenestetilbudet er knyttet til lange ventetider og fristbrudd. I alternativ 2, psykiatri er sannsynligheten for uønsket variasjon lik som for hybridmodellen i somatikken, mens konsekvensen av det er vurdert til å være moderat, i stedet for lav. Arbeidsgruppen for rehabilitering har også vurdert risiko for uønsket variasjon, og risikoen for uønsket variasjon er vurdert til å være lav også her. Innen rehabilitering pekes det på forskjeller mellom de som får tilbud i privat og offentlig sektor. Ved mindre bruk av private vil denne forskjellen reduseres.

Risiko for at pasientene ikke behandles på beste effektive omsorgsnivå (BEON) er vurdert til å være lav i samtlige alternativer, men med noe lavere sannsynlighet i alternativ 2, psykiatri enn i somatikk. Ved alternativ 2 vil tilgjengeligheten til tjenestene forbedres. Blant annet vil en omstilling av DPS-døgn til poliklinikk gi en økt tilgjengelighet for mange pasienter. Det vurderes opprettelser av FaCT team, noe som vil øke sannsynlighet for at pasientene behandles på beste effektive omsorgsnivå. I somatikken er det ikke antatt å være store forskjeller på risiko for at pasientene ikke behandles på beste effektive omsorgsnivå. Det var uenighet i gruppen om fastsettelsen konsekvens, hvor 1 representant mente at riktig nivå for konsekvens var 3, og 15 mente at den skulle settes til 2.

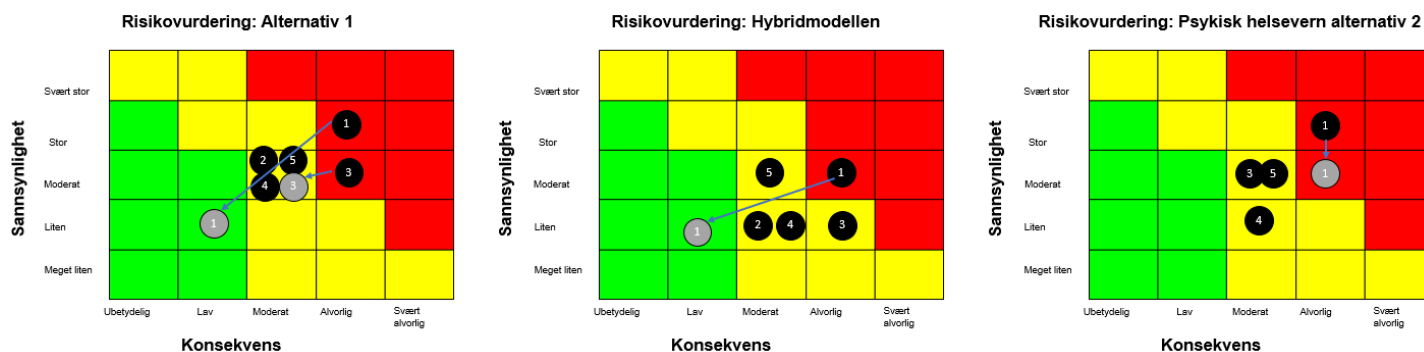
## Bemanning

Under risikoområdet bemanning er det indentifisert 5 ulike risikoer. *Risiko for at man ikke klarer å redusere antall vaktordninger som er avhengig av kontinuerlig innleie* er ikke ansett å være relevant for psykiatri, og er derfor ikke vurdert her. Dette er fordi det ikke er forslag om å endre kontinuerlige vaktordninger, samtidig som dette er lite aktuelt for psykisk helsevern.

Risikoregister- Bemanning	
1.	Risiko for at man ikke har god rekrutteringsevne og klarer å stabilisere personell
2.	Risiko for at man ikke klarer å redusere antall vaktordninger som er avhengig av kontinuerlig innleie
3.	Risiko for at en ikke har robuste fagmiljø med arbeidsforhold der faglig utvikling, forskning og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen
4.	Risiko for at det ikke er tilstrekkelig med utdanningskapasitet og praksisplasser med god kvalitet i regionen
5.	Risiko for at helseforetakene ikke samarbeider med kommunehelsetjenesten om rekruttering og bemanning

I psykisk helsevern er det mer aktuelt å redusere singelspesialister. Risikoen er vurdert til moderat i begge forslagene i somatikken, med noe høyere sannsynlighet i alternativ 1. Dette skyldes at det tas ned noe færre vaktlinjer i dette alternativet sammenlignet med hybridmodellen.

*Risikoen for at man ikke har god rekrutteringsevne og klarer å stabilisere personell* er i utgangspunktet vurdert til å være høy i alle tre alternativene. Risikoen har høyere sannsynlighet i alternativ 1, somatikk, og alternativ 2 psykiatri, enn hybridmodellen.



Figur 5. Risikodiagram bemanning

For å redusere risikoen til et akseptabelt nivå er det foreslått risikoreducerende tiltak. For somatikken er det foreslått å:

- Sørge for at en klarer å bygge større og mer robuste fagmiljøer på de lokasjoner en kanalisere aktivitet til
- God styring fra Helse Nord som sikrer at alle foretakene faktisk gjennomfører planlagte og vedtatte endringer. Det ansees som viktig med hurtig avgjørelse av endringene. Manglende avgjørelser medfører usikkerhet
- Positiv og god samhandling mellom tilsatte og brukere

- Styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene
- Konkurransedyktig lønn
- Legge til rette for gode boforhold/ og partnerjobb
- God ledelse
- Legge til rette for gode og attraktive arbeidsmiljø og arbeidsforhold
- Større muligheter for fagutvikling
- Stedlig ledelse
- Tilstrebe større grad av hele faste stillinger
- Arbeid med å redusere sykefravær og bedre arbeidsvilkårene

Med disse tiltakene vurderes risikoen redusert til et lavt nivå for både alternativ 1 og hybridmodellen. Her var det imidlertid uenighet i gruppen om effekten av tiltakene. Hvor 2 representanter at risikoen bare vil reduseres til et moderat nivå, mens 13 mente risikoen reduseres til et lavt nivå.

Det ble også foreslått risikoreduserende tiltak for å ta ned risikoen i alternativ 2, psykiatri. De foreslåtte risikoreduserende tiltakene er:

- I større grad utnytte mulighetene digitale verktøy gir og utforske det teknologiske mulighetsrommet
- Opprette et større prosjekt kartlegger situasjonen for rekruttering og hva som er attraktive arbeidsplasser.
- Sikre at vi ikke mister medarbeidere ut av regionen
- Vurdere lønnsnivå og sikre at lønnsbetingelsene ikke er dårligere enn i andre foretak
- Ta ned faglig ambisjonsnivå for å frigi flere hender, og ikke ha så mange personellintensive tilbud. For eksempel kan en ta ned antall sikkerhetsplasser med svært høy bemanning for å frigi dette personellet til annet
- Opprette et eget psykiaterprosjekt der hensikten er å øke antall psykiatere (lignende av det som ble gjennomført på 90 tallet)
- Sikre god organisering og planlegging av arbeidet
- Gi de ansatte en god balanse mellom krav i jobben og mulighet for kontroll over egen arbeidssituasjon
- Rettferdig og støttende lederskap og forutsigbarhet og trygghet.
- Legge til rette for fleksibel oppgavedeling og livslang læring

Med disse risikoreduserende tiltakene er sannsynligheten for risikoen forventet å gå noe ned, men konsekvensen av å ikke klare å rekruttere og stabilisere personell vil være lik. Risikoen blir derfor også etter tiltak stående som høy.

*Risiko for at en ikke har robuste fagmiljø med arbeidsforhold der faglig utvikling, forskning og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen* er vurdert til å være høy i alternativ 1, moderat i hybridmodellen og alternativ 2, psykiatri. Grunnen til at det er forskjell mellom forslagene innen somatikk er igjen det at en tror en vil få et meget robust fagmiljø ved Helgeland når en samler tre sykehus til ett stort. Forslaget i alternativ 1 vil også øke robustheten i noen grad, men effekten forsterkes i hybridmodellen. For å kunne redusere risikoen for at en ikke har robuste fagmiljø i alternativ 1 foreslås det å:

- Legge til rette for hus-hytte modell («Tynset-modell»), og se på hvordan vaktlaget er satt sammen.
- Oppgavedeling, for best mulig utnyttelse av ressursene
- Ytterligere samarbeid på tvers av foretaksgrensene

Disse tiltakene er forventet å understøtte sårbare fagmiljøer, og reduserer risikoen til et moderat nivå.

*Risikoen for at det ikke er tilstrekkelig med utdanningskapasitet og praksisplasser med god kvalitet i regionen* er vurdert til moderat nivå i samtlige alternativer. Ved endring i struktur vil utdanningsoppgavene normalt følge med de øvrige oppgavene som flyttes. Dersom man samler fagmiljø på færre lokasjoner vil det innebære at utdanningsoppgaver også samles mer enn tilfellet er i dag. Det vil totalt sett redusere personellbehovene fordi det er mindre ressurskrevende å drive utdanning på færre steder. Større fagmiljø vil også være mindre sårbare i løsningen av utdanningsoppgaver. På den andre siden er det slik at desentralisert utdanning er viktig for tilførselen av helsefaglig kompetanse til distriktene. Flytting av funksjoner vil ha konsekvenser for sykehuset som praksisarena. Redusert antall studenter i praksis innebærer redusert rekrutteringsgrunnlag for sykehusene som mister funksjoner.

*Risiko for at helseforetakene ikke samarbeider med kommunehelsetjenesten om rekruttering og bemanning* er vurdert felles for de tre ulike alternativene, og risikoen er vurdert til å være moderat. Alternativene er antatt å ikke ha påvirkning på risikoen. I helsepersonell kommisjonsrapporten er det påpekt at tjenestene på de ulike nivåene ikke er avstemt opp mot hverandre. De ulike tjenestenivåene bør ikke drive å «fiske» personell fra hverandre. Aktuelle tiltak som kan settes inn for sikre samarbeid om rekruttering og bemanning kan være felles rekrutteringskampanjer, felles bemanningsbyrå og delte stillinger på tvers av tjenestenivå. Dette siste vil spesielt kunne komme pasientene til gode fordi kunnskapen om dem vil finnes hos flere. Tiltakene vil også kunne bidra til flere heltidsstillinger for kommunalt ansatte.

## Kapasitet

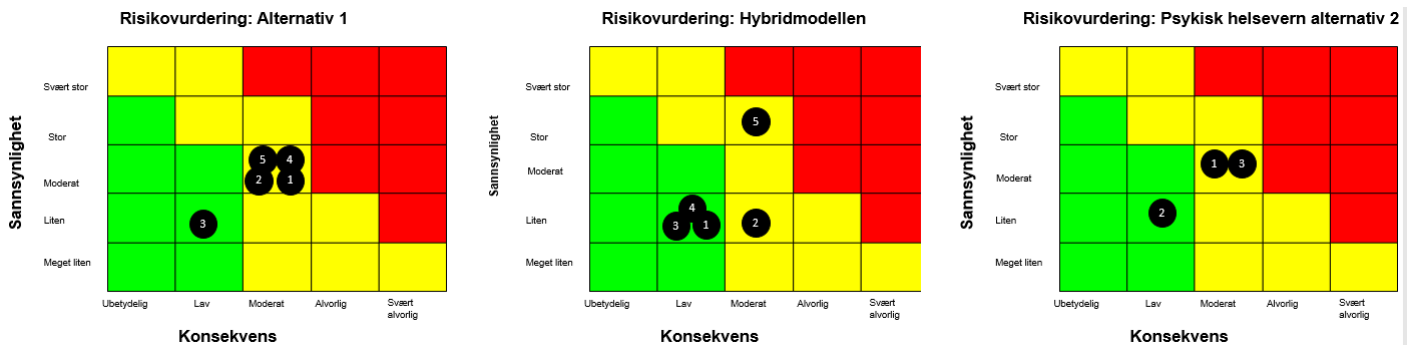
Under risikoområdet kapasitet er det identifisert fem ulike risikoer. *Risiko for at en ikke har tilgang til moderne og standardisert MTU*, samt risiko for at en ikke har tilstrekkelig kapasitet i de prehospitale

Risikoregister- Kapasitet	
1.	Risiko for at ressurser ikke brukes hensiktsmessig
2.	Risiko for at en ikke klarer å redusere ventetider og fristbrudd
3.	Risiko for at en ikke har tilstrekkelig god nok fysisk infrastruktur
4.	Risiko for at en ikke har tilgang til moderne standardisert MTU
5.	Risiko for at en ikke har tilstrekkelig kapasitet i de prehospitale tjenestene

tjenestene er ikke relevant å vurdere for alternativ 2, psykiatri. MTU benyttes ikke innen psykisk helsevern og rus. Risiko for at en ikke har tilstrekkelig kapasitet i de prehospitale tjenestene er en svært viktig innenfor somatikk. Mange av risikovurderingene som er gjort under de andre risikoområdene er gjort under forutsetningen om at det bygges opp tilstrekkelig kapasitet i det prehospitale tjenestene. For psykisk helsevern innebærer alternativet en styrkning av det polikliniske tilbudet, og opprettholder i så måte dagens desentrale struktur. Alle døgnenheter som foreslås nedlagt eller flyttet er elektive, og vurderes ikke til å ha noen påvirkning på behov for prehospitale ressurser eller tjenester.

*Risikoen for at en ikke har tilstrekkelig kapasitet i de prehospitale tjenestene i somatikken er vurdert til å være moderat både for alternativ 1, og hybridmodellen. Det er en noe høyere sannsynlighet for at en ikke har tilstrekkelig kapasitet i de prehospitale tjenestene i*

hybridmodellen. Ved hybridmodellen vil det i tillegg til å være behov for å styrke de prehospitale tjenestene ved Narvik og Lofoten være behov for å styrke tjenestene på Helgeland. Ikke alle i gruppen har tro på at man vil klare å bygge opp de prehospitale tjenestene slik behovet er skissert, og det stilles spørsmål til om en vil klare å bemanne ambulansestasjoner i distriktene. Det var uenighet i fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens for hybridmodellen. 5 representanter mente at både sannsynlighet og konsekvens skulle settes til 3, mens 6 representanter mente at sannsynlighet skulle settes til 4, og konsekvens til 3.



Figur 6. Risikodiagram kapasitet

*Risikoen for at ressurser ikke brukes hensiktsmessig* er moderat i alternativ 1, somatikk og alternativ 2 psykiatri. I hybridmodellen er denne risikoen ansett å være lav. I alternativ 1 vil en oppnå en omprioritering av ressurser fra vaktordninger med lav aktivitet til behandling på dagtid. Alternativet er forventet å også redusere innleie og bruken av overtid. Alternativet vil føre til økt effektivitet i elektive driftslinjer. Effekten av dette forsterkes i hybridmodellen. Ett sykehus på Helgeland vil redusere behovet for personell. Innen psykisk helsevern rus er strukturen i utgangspunktet desentral. I alternativ foreslås det å styrke små og desentrale poliklinikker fordi det vil styrke kvaliteten i tilbudet, i tillegg vil det også øke kapasiteten. Å styrke små og desentrale poliklinikker er neppe det mest hensiktsmessige i forhold til å bruke personellressurser effektivt. Men en står i en situasjon hvor det er lange ventelister og lang ventetid ved poliklinikker i distriktet og en må da benytte ressursene hvor en har mest bruk for dem.

*Risiko for at en ikke klarer å redusere ventetid og fristbrudd* er moderat for begge alternativene i somatikken, og lav i psykiatrien. Alternativ 2, psykiatri innebærer en styrkning av det polikliniske tilbudet med 40 millioner kroner, for å legge til rette for robuste og fleksible fagmiljø med tilstrekkelig tilgang til spesialisert kompetanse og mulighet for faglig utvikling. En forventet effekt av dette er reduksjon i ventetid og fristbrudd. Også i somatikken innebærer alternativene å øke kapasiteten slik at en kan redusere ventetider. Når ressurser omprioriteres fra vaktarbeid med lav aktivitet til dagtid vil kapasiteten til elektiv virksomhet øke. Effekten av dette forsterkes i hybridmodellen. Det var uenighet i gruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens for hybridmodellen. 5 representanter mente at både sannsynlighet og konsekvens skulle settes til 3, mens 10 representanter mente sannsynligheten skulle settes til 2, og konsekvens settes til 3.

*Risiko for at en ikke har tilstrekkelig god nok fysisk infrastruktur* er vurdert til å være lav i begge alternativer i somatikken, og moderat innen psykisk helsevern. For somatikken sin del er det gjort kartlegginger av arealbehov og mulighetsrom i eksisterende bygningsmasse. Innen psykisk helsevern er det størst risiko forbundet med oppussing/nybygg av gamle og lite funksjonelle bygg, samt bygging av Åsgård. Sykehusbyggene som benyttes i dag er lite hensiktsmessig sitt formål, og har et langt vedlikeholdsetterslep.

*Risiko for at en ikke har tilgang til moderne standardisert MTU* er vurdert til moderat i alternativ 1, og lav i hybridmodellen. Ved færre lokasjoner vil det være mindre behov for MTU.

## Organisatoriske forhold

Under området organisatoriske forhold er det indentifisert fem ulike risikoer. Alle fem risikoer er vurdert relevante for både somatikk og psykisk helsevern. Det skal innledningsvis påpekes at risikoen er scoret

### Risikoregister- Organisatoriske forhold

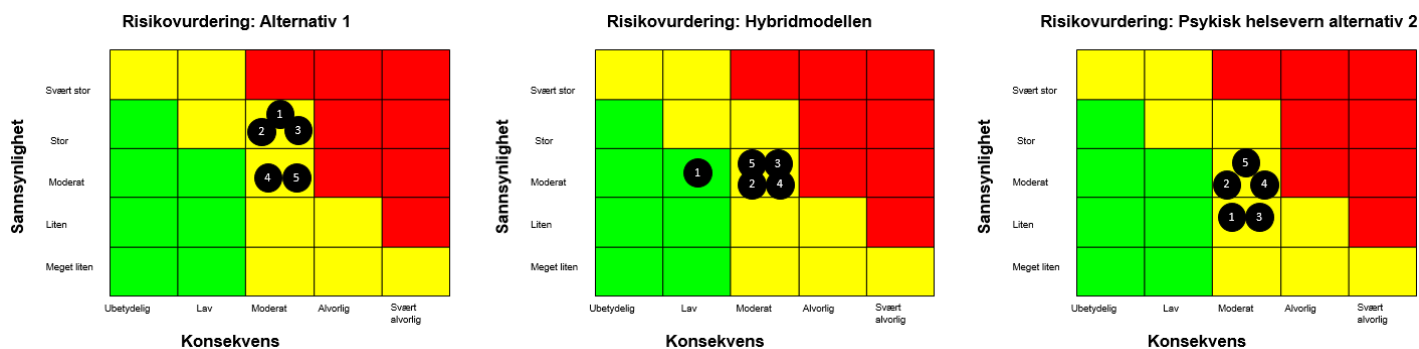
1. Risiko for at en ikke har gode og robuste arbeidsmiljø
2. Risiko for at en ikke har en effektiv organisering
3. Risiko for at en ikke klarer å unngå sårbare enheter
4. Risiko for at det ikke er en kjent rolle og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
5. Risiko for at det er mangel på forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablerte helsefelleskapene

relativt likt innenfor begge alternativer for somatikk samt alternativ 2 for psykisk helsevern. Den samlede risikoscoren for hybridalternativet somatikk og alternativ 2 psykiatri har begge sannsynlighet og konsekvens 3. Alternativ 1 somatikk har en samlet score som er litt høyere med sannsynlighet 4 og konsekvens 3. Dette tyder på at arbeidsgruppene har en nokså lik samlet risikovurdering av de foreslåtte alternativene som omhandler organisatoriske forhold.

For alternativ 1, somatikk, er alle risikoene vurdert til å være moderat, med en sannsynlighet på enten 3 eller 4, og samtlige konsekvenser på 3. Risikoprofilen i hybridalternativet er vurdert å være noe gunstigere. I hybridalternativet er tre av risikoene lavere sammenlignet med alternativ 1. Totalt fire av risikoene i hybridalternativet er vurdert til sannsynlighet og konsekvens 3, og den siste Risiko for at en ikke har gode og robuste arbeidsmiljø får lav risiko med sannsynlighet 3 og

konsekvens 2. Således kan man si at hybridalternativet her en gunstigere risikoprofil enn alternativ 1 for somatikken. Det er særlig endringene for Helgeland som gir seg utslag i den ulike scoringen for alternativene. Med ett samlet stort sykehus ligger det forventninger om at en skal få gunstige effekter både for å få robuste fagmiljø og effektiv drift.

Samtlige fem risikoer er vurdert som moderat risiko i alternativ 2 innen psykisk helsevern. Med alternativ 2 styrkes robustheten flere steder ved at flere fagfolk samles. Arbeidsmiljøet vil trolig bedres når bemanningsfaktoren økes ved at en samler flere senger ett sted. Å samle på færre lokasjoner gjør at man også kan benytte arbeidskraften mer fleksibelt, noe som også trolig vil ha positiv innvirkning på arbeidsmiljøet. Alternativ 2 innebærer også en styrkning av desentrale poliklinikker som trolig ikke er den mest hensiktsmessige måten å bruke ressurser på, og heller ikke den mest hensiktsmessige måten å organisere ressurser på. Men veid opp mot hensynet til pasientene, krav om likeverdige tjenester og manglende kapasitet, vil det som foreslås i alternativ 2 vurdert til å være den beste løsningen.



Figur 7. Risikodiagram organisatoriske forhold

Innen rehabilitering er også alternativet som foreslås vurdert til moderat risiko samlet sett. Imidlertid er dagens situasjon preget av en uklar rolle- og oppgavedeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Denne risikoen er vurdert til å ha høy risiko, også etter risikoreduserende tiltak. 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. Tydeligere rolle- og oppgavefordeling blir enda viktigere i det foreslåtte alternativet hvor kommunene skal behandle langt flere pasienter. Det trekkes også frem økt risiko for “vakuum” i tilbudet ved at nedleggelsen av Stokmarknes og oppbyggingen av Bodø. Man risikerer at man ikke klarer å bygge opp ny avdeling med tilstrekkelig kapasitet til å absorbere pasientvolumet fra nedlagt enhet. Det er i vurderingen hensyntatt at private aktører kan avlaste i interimfasen.

For diagnostiske funksjoner har man i anbefalte alternativ 1, kalt samarbeidsmodellen. Her mener arbeidsgruppen at det enklere kan bygges en kultur for å se hele regionen ved at en samarbeider tettere. Modellen antas å kunne frigjøre ressurser som vil kunne bidra til at man blir flinkere til å utnytte mulighetene til økt samarbeid gjennom bruk og implementering av ny teknologi. Gruppen for diagnostikk har også en samlet risikovurdering på moderat nivå. Det skal imidlertid påpekes at halvparten av de seks risikoene innenfor organisatoriske forhold er vurdert til lav risiko.

## Økonomi

Helse Nords økonomiske situasjon er sammen med bemanningsutfordringer hovedårsaken til at dette arbeidet er igangsatt. I nåsituasjonen er det svært høy risiko for at en ikke klarer å tilpasse tjenestene til

### Risikoregister- Økonomi

1. Risiko for at en ikke klarer å tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser
2. Risiko for at en ikke klarer å redusere behovet for bruk av innleie og variabel lønn til et 2019 nivå
3. Risiko for at en ikke klarer å redusere ventetid og forebygge henvisning til HELFO
4. Risiko for at det ikke er økonomi til nødvendige investeringer, bygg og vedlikehold
5. Risiko for at det ikke er økonomi til nødvendige nye faglige behov
6. Risiko for at en ikke klarer å redusere utskrivningsklare døgn sammen med kommunen

fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser. Helse Nord oppgir at etter deres beregninger kreves det en omstilling som gir et økt årlig økonomisk handlingsrom i intervallet 1-1,5 milliarder kroner. Alternativene fra arbeidsgruppene som har gjennomgått somatikken og psykisk helsevern/TSB inneholder tiltak som vil være med på å bidra positivt til den samlede økonomien i regionen. Også innen rehabiliteringsområdet og det diagnostiske området ligger det potensiale for besparelser. Vurderingen innen disse områdene er imidlertid at disse potensialene vil det ta lengre tid å hente ut.

Skal man lykkes med å gjennomføre den omstillingen som det er vurdert til å være behov for i regionen, kreves det imidlertid en langt større årlig innsparing enn det som adressert i arbeidsgruppenes forslag.

I denne risikoen analysen er seks kritiske suksessfaktorer vurdert.

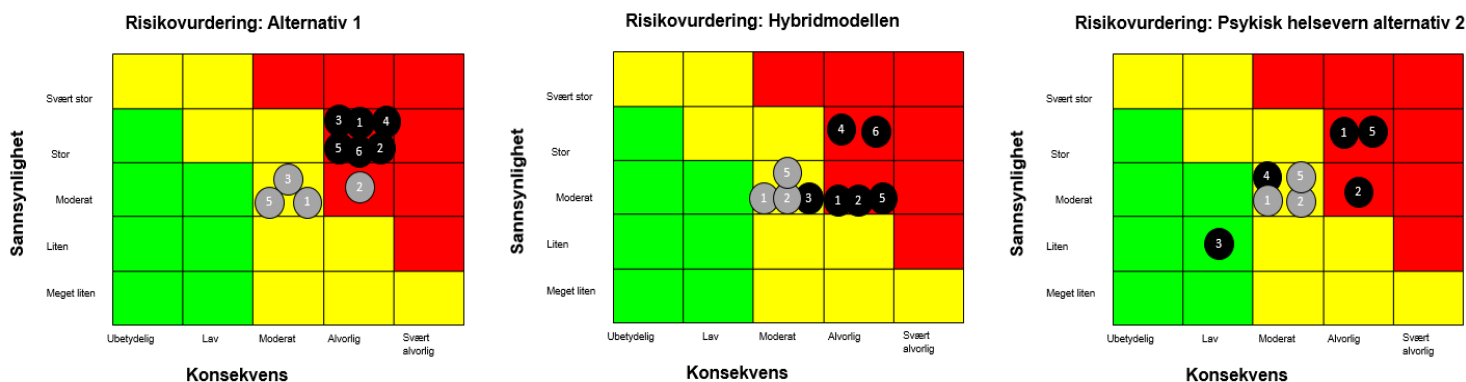
Initialt ble «Risiko for at en ikke klarer å tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser» vurdert. For de to somatiske alternativene og skissert alternativ innen psykisk helsevern/TSB er sannsynlighet vurdert som stor og konsekvens vurdert til alvorlig på dette området. I og med at området er vurdert til å inneha uakseptabel høy risiko, ble risikoreducerende tiltakene vurdert. Nedenfor er det listet opp en del tiltak som skal ta ned risikoen;

- Styrke fokus og gjøre en systematisk gjennomgang og arbeid i hvert foretak i forhold til effektivisering, omstilling og innsparing
- Arbeide for større strukturelle endringer internt i helseforetakene
- Jobbe for å beholde og rekruttere personell og ta ned sykefravær
- Styrke økonomiforståelsen helt ned til nederste nivå i organisasjonen
- Gjøre en betydelig innstramning på mulighet for bruk av innleie
- Ha større fokus på oppgavedeling
- Gjøre en gjennomgang av forbruksrater og identifisere uønsket variasjon, og forklaringer til denne
- Bedre samhandling med kommunene

Særlig de to førstnevnte punktene vil være særdeles viktige for å lykkes i gjennomføringen omstillingsarbeidet. Omstillingsarbeidet drives primært i de ulike foretakene. Et strukturert arbeid relatert til effektivisering, omstilling, interne strukturelle endringer og mer generelle innsparinger vil her være helt avgjørende for å kunne bringe denne risikoen ned på et akseptabelt nivå. Lykkes man med dette arbeidet er risikoen vurdert til å komme ned på et moderat nivå.

Økende antall fristbrudd har en høy økonomisk kostnad, og det ligger et betydelig innsparingspotensial knyttet til å innfri pasientrettighetene innen frist. Om man lykkes med å styrke poliklinikkene og øke kapasiteten slik som foreslått i alternativ 2 antar man at en også vil redusere fristbrudd og forebygge

henvisinger til HELFO. Også vurderingen av risikoen for at en ikke klarer å redusere behovet for bruk av innleie og variabel lønn er vurdert til å ha en uakseptabel risiko både innen somatikken og psykisk helsevern



Figur 8. Risikodiagram økonomi

Fra 2019 og til 2022 oppgis Helse Nord å ha økt sine kostnader knyttet til innleie fra 140 mill. kr. til 540 mill. kr. I 2021 stod Helse Nord for 40% av all innleie innen spesialisthelsetjenesten selv om regionen bare utgjør 9% av befolkningen. Tiltakene for å ta ned innleie er i stor grad vurdert til å sammenfalle med de tiltakene som er beskrevet ovenfor. Innen somatikkens alternativ 1 antas ikke risikoen å kunne bringes ned til et akseptabelt nivå selv etter disse tiltakene. For hybridmodellens vedkommende, er risikoen vurdert til å være noe lavere etter gjennomførte tiltak. For psykisk helseverns vedkommende vurderes de nevnte tiltakene til å kunne bringe risikoen ned på et moderat nivå.

Vurderingen av punktet «Risiko for at det ikke er økonomi til nødvendige investeringer, bygg og vedlikehold» sammenfaller i stor grad med vurderingen av evnen til å tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser. Innen somatikken innebære hybridmodellen noe bedre driftsøkonomi etter at nytt bygg på Helgeland er realisert. I forbindelse med dette arbeidet er det ikke foretatt en detaljert vurdering av hva et slikt bygg vil kunne beløpe seg til. Tidligere estimater fra Helgeland, basert på to-sykehusmodellen, tilsier imidlertid at dette kan fordre investeringer fra 2,5 mrd. og oppover. Driftsmessig bæreevne til å realisere dette bygget fordrer imidlertid betydelig mer investeringskapital enn det gevinsten av dette bygget er antatt å gi. For begge alternativenes vedkommende vurderes også risikoen som alvorlig selv etter at man har gjennomført risikoreducerende tiltak. Sannsynligheten vurderes imidlertid til middels for alternativ 1, i og med at dette alternativet fordrer lavere investeringer for å kunne gjennomføres.

For psykisk helseverns vedkommende, er behovet for bygningsmessige investeringer vurdert til i underkant av 240 mill, kr. Behovet for øvrige teknologiske investeringer innen dette området er langt lavere enn for somatikkens vedkommende. Risikoen innen psykisk helsevern/TSB er derfor vurdert til å være moderat (3.3)

Vurderingen av dagens situasjon er det svært høy risiko for at en ikke har økonomi til nødvendige nye faglige behov. De skisserte modellene har alle som målsetning å bedre driftsøkonomien, noe som igjen vil gjøre det lettere å fristille tilstrekkelig med midler til nødvendige faglige behov. Også innen dette området må man arbeide aktivt med de risikoreducerende tiltakene som er skissert ovenfor, under punktet «tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser», for å komme ned på et akseptabelt risikonivå.

I løpet av 2022 ble totalt 4471 pasienter innen somatikken henvist til eksterne tjenesteleverandører gjennom HELFO på grunn av fristbrudd. Det er flest pasienter innenfor ortopedi, øre-nese-hals (disse faggruppene utpeker seg også med lang ventetid) og gastroenterologisk kirurgi. Begge de skisserte modellene legger vekt

på å redusere fristbrudd og ventetider. Hybridmodellen, med et samlet Helgelandssykehus, antas å være noe mer slagkraftig for å kunne realisere denne målsetningen enn somatikkens alternativ 1. Etter noen ytterligere risikoreducerende tiltak, blant annet i form ytterligere fokus på å skille de elektive driftslinjene fra de akutte, antas modell 1 å være nede på et akseptabelt risikonivå.

Også innen psykisk helsevern er det et økende antall fristbrudd, med tilhørende kostnad. Modellen innen psykisk helsevern legger sterk vekt på å innfri pasientrettighetene innen frist. Om man lykkes med å styrke poliklinikkene og øke kapasiteten slik som foreslått i alternativ 2, antar man at en også vil redusere fristbrudd og forebygge henvisinger til HELFO. (Risikovurdert til 2.2)

Til sist under økonomiområde ble risiko for at en ikke klarer å redusere utskrivningsklare døgn vurdert. I dag foretas det kun registrering av utskrivningsklare døgn relatert til somatiske pasienter. For begge de to alternativene innen somatikken er det vurdert til å være uakseptabel høy risiko innen dette område. Utskrivningsklare pasienter ligger imidlertid i stor grad utenfor spesialisthelsetjenestens kontroll, da dette ligger til kommunene. Forslag til piloter og tjenesteutvikling fra arbeidsgruppe 5 er tiltak som trolig vil kunne bidra til å redusere utskrivningsklare døgn. Det er ikke gjort en ny vurdering av risiko etter tiltak.

## Sikkerhet og beredskap

Ved en større uønsket hendelse, krise eller krig, vil det være behov for regional, og interregional, koordinering, og derav kunne benytte tilgjengelig kapasitet i helseforetaksgruppen. Under dette

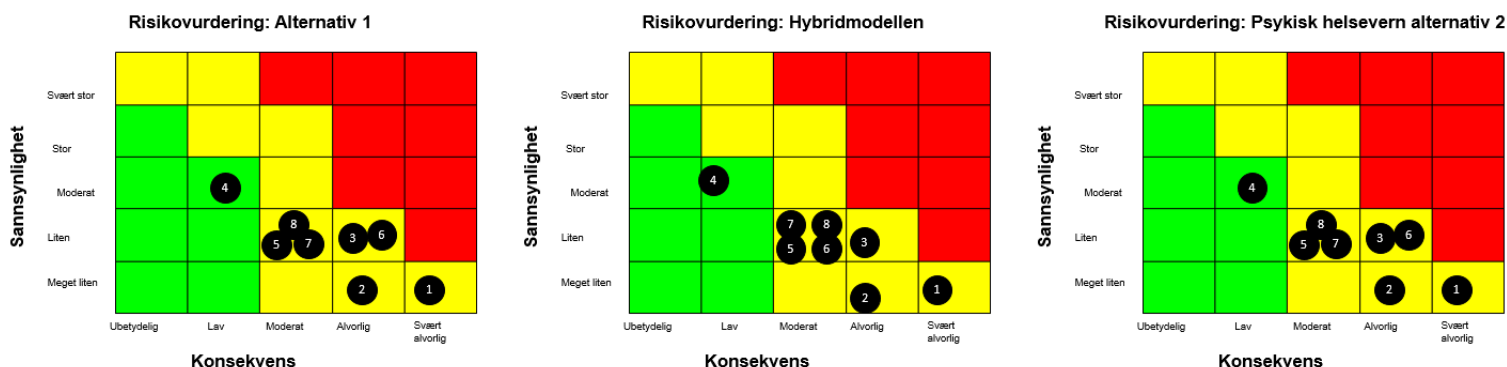
### Risikoregister- Sikkerhet og beredskap

1. Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til krig/store katastrofer
2. Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til pandemi
3. Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til cyberangrep
4. Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til forsyingsproblemer (stopp i produksjonslinjer)
5. Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til vær og klima
6. Risiko for at en ikke har tilstrekkelig organisatorisk fleksibilitet til å ivareta langvarige, og samtidige kriser
7. Risiko for at en ikke har en robust infrastruktur som tåler påkjenninger
8. Risiko for at en ikke klarer å sikre beredskap og samhandling med kommunen om denne ved ulykker og massetilstrømning av pasienter

risikoområdet vurderes Helse Nord sin evne til å behandle syke, skadede og sårede, herunder hendelser som truer grunnleggende verdier og funksjoner, og som setter liv og helse i fare. Helseberedskap skal bidra til at befolkningen får nødvendig helsehjelp ved kriser, katastrofer i fredstid og i krig. Sikkerhet og beredskap som ivaretas innenfor daglig drift, og ikke krever ekstraordinære tiltak og ressurser, beskrives ikke innen dette området. En del av risikoene som beskrives, kan også være en del av sammensatte hendelser, og som bidrar til å skape uklare skiller mellom fred, krise og krig. Vår helsetjeneste har i så måte en sikkerhetspolitisk betydning da helseberedskap er en grunnleggende nasjonal funksjon.

Det er svært liten sannsynlighet for at Norge skal komme i krig, men om dette skulle skje så ville konsekvensene av dette være svært alvorlig. Helsetjenesten er ikke dimensjonert for å håndtere pasientvolumene ved større nasjonale kriser og i krig. Gjennom dialog med Forsvaret går det frem at det viktigste for Forsvaret, er tilstedeværelse av infrastruktur, og ikke hvordan Helse Nord organiserer sine oppgaver og funksjoner. Ved en eventuell atomhendelse som berører vår region, vil det bli en nasjonal koordinering av håndteringen da det er et svært høyt konsekvenspotensial på flere områder og har et langstrakt omfang. Sannsynligheten for en atomhendelse vurderes også som svært liten, men denne vil øke fremover gitt en større aktivitet i arktisk med interesse fra stormaktene.

Helse Nord har gjort tre egne evalueringer underveis i covid-pandemien. Gjennom evalueringene går det frem at Helse Nord har i stort håndtert pandemien på en god måte. Helse Nord hadde blant annet utfordringer med de nasjonale tiltakene som ble besluttet, da pandemien og nasjonale tiltak traff annerledes i nord enn i sør, herunder grensestengning. Dette bidro også til utfordringer knyttet til bemanning ved sykehusene. Gruppen mener at mer robuste fagmiljøer vil bidra til noe lavere risiko ved en pandemi. Små enheter med lite personell er mer sårbare enheter i en beredskapssituasjon.



Figur 9. Risikodiagram sikkerhet og beredskap

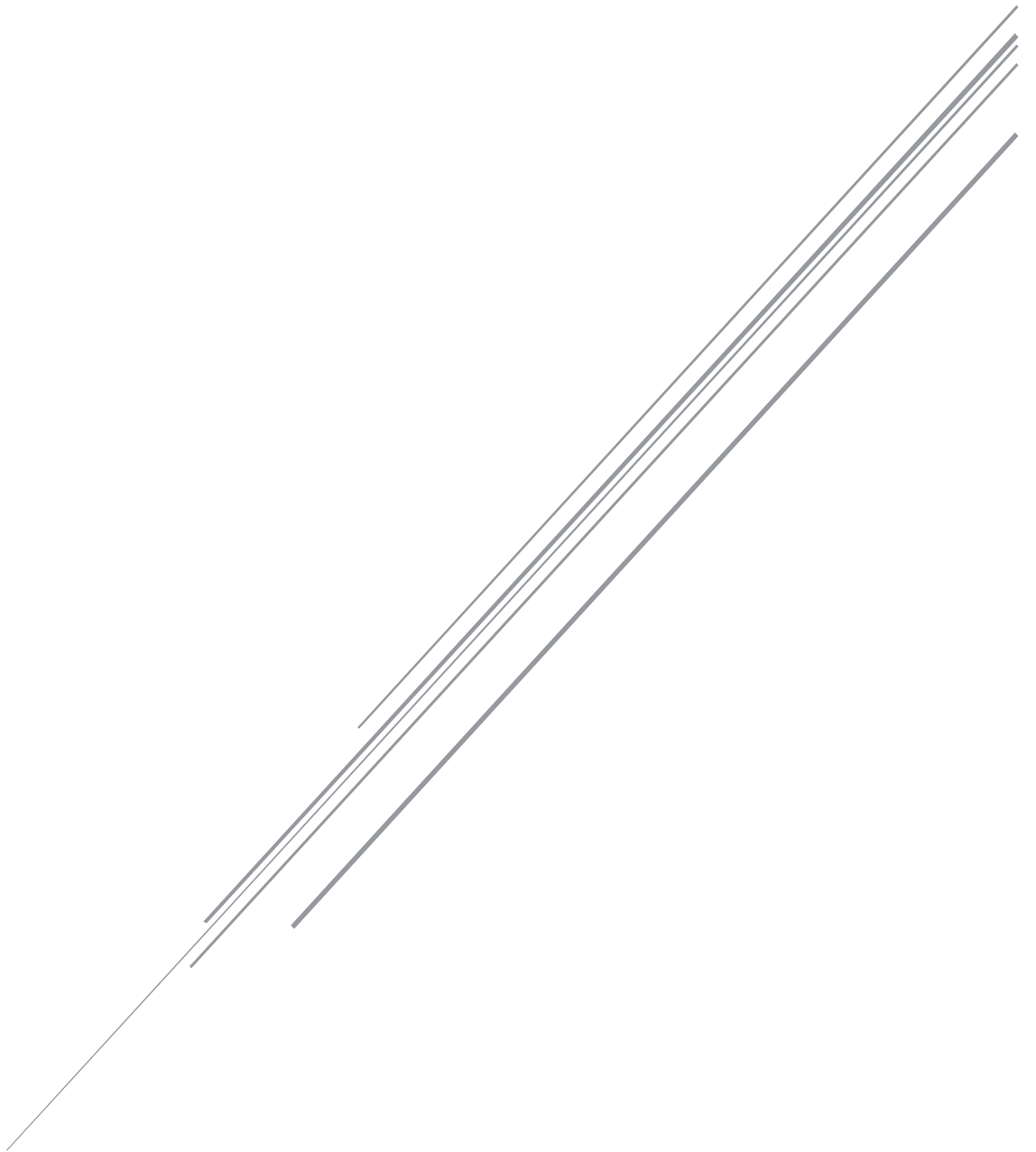
Et cyberangrep er kanskje det som er mest nærliggende å tro kan inntreffe av hendelsene som diskuteres under sikkerhet og beredskap, og som gir stor konsekvens. Helse Nord er stadig utsatt for uønskede cyberhendelser, men få av disse har så langt gitt store konsekvenser. Likevel oppstår det alvorlige hendelser i Helse Nord årlig som har et stort konsekvenspotensial.

Helse Nord er i stor grad robust til å håndtere kriser, og har en ganske fleksibel organisasjon. Likevel er forsyning, logistikk og transport en utfordring da Helse Nord er en stor region med lange avstander og sårbar infrastruktur når det gjelder å tilrettelegge for sikker forsyning, logistikk og transport. Når det gjelder beredskapssamarbeid er det viktig med samhandling med kommunen. Om ikke kommunen har kapasitet til å håndtere pasienter, vil det medføre større konsekvenser for spesialisthelsetjenesten, og vise versa. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har i dag forpliktende samarbeidsavtaler som skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet er samordnet.

De to alternativene legger opp til økt robusthet, og dette vil også øke fleksibiliteten. Hva gjelder risikovurderingen innen sikkerhet og beredskap scores denne nærmest identisk for de to alternativene for somatikk. Gruppen vurderer at den hybride modellen vil gi større robusthet og fleksibilitet ved færre enheter og større fagmiljø, og dermed kunne gi en lavere konsekvens.

# VEDLEGG 1

Skala for sannsynlighets- og konsekvensvurdering





**Skala for sannsynlighetsvurdering:**

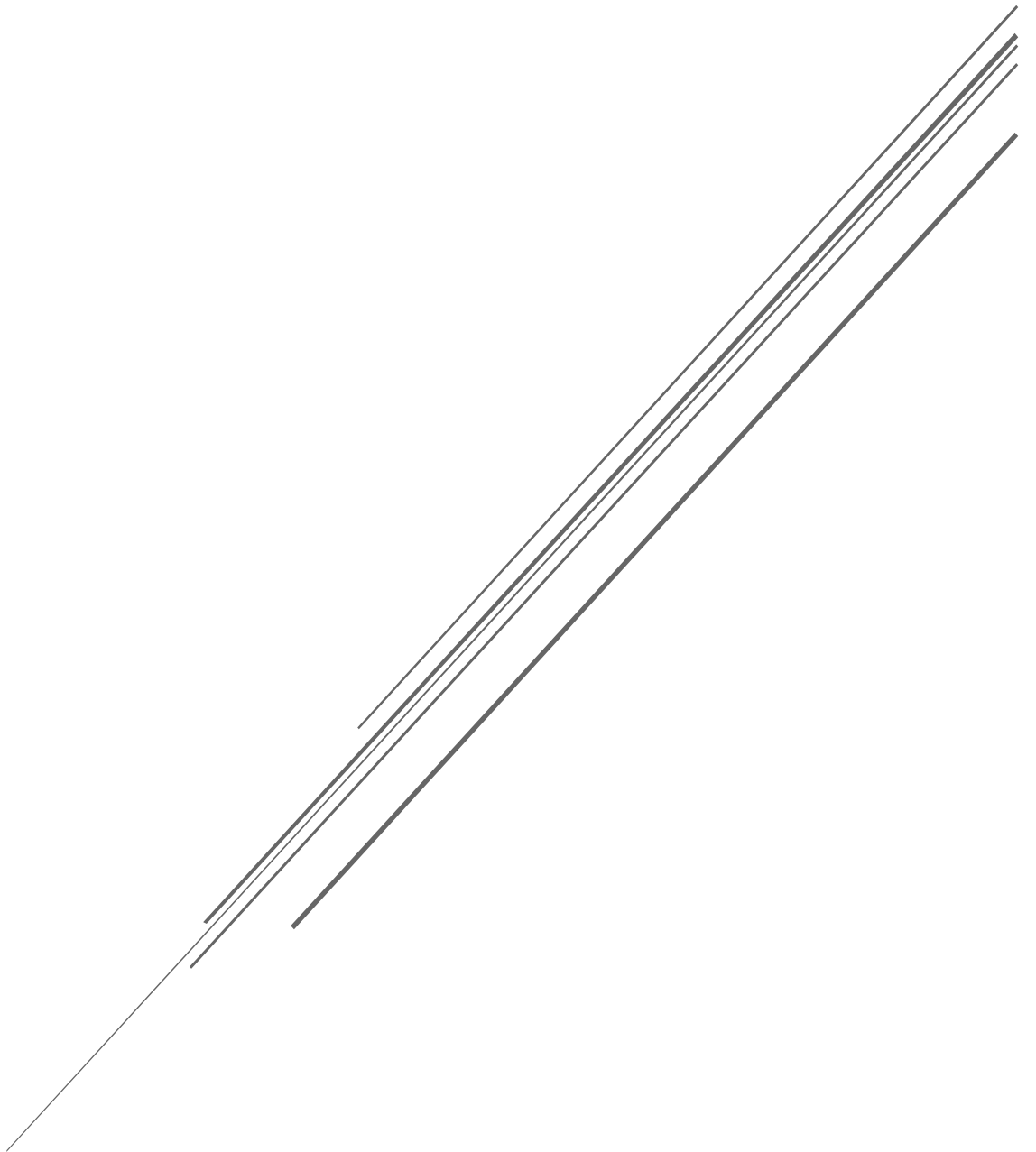
Score	Sannsynlighet	Beskrivelse
1	Svært liten	Sjeldnere enn årlig - eller under 1% sjanse for at risiko inntreffer
2	Liten	Årlig/noen ganger per år – eller opptil 20% sjanse for at risiko inntreffer
3	Moderat	Månedlig – eller 21-60% sjanse for at risiko inntreffer
4	Stor	Ukentlig – eller 61 -90% sjanse 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
<b>Pasient</b>	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
<b>Bruker av tjenestene</b>	Ingen eller minimal innvirkning på bruker av tjenestene	Forbigående liten innvirkning på brukere av tjenestene	Liten kortvarig (mindre enn et år) innvirkning på bruker av tjenestene	Langvarig (mer enn et år) innvirkning på bruker av tjenestene	Betydelig langvarig (mer enn et år) innvirkning på brukerne av tjenestene
<b>Bemanning</b>	Ingen eller minimal innvirkning på medarbeider eller bemanning  Ingen eller minimal innvirkning på rekruttering	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller under-bemanning på +/- inntil 20%  Kortvarig (mindre enn et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 10%	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller under-bemanning på mer enn +/- 20%  Kortvarig (mindre enn et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 10%-20%	Langvarig (over et år) over- eller under-bemanning på +/- 15-30%  Langvarig (over et år) rekrutterings-vansker for en andel av inntil 15%-35%	Langvarig (over et år) over- eller under-bemanning på mer enn +/- 30%  Langvarig (over et år) rekrutterings-vansker for en andel på mer enn 30%
<b>Kompetanse/ utdanning</b>	Ingen eller minimal betydning for kompetanse eller utdanning	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, mindre enn 10%	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, 10-20%	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, 15-30%	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdannings-kandidater, mer enn 30%
<b>Kapasitet</b>	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)
<b>Økonomi</b>	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

# VEDLEGG 2

Samlet oversikt over suksessfaktorer og måltilknytning




<b>KRITISKE SUKSESSFAKTORER -HELHETLIG ANALYSE</b>	<b>Etablere ny funksjons- og oppgavedeling basert på en struktur som lar seg bemanne og gir bærekraftig økonomi</b>	<b>Følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin</b>	<b>Tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunen</b>
<b>Brukeren av tjenestene</b>	Opprettholde akseptabel reiseavstand til utredning og behandlingstilbud  Pasienten har tillit til helsetjenestene	Likeverdig helsetilbud	Tilgjengelige tilbud ved dårlig fremkommelighet
<b>Behandlingstilbud</b>	Tjenestetilbud av god kvalitet  Sikre helhetlige pasientforløp	Sikre spesialiserte funksjoner med et tilstrekkelig høyt pasientvolum  Unngå uønsket variasjon i tjenestetilbudet	Sørge for at pasientene behandles på beste effektive omsorgsnivå (BEON)
<b>Bemanning</b>	Beholde og rekruttere kompetanse  Redusere antall vaktordninger som er avhengig av kontinuerlig innleie	Robuste fagmiljø som legger til rette for faglig utvikling, utdanning og forskning  Tilstrekkelig med utdanningskapasitet og praksisplasser med god kvalitet i regionen	Hensiktsmessig samarbeid om rekruttering og bemanning
<b>Kapasitet</b>	Hensiktsmessig bruk av ressurser  Redusere ventetider og fristbrudd  Tilstrekkelig god nok fysisk infrastruktur (bygg, lokaler, senger etc)	Tilgang til moderne standardisert MTU	Tilstrekkelig kapasitet i de prehospitalene tjenestene

<b>Organisatoriske forhold</b>	<p>Gode og robuste arbeidsmiljø</p> <p>Effektiv organisering</p>	<p>Unngå sårbare enheter</p>	<p>Kjent rolle og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten</p> <p>Forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablerte helsefelleskapene</p>
<b>Økonomi</b>	<p>Tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser</p> <p>Redusere bruk av innleie og variabel lønn til 2019 nivå</p> <p>Redusere fristbrudd og forebygge henvising til Helfo</p>	<p>Økonomi til nødvendige behov knyttet til teknologi, investeringer, bygg og vedlikehold</p> <p>Økonomi til nødvendige nye faglige behov</p>	<p>Sammen med kommunene redusere utskrivningsklare døgn</p>
<b>Sikkerhet og beredskap</b>	<p>Beredskap som er rustet til å møte det store utfordringsbildet, der informasjonssikkerhet, klimaendringer, ekstremvær og naturkatastrofer, migrasjon, pandemi og krig inngår</p> <p>Organisatorisk fleksibilitet som setter oss i stand til å ivareta langvarige, og samtidige, kriser</p> <p>Robust infrastruktur som tåler påkjenninger</p>		<p>Sikre beredskap og samhandling rundt denne, ved ulykker og massetilstrømming av pasienter</p>



# VEDLEGG 3

Dokumentasjonsgrunnlag ROS-workshop







<b>Akutte og elektive funksjoner</b>			
<p>Nedenfor er alternativ 1 og Hybridmodellen for somatikken vurdert fortløpende. Vurderingene for psykisk helsevern og TSB følger deretter, lagt innunder hver enkelt kritisk suksessfaktor.</p>			
	<b>Brukeren av tjenestene</b>	<b>S</b>	<b>K</b>
	<p><b>Opprettholde akseptabel reiseavstand til utredning og behandlingstilbud for de som bruker tjenestene hyppig.</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke klarer å opprettholde akseptabel reiseavstand for de som bruker helsetjenestene hyppig</i></p> <p>Begge de foreslåtte alternativene innebærer at flere må reise for utredning eller behandling. Det finnes ingen nasjonale retningslinjer eller normer for hva som er akseptabel reisetid, ventetid eller når en reise kan starte eller slutte. Det er heller ikke satt begrensninger på hvor langt en kan kjøre innenfor for eksempel 12 timer. Det er de som må reise hyppig som må vektlegges mest i denne vurderingen, og ikke de som for eksempel på reise en til to ganger i året. Det er viktig at det for pasienten er en forutsigbarhet knyttet til hva en får dekket knyttet til reising og ikke. Det er andre rettigheter som gjelder når en skal hjem fra ett akutttopphold eller en akutt time.</p>		
	<p><b>Alternativ 1:</b> I alternativ 1 er det noen pasienter som må reise lengre enn tidligere. Dette er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutte pasienter innenfor kirurgi, kirurgisk ortopedi og føde som nå behandles ved Narvik, og som i alternativ 1 skal behandles i Harstad. I snitt vil dette være ca 32 pasienter per uke.</li> </ul> <p>Med unntak av de som bor i Tjeldsund kommune (som i dag i all hovedsak benytter Harstad) vil det bli lengre kjørevei. Med unntak av de som bor i Narvik og Evenes vil det bli ca 1 time lengre reisevei. De som har planlagt behandling, og bruker tjenestene hyppig vil ikke få lengre reisevei.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fødende ved Storslett (22 fødsler i året i snitt). For disse blir det reisevei på 3,5 timer til Tromsø alternativt 2,5 timer til fødestue i Alta</li> <li>• Fødende i Brønnøysund (21 fødsler i året i snitt). For disse blir det reisevei på 3 timer til Sandnessjøen</li> <li>• Akutte pasienter innenfor kirurgi, kirurgisk ortopedi og føde som nå behandles ved Gravdal sykehus, og som i alternativ 1 skal behandles i Vesterålen. I snitt vil dette være ca 19 polikliniske pasienter per uke og 5 pasienter med behov for sykehusopphold per uke</li> </ul> <p>For befolkningen i Vågan vil ikke transporttiden bli vesentlig lengre om en kjører via Fiskebøl -Melbu med ferge. Via fastlandsforbindelse vil det være en time lengre reisevei. Men for befolkningen i Vest Lofoten vil</p>	3	3







	<p>alternativet innebære vesentlig lengre reisevei. Via Fiskebøl -Melbu vil det være ca 2,5 timer lengre reisetid. Via fastlandsforbindelsen vil det være mellom 3 og 3,5 timer lengre reisetid enn det er per dags dato.</p> <p>Pasienter innenfor akutt indremedisin vil ikke berøres i dette alternativet, og heller ikke de som skal gjøre planlagt kirurgi.</p> <p>Gruppen er ikke enig i fastsettelse av sannsynlighet. 9 representanter mente sannsynlighet skal settes 3 og 5 representanter mente den skal settes til 4. Det var enighet om at konsekvens settes til 3.</p>		
	<p><b>Hybridmodellen:</b></p> <p>I tillegg til de som vil får lengre reisevei i alternativ 1 berøres de som hører til Helgelandssykehuset i hybridmodellen. Med ett stort akutt sykehus her vil det bli et større volum som må reise. Bosetningen er spredt, men reiseavstandene er relativt korte her sammenlignet med avstander andre steder i Helse Nord. Hvor mange som må reise lengre enn nå vil avhenge av hvor en lokaliserer et nytt stort akutt sykehus. Alternativet vil kreve større kapasitet i de prehospitale tjenestene i noen av områdene avhengig av lokalisering.</p> <p>Med ett stort sykehus på Helgeland kan det tenkes at egendekningen også kan økes, i og med at vil få et bredere tilbud samlet på ett sted. Dette gjør at en kanskje kan ta ned noen reiser til Bodø, og kanskje Tromsø.</p> <p>Det er mulig å tenke seg at pasienter også vil akseptere en lengre reisevei om tilbudet de kommer til har høyere kvalitet. Dette tror en vil være tilfelle i begge alternativene sammenlignet med nå-situasjonen.</p>	3	3
	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b></p> <p>Alternativ 2 berører til sammen døgntilbudet til 651 pasienter når aktivitet fra 2022 legges til grunn.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anslagsvis to tredjedeler forventes å få lengre reisevei, dvs. drøyt 400 pasienter.</li> <li>• Poliklinisk tilbud opprettholdes for de samme lokasjonene</li> </ul> <p>Det påpekes at det er krevende med lengre reisevei til døgntilbud i psykiatrien, og at dette kan øke risikoen for at pasienter vil vegre seg mot å ta i mott tilbudet. På en annen side er det for de som kommer fra små miljøer noen ganger bedre å reise for å få behandling, da innleggelse ikke bli så synlig i lokalsamfunnet.</p> <p>Det var uenighet i gruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens, hvor av 9 mente at sannsynlighet skulle settes til 4, og konsekvens til tre. 4 stykker mente at både sannsynlighet og konsekvens skulle settes til 4.</p>	4	3




	<p><b>Pasienten har tillit til helsetjenestene</b></p> <p><i>Risiko for at pasientene ikke har tillit til helsetjenestene</i></p> <p><b>Alternativ 1:</b> Erfaring fra klinikken viser at pasienttilfredshet er sterkt knyttet til hvorvidt pasientene mottar de helsetjenestene de forventer å få. Det er utfordrende å forutsi nøyaktig hvordan alternativ 1 vil påvirke pasienttilfredsheten, men det er sannsynlig at pasientene vil være mer tilfredse dersom for eksempel ventetiden reduseres. Kortere ventetid kan ha en positiv innvirkning på pasientopplevelsen og dermed føre til høyere tillit. Pasientenes opplevelse av tilgjengelighet og kvaliteten på omsorgen de mottar, spiller en viktig rolle i deres vurdering av helsetjenestene, og tilliten til dem. I så måte kan det tenkes at mer robuste fagmiljø også trolig vil kunne være med å øke tilliten til tjenestene.</p>	3	3
	<p><b>Hybridmodellen:</b> Om man lander den langvarige og pågående striden på Helgeland vil kanskje tilliten til helsetjenesten her øke. En tror at tilliten per i dag er lav i dette området. Hele gruppen er imidlertid ikke enig i at tilliten til helsetjenesten vil øke med hybrid alternativet. De som er uenig i dette mener det er uvisst hvor lang tid det vil ta å øke tilliten. Flere tror at dette vil ta ganske mange år.</p>	3	3
	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Tilliten til helsetjenestene vil alltid være preget av hvordan ting fremstilles i media. I det foreslåtte alternativet styrkes det polikliniske tilbudet, sammen med tilbudet til de sykeste pasientene desentralt og ved spesialistfunksjonene i Bodø og Alta. En tar ned kapasitet hvor en har overkapasitet. Tillit til tjenestene vil påvirkes av brukernes opplevelse av flyttingen av døgnplassene.</p> <p>Det var uenighet i gruppe om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens. Hvorav 6 stykker mener at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 3. 4 mente at sannsynlighet skulle settes til 3, men konsekvens til 4</p>	3	3
	<p><b>Likeverdig helsetilbud</b></p> <p><i>Risiko for at helsetilbudet ikke er likeverdig</i></p> <p>I det verdimesige grunnlaget for helse- og omsorgstjenesten<sup>1</sup> er det slått fast at befolkningen skal motta likeverdig tilgang til helsetjenester etter behov, og like tilfeller skal behandles likt uavhengig av kjønn, religion, sosioøkonomisk status, funksjonsnivå, sivilstand, bosted og etnisk tilhørighet. Dagens situasjon er preget av økende ventelister, økt antall fristbrudd. Dette utfordrer prinsippet om likeverdige helsetjenester. Det er flere drivere for at en ikke klarer å tilby likeverdige tjenester. Bemanningsstruktur sees på som en driver for likeverdige tjenester. Et høyt forbruk av vikarer og innleid personell har negativ innvirkning på kvalitet, og gir stor variasjon i hvilket tilbud en får. Det er forskjell på hvor likeverdig tilbudet er innad i regionen, og mye av denne forskjellen preges</p>		

<sup>1</sup> Meld. St. 34 (2015-2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste*





	<p>av avstand til tilbudet. Helseatlasen viser at Finnmark og Helgeland kommer dårligst ut når det gjelder overlevelse etter hjerneslag. Dette kan ha med avstand å gjøre, men det kan også ha med kompetanse og liten bruk av standard prosedyrer å gjøre. Forklaringen er uviss. En gjennomgang gjort av FHI knyttet responstider for ambulanse viser at de som bor nærmest sykehuset har dårligst utfall, mens de som bor lengst borte har bedre utfall.</p>		
	<p><b>Alternativ 1:</b> Forutsatt at man klarer å bygge opp de prehospitale tjenestene knyttet til både bil og fly vil alternativ 1 øke sannsynligheten for likeverdige tilbud. Dette alternativet vil gi større kontinuitet i tilbudene enn det er i nåsituasjonen. En konsolidering av tjenestene vil være en driver for positiv utvikling. Om en får større fagmiljøer vil trolig den totale erfaringen som er samlet ett sted øke. En økning i kvaliteten vil også trolig øke tilbudenes likeverdighet.</p>	3	3
	<p><b>Hybridmodellen:</b> I dagens situasjon er det størst utfordring knyttet til ventetid ved Helgeland, og av så også utfordringer knyttet til likeverdighet. Dette alternativet vil ikke gjøre tilbudet dårligere ved Helgeland, men vil trolig bedre situasjonen, da alternativet er forventet å blant annet redusere ventetid og antall fristbrudd. De samme resonnementene som er gitt over gjelder også for dette alternativet.</p> <p>Det er uenighet i gruppen om fastsettelse av konsekvensen av at en ikke har likeverdig tilbud i dette alternativet. En representant ønsker at konsekvens settes til 3 mens 15 representanter ønsker å sette konsekvens til 2. Det var enighet i gruppen om en sannsynlighet på tre.</p>	3	2
	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Helseforetakenes formål er etter helseforetakslovens § 1 å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester til alle som trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning. Begrepet likeverdighet er ikke entydig definert i lovverket. Det er en vanlig forståelse at likeverdige tjenester er av god kvalitet og tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde</p> <p>Overordnet målsetning for arbeidsgruppen har vært å gjøre tilbudet mer likeverdig. Hovedsakelig har en i dagens situasjon utfordringer knyttet til de som er sykest og med døgnbehandlingen i Tromsø og poliklinisk kapasitet. Forslagene til endring vil styrke begge disse områdene. De forslåtte tiltakene er antatt å bidra til at helsetilbudet som blir gitt innen psykisk helsevern og rus er likeverdige</p>	2	2
	<p><b>Tilgjengelige tilbud ved vanskelig fremkommelighet</b></p> <p><i>Risiko for at tjenestetilbudet er utilgjengelig på grunn av vanskelig fremkommelighet (vær og vind)</i></p>		
	<p><b>Alternativ 1:</b> I dette alternativet vil disse pasientene ha risiko for at tjenestetilbudet er mindre tilgjengelig på grunn av vanskelig fremkommelighet:</p>	3	3

	<p>1) Akutte kirurgiske pasienter (inkludert fødende med behov for keisersnitt) tilhørende Lofoten sykehus</p> <p>2) Fødende Brønnøysund</p> <p>Værforholdene i Lofoten er i deler av året preget av sterk vind, og Gimsøystraumen bro må noen ganger stenge. Dette kan gjøre fremkommelighet vanskelig. Hittil i 2023 har broen vært stengt på grunn av vind totalt fire ganger, i til sammen 19 timer. I 2022 var broen stengt seks ganger i til sammen 53,5 timer. Kompenserende tiltak benyttes allerede, da loses utrykningskjøretøy over broen i ly av tyngre kjøretøy som for eksempel en brannbil.</p> <p>For de som trenger keisersnitt i Sandessjøen vil en kunne møte på redusert fremkommelighet over Helgelandsbrua som også er eksponert for vind. Hittil i 2023 har denne broen vært stengt i tre perioder, i til sammen 14,5 timer. I 2022 var broen stengt i en gang i 1,5 time som følge av sterk vind. Også her benyttes samme kompenserende tiltak som ved Gimsøystraumen bro om dette er nødvendig.</p> <p>Det er uenighet om hva konsekvens skal settes til, hvorav 2 representanter mente at konsekvens skulle settes til 4, og 14 representanter mente at konsekvens skulle settes til 3. Det var enighet om en sannsynlighet på 3.</p> <p>Risikovurderingen forutsetter at de prehospitaltjenestene styrkes tilstrekkelig.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> I hybridmodellen vil de samme stedene som over kunne være utsatt for dårligere fremkommelighet. I tillegg vil det kunne bli utfordringer for flere over Helgelandsbrua, men hvor mange som vil være berørt av dette vil avhenge av hvor det store akutte sykehuset lokaliseres, og hvorvidt en må over Helgelandsbrua eller ikke.</p> <p>Det var også uenighet her om hva konsekvens skal settes til i dette alternativet, hvorav 2 representanter mente at konsekvens skulle settes til 4, og 14 representanter mente at konsekvens skulle settes til 3. Det var enighet om en sannsynlighet på 3.</p> <p>Risikovurderingen forutsettes at de prehospitaltjenestene styrkes tilstrekkelig.</p>	3	3
	<p><b>Behandlingstilbud</b></p>	S	K
	<p>Tjenestetilbud av god kvalitet</p> <p><i>Risiko for at tjenestene ikke er likeverdige eller av god kvalitet</i></p> <p><b>Alternativ 1:</b> Samlet sett et bedre tjenestetilbud, vil kunne utnytte kapasitet bedre, kan ta ned køene, og ta ned fristbrudd og gi et mer likeverdig tilbud med god kvalitet. Planlagte driftslinjer med høyere volum vil kunne gi mindre</p>	3	3



	<p>variasjon og bedre kvalitet. Flere steder går mye av tiden med til å bemanne døgnkontinuerlige vakter noe som gjør at det er færre til stede på dagtid. Det kan være grunn til å tro at kvalitetsindikatorerne påvirkes av at en mangler bemanning. Ventelistene påvirkes også av dette. Ventelistesituasjonen kan forventes å forbedres i dette alternativet. Spesielt innen ortopedi hvor en har de største utfordringene. Det er viktig å være oppmerksom på at det også er store forskjeller på tvers av regionen, og mye er preget av avstand til tilbudet. Viktig å få frem at møtet med den enkelte pasient som oftest har god kvalitet, og at problemene er knyttet til struktur og system nivå, ikke ned på individnivå og enkelt behandlere.</p>		
	<p><b>Hybridmodellen:</b>  Det er utfordrende å vurdere kvalitet på et overordnet nivå. Men å samle alt på ett stort sykehus ved Helgeland vil trolig redusere både sannsynlighet og konsekvens.</p> <p>Det er uenighet i gruppen om risiko for et tjenestetilbud med dårlig kvalitet. Det argumenteres med at det er høyere sannsynlighet og konsekvens for dårlig kvalitet i både alternativ 1 og hybrid alternativet. Det hevdes at økt reiseavstand vil gi dårligere kvalitet, og at også splittelse av akuttkirurgisk fagmiljø og akutt indremedisin vil påvirke kvaliteten negativt.</p> <p>Det slås fast at en ikke utelukkende kan si at volum er lik kvalitet, men det argumenteres med at det jo for eksempel er gode grunner til at man sentraliserer noen funksjoner innen kreft. Pt er volumet veldig lavt de stedene det er foreslått å gjøre endringer. Fleste parten i gruppen tror at å samle miljø og lage robuste fagmiljø vil styrke kvaliteten i tilbudet.</p> <p>Det var dermed også uenighet knyttet til fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens. To representanter mente her at sannsynlighet skulle settes til 4, og det samme med konsekvensen, mens 14 representanter mente sannsynlighet skulle settes til 3, og konsekvens 2.</p>	3	2
	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b>  Et argument for å styrke poliklinikkene, også de minste og desentrale er å sikre kvaliteten, og sikre at alle poliklinikker vil ha evne til å tilby et bredt tjenestespekter. Det er mange som i dag mottar tilbud ved små poliklinikker som ikke er fornøyd med kvaliteten i tilbudet.</p> <p>Robuste fagmiljøer er viktig for kvalitet og pasientsikkerhet. Faste ansatte bidrar til en kontinuerlig kompetansebygging, og bedre rekruttering. Det gir høy kvalitet på både fagutvikling og behandling. Pasienter skal ha tilgang på tjenester på riktig nivå til rett tid, og med et faglig innhold som er i tråd med de gjeldende faglige retningslinjer på fagområdet. Det er en forutsetning at fremtidig organisering av behandlingstilbudet legger til rette for en styrking av kvaliteten i tjenestene</p> <p><b>Status på kvalitetsindikatorer HN:</b>  <b>Ventetid</b>  PHV: 51-83 dager – målkrav 40 dager  PHBU: 50-70 dager – målkrav 35 dager  TSB: 30-66 dager – målkrav 30 dager</p>	2	2

	<p><b>Fristbrudd</b>  PHV -Påbegynt: 23,5% - Landet: 5,4%  PHV- Ventende: 26,7% - Landet: 6,2%  PHBU-Påbegynt: 11,2% -Landet: 7%  PHBU-Ventende:11,3% -Landet: 6,3%  TSB- Påbegynt: 8,6% -Landet: 2,2%  TSB-Ventende: 12,8% -Landet:7,4%</p> <p>Epikrise: 52% - målkrav 70% innen en dag</p>		
	<p><b>Sikre gode og helhetlige behandlingslinjer</b></p> <p><i>-Risiko for at behandlingslinjene ikke er helhetlige</i></p> <p>Mangler man spesialistmiljø ved et sykehus vil et forløp kunne bli avbrutt og pasienter må overflyttes til et annet behandlingssted. Ved å samle flere spesialister ett sted vil sannsynligheten øke for at en ved dette stedet klarer å tilby helhetlige behandlingslinjer. Om samfunnsutviklingen knyttet til spesialistfunksjoner fortsetter i samme retning som den har gjort den siste tiden er det ikke gitt at Helse Nord vil kunne ha alle spesialister samlet ett sted i dagens situasjon.</p>		
	<p><b>Alternativ 1:</b>  Ved å ta ned akutt kirurgi og fødeavdelinger vil en splitte funksjoner og ulike fagmiljøer, dette vil kunne øke sannsynligheten for at behandlingslinjene ikke er gode og helhetlige. Flere aktører har pekt på at en slik splitting er ugunstig. Dette vil spesielt gjelde for Gravdal, Narvik og Rana. De stedene som styrkes vil ha redusert sannsynlighet for å ikke tilby helhetlige behandlingslinjer. Dette vil spesielt gjelde Stokmarknes og Harstad. Fødene ved Brønnøysund og Storslett vil også oppleve et oppdelt tilbud i dette alternativet. Det er svært få tilfeller det er snakk om, så dette virker ikke inn på risikovurderingen.</p>	3	3
	<p><b>Hybridmodellen:</b>  De samme endringene som er beskrevet over vil også gjelde ved dette alternativet, men i denne løsningen styrkes fagmiljøet ved ett sykehus ved Helgeland. Det vil da være ett og samme sykehuset som vil ta hånd om hele behandlingslinjen. Pasientene vil da slippe overganger de har i dag. Denne endringen vil gjelde for 80 000 innbyggere på Helgeland. De som må reise til Bodø og Tromsø allerede i dag vil fortsatt måtte gjøre det. Så på det blir det ingen endring.</p> <p>Det var uenighet i gruppen om fastsettelse av konsekvens, hvor av 6 representanter mente at konsekvensen skulle settes til 3, og 10 representanter mente den skulle settes til 2. Sannsynligheten var det enighet om.</p>	2	3
	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b>  Ved Nordlandssykehuset og UNN styrkes sykehus tilbudet til personer med alvorlig psykisk lidelse og det legges til rette for gode pasientforløp ved å etablere et ambulant sikkerhetsteam og overgangsboliger. Styrking av de mest spesialiserte sykehusfunksjonene bidrar til at de sykeste pasientene</p>	3	3


	får et styrket og helhetlig tilbud. Videre vil grep som innføring av FACT-team bedre samarbeidet med de kommunale tjenestene og også da forløpene. Styrking av poliklinikk og styrking av ambulante team vil i seg selv kunne bidra til bedre samhandling med kommunene, og også da forløpene.		
	<p><b>Sikre spesialiserte funksjoner med et tilstrekkelig høyt pasientvolum</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke har spesialiserte funksjoner med et pasientvolum som sikrer god kvalitet i behandlingen</i></p> <p><b>Alternativ 1:</b> I dette alternativet sentraliseres akutte kirurgiske funksjoner, for å øke volumet og effektivisere tjenestene. Samtidig sikrer man fortsatt lokale og desentraliserte tilbud for pasienter med kroniske lidelser. Dette representerer en form for sentralisering av desentraliserte tjenester for å oppnå en balanse mellom å styrke spesialiserte funksjoner og samtidig ivareta pasientenes behov for nærliggende omsorg. Det er ikke snakk om en sentralisering inn mot Bodø eller Tromsø.</p> <p>Det var ikke enighet i gruppen om fastsettelse av konsekvens. 1 representant mente konsekvens skulle settes til 3, mens 15 mente den skulle settes til 2. Det var enighet om fastsettelsen av sannsynlighet.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> Med samling av alle funksjoner til ett sykehus ved Helgeland forsterkes effekten som er beskrevet under alternativ 1.</p> <p>Det var imidlertid uenighet i gruppen om fastsettelse av konsekvens, hvor 1 representant mener konsekvensen skal settes til 3, og 15 mener den skal settes til 2.</p> <p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> I alternativ 2 sikrer en i større grad at en har tilstrekkelig kapasitet. Å samle mer på færre steder som i Alta og i Mo i Rana vil trolig ha effekt, og en har et håp om at poliklinikkene klarer å bygge kompetanse og kan løse flere oppgaver, slik at pasienter slipper å reise for å få visse tjenester.</p>	3	2
	<p><b>Unngå uønsket variasjon i tjenestetilbudet</b></p> <p><i>Risiko for uønsket variasjon i tjeneste tilbudet</i></p> <p><b>Alternativ 1:</b> Mer harmoniserte opptaksområde for de kirurgiske fagområdene og rene planlagte behandlingslinjer innen kirurgi vil redusere uønsket variasjon i tilbudet, og det vil også kunne øke kvaliteten.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> Samme resonnement gitt over gjelder også her.</p>	3	2
		2	2




	<p>All aktivitet på Helgeland samles til ett sted. Dagkirurgi som i dag foregår i Alta flyttes til Hammerfest. Men dette er så lite volum at det trolig ikke virker inn på vurderingen (I snitt 19 per uke).</p> <p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Flere av forslagene til arbeidsgruppen retter seg direkte inn mot å redusere variasjonen i tjenestetilbudet. Med større fagmiljø, og mer strømlinjeformede behandlingsforløp vil en trolig redusere variasjonen i tjenestetilbudet. Endringen i oppbyggingen av tilbudet kan gjøre at en «treffer mer direkte». Primært vil dette gjelde de spesialiserte sykehusfunksjonene hvor de sykeste pasientene gis et tilbud.</p>	2	3
    	<p><b>Sørge for at pasientene behandles på beste effektive omsorgsnivå (BEON)</b></p> <p><i>Risiko for at pasientene ikke behandles på beste effektive omsorgsnivå (BEON)</i></p> <p>Det er ønskelig at pasienter behandles på beste effektive omsorgsnivå. Dette trenger nødvendigvis ikke bety på lavest mulig nivå. I fremtiden vil det bli sånn at en ikke gjøre noe på natten en ikke er god nok til å gjøre på dagtid. Derfor må en samle miljøene.</p> <p><b>Alternativ 1:</b> Det var uenighet i fastsettelsen av konsekvens, hvor av 1 representant mente konsekvens skulle settes til 3, mens 15 mente den skulle settes til 2. Det var enighet om fastsettelsen av sannsynlighet.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> Ikke store forskjeller på dette med BEON i dette alternativet, og situasjonen blir i alle fall ikke noe dårligere her.</p> <p>Det var uenighet i fastsettelsen av konsekvens, hvor av 1 representant skulle mente konsekvens skulle settes til 3, mens 15 mente den skulle settes til 2. Det var enighet om fastsettelsen av sannsynlighet.</p> <p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Tilbudet som bygges opp i Bodø og Tromsø til de alvorligst syke er avgjørende for hvor godt dette alternativet vil fungere. Videre er det avgjørende hvor mye ressurser som kan frigjøres til poliklinisk aktivitet. Finnmarkssykehuset trekker blant annet frem behovet for å styrke poliklinikkene som må opprettholdes for å sikre nærhet til tilbudet. Ved UNN vil man i dette alternativet få frigjort midler som kan settes inn på å styrke utsatte områder. Mange av endringsforslagene vil gi et styrket pasienttilbud. Tilgjengelighet til tjenestene vil forbedres. Blant annet vil en omstilling av DPS-døgn til poliklinikk gi en økt tilgjengelighet for mange pasienter. Der det avvikles døgnenheter, planlegges det å styrke poliklinisk tilbud. Det vurderes opprettelse av FaCT team. (Kommunene dekker 55% av kostnadene av disse.) Tar ned TSB kjøp av private her. Har overkapasitet på dette i dag. (Alle stedene hvor det er drøftet å opprette FaCT team er kommunen p.t. enig i å opprette teamene. Dette gjelder for UNN området).</p>	3	2
		3	2
		2	2






	Bemanning	S	K
	<p><b>Beholde og rekruttere kompetanse</b></p> <p><i>Risiko for at man ikke har god rekrutteringsevne og klarer å stabilisere personell</i></p>		
	<p><b>Alternativ 1:</b></p> <p>Ettersom en tar ned funksjoner, og bygger større og robuste miljø noen steder vil en anta at rekrutteringssituasjonen bedrer seg noe for noen konkrete fagområder. Økt antall medarbeidere i et fagområde gir mindre sårbarhet ved sykefravær og permisjoner, økt mulighet til faglig utvikling og redusert arbeidsbelastning knyttet til vakthypighet, og et lavere behov for vikarer. Effekten vil i liten grad oppnås for fagområdet indremedisin og anestesi/intensiv des samling av funksjoner ikke foreslås.</p> <p>På de sykehusene en tar bort akuttkirurgi vil en få litt smalere miljø, og det er usikker på om dette vil være rekrutterende. Legeforeningen mener at en oppsplitting av akuttkirurgi og indremedisin vil gjøre arbeidsstedet mindre attraktivt.</p> <p>Lofoten og Narvik får en litt unik modell som er mer krevende å rekruttere til, men dette gjelder da 2 av sykehusene totalt sett.</p> <p>Interimperioden kommer til å bli lang og krevende. Endringene og tilpasningene i alternativ 1 vil kunne ta 5-6 år. Interimperioden er ansett å være kritisk for rekruttering og evnen til å stabilisere personell.</p> <p>Det er uenighet i gruppen om hva sannsynlighet og konsekvens skal settes til. Hvor 6 representanter mener at både sannsynlighet og konsekvens bør settes til 5, og 10 representanter mener at både sannsynlighet og konsekvens bør settes til 4.</p>	4	4
	<p><b>Hybridmodellen:</b></p> <p>Å samle alle funksjoner til ett sykehus på Helgeland vil gjøre sykehuset mer robust, og dette i seg selv er antatt å gjøre det enklere å rekruttere å beholde personell. Men det er ikke tro på at personell vil flytte etter tjenestene hvor de flyttes til. For eksempel vet en godt at det ikke er pendlervillighet fra Mosjøen til Sandessjøen.</p> <p>Interimperioden kommer til å bli svært lang og ved Helgeland kanskje 10-15 år. Interimperioden er ansett å være kritisk for rekruttering og evnen til å stabilisere personell.</p> <hr/> <p>Risikonivået er uakseptabelt høyt både i alternativ 1 og i hybridmodellen, og det må defineres risikoreduserende tiltak.</p> <p>Risikoreduserende tiltak:</p>	3	4

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sørge for at en klarer å bygge større og mer robuste fagmiljøer på de lokasjoner en kanalisere aktivitet til</li> <li>• God styring fra Helse Nord som sikrer at alle foretakene faktisk gjennomfører planlagte og vedtatte endringer. Det ansees som viktig med hurtig avgjørelse av endringene. Manglende avgjørelser medfører usikkerhet</li> <li>• Positiv og god samhandling mellom tilsatte og brukere</li> <li>• Konkurransedyktig lønn</li> <li>• Legge til rette for gode boforhold/ og partnerjobb</li> <li>• God ledelse</li> <li>• Legge til rette for gode og attraktive arbeidsmiljø og arbeidsforhold</li> <li>• Større muligheter for fagutvikling</li> <li>• Stedlig ledelse</li> <li>• Tilstrebe større grad av hele faste stillinger</li> <li>• Arbeid med å redusere sykefravær og bedre arbeidsvilkårene</li> </ul> <p>Vi konkurrer om bemanning med private sykehus og vikarbyrå. Det kan derfor være nyttig å se til hvilke kompensasjonsordninger en har der. Det pekes på at det i det offentlige ofte kan være mangel på garderobeskap, mangel på kontorplasser, gamle bygg etc. Dette gjør at noen heller jobber hos private.</p>		
■	<p><b>Ny risiko alternativ 1:</b> Det er uenighet i gruppen om hva de risikoreduerende tiltakene vil ha å si for risikoen. 5 representanter mener sannsynlighet og konsekvens reduseres til 3 med tiltakene, mens 11 representanter mener at tiltakene reduserer både sannsynlighet og konsekvens til 2.</p>	2	2
■	<p><b>Hybridmodellen:</b> De samme effektene på rekruttering og stabilisering av personell vil også hybridmodellen ha. Men en vil i dette alternativet få bygget opp enda et sted med mange spesialiteter samlet, og et mer robust fagmiljø på Helgeland.</p> <p>Risikoreduerende tiltak antas å være de samme for hybridmodellen. Hva disse tiltakene har å si er det også uenighet om i gruppen. 2 representanter mener sannsynlighet og konsekvens reduseres til 3, mens 13 representanter mener sannsynlighet og konsekvens reduseres til 2.</p>	2	2



	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b></p> <p>Bemanningskrisen kan komme til å øke de neste årene. (Jfr. for eksempel Helsepersonellkommissjonen). Alternativ 2 vil gi noe mer robuste poliklinikker. Men det finnes ikke noe garanti for at en klarer å få med seg fagfolk til ny lokasjon ved omstilling. Bemanningssammensetningen er også ulik ved en DPS døgnenhet sammenlignet med en poliklinikk.</p> <p>Fra legesiden er det gitt tilbakemelding på at de ofte opplever å være alene med ansvaret, og at en blir sittende med pasienter som ikke hører hjemme på enheten. I alternativ 2 vil man ha større sjanse for å ha pasienter på riktig plass, og det vil være større sannsynlighet for at man vil kunne være flere medarbeidere i samme profesjon. Større arbeidsmiljø der det er flere å konferere med og dele ansvaret med, ansees som viktig for rekruttering. Det er få som ønsker å være singelspesialister. Man må imidlertid ha realistiske forventninger til endringen. Det bemerkes at LIS ønsker å være del av et fagmiljø. Større og mer robuste fagmiljø vil være rekrutterende og vil trolig kunne forbedre situasjonen.</p> <p>Samhandling med kommunene anses som viktig når det gjelder rekruttering. Det poengteres at man ikke kan "spise av" hverandre når det gjelder personell. Håpet er at sentralisering har en viss effekt på rekruttering.</p> <p>Det er mangel på leger og psykologer, og disse vil det ikke bli flere av selv om en trekker ned en del aktivitet ved DPS døgn. På psykiatersiden er det for få totalt i hele landet. Det opplyses om at det rekrutteres bedre i Tromsø, men her er det også et langt større behov enn hva det er ute på mindre enheter. Det blir også presisert at det er en endring i legestanden som har andre forventninger til arbeidshverdagen nå enn tidligere.</p> <p>Risikoen for at man ikke klarer å rekruttere og beholde kompetanse er uakseptabel høy, og det er derfor identifisert risikoreduserende tiltak.</p> <p><b>Risikoreduserende tiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I større grad utnytte mulighetene digitale verktøy gir og utforske det teknologiske mulighetsrommet</li> <li>• Opprette et større prosjekt kartlegger situasjonen for rekruttering og hva som er attraktive arbeidsplasser.</li> <li>• Sikre at vi ikke mister medarbeidere ut av regionen</li> <li>• Vurdere lønnsnivå og sikre at lønnsbetingelsene ikke er dårligere enn i andre foretak</li> <li>• Styrke samarbeidet med utdanningsinstitusjonene</li> <li>• Opprette et eget psykiaterprosjekt der hensikten er å øke antall psykiatere (lignende av det som ble gjennomført på 90 tallet)</li> <li>• Sikre god organisering og planlegging av arbeidet</li> </ul>	4	4
---	---	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gi de ansatte en god balanse mellom krav i jobben og mulighet for kontroll over egen arbeidssituasjon</li> <li>• Rettferdig og støttende lederskap og forutsigbarhet og trygghet.</li> <li>• Legge til rette for fleksibel oppgavedeling og livslang læring</li> <li>• Ta ned faglig ambisjonsnivå for å frigi flere hender, og ikke ha så mange personellintensive tilbud. For eksempel kan en ta ned antall sikkerhetsplasser med svært høy bemanning for å frigi dette personellet til annet. (dette tiltaket vil ikke være i tråd med mandatet).</li> </ul> <p><b>Ny risiko:</b> Med disse tiltakene er sannsynligheten for at man ikke klarer å rekruttere og stabilisere personell forventet å gå noe ned. Men konsekvensen av å ikke få dette til er forventet å være den samme.</p>	3	4
  	<p><b>Redusere antall vaktordninger som er avhengig av kontinuerlig innleie</b></p> <p><i>Risiko for at man har vaktordninger som er avhengig av kontinuerlig innleie</i></p> <p>Når man samler akuttkirurgisk virksomhet, vil dette redusere antall vaktlinjer. Det vil redusere behov for personell i parallelle vaktlinjer for leger, og det vil redusere behovet for sykepleiere og annet personell i vakt- og døgnfunksjoner samlet for sykehusene.</p> <p><b>Alternativ 1:</b> I alternativ 1 tas akuttkirurgisk virksomhet ned i Gravdal og Narvik. Fødeavdelingen ved Narvik gjøres om til en fødestue, og fødeavdelingen ved Rana gjøres også om til fødestue.</p> <p>Det hevdes at det er disse vaktlinjene som har størst utfordring med innleie i dag.</p> <p>Ved Lofoten er 44%<sup>2</sup> av total legearbeidstid innen somatikk løst med innleie. Men innleie er også høyt ved Vesterålen som skal overta aktiviteten. 26% av legearbeidstiden innen somatikk er løst med innleie der. I Narvik er 10% av total legearbeidstid innen somatikk løst med innleie, og 4% med overtid. Med en velfungerende modell vil en potensielt redusere innleie noe sammenlignet med dagens situasjon og risikoen reduseres. Men en vil likevel ikke klare å eliminere risikoen for vaktordninger som er avhengig av kontinuerlig innleie</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> I hybrid modellen tas det ned enda flere vaktlinjer på Helgeland, når en går fra tre sykehus til ett. Dette gjør at risikoen for å ha vaktlinjer som er avhengig av kontinuerlig innleie reduseres ytterligere. Ved Mo i Rana er 16% av legearbeidstiden innen somatikk knyttet til innleie, og 6% til</p>	3  2	3  3






<sup>2</sup> [hvordan-dekkes-behov-for-arbeidskraft-i-helse-nord-v2.pdf](#)

	<p>overtid. I Mosjøen er 14% knyttet til innleie og 4% til overtid. I Sandnessjøen 13% knyttet til innleie og 6% til overtid.</p> <p>Det var ikke enighet i gruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens. 1 representant mener sannsynlighet og konsekvens skal settes til 3, mens 14 representanter mener sannsynlighet skal settes til 3 og konsekvens 2.</p>		
	<p><b>Robuste fagmiljø som legger til rette for faglig utvikling, utdanning og forskning</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke har robuste fagmiljø med arbeidsforhold der faglig utvikling, forskning, og innovasjon er integrert i den kliniske hverdagen</i></p> <p>Legeforeningen mener at et robust fagmiljø<sup>3</sup> utvikler den enkelte leges kompetanse. Et robust fagmiljø er videre stort og stabilt nok til å rekruttere og beholde attraktive spesialister og grenspesialister. Antall spesialister bør som hovedregel ikke være mindre enn seks. Denne typen fagmiljøer har en forsvarlig vaktordning og har tilstrekkelig antall spesialister for å sikre muligheten for faglig fordypning/forskning i spesialområder innenfor egen spesialitet. I slike robuste fagmiljøer kan man forvente forutsigbarhet og stabilitet i oppgaver og funksjoner over tid, og gjøre det mulig å bygge opp gode støtte funksjoner. Videre er det ansett som avgjørende for kompetanseutviklingen at leger kan drøfte faglige og prosessuelle problemstillinger med kolleger.</p> <p> <b>Alternativ 1:</b> I dette alternativet styrkes fagmiljøene i Vesterålen og Harstad, ved at akuttkirurgi flyttes dit. Fødeavdelingen i Harstad er også forventet å styrkes siden Narvik sin fødeavdeling gjøres om til en fødestue. Disse fagmiljøene er da forventet å bli mer robuste. I Lofoten og Narvik styrkes elektiv kirurgi. Denne aktiviteten vil skje på dagtid. Dette vil også trolig gi bedre muligheter for forskning og innovasjon.</p> <p> <b>Hybridmodellen:</b> Å samle tre sykehus til ett vil trolig gjøre at det ene store sykehuset får et robust fagmiljø, noe som reduserer risikoen for at en ikke har fagmiljø som legger til rette for faglig utvikling og forskning.</p> <p>-----</p> <p> <b>Alternativ 1</b> har uakseptabel høy risiko, og det trengs derfor risikoreducerende tiltak:</p> <p><b>Risikoreducerende tiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltak hus-hytte modell («Tynset-modell»), hvordan vaktlaget er satt sammen. Dette kan understøtte sårbare fagmiljø.</li> <li>• Oppgavedeling, for best mulig utnyttelse av ressursene</li> <li>• Ytterligere samarbeid på tvers av foretaksgrensene</li> <li>• Redusere innleie</li> </ul>	<p>3</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p>


<sup>3</sup> [Sykehus for fremtiden \(legeforeningen.no\)](http://Sykehus for fremtiden (legeforeningen.no))





	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b></p> <p>Med forslagene i alternativ 2 antas det å være større muligheter for å tilrettelegge for faglig utvikling og forskning, og det vil trolig også bli lettere med internundervisning og veiledning enn i dagens situasjon. Dette er fordi forslagene i alternativ 2 etablerer færre og større fagmiljøer i regionen. Fagmiljø med flere fagpersoner legger bedre til rette for å ha dedikerte ressurser til fagutvikling/forskning.</p>	3	3
	<p><b>Tilstrekkelig med utdanningskapasitet og praksisplasser med god kvalitet i regionen</b></p> <p><i>Risiko for at det ikke er tilstrekkelig med utdanningskapasitet og praksisplasser med god kvalitet i regionen</i></p> <p>Ved endring i struktur vil utdanningsoppgavene normalt følge med de øvrige oppgavene som flyttes. Dersom man samler fagmiljø på færre lokasjoner vil det innebære at utdanningsoppgaver også samles mer enn tilfellet er i dag. Det vil totalt sett redusere personellbehovene fordi det er mindre ressurskrevende å drive utdanning på færre steder. Større fagmiljø vil også være mindre sårbare i løsnings av utdanningsoppgaver. På den andre siden er det slik at desentralisert utdanning er viktig for tilførselen av helsefaglig kompetanse til distriktene. Flytting av funksjoner vil ha konsekvenser for sykehuset som praksisarena. Redusert antall studenter i praksis innebærer redusert rekrutteringsgrunnlag for sykehusene som mister funksjoner.</p> <p><b>Alternativ 1:</b> Noen i arbeidsgruppen mener at det kanskje bli færre praksisplasser, og utfordringer for LIS i dette alternativet. Videre er en bekymret for om man klarer å utdanne egne spesialister. En vil trolig ikke lykkes med dette om en har mange små enheter.</p> <p>De som skal ha praksis i akutte spesialiteter vil ha færre steder å komme til, men kvaliteten i praksisplassene vil gå opp. Men antall enheter av plasser vil gå ned. Plasser knyttet til postoperative plasser vil også reduseres noe.</p> <p>Men for de som får praksisplass vil de større enhetene gjøre det mulig å bli mer eksponert for ulik læring. På en annen side vil være flere som vil konkurrere om oppdragene/ eller de ulike prosedyrene. Tanken med alternativ 1 er å gi mer behandling, (øke på dagtid), og dette vil også kunne gi mer utdanning.</p> <p>Det er vanskelig å vurdere hvordan flytting av funksjoner vil påvirke den totale utdanningskapasiteten i detalj.</p> <p>Det er uenighet i gruppen om hva sannsynlighet og konsekvens skal settes til. 5 av representantene mener at sannsynlighet skal settes til 4, og konsekvens skal settes til 3. Mens 11 representanter mener at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 3.</p>	3	3




	forventet å også redusere innleie og bruken av overtid. Alternativet vil føre til økt effektivitet i elektive driftslinjer.		
	<b>Hybridmodellen:</b> Effektene beskrevet i alternativ 1 forsterkes i hybridmodellen. Ett sykehus ved Helgeland vil redusere behovet for personell.	2	2
	<b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Strukturen for helsetjenester innen psykisk helsevern og rus er i utgangspunktet desentral. I alternativ foreslås det å stryke små og desentrale poliklinikker fordi det vil styrke kvaliteten i tilbudet, i tillegg vil det også øke kapasiteten. Å styrke små og desentrale poliklinikker er neppe det mest hensiktsmessige i forhold til å bruke personellressurser effektivt. Men en står i en situasjon hvor det er lange ventelister og lang ventetid ved poliklinikker i distriktet og en må da benytte ressursene hvor en har mest bruk for dem.	3	3
	<b>Redusere ventetider og fristbrudd (etter interim perioden – må beskrives på et overordnet nivå i rapporten at vurderingen er gjort etter at modellen er innført)</b>  <i>Risiko for at en ikke klarer å redusere ventetider og fristbrudd</i>		
	<b>Alternativ 1:</b> Skaffer kapasitet til å ta ned ventetider og fristbrudd. Når ressurser omprioriteres fra vaktarbeid/beredskap med lav aktivitet til dagtid vil man få frigitt kapasitet til å innhente pasienter som i dag går i fristbrudd	3	3
	<b>Hybridmodellen:</b> Muliggjør i enda større grad å kunne bedre ventetid og redusere fristbrudd  Det er uenighet i gruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens. 5 representanter mener at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 3, mens 10 representanter mener at sannsynlighet skal settes til 2, og konsekvens til 3.	2	3
	<b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Lange ventetider og mange fristbrudd i poliklinikkene gir redusert tilgjengelighet for pasientene og har en høy økonomisk kostnad for helseforetakene. Utfordring med å etablere tilstrekkelig kapasitet har de senere årene vært særlig stor i de største byene. Nordlandssykehuset og UNN har over flere år hatt betydelige utfordringer med ventetid og fristbrudd. Antall henviste pasienter har økt siden 2019, og det forventes en varig høy henvisingsandel i flere år fremover. Lang ventetid og mange fristbrudd tyder på en for lav kapasitet i det polikliniske tilbudet, særlig i de største byene.  I alternativ 2 styrkes det polikliniske tilbudet (med mer enn 40 mnok) for å legge til rette for robuste og fleksible miljøer med tilstrekkelig tilgang til spesialisert kompetanse og mulighet for faglig utvikling. En forventet effekt av dette er reduksjon i ventetid og fristbrudd.	2	2








	<p>Det er lettere å få tak i psykologer enn psykiatere. Det stilles spørsmål til om man vil klare å bemanne den foreslåtte strukturen, og om en vil ha god nok bemanning til å kunne redusere ventetid og fristbrudd. For risikovurderingen ligger det en forutsetning til grunn om at en må klare å bruke personellressurser mer hensiktsmessig enn hva man gjør i dag.</p>		
	<p><b>Tilstrekkelig god nok fysisk infrastruktur (bygg, lokaler, senger, venterom etc)</b></p> <p><b>Risiko for at en ikke har tilstrekkelig god nok fysisk infrastruktur</b> På lang sikt er begge alternativene bedre enn nåsituasjonen. Ny struktur vil kreve investeringer, og de må gjøres omprioriteringer.</p> <p><b>Alternativ 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å flytte akuttfunksjon og døgnaktivitet i kirurgi og ortopedi fra Narvik til Harstad innebærer et behov for ca. 15 senger i Harstad, med beleggsprosent på 80-90.</li> <li>• Å gjøre fødetilbudet i Narvik om til fødestue, og fødestuen i Storslett om til et poliklinisk svangerskaps- og barsel tilbud blir det behov for økt fødselskapasitet i Harstad</li> </ul> <p>Sykehuset i Harstad har tidligere drevet med et betydelig høyere antall pasientsenger. Disse arealene benyttes i dag til kontorer, møterom etc. Det er imidlertid ikke gjort endringer i infrastrukturen for store deler av arealene som er omgjort fra sengearealer til annet bruk, og det vil derfor være mulig å omgjøre tilbake til sengearealer. Endringene vil forutsette intern rocade av lager/oppholdsrom/kontorer. Merkantil personell på flyttes og en vil trenge kontorløsninger for disse.</p> <p>Endret bruk av arealer vil kreve ombygginger og større tilpasninger med påfølgende tekniske oppgraderinger.</p> <p>Det er uenighet i gruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens. 1 representanter mener at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 3, mens 13 representanter mener at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 2.</p> <p>Ved Nordlandssykehuset innebærer alternativ 1 å:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flytte akuttfunksjon og døgnaktivitet i kirurgi og ortopedi fra Lofoten til Vesterålen. Dette vil medføre et behov for å øke kapasiteten i Vesterålen med 12-14 senger.</li> </ul> <p>En forutsetning for å flytte disse funksjonene er at sengepostene og overvåkingen i Vesterålen har kapasitet til å håndtere økt volum. Dette vil kreve arealmessige tilpasning. En annen forutsetning er også tilstrekkelig tilgang til polikliniske undersøkelsesrom i Vesterålen.</p> <p>Det finnes en teoretisk kapasitet i Vesterålen, men konsekvensen av å ta i bruk disse arealene vil være å fortrenge deler av dagens aktivitet. Det er knyttet mange forutsetninger opp til å få dette til, og det vil kreve et</p>	2	2

<p></p> <p></p>	<p>omfattende utredningsarbeid for å realitetsbehandle om arealene faktisk kan benyttes til formålet.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> I tillegg til de tilpasninger som er beskrevet over må det gjøres tunge investeringer på Helgeland for å samle tre sykehus i ett. Et nytt bygg ligger som en forutsetning. Dette vil gi helt ny infrastruktur.</p> <p>Det er uenighet i gruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens. 1 representant mener at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 3, mens 12 representanter mener at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 2.</p> <p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> I forhold til infrastruktur er det størst risiko forbundet med bygging/oppussing av gamle og lite funksjonelle bygg, og bygging av Åsgård. I dag har en to store sykehus med bygg som ikke er veldig hensiktsmessig til sitt formål, og en henger langt etter i forhold til bygningsmessig tilstand.</p> <p><b>Tilbud som etableres:</b> Rus-døgnerhet Karasjok DPS- døgnerhet i Alta DPS- rehab post Tromsø Intermediærenhet Tromsø ROP-enhet Tromsø Mottakspost Tromø Elektiv enhet PHUB Tromsø DPS-DØGN B-post Bodø DPS-døgn Bodø Rehab enhet og poliklinikk Bodø DPS døgn, Mo i Rana – her må det kanskje bygges et nytt bygg</p> <p>I tillegg styrking av polikliniske enheter</p>	<p>2</p> <p>3</p>	<p>2</p> <p>3</p>
<p></p> <p></p>	<p><b>Tilgang til moderne standardisert MTU</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke har tilgang til moderne standardisert MTU.</i></p> <p><b>Alternativ 1:</b> Det rasjonaliseres noe i dette alternativet, og noen få steder vil trenge mindre MTU enn i dagens situasjon. Dette reduserer risikoen.</p> <p>Det var uenighet i gruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens, hvor 1 representant mente at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 3, mens 13 representanter mente at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 2.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> I dette alternativet blir det enda færre lokasjoner som vil ha behov for MTU med sammenslåingen av sykehusene på Helgeland, og det gjøres en ytterligere rasjonalisering.</p>	<p>3</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>2</p>






	Det var uenighet i gruppen om fastsettelse av sannsynlighet og konsekvens, hvor 1 representant mente at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 3, mens 13 representanter mente at både sannsynlighet og konsekvens skal settes til 2.		
	<p><b>Tilstrekkelig kapasitet i de prehospitale tjenestene</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke har tilstrekkelig kapasitet i de prehospitale tjenestene</i></p> <p>En forutsetning for veldig mange av risikovurderingene som er blitt gjort i denne ROS-analysen er at en har tilstrekkelig med kapasitet i de prehospitale tjenestene.</p> <p><b>Alternativ 1:</b></p> <p>I alternativ 1 vil de prehospitale tjenestene påvirkes av endringene som foreslås i Narvik, og i Lofoten. Lengre avstand til nærmeste sykehus med akuttkirurgi forutsetter kompetent prehospital behandling, og ambulansetjenesten er avgjørende for gode behandlingsresultater. En styrking av akutt- og døgnfunksjoner ved Harstad vil føre til at flere pasienter fra opptaksområdet til Narvik kan behandles ved Harstad. Dette kan redusere pasientstrøm mot Tromsø. Det vil likevel i dette alternativet være behov for å styrke prehospitale tjenester i Narvik, både for å ivareta lokal beredskap, men også for å kunne opprettholde beredskap mot sør når bilene fra Ballangen og Kjølpsvik har transportoppdrag som går til Harstad.</p> <p>Beredskapen i indre Troms er i dag til tider presset, og en økning med en døgnambulans i dette området vil kunne stabilisere beredskapen. De vil i tillegg være nødvendig å øke beredskapen i Narvik fra to døgnbiler og en dagbil til tre døgnbiler totalt.</p> <p>I Lofoten vil det bli nødvendig å øke antall ambulansbiler for å sikre god nok beredskap ved fravær fra det primære dekningsområdet. Styrkingen bør vurderes lagt til Gravdal som kan kjøre ut å ha fremskutt beredskap dersom ambulans bilen i Moskenes har et oppdrag i Vesterålen. Tjenesten bør her styrkes med to ambulansbiler i døgnberedskap. Til dette vil det være behov for 16 nye stillinger. Det vil mest sannsynlig også være nødvendig med en ny ambulansstasjon i dette alternativet. Basestasjon for ambulanshelikopter som nå er plassert i Harstad bør vurderes ny plassering på ved endring i akuttfunksjoner i Lofoten. Ikke alle i gruppen har tro på at man vil klare å bygge opp de prehospitale tjenestene slik behovet er skissert. Det stilles spørsmål til om en vil klare å bemanne ambulansstasjoner i distriktene. Flesteparten i gruppen mener at det bør kunne la seg gjøre. Regionen har svært høye søker tall til paramedics studiet, og det er også høye søker tall til relevante linjer på videregående også.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b></p> <p>Ved hybridmodellen vil det i tillegg til å styrke de prehospitale tjenestene ved Narvik og Lofoten være behov for å styrke tjenestene på Helgeland. Lengre transportvei til sykehus medfører behov for større kapasitet i ambulansetjenestene i noen områder, avhengig av endelig lokalisering av sykehusfunksjonene. Styrkingen er altså avhengig av lokaliseringen av det ene sykehuset på Helgeland.</p>	3	3
		4	3

	<p>Ved ett sykehus på Helgeland vurderes det at ambulansetjenesten bør styrkes med totalt 5-6 bilambulanser. Med døgnberedskap utgjør dette et behov for 8 ambulansemedarbeidere per bil. Det vil ikke være behov for å justere båtambulansetjenesten. Det kan forventes noe mer bruk av luftambulanse i dette alternativet.</p> <p>Om man skal øke med 5-6 bilambulanser med døgnbemanning, så vil dette kreve ganske mye nytt personell, gitt forutsetningen om 8 ambulansarbeidere per bil.</p> <p>Det var uenighet i fastsettselen av sannsynlighet og konsekvens, hvor av 5 representanter mente at begge deler skulle settes til 3, og 6 representanter mente at sannsynlighet skulle settes til 4 og konsekvens 3.</p>		
	<p><b>Organisatoriske forhold</b></p>	<p>S</p>	<p>K</p>
	<p><b>Gode og robuste arbeidsmiljø</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke har gode og robuste arbeidsmiljø</i></p> <p>Det er selvsagt mange faktorer som påvirker et arbeidsmiljø. Ledelse og ledelse atferd, og ledere som har tid til å lede er en viktig faktor for arbeidsmiljøet. Ledelse har stor betydning både for resultater som oppnås, for kvalitet i pasientbehandlingen, og også for arbeidsmiljøet. Videre virker bruk av innleie og vikarer inn på arbeidsmiljøet. I dagens situasjon er det en betydelig bruk av variabel lønn og bruk av ekstern innleie. Dette kan sees på som et symptom på manglende kompetent arbeidskraft i regionen. Faste ansatte arbeider langt utover planlagt arbeidstid, dette medfører økt belastning, påvirker arbeidsmiljøet og utfordrer pasientsikkerheten. Merarbeid og innleie fra eksterne firma er nødvendig for å opprettholde beredskap og gjennomføre pasientbehandling. Omfattede bruk av innleie og vikarer påvirker arbeidsmiljøet sammen med andre faktorer negativt. Mangel på leger medfører krevende arbeidsforhold og krevende arbeidsmiljø.</p> <p>Flere andre faktorer påvirker også arbeidsmiljøene. Legeforeningen mener blant annet at gode, funksjonelle og moderne sykehusbygg er avgjørende for pasientbehandlingen og ansattes arbeidsmiljø. Etterslep av utsatt vedlikehold og nybygg, er også antatt å ha negativ påvirkning på arbeidsmiljøet.</p> <p><b>Alternativ 1:</b></p> <p>I dette alternativet tar man ned akutt kirurgi og akutt ortopedi ved sykehuset i Lofoten og i Narvik, dette reduserer antall vaktlinjer, og vil trolig også kunne redusere behovet for innleide leger noe. Sykehuset i Lofoten har nest høyest andel av legearbeidstid som er løst med innleie (26%). 3% av spesialiskepleiertiden er budet opp mot innleie. En hovedutfordring i dette alternativet vil kunne være at Vesterålen som aktiviteten flyttes til også er preget av høy innleiegrad blant legene (27%), og 5% knyttet til spesialiskepleierne. Vesterålen er det sykehuset som har høyest andel legearbeidstid løst med innleie av alle sykehusene i Helse Nord. Narvik har 7% av legearbeidstiden bundet opp i innleie, mens Harstad bare har 1%.</p>	<p>4</p>	<p>3</p>




■	<p><b>Hybridmodellen:</b> I tillegg til endringene som ligger til grunn for alternativ 1 samles også tre sykehus til ett ved Helgeland i dette alternativet. De tre eksisterende sykehusene har mellom 10 og 12% av legearbeidstiden dekket av innleie.</p>	3	2
■	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Forutsetninger for et godt arbeidsmiljø, er god organisering og planlegging av arbeidet, balanse mellom krav i jobben og mulighet for kontroll over egen arbeidssituasjon, balanse mellom innsats og belønning, rettferdig og støttende lederskap og forutsigbarhet og trygghet. Fleksibel oppgavedeling, tilpasset aktivitetsutvikling og livslang læring kan bidra til å skape attraktive arbeidsplasser.</p> <p>Med alternativ 2 styrkes robustheten flere steder ved at flere fagfolk samles. Arbeidsmiljøet vil trolig bedres når bemanningsfaktoren økes når en samler flere senger ett sted. Å samle på færre lokasjoner gjør at man også kan benytte arbeidskraften mer fleksibelt, noe som også trolig vil ha positiv innvirkning på arbeidsmiljøet.</p>	2	3
	<p><b>Effektiv organisering</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke har en effektiv organisering</i></p> <p>Helse Nord sin organisering med mange små akuttsykehus med akuttfunksjon i kirurgi skiller seg fra veiledende nedre grense i nasjonal helse og sykehusplan på 60-80 000 innbyggere. Nåværende organisering bærer preg av en spredt aktivitet på mange sykehus, hvor volum på pasienter er lavt. Dette gjelder også der aktiviteten hovedsakelig er planlagt. Innenfor nåværende organisering er det en generell mangel på viktig støttepersonell slik som spesialsykepleiere innen anestesi, operasjon og intensiv.</p> <p>Planlagt kirurgisk aktivitet utføres i dag ved alle sykehus i Helse Nord. Driftsformen er en kombinasjon av planlagte operasjoner og øyeblikkelig hjelp. Dette er en krevende driftsform som gir vanskeligheter med å benytte arealer, utstyr, og personell optimalt for å gi mest mulig pasientbehandling innenfor rammene. De fleste sykehusene tilbyr et bredt faglig repertoar, noe som medfører lave volum innenfor hvert fagområde og lave volum for de ulike type prosedyrer. Mindre enheter med få ansatte er også sårbare ved fravær. Dagens organisering og funksjonsdeling utfordrer muligheten til høy produktivitet, samt muligheten til standardisering og gjennomgåendefaglig ledelse.</p> <p>Det brukes mye ressurser på få pasienter i dag, alternativene vil gjøre at en får en bedre ressursutnyttelse.</p>		
■	<p><b>Alternativ 1:</b> Lite endringer i dette alternativet i forhold til nå-situasjonen. Men endringene som blir gjort innen de kirurgiske fagene vil kunne Være med å effektivisere driften. Det finnes studier som viser at elektive forløp er mer effektive når de skilles fra akuttkirurgi</p>	4	3



  	<p><b>Hybridmodellen:</b> Mer effektiv enn hva alternativ 1 trolig er, gitt forslaget om endringene på Helgeland. Vil kunne få alle tjenester samlet på en plass.</p> <p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Denne risikoen vurderes likt som risikoen om hensiktsmessig bruk av ressurser under bemanning. Styrking av desentrale poliklinikker er trolig ikke den mest hensiktsmessige måten å bruke ressurser på, og heller ikke den mest hensiktsmessige måten å organisere ressurser på. Men veid opp mot hensynet til pasientene, krav om likeverdige tjenester og manglende kapasitet vil det som foreslås i alternativ 2 trolig ville være den best løsningen.</p>	<p>3</p> <p>3</p>	<p>3</p> <p>3</p>
    	<p><b>Unngå sårbare enheter</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke klarer å unngå sårbare enheter</i></p> <p>Sårbare enheter er enheter som er avhengig av innleie eller bruk av overtid/vakansvakter hos eget personell for å få driften til å gå rundt eller det er liten fleksibilitet for fravær pga sykdom, fagutvikling (kurs, utdanning) permisjoner o.l. For sårbare enheter vil tjenestetilbudet være jevnlig under press, fordi det ikke er tilgjengelig nok fagfolk og/eller riktig kompetanse</p> <p>Tenkningen rundt denne risikoen er lik som over. De mest sårbare enhetene er de høyspesialiserte miljøene. De mest sårbare enhetene blir ikke berørt av alternativene.</p> <p><b>Alternativ 1:</b></p> <p><b>Hybridmodellen:</b></p> <p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Sårbare enheter er enheter som er avhengig av innleie eller bruk av overtid/vakansvakter hos eget personell for å få driften til å gå rundt eller det er liten fleksibilitet for fravær pga sykdom, fagutvikling (kurs, utdanning) permisjoner o.l. For sårbare enheter vil tjenestetilbudet være jevnlig under press, fordi det ikke er tilgjengelig nok fagfolk og/eller riktig kompetanse</p> <p>De små poliklinikkene er sett på som sårbare, en disse har man tenkt å styrke og gjøre mer robuste gjennom alternativ 2. Også noen DPS døgnenheter samles til større fagmiljø.</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>2</p>	<p>3</p> <p>3</p> <p>3</p>



	<p><b>Kjent rolle og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten</b></p> <p><i>Risiko for at det ikke er en kjent rolle og ansvarsfordeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten</i></p> <p>Noen kommuner vil hevde at de med de foreslåtte alternativene vil kommunene føre til økt ansvar og merarbeid. Sett fra spesialisthelsetjenesten sin side kan det se ut som at spesialisthelsetjenestene egentlig gjør mer enn hva den faktisk har ansvar for, og at dette trolig egentlig er kommunale oppgaver.</p> <p>Det er forskjell på <i>enighet</i> om ansvarsforhold og <i>kjent</i> ansvarsforhold. Videre er det trolig store forskjeller i regionen på hvordan ansvarsforholdet defineres. Det er også forskjell på hvordan kommunene definerer hva som er dere oppgaver og ikke.</p> <p><b>Alternativ 1:</b> I alternativene gjøres en del endringer. Viktig for kommunene å forstå, og ha tid til å forstå hvordan de skal organisere seg for fremtiden. I Narvik og Lofoten kan man risikere at for eksempel legevakt ikke er kjent med den nye ansvarsfordelingen, og pasienter kan havne på feil plass. Men om man ser til tilsvarende organisering i Kongsberg er det ikke registrert tilfeller med opplevd kritiske feil som følge av splitting av funksjonene.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> For kommunene på Helgeland kan det bli enklere å forholde seg til spesialisthelsetjenesten, siden de da bare vi være en aktør å forholde seg til.</p> <p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Det er lite i alternativ 2 som endrer på noe i forhold til ansvarsfordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og hvor kjent denne er. Forslag om team som går på tvers av tjenestenivåene er kjent for kommunene og også ansvarsfordelingen. Kommuner vil kanskje være kritisk til å det tas ned døgn i DPS, men samtidig er det viktig å understreke at en bygger opp tilbudet for de mest alvorlige psykisk syke.</p>	3	3
	<p><b>Forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablerte helsefelleskapene</b></p> <p><i>Risiko for at det er mangel på forpliktende samarbeid mellom helseforetak og kommunene i de etablere helsefelleskapene</i></p> <p>Helsefelleskapene er organisert på det strategiske nivået, og samarbeidet skal legge til rette for organisering av tjenester, uansett hvilken organisering man velger. Det handler om å jobbe med det rette elementene innenfor helsefelleskapene. Det er viktig å være oppmerksom på at de forpliktende avtalene går per kommune og ikke på tvers av kommuner.</p>		

	De foreslåtte alternativene påvirker kanskje ikke denne risikoen. Fordi alternativene ikke endre på antall foretak, og alternativene endrer heller ikke strukturen i helsefelleskapene. Helsefelleskapene og forpliktende samarbeid handler om mye mer enn de endringene som er foreslått i de ulike alternativene.		
	<b>Alternativ 1:</b>	3	3
	<b>Hybridmodellen:</b>	3	3
	<b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Sammenfaller med vurderingen for somatikk.	3	3
<b>Økonomi</b>			
	<p><b>Tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke klarer å tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser</i></p> <p>I nåsituasjonen er det svært høy risiko for at en ikke klarer å tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser. Begge de foreslåtte alternativene vil redusere risikoen noe. Men ingen av alternativene vil redusere risikoen nok. For at Helse Nord skal bli ordentlig bærekraftig over tid, sett fra et økonomisk perspektiv trengs det trolig 1-1,5 milliarder kroner (usikkert estimat).</p>		
	<b>Alternativ 1:</b> Det er lettere å forholde seg til rammebetingelsene når variabel lønn og innleie tas ned.	4	4
	<b>Hybridmodellen:</b> Effekten knyttet til at variabel lønn og innleie tas ned økes ytterligere i dette alternativet. Færre enheter vil også gjøre en bedre rustet til å tilpasse seg rammebetingelsene. Men hybridmodellen fordrer et veldig stort byggeprosjekt i form av at nytt sykehusbygg på Helgeland. Som også da krever en svært høy grad av investeringer.	3	4
	<p>-----</p> <p>Begge alternativene har uakseptabel høy risiko. De risikoreducerende tiltakene er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke fokus og gjøre en systematisk gjennomgang og arbeid i hvert foretak i forhold til effektivisering, omstilling og innsparing</li> </ul>		











	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeide for større strukturelle endringer internt i helseforetakene</li> <li>• Jobbe for å beholde og rekruttere personell og ta ned sykefravær</li> <li>• Bedre samhandling med kommunene</li> <li>• Styrke økonomiforståelsen helt ned til nederste nivå i organisasjonen</li> <li>• Gjøre en betydelig innstramming på mulighet for bruk av innleie</li> <li>• Ha større fokus på oppgavedeling</li> <li>• Gjøre en gjennomgang av forbruksrater og identifisere uønsket variasjon, og forklaringer til denne</li> <li>• <i>Jobbe for å få endret rammebetingelsene og Tainntekstfordelingsmodellen</i></li> </ul>		
	<b>Alternativ 1:</b>	3	3
	<b>Hybridmodellen:</b> Etter risikoreducerende tiltak er både sannsynlighet og konsekvens satt likt for alternativ 1 og hybridmodellen. Av så kunne en tro at gruppen tenker at tiltakene har større effekt på hybridmodellen enn alternativ 1. Det er ikke tilfellet. Det er her en utfordring med at en mener at tiltakene ikke vil redusere sannsynligheten så mye at den kan settes til 2.	3	3
	<b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Alternativ 2 er i tråd med oppdragets mål om å se hen til den demografiske utviklingen ved å prioritere områder med befolkningsvekst. Alternativ 2 opprettholder dagens TSBdøgnkapasitet i UNN. I Finnmarkssykehuset reduserer kapasiteten noe. Reiseavstanden til Tromsø, Narvik, Harstad og Alta vurderes for elektiv døgnbehandling å være akseptabel for alle som i dag får tilbud på Storslett, Storsteinnes og Silsand. Arbeidsgruppen mener at det på sikt er bedre rekrutteringsgrunnlag i de større befolkningssentrene der det finnes utdanningsmuligheter som høyskoler og universitet. Videre ivaretar plassering av DPS-døgnplasser i Harstad og Narvik føringen om å ha nærhet til somatiske tjenester.  I alternativ 2 vil være enklere å forholde seg til rammebetingelser når variabel lønn og innleie tas ned. Færre enheter forventes å bedre muligheten for å drive innen gitte rammebetingelser.	4	4
	<b>Risikoreducerende tiltak:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke fokus og gjøre en systematisk gjennomgang og arbeid i hvert foretak i forhold til effektivisering, omstilling og innsparing</li> <li>• Arbeide for større strukturelle endringer internt i helseforetakene</li> </ul>		




	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jobbe for å beholde og rekruttere personell og ta ned sykefravær</li> <li>• Bedre samhandling med kommunene</li> <li>• Styrke økonomiforståelsen helt ned til nederste nivå i organisasjonen</li> <li>• Gjøre en betydelig innstramming på mulighet for bruk av innleie</li> <li>• Ha større fokus på oppgavedeling</li> <li>• Bruke forbruksrater for å identifisere uønsket variasjon, og sette inn tiltak for å redusere denne</li> <li>• <i>Jobbe for å få endret rammebetingelsene og inntektsfordelingsmodellen</i></li> </ul> <p><b>Ny risiko etter tiltak:</b></p>	3	3
	<p><b>Redusere behovet for bruk av innleie og variabel lønn</b></p> <p><b>Risiko for an en ikke klarer å redusere behovet for bruk av innleie og variabel lønn</b></p> <p>Fra 2019 økte Helse Nord sine kostnader knyttet til innleie fra 140 mnok til 540 MNOK. I 2021 stod Helse Nord for 40% av all innleie selv om regionen bare utgjør 9% av befolkningen.</p> <p>Dette har vært en del av pågående omstilling i HN.</p> <p><b>Alternativ 1:</b></p> <p>I denne vurderingen er det viktig å ha med seg at store deler av regionen vil fortsatt ha problemer med å bemanne, selv om man endrer noe i Lofoten og Narvik.</p> <p>I Vesterålen som skal håndtere flere akuttkirurgiske pasienter, og kirurgisk ortopedi har det over tid vært utfordringer med å opprettholde akuttkirurgisk beredskap, og driften løses ved hjelp av innleie. Anestesi legedekningen er også her svært sårbar, og dekkes med innleie. 2,6 av fire legestillinger innen kirurgi er besatt. Det er fire budsjetterte ortopedstillinger, men en stilling er planlagt ubesatt fordi sykepleier mangel har medført reduksjon i operasjon/sengepostkapasitet. Ved kirurgisk klinikk er det fire ortopeder, en stilling er ikke utlyst på grunn av lavdrift på sengepost. To av fire budsjetterte gynekologstillinger er besatt. Øvrig bemanning dekkes av faste vikarer eller innleie.</p> <p>I Lofoten er det bemanningsutfordringer ved akuttmottak, overvåking og dagkirurgi på sykepleiersiden. Ved ulikt fravær er innleie fra byrå benyttet, og det er utlyst stillinger for å øke robustheten. Anestesi legedekningen er svært sårbar, og innleie benyttes for å opprettholde driften. Det er to ortopedstillinger, og to kirurgiske legestillinger som er besatt og fordelt på</p>	4	4




	<p>tre overleger. Bemanningen er marginal og planlegges økt. Driften løses per nå av faste vikarer og innleie. Det er også en 0,25% urolog som dekkes av fast vikar. En av to budsjetterte gynekologstillinger er besatt. Øvrig bemanning dekkes av faste vikarer eller innleie.</p>		
	<p><b>Hybridmodellen:</b>  Det er store utfordringer knyttet til bemanning ved alle sykehusene på Helgeland.</p> <p>Ved Mosjøen er det både fravær og mangler i både legestillinger og sykepleierstillinger. Generelt er det utfordrende å få tak i LIS 2/3.</p> <p>I Sandnessjøen er overtid, innleie og merarbeid knyttet til beredskap, men også i stor grad til venteliste og elektiv aktivitet. Også her er det svært utfordrende med LIS2/3. Akuttmedisinsk avdeling har utfordringer med mangel på intensivsykepleiere, operasjonssykepleiere og anestesileger. Over tid har det også vært utfordrende å rekruttere LIS 2/3. Det samme gjelder gynekologer. Utfordringer også med å dekke jordmorstillinger.</p> <p>I Mo i Rana er det god tilgang på helsepersonell ved medisinsk klinikk. Men det er leid inn overleger for å dekke manglende LIS2/3 vakter i vaktlinjen. Mangelen på LIS2/3 har også ført til at fast ansatte overleger har blitt omprioritert fra poliklinikk til sengepost. Dette har igjen ført til forverring av utfordringene med ventelister. Rekruttering av LIS2/3 i kirurgi har vært krevende over tid, det samme gjelder innen ortopedi, hvor ingen av de seks LIS stillingene har vært besatt siden starten av 2023. Rekruttering av gynekologer også vanskelig over tid og situasjon fortsatt sårbar.</p> <p>Begge alternativene har uakseptabel høy risiko og det kreves risikoreduserende tiltak. Tiltakene er ansett å være de samme som for forrige risiko.</p> <hr/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke fokus og gjøre en systematisk gjennomgang og arbeid i hvert foretak i forhold til effektivisering, omstilling og innsparing</li> <li>• Arbeide for større strukturelle endringer internt i helseforetakene</li> <li>• Jobbe for å beholde og rekruttere personell og ta ned sykefravær</li> <li>• Gjøre en betydelig innstramming på mulighet for bruk av innleie</li> <li>• Ha større fokus på oppgavedeling</li> </ul>	3	4
	<p><b>Alternativ 1:</b>  Til tross for risikoreduserende tiltak klarer en ikke å redusere risikoen til et akseptabelt nivå.</p>	3	4
	<p><b>Hybridmodellen:</b>  Sannsynligheten vil her bedres sammenlignet med alternativ 1, dog ikke vurdert til å være nok til at denne endres fra 3 til 2</p>	3	4

■	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b></p> <p>Det finnes ikke så mye personell å leie inn i psykiatrien, og innleieproblematikken er ikke så stor i psykiatrien fordi det ikke er folk å få tak i. Likevel har det være økende grad av innleie også i psykiatrien de siste årene. I alternativ 2 legger en til rette for mer robuste fagmiljø, men de store rekrutteringsproblemene vil man likevel ikke få løst.</p> <p>Overtid sees på derimot på som et problem. Det er lagt til grunn at en styrking av dagens sykehusfunksjoner vil redusere overbelegg og redusere behov for overtid.</p> <p>Risikoen er uakseptabel høy, og det kreves risikoreducerende tiltak.</p> <p><b>Risikoreducerende tiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke fokus og gjøre en systematisk gjennomgang og arbeid i hvert foretak i forhold til effektivisering, omstilling og innsparing</li> <li>• Arbeide for større strukturelle endringer internt i helseforetakene</li> <li>• Jobbe for å beholde og rekruttere personell og ta ned sykefravær</li> <li>• Gjøre en betydelig innstramming på mulighet for bruk av innleie</li> <li>• Ha større fokus på oppgavedeling</li> </ul>	3	4
■	<p><b>Ny risiko:</b></p>	3	3
■	<p><b>Redusere fristbrudd og forebygge henvising til Helfo</b></p> <p><b><i>Risiko for at en ikke klarer å redusere ventetid og forebygge henvising til HELFO</i></b></p> <p>I løpet av 2022 ble totalt 4471 pasienter henvist til eksterne tjenesteleverandører gjennom HELFO på grunn av fristbrudd. Det er flest pasienter innenfor ortopedi, øre-nese-hals (disse faggruppene utpeker seg også med lang ventetid) og gastroenterologisk kirurgi. Den virkelige kostanden forbundet med disse pasientenes behandling er ca. 42 millioner kroner. Det er anslått å være dobbelt så dyrt å behandle pasientene hos eksterne tjenesteleverandører. Ved å unngå fristbruddene innen somatikken var det et innsparingspotensial 20 mnok for Helse Nord i 2022.</p> <p>Tall fra september 23 viser at pasienter i dag venter gjennomsnittlig 85 dager på behandling og ventetiden er økende. Dette utfordrer pasientsikkerheten.</p> <p><b>Alternativ 1:</b></p> <p>Alternativet vil det gjøre mulig å redusere fristbrudd og ventetider innenfor kirurgiske fagområder, og kostnader knyttet til HELFO ordningen vil kunne reduseres. Dette fordi det forutsettes en økning av poliklinikk og planlagt kirurgi (primært dagkirurgi) i Lofoten og Narvik. Omfordeling og bedre bruk av tilgjengelig ressurser gir bedre pasientforløp. På sikt vil endringen kunne gi reduksjon i ventetider og fristbrud. Kortere ventetid</p>	4	4



	<p>har betydning for pasientene. Arbeidstid som i dag bindes opp i vaktberedskap blir frigjort til økt planlagt aktivitet på dagtid. Dette vil bidra til at flere vil få behandling innen fastsatt frist innad i regionen.</p> <p><b>Hybridmodellen:</b> I dette alternativet vil effektene i alternativ 1 forsterkes ved at de tre sykehusene ved Helgelands skal samles i ett sykehus.</p>	3	3
	<p>Risikoen i alternativ 1 er ansett for å være uakseptabel høy. Det er derfor behov for risikoreduserende tiltak.</p> <p><b>Risikoreduserende tiltak alternativ 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gå gjennom overforbruk og gjøre kloke valg</li> <li>- Arbeide mer med de elektive driftslinjene adskilt fra de akutte</li> <li>- Rekruttere og stabilisere personell</li> </ul>	3	3
	<p><b>Ny risiko alternativ 1:</b></p> <p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Økende antall fristbrudd har en høy økonomisk kostnad, og det ligger et betydelig innsparingspotensial knyttet til å innfri pasientrettighetene innen frist. Om man lykkes med å styrke poliklinikkene og øke kapasiteten slik som foreslått i alternativ 2 antar man at en også vil redusere fristbrudd og forebygge henvisinger til HELFO.</p>	2	2
	<p><b>Økonomi til nødvendige behov knyttet til teknologi, investeringer, bygg og vedlikehold</b></p> <p><i>Risiko for at det ikke er økonomi til nødvendige investeringer, bygg og vedlikehold</i></p> <p><b>Alternativ 1:</b> Investeringsbehovet ved alternativ 1 er antatt å være kostnadene som skissert nedenfor, 130 mnok uten ny helikopterbase, og 250 mnok med base.</p> <p>Tilpasninger ved Vesterålen for økt aktivitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nye senger og lett ombygging: <b>17,4 MNOK</b></li> <li>- Kompenserende tiltak i ambulansetjenesten (øke med en ambulansebil): <b>11,6 MNOK</b></li> <li>- Ny ambulanshelikopterbase i Lofoten: <b>120 MNOK</b></li> </ul> <p>Tilpasninger Harstad for økt aktivitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mindre bygningsmessige endringer fra fødestue til poliklinikk og barseltilbud i Storslett:</li> <li>- Total ombygging i Harstad: <b>85 mnok</b></li> <li>- Kompenserende tiltak prehospitaltjenester UNN: <b>16,8 MNOK</b></li> </ul>	4	4





	<p><b>Hybridmodellen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estimerte kostnader over: <b>250 MNOK</b></li> <li>- Kostnader nytt sykehus ved Helgeland: <b>2,5 -3,5 MNOK</b> (lagt til økonomisk langtidsplan)</li> <li>- Kompenserende tiltak ambulansetjenesten Helgeland: Investering <b>12-14,4 MNOK</b> Bemanning: <b>36-43,2 MNOK</b></li> </ul> <p>Begge alternativene har en uakseptabel høy risiko og vil derfor trenge risikoreducerende tiltak.</p>	4	4
-----			
<p><b>Risikoreducerende tiltak:</b> For å redusere risikoen legges det til grunn samme type tiltak som skissert under «Risiko for at en ikke klarer å tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser». Hybridmodellen gir noe bedre driftsøkonomi etter at nytt bygg på Helgeland er realisert. Driftsmessig bæreevne til å realisere dette bygget fordrer imidlertid betydelig mer investeringskapital enn det gevinsten av dette bygget gir.</p>			
	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> Estimerte kostnader alternativ 2: Grovestimat investering 239 MNOK (fra HSØ)</p> <p>Besparelser 40 MNOK</p> <p>Det man skal gjøre er planlagt i en rekkefølge slik at man får gjort innsparing før man kan iverksette endringer, og ha midler til det.</p>	3	3
-----			
<p><b>Økonomi til nødvendige nye faglige behov</b></p> <p><i>Risiko for at det ikke er økonomi til nødvendige nye faglige behov</i> I dagens situasjon er det svært høy risiko for at en det ikke er økonomi til nødvendige nye faglige behov. Ved begge alternativene vil en trolig skaffe seg bedre driftsøkonomi, som vil gjøre at det vil kunne være mer penger til nødvendige faglige behov.</p> <p>Vurderingen og risikonivået er antatt å være likt som risiko for at en ikke klarer å tilpasse tjenestene til fremtidig demografisk utvikling og rammebetingelser. En antar at i begge alternativene vil en skaffe seg bedre driftsøkonomi.</p>			
	<p><b>Alternativ 1:</b></p>	4	4
	<p><b>Hybridmodellen:</b> Begge alternativene har uakseptabel høy risiko.</p>	3	4
-----			



	<p>De risikoreduserende tiltakene er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke fokus og gjøre en systematisk gjennomgang og arbeid i hvert foretak i forhold til effektivisering, omstilling og innsparing</li> <li>• Arbeide for større strukturelle endringer internt i helseforetakene</li> <li>• Jobbe for å beholde og rekruttere personell og ta ned sykefravær</li> <li>• Bedre samhandling med kommunene</li> <li>• Styrke økonomiforståelsen helt ned til nederste nivå i organisasjonen</li> <li>• Gjøre en betydelig innstramming på mulighet for bruk av innleie</li> <li>• Ha større fokus på oppgavedeling</li> <li>• Gjøre en gjennomgang av forbruksrater og identifisere uønsket variasjon, og forklaringer til denne</li> </ul>		
	<p><b>Ny risiko alternativ 1:</b></p>	3	3
	<p><b>Ny risiko Hybridmodellen:</b> Sannsynligheten vil her bedres sammenlignet med alternativ 1, dog ikke vurdert til å være nok til at denne endres fra 3 til 2</p>	3	3
	<p><b>Psykisk helsevern og TSB:</b> I dagens situasjon er det svært høy risiko for at en det ikke er økonomi til nødvendige nye faglige behov. Alternativ 2 vil trolig på sikt bedre driftsøkonomien, noe vil gjøre at det vil kunne være mer penger til nødvendige faglige behov.</p> <p>Risikoen er uakseptabel høy, og det kreves derfor risikoreduserende tiltak.</p> <p><b>Risikoreduserende tiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Styrke fokus og gjøre en systematisk gjennomgang og arbeid i hvert foretak i forhold til effektivisering, omstilling og innsparing</li> <li>• Arbeide for større strukturelle endringer internt i helseforetakene</li> <li>• Jobbe for å beholde og rekruttere personell og ta ned sykefravær</li> <li>• Bedre samhandling med kommunene</li> <li>• Styrke økonomiforståelsen helt ned til nederste nivå i organisasjonen</li> <li>• Gjøre en betydelig innstramming på mulighet for bruk av innleie</li> </ul>	4	4

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha større fokus på oppgavedeling</li> <li>• Gjøre en gjennomgang av forbruksrater og identifisere uønsket variasjon, og forklaringer til denne</li> </ul> <p><b>Ny risiko:</b></p>	3	3
  	<p><b>Sammen med kommunene redusere utskrivningsklare døgn</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke klarer å redusere utskrivningsklare døgn sammen med kommunen</i></p> <p>Helse Nord har ar altfor mange utskrivningsklare døgn. De to foreslåtte alternativene vil ikke gjøre så mye for dette. Det er ikke like kritisk over hele regionen. Det er store kostnader knyttet til utskrivningsklare døgn. Seng for seg er kostnaden estimert til 144 mnok. Men da har man ikke tatt med kostnader forbundet med manglende inntjening og bruk av innleid personell for å håndtere de utskrivningsklare pasientene. Spesialisthelsetjenesten vil likevel ha bruk for sengene, og kommer ikke til å kunne tas ned. Dette på grunn av et økende antall eldre og skrøpelige.</p> <p>Det er ikke antatt å være forskjeller på risikoen i de to ulike alternativene.</p> <p><b>Alternativ 1:</b></p> <p><b>Hybridmodellen:</b></p> <p>I begge alternativene er det uakseptabel høy risiko. Det burde derfor identifiseres risikoreducerende tiltak. Men gruppen mener at disse tiltakene ligger utenfor spesialisthelsetjenestens kontroll, da dette ligger til kommunene. Forslag til piloter og tjenesteutvikling fra arbeidsgruppe 5 er også tiltak som trolig vil kunne bidra til å redusere utskrivningsklare døgn. Det er ikke gjort en ny vurdering av risiko etter tiltak.</p>	4	4
		4	4



	<p><b>Sikkerhet og beredskap</b></p> <p>Risiko- og sårbarhetsanalyse for risikoområdet sikkerhet og beredskap ble vurdert samlet for somatikk alternativ 1, Hybridmodellen, og psykisk helsevern og TSB. I denne vurderingen ble det ikke sett som nødvendig å foreta separate vurderinger for de ulike alternativene da de under ROS analysen så at alternativene ikke var avgjørende for vurderingen.</p>		
	<p><b>Beredskap som er rustet til å møte det store utfordringsbildet, der informasjonssikkerhet, klimaendringer, ekstremvær og naturkatastrofer, migrasjon, pandemi og krig inngår</b></p> <p>Uansett krise så må en ha regional koordinering, og bruke alt Helse Nord har tilgjengelig. På grunn av dette vil de ulike alternativene trolig ikke virke inn på risikovurderingene.</p> <p>Under dette risikoområdet vurderes Helse Nord sin evne til å behandle syke, skadede og sårede.</p>		
	<p><b>Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til krig/store katastrofer</b></p> <p>Det er svært liten sannsynlighet for at Norge skal komme i krig, men om dette skulle skje så ville konsekvensene av dette være svært alvorlig. Det er ingenting i Norge som er bygd opp til å kunne håndtere en krig. Gjennom dialog med det norske forsvaret går det frem at det viktigste for forsvaret er infrastruktur og ikke hvordan Helse Nord organiserer sitt tilbud og sine funksjoner. Som alle de andre regionale helseforetakene er Helse Nord underdimensjonert i forhold til å kunne håndtere store hendelser som krig og lignende. Alternativene påvirker ikke fastsettelsen av sannsynlighet og konsekvens. Men det vil være enklere å tømme et elektivt sykehus enn et akutt sykehus. I en krig vil det kunne være snakk om å få flydd inn personell.</p>	1	5
	<p><b>Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til pandemi</b></p> <p>Helse Nord har gjort tre egne evalueringer av underveis i covid-pandemien. Gjennom evalueringene går det frem at Helse Nord har håndtert pandemien på en god måte. Helse Nord hadde størst utfordringer med de nasjonale tiltakene som ble satt, da pandemien og nasjonale tiltak treffer annerledes i nord enn i sør. Den andre store utfordringen var bemanning ved sykehusene og mangel på bemanning. Det var nødvendig med en stor grad av regional koordinering opp mot nasjonal koordinering for å klare personellsituasjonen under pandemien. Det er usikkerhet om sårbarheten i forhold til en pandemi endrer seg med de ulike alternativene. Men gruppen mener at en tar ned noe risiko ved å samle alle funksjoner til ett sted ved Helgeland. Gruppen mener også at mer robuste fagmiljøer vil bidra til noe lavere risiko ved en pandemi. Små enheter med lite personell er sårbare enheter i en beredskapssituasjon. I covid-pandemien var det bemanningen som var kritisk. Det er rimelig å anta at de to ulike alternativene vil øke grunnbemanningen noe.</p>	1	4

	<p><b>Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til cyberangrep</b></p> <p>Et Cyberangrep er kanskje det som er mest nærliggende å tro at kan inntreffe av hendelsene som diskuteres under sikkerhet og beredskap. Helse Nord er stadig utsatt for små angrep. Men få av disse gir noe konsekvens av betydning. Til nå har det vært hendelser ca. en gang i året hvor det har fått konsekvenser av betydning.</p>	2	4
	<p><b>Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til forsyningsproblemer (stopp i produksjonslinjer)</b></p> <p>Alternativene vil trolig ikke endre iboende risiko knyttet til beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til forsyningsproblemer. Men færre enheter å forsyne kan trekke sannsynligheten ned. Noen større robuste driftsenheter kan også være gunstig i ulike typer scenarier. Større enheter gjør det enklere å få til ting. Klima er det større utfordringer med å håndtere i forhold til forflytning av pasienter. HN er pt rimelig robust til å håndtere kriser, og har en ganske fleksibel organisasjon. Forsyning, logistikk og transport er det mest problematiske, fordi en er en stor region.</p>	3	2
	<p><b>Risiko for at en ikke har en beredskap som er rustet til å møte utfordringer knyttet til vær og klima</b></p> <p>Når man ser til denne risikoen handler det om for eksempel store hendelser som jordskred, snøskred eller lignende typer hendelser. De kan være situasjoner som fører til stengte veier, luftrom eller hav, som igjen kan føre til en langvarig krise også (ved at man ikke får forflyttet personell eller utstyr). Klimaendringene vi står ovenfor øker sannsynligheten for denne risikoen.</p>	2	3
	<p><b>Organisatorisk fleksibilitet som setter oss i stand til å ivareta langvarige, og samtidige, kriser</b></p> <p><b>Risiko for at en ikke har tilstrekkelig organisatorisk fleksibilitet til å ivareta langvarige, og samtidige kriser</b></p> <p>I dagens situasjon er det vurdert å være lav sannsynlighet (2) for at en ikke har organisatorisk fleksibilitet til å ivareta langvarige, og samtidige kriser. Konsekvensen av dette er vurdert til å være alvorlig (4). Etter pandemien og stortingsmeldingen <i>Helseberedskap</i> er det satt stort fokus på fleksibilitet. Det er ansett som viktig å ha mulighet til å kunne omdisponere både areal, senger og personell (profesjon og kompetanse) Dette spesielt viktig ved langvarige kriser, slik som covid-pandemien ble. Korte kriser går greit å håndtere. Ved langvarige kriser som ved covid-pandemien er det viktig å kartlegge hvilke avhengigheter en har knyttet til personell. Under pandemien hadde Helse Nord mye innleid personell som kom fra utlandet. Dette ble utfordrende når grensene ble stengt.</p> <p>De to alternativene legger opp til økt robusthet, og dette vil også øke fleksibiliteten. Minde innleie vil gjøre systemet mer sårbart. Per i dag er det for liten fleksibilitet, på grunn av at det er mye innleid personell. Konsekvensen av å ikke ha fleksibilitet er ansett som høy, og det vil fort være fare for liv og helse.</p>	2	4

	<p><b>Robust infrastruktur som tåler påkjenninger</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke har en robust infrastruktur som tåler påkjenninger</i></p> <p>Det er viktig at Helse Nord har motstandsdyktighet knyttet til egen infrastruktur. Infrastrukturen må for eksempel tåle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bortfall av elektronisk kommunikasjon</li> <li>• Bortfall av strøm, vann eller annen kritisk infrastruktur.</li> </ul> <p>Stort sett oppleves infrastrukturen å være robust i dagens situasjon. Det høyest risiko forbundet med bortfall av vann. Dette vil det kunne være utfordringer knyttet til. Cyber angrep eller andre sabotasjeaksjoner kan også være aktuelt.</p> <p>Om en får situasjoner som gjør at man ikke kan drifte vil de ulike alternativene virke inn på robusthet og sårbarhet. De største utfordringene er ansett å være om man må evakuere sykehus.</p> <p><b>Ytterligere kommentarer rundt Hybridmodellen:</b></p> <p>Litt færre enheter, om man har flere større enheter har man infrastruktur som en trolig kan benytte selv med bortfall. Mindre enheter mer utsatt. På kort sikt vil det trolig ikke være så stor forskjell på risiko, men over tid vil færre enheter gjøre det mer robust.</p>	2	3
	<p><b>Sikre beredskap og samhandling rundt denne, ved ulykker og massetilstrømning av pasienter</b></p> <p><i>Risiko for at en ikke klarer å sikre beredskap og samhandling med kommunen om denne ved ulykker og massetilstrømning av pasienter</i></p> <p>Når det gjelder beredskapssamarbeid er det viktig med samhandling med kommunen. Om ikke kommunen har kapasitet vil det medføre større konsekvenser for spesialisthelsetjenesten og vice versa. Vi tenker her på oppståtte hendelser av massetilstrømning av pasienter, som for eksempel bilulykker med litt større på. Det har man nesten årlig. Om det skjer store ulykker i små kommuner med lang avstand til sykehus kan få store konsekvenser. Denne risikoen handler om å ha struktur på å være beredt på ulike ting som kan inntreffe, og om man både i spesialisthelsetjenesten og kommunene er trent på dette. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har i dag forpliktende samarbeidsavtaler i forhold til akuttberedskap. I disse samarbeidsavtalene er de definert hvem som skal håndtere hva og når i forløpet.</p> <p><b>Ytterligere kommentarer rundt Alternativ 1:</b></p> <p>Flytting av akuttkirurgi reduserer kanskje hvor godt en klarer å samhandle, når samhandlingsaktøren er lengre borte. Samtidig blir det færre å forholde seg til, og dette skulle tilsi at det ikke har så mye å si. Evnen til å ta imot en massetilstrømning av pasienter øker med mer robuste miljø.</p>	2	3

# VEDLEGG 4

Oversikt over deltakere i ROS-workshop

<b>Delatker</b>	<b>4.12.23</b>	<b>8.12.23</b>
Tonje Elisabeth Hansen	x	x
Fredrik Sund	x	x
Jon Tomas Finnsson	x	x
Tove Klæboe Nilsen	x	x
Kari Bøckmann	x	x
Rolandsen Hilde	x	x
Sissel Viola Alterskjær		
Martin Øien Jenssen		
Jeanette Mikalsen	x	x
Kari Marie Baadstrand Sandnes		
Baard Einar Martinsen		
Erik Arne Hansen		
Gunnhild Berglen	x	x
Knut Hartviksen	x	x
Siw Gøril Skår		
Mentzoni-Einarsen Anita	x	x
Ann Marit Jenssen		
Geir Tollåli	x	x
Ann Ragnhild Broderstad		
Ann Elisabeth Rødvei	x	x
Jonny Lennart Brodersen		x
Hanne Risa		
Tove Skjelvik (observatør)		
Jann-Hårek Reinvik Lillevoll (observatør)		
Jan Erik Tveiten (fasilitator)	x	x
Lene Lunde (fasilitator)	x	x

## Møteplan med milepæler – utredning av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord

Møter med interessentene er et av flere kommunikasjonstiltak hvor formålet har vært å involvere, informere, følge opp og konsultere interessentene, slik at utredningen kommuniserer godt arbeidets mål og resultat. [Dette står nærmere beskrevet i kommunikasjonsplanen, med interessentanalyse, som ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i mars 2023.](#)

Dette dokumentet viser en oversikt over møter som Helse Nord RHF har holdt i perioden mai til desember 2023. Innholdet i møtene har variert ut fra målgruppe og status i det pågående arbeidet.

Temaet funksjons- og oppgavedeling er i tillegg fast sak på ledermøter og utvidede ledermøter i Helse Nord RHF. Disse møtene vises ikke i denne oversikten.

Dato	Målgruppe	Møteform	Deltakere fra RHF*
2. mai	Kommunene: KS Nord-Norge – felles fylkesmøte. 160 deltakere	Fysisk, Bodø	Tonje
3. mai	Kommunene – politisk/administrativt/helsefaglig	Dialogkonferanse, fysisk, Bodø	Marit, Tonje
5. mai	Statsforvalterne – det faste møtet mellom RHF og Statsforvalterne i Troms/Finmark og Nordland	Digitalt	Marit
8. mai	Kommunene – politisk/administrativt/helsefaglig	Dialogkonferanse, fysisk, Tromsø	Marit, Tonje, Fredrik
10.-11. mai	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Fysisk, Bodø	Marit, Tonje

22. mai	Regionalt brukerutvalg	Fysisk, Bodø	Marit/Fredrik
23. mai	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
23.mai	Drøftingsmøte KTV/KVO	Digitalt	Marit/Tonje/Anita /Fredrik
23. mai	Ansatte HSYK	Allmøte, fysisk og digitalt	Marit
26. mai	Ansatte UNN	Allmøte, fysisk og digitalt	Marit
26. mai	Styrelederne i HF-ene	Styreledermøtet	Renate/Marit
26. mai	Universiteter: Samarbeidsorgan for utdanning	Digitalt	Anita
30. mai	Ansatte HNIKT	Allmøte, digitalt	Marit
<b>31. mai – styremøte i Helse Nord RHF, Bodø</b>			
Styret vedtar mandat for utredningsarbeidet og hvordan utredningsarbeidet skal organiseres. Blant annet at det skal opprettes fem arbeidsgrupper som skal utrede ulike områder.			
2. juni	Ansatte NLSH	Allmøte, fysisk og digitalt	Marit
5. juni	Ansatte RHF	Allmøte, Digitalt	Marit
6. juni	Sametingets adm. ledelse (sametingsrådets leder)	Fysisk, Karasjøk	Marit/Tone
8. juni	Nord-norsk forum for gynekologer	Digitalt	Tonje
8. juni	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Fysisk, Sandnessjøen	Marit/Tonje
9. juni	Ansatte SANO	Allmøte, digitalt	Marit
9. juni	Ansatte FIN	Allmøte, digitalt	Marit
12. juni	Komite for kultur, helse og internasjonal Troms og Finnmark fylkeskommune	Digitalt	Marit
14. juni	Regionalt brukerutvalg		Marit
14. juni	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
14. juni	Medier i Nord-Norge	Pressemøte, digitalt	Marit
15. juni	Styrelederne i HF-ene	Styreledermøtet	Renate/Marit
19.–20. juni	Nasjonale RHF- og HF-direktører	Nasjonal direktørsamling, fysisk, Oslo	Marit/Anita
21. juni	Administrativt møte med Sametinget	Digitalt	Marit, Tonje og Tone

## 22. juni – styremøte i Helse Nord RHF, Bodø

Styret vedtar revidert fremdriftsplan for arbeidet

23. juni	Storingsrepresentant Irene Ojala, Pasientfokus	Fysisk, Bodø	Marit/Geir/Jon Tomas
26. juni	Ordførere, kommunedirektører, kommuneoverleger, kommunale helseledere og interkommunale samhandlingsledere i Troms og Finnmark	Informasjonsmøte, digitalt	Marit
28. juni	Brukerorganisasjoner i Nord-Norge	Informasjonsmøte, digitalt	Marit
28. juni	Fylkesrådslederne Troms og Finnmark og Nordland	Digitalt	Renate/Marit
28. juni	Ordførere, kommunedirektører, kommuneoverleger, kommunale helseledere og interkommunale samhandlingsledere i Nordland	Informasjonsmøte, digitalt	Marit
29. juni	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Digitalt	Marit/Tonje
30. juni	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Marit/Tonje
21. aug.	Administrativt møte med Sametinget	Digitalt	Marit/Tone/Tonje
21. aug.	Regionalt brukerutvalg		Marit/ Tonje
22. aug.	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
25. aug.	Allmøte Helse Nord RHF	Digitalt	Marit

## 30. august – styremøte RHF, Tromsø

Styret får informasjon om status i utredningsarbeidet

1. sept.	Pensjonistforbundet, Troms	Fysisk	Jon Tomas
6. sept.	Eldreråd: Nordnorsk eldrerådskonferanse	Fysisk, Bodø	Jon Tomas
6. september	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Fysisk, Tromsø	Marit/Tonje
12. sept.	Regionalt brukerutvalg		Marit/Tonje
14. sept.	Samarbeidsorgan for utdanning (helseforetakene, dekaner og prodekan på universitetene, KS, studentrepr., RBU)	Digitalt	Anita
19. sept.	Helsefellesskap Lofoten, Vesterålen og Salten: Strategisk samarbeidsutvalg	Informasjons-/innspillmøte	Tonje



20. sept.	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Tonje
20. sept.	Styret RHF	Tematime, Bodø	Marit/Tonje
<b>21. september – styremøte i Helse Nord RHF, Bodø</b> Styret får informasjon om status i utredningsarbeidet			
25. sept.	Helsefellesskap Finnmark: Strategisk samarbeidsutvalg	Informasjons- og innspillsmøte, digitalt	Ingrid
27. sept.	Befolkningen: Helseinnovasjonsukas folkemøte om helse	Fysisk og digitalt, Bodø Stormen bibliotek	Marit
3. okt.	Kommunene i Nordland helsefaglig personell og politisk/administrativ ledelse	Informasjonsmøte digitalt	Marit
4. okt.	Kommuner i Troms og Finnmark	Informasjonsmøte digitalt	Marit
2. okt.	Fylkesrådslederen i Nordland	Digitalt	Renate/ Marit
2. okt.	Nord-Norgebenken på Stortinget	Stortinget	Renate/Marit
4. okt.	Fylkesrådslederen i Troms og Finnmark	Digitalt	Renate/ Marit
5. okt.	Medier i Nord-Norge	Pressemøte, digitalt	Marit
10. okt.	Nasjonal samling for KTV/KVO	Fysisk, Alta	Marit
10. okt.	Politisk møte med Sametinget	Digitalt	Marit/Tonje/Tone
11. okt.	Regionalt brukerutvalg		Marit/Tonje
12. okt.	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Digitalt	Marit/Tonje
17. okt.	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
18. okt.	Brukerorganisasjoner i Nord-Norge	Digitalt	Marit
18. okt.	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Tonje
18. okt. kl. 19	Helsefellesskap Helgeland Strategisk samarbeidsutvalg	Digitalt	Tonje
23. okt.	Styret RHF	Tematime, fysisk Bodø	Marit
24. og 25. okt.	Styreseminar i Helse Nord	Fysisk, Bodø	Marit/Tonje

## 24. oktober – styremøte i Helse Nord RHF, Tromsø

Styret får informasjon om status i utredningsarbeidet

30. okt.	Ansatte UNN	Allmøte, fysisk Tromsø + digitalt	Marit
30. oktober	Kommunene – politisk/administrativt/helsefaglig	Dialogkonferanse, fysisk, Tromsø	Marit/Tonje
2. nov.	Ansatte SANO	Allmøte, digitalt	Marit
3. nov	Kommunene – politisk/administrativt/helsefaglig	Dialogkonferanse, fysisk, Bodø	Marit/Tonje
6. nov	Ansatte NLSH	Allmøte, fysisk Bodø og digitalt	Marit
6. nov	Møte med Kreftforeningen Generalsekretær og distriktsleder		Marit
8. nov.	Ansatte FIN	Allmøte, fysisk Hammerfest og digitalt	Marit
8. nov.	Helsefelleskapet Troms og Ofoten	Digitalt	Tonje
9. nov.	Ansatte HSYK	Allmøte, digitalt	Marit
8. nov.	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Marit/Tonje

## 14. november, arbeidsgruppens delrapporter ferdigstilles

anbefalinger leveres til koordineringsgruppen i Helse Nord RHF

15. nov.	Ansatte RHF	Allmøte, digitalt	Marit
15. nov.	Medier i Nord-Norge	Pressemøte, digitalt	Marit/Tonje
16. nov.	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Digitalt	Marit/Tonje
17. nov	Dialogmøte med UiT, Nord Universitet og Helse Nord	Dialogmøte, Digitalt	Marit m. fl.
21. nov.	Regionalt brukerutvalg		Marit/Tonje
21. nov.	Kommunene i Troms – KS' høstkonferanse/ konstituerende fylkesmøter	Fysisk Tromsø	Marit
22. nov	Samarbeidsmøte KTV/KVO		Marit/Anita
22. nov.	Regionalt brukerutvalg		Marit/Tonje
22. nov	Ansatte HNIKT	Allmøte, fysisk Tromsø og digitalt	Marit
22. nov.	Kommunene i Nordland – KS' høstkonferanse/ konstituerende fylkesmøter	Fysisk Bodø	Marit

23. nov.	Møte med fylkesrådet i Nordland	Digitalt	Marit/ Renate/Tonje
23. nov.	Samarbeidsorgan for utdanning (helseforetakene, dekaner og prodekan på universitetene, KS, studentrepresentanter, RBU)	Digitalt	Anita
24. nov.	Møte med NHO	Digitalt	Marit/Tonje
24. nov.	Ekstern referansegruppe (kommunalt koordineringsorgan)	Digitalt	Marit
24. nov.	Styreledermøte med ledere og nestledere	Digitalt	Marit
27. nov.	Styreseminar UNN	Digitalt	Tonje
27. nov.	Nordland næringsforum	Digitalt	Tonje
28. nov.	Styret RHF	Tematime, fysisk i Tromsø	Marit
<b>29. november – styremøte i Helse Nord RHF, Tromsø</b> Styret vedtar liten utsettelse av tidsplanen			
30. nov.	Møte med LHL Norge	Digitalt	Tonje
6. des.	Intern referansegruppe (direktørmøte)	Digitalt	Marit/Tonje
2. des.	Møte med helseministeren	Fysisk, Gravdal	Marit
19. des.	Politisk møte med Sametinget	Digitalt	Renate/Marit/Tonje /Tone
21. des.	Drøfting KTV/KVO	Digitalt	Marit/Tonje
21. des.	Regionalt brukerutvalg	Digitalt	Marit/Tonje
8. jan. 2024	Styret RHF	Digitalt	Marit
<b>Styremøte 9. januar 2024, Tromsø</b> Styret vedtar høringsutkast av den helhetlige planen med forslag til funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord			

**\*Deltakere fra RHF**

Renate Larsen, styreleder i Helse Nord RHF

Marit Lind, administrerende direktør i Helse Nord RHF

Tonje Elisabeth Hansen, leder av koordineringsgruppa for utredningsarbeidet i Helse Nord RHF

Anita Mentzoni-Einarsen, HR-direktør i Helse Nord RHF

Tone Kristin Kjær, spesialrådgiver i Helse Nord RHF

Fredrik Sund, spesialrådgiver i Helse Nord RHF

Jon Tomas Finnsson, avdelingsdirektør Helse Nord RHF

Ingrid Bredesen Hangaas, senior kommunikasjonsrådgiver, Helse Nord RHF

# Vedlegg til Sluttrapport

---

**Innhold**

- 0.1 Vedlegg..... 3
  - 0.1.1 Lofoten Sykehus..... 3
  - 0.1.2 Narvik Sykehus..... 5

## 0.1 Vedlegg

### 0.1.1 Lofoten Sykehus

**Tabell 1:** Månedlig antall akutte innleggelser med varighet over 24 timer ved Lofoten sykehus, fordelt på måneden hvor innleggelsen er avsluttet.

Utmnd	Antall	Antall eldre	Andel eldre
1	183	102	55%
2	180	90	50%
3	196	109	56%
4	185	101	54%
5	191	110	58%
6	201	106	53%
7	223	123	55%
8	205	111	54%
9	202	112	55%
10	191	102	53%
11	189	105	56%
12	197	118	60%
<b>Sum</b>	<b>2 341</b>	<b>1 287</b>	<b>55%</b>

**Tabell 2:** Årlig antall akutte innleggelser med varighet over 24 timer ved Lofoten sykehus, fordelt på avdelinger.

Tjenesteenhet/avdeling	Antall	Antall eldre	Andel eldre
Medisinsk avdeling - NLSH	1 339	848	63%
Kirurgisk avdeling - NLSH	606	303	50%
Ortopedisk avdeling - NLSH	215	134	62%
Føde- og barselavdeling - NLSH	167	0	0%
Kvinneavdeling - NLSH	10	0	0%
Neurologisk avdeling - NLSH	5	3	56%
<b>Sum</b>	<b>2 341</b>	<b>1 287</b>	<b>55%</b>

**Tabell 3:** Medisinsk avdeling - NLSH. Årlig antall innleggelser fordelt på andel pasientgrupper.

Utmnd	Innleggelser	Luftveier	Sepsis	Hjerte DRG	Hjerne - slag/TIA	Kreft hdiag	Sum i Grupper
1	105	14%	2%	11%	7%	5%	39%
2	96	17%	1%	10%	7%	4%	39%
3	116	24%	0%	11%	7%	3%	46%
4	107	26%	1%	9%	9%	3%	49%
5	101	20%	0%	10%	5%	4%	40%
6	113	21%	1%	7%	7%	3%	39%
7	127	18%	1%	12%	8%	4%	43%
8	120	17%	1%	13%	5%	4%	40%
9	115	13%	3%	12%	7%	3%	37%
10	104	12%	2%	13%	6%	4%	37%
11	121	22%	1%	11%	5%	4%	44%
12	116	20%	1%	12%	9%	4%	46%
<b>Sum</b>	<b>1 339</b>	<b>19%</b>	<b>1%</b>	<b>11%</b>	<b>7%</b>	<b>4%</b>	<b>42%</b>

Luftveier: ICD10-diagnose som hovedtilstand. J10-J18, J20-J22, eller J44.

Sepsis: DRG 416N.

HjerteDRG: DRG for hjertesvikt (127), hjerteinfarkt (121,122), angina (140) eller brystmerter (143). DRG for hjertearytmier og ledningsforstyrrelser er ikke inkludert i hjerteDRG.

Hjerneslag og TIA: DRG hjerneslag (14A, 14B) eller TIA (15).

Kreft: ICD10 hoveddiagnose i kapittel C.

**Tabell 4:** Kirurgisk avdeling - NLSH. Årlig antall akutte innleggelser fordelt på andel pasientgrupper.

Utmnd	Innleggelser	Kirurgisk DRG	Sepsis	Pneumothorax	Kreft	Sum i Grupper
1	47	12%	2%	2%	12%	28%
2	49	20%	1%	1%	5%	28%
3	41	13%	0%	0%	15%	28%
4	45	16%	0%	1%	12%	29%
5	57	8%	1%	0%	14%	23%
6	54	12%	0%	2%	19%	33%
7	57	14%	1%	1%	12%	28%
8	45	18%	1%	1%	11%	31%
9	57	14%	1%	2%	10%	27%
10	61	11%	2%	2%	7%	21%
11	42	16%	2%	1%	16%	35%
12	54	14%	0%	2%	13%	29%
<b>Sum</b>	<b>606</b>	<b>14%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>12%</b>	<b>28%</b>

Kirurgisk DRG: Variabel drg\_type-

kirurgi Sepsis: DRG 416N.

Pneumothorax: DRG 94 eller 95.

Kreft: ICD10 hoveddiagnose i kapittel C. Hvis drg-type er kirurgi, da havner oppholdet i gruppen andel kirurgisk DRG.

**Tabell 5:** Ortopedisk avdeling - NLSH. Årlig antall akutte innleggelser fordelt på pasientgrupper.

Utmnd	Innleggelser	Hoftebrudd Kirurgi	Annen Kirurgi	Sum Andel Kirurgi
1	14	14%	46%	61%
2	21	24%	32%	56%
3	25	20%	22%	43%
4	18	17%	34%	51%
5	18	33%	11%	44%
6	19	22%	16%	38%
7	21	20%	12%	32%
8	22	25%	25%	50%
9	18	28%	17%	44%
10	13	20%	24%	44%
11	13	28%	16%	44%
12	16	31%	25%	56%
<b>Sum</b>	<b>215</b>	<b>24%</b>	<b>23%</b>	<b>47%</b>

Hoftebrudd kirurgi: Innleggelser hvor det primært behandles hoftebrudd gjennom kirurgiske prosedyrer. Annen kirurgi: Innleggelser for annen type kirurgiske inngrep som ikke er relatert til hoftebrudd.



## 0.1.2 Narvik Sykehus

**Tabell 6:** Månedlig antall akutte innleggelser med varighet over 24 timer ved Narvik sykehus, fordelt på måneden hvor innleggelsen er avsluttet.

Utmnd	Antall	Antall Eldre	Andel Eldre
1	217	114	53%
2	224	113	51%
3	250	125	50%
4	237	122	51%
5	221	125	56%
6	251	132	53%
7	237	120	51%
8	230	121	53%
9	232	128	55%
10	230	119	52%
11	246	126	51%
12	232	121	52%
<b>Sum</b>	<b>2803</b>	<b>1463</b>	<b>52%</b>

**Tabell 7:** Årlig antall akutte innleggelser med varighet over 24 timer ved Narvik sykehus, fordelt på avdelinger.

Tjenesteenhet/Avdeling	Antall	Antall Eldre	Andel Eldre
Medisinsk avdeling - UNN	954	609	64%
Gastrokirurgisk avdeling - UNN	475	220	46%
Kvinne- og fødeavdeling - UNN	410	2	0%
Ortopedisk avdeling - UNN	336	211	63%
Hjertemedisinsk avdeling - UNN	246	175	71%
Nevrologisk avdeling - UNN	206	114	55%
Lungemedisinsk avdeling - UNN	121	97	80%
Urologisk avdeling - UNN	52	35	66%
Plastikkirurgisk avdeling - UNN	2	1	67%
Øre-nese-hals- og kjeveavdeling - UNN	2	2	75%
Hjerte-, lunge- og karkirurgisk avdeling - UNN	1	1	100%
Kreftavdeling - UNN	1	0	0%
Nevrokirurgisk avdeling - UNN	1	0	0%
<b>Sum</b>	<b>2803</b>	<b>1463</b>	<b>52%</b>

**Tabell 8:** Medisinske avdelinger (medisinsk, hjertemedisinsk, lungemedisinsk, nevrologisk)

Årlig antall akutte innleggelser med varighet over 24 timer ved Narvik sykehus, fordelt på pasientgrupper. Gruppene er eksklusive, dvs ingen overlapp.

Utmnd	Innleggelser	Luftveier	Sepsis	Hjerte DRG	Hjerne- slag/TIA	Kreft hdiag	Sum i Grupper
1	121	21%	0.8%	10%	10%	1%	43%
2	111	14%	0.0%	7%	6%	2%	29%
3	127	21%	0.4%	8%	8%	2%	40%
4	127	21%	2.0%	5%	6%	4%	38%
5	130	20%	0.0%	12%	5%	0%	37%
6	142	21%	0.7%	11%	4%	4%	42%
7	124	15%	2.8%	8%	6%	3%	36%
8	135	20%	2.2%	7%	9%	2%	41%
9	123	17%	0.0%	10%	9%	1%	36%
10	116	18%	1.7%	5%	6%	2%	33%
11	140	20%	0.7%	13%	6%	4%	43%
12	132	28%	0.4%	5%	4%	3%	39%
<b>Sum</b>	<b>1 525</b>	<b>20%</b>	<b>1.0%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>2%</b>	<b>38%</b>

Luftveier: ICD10-diagnose som hovedtilstand. J10-J18, J20-J22, eller J44.

Sepsis: DRG 416N.

HjerteDRG: DRG for hjertesvikt (127), hjerteinfarkt (121,122), angina (140) eller bryst smerter (143). DRG for hjerterytmier og ledningsforstyrrelser er ikke inkludert i hjerteDRG.

Hjerneslag og TIA: DRG hjerneslag (14A, 14B) eller TIA (15).

Kreft: ICD10 hoveddiagnose i kapittel C.

**Tabell 9:** Kirurgisk avdeling. Årlig antall akutte innleggelser med varighet over 24 timer ved Narvik sykehus, fordelt på pasientgrupper. Gruppene er eksklusive, dvs ingen overlapp.

Utmnd	Innleggelser	Kirurgisk DRG	Sepsis	Pneumothorax	Kreft	Sum i grupper
1	39	16%	0,0%	1,3%	5%	22%
2	30	27%	0,0%	0,0%	17%	43%
3	42	21%	0,0%	0,0%	6%	27%
4	43	14%	0,0%	2,4%	12%	28%
5	36	17%	0,0%	0,0%	13%	29%
6	39	22%	0,0%	1,3%	8%	31%
7	45	27%	0,0%	1,1%	9%	37%
8	40	13%	0,0%	1,3%	25%	39%
9	41	19%	0,0%	0,0%	11%	30%
10	44	30%	0,0%	0,0%	13%	43%
11	40	10%	0,0%	1,3%	11%	23%
12	39	22%	0,0%	0,0%	13%	35%
<b>Sum</b>	<b>475</b>	<b>20%</b>	<b>0,0%</b>	<b>0,7%</b>	<b>12%</b>	<b>32%</b>

Kirurgisk DRG: Variabel drg\_type-

kirurgi Sepsis: DRG 416N.

Pneumothorax: DRG 94 eller 95.

Kreft: ICD10 hoveddiagnose i kapittel C. Hvis drg-type er kirurgi, da havner oppholdet i gruppen andel kirurgisk DRG.

**Tabell 10:** Ortopedisk avdeling. Årlig antall akutte innleggelser med varighet over 24 timer ved Narvik sykehus, fordelt på pasientgrupper. Gruppene er eksklusive, dvs ingen overlapp.

Utmnd	Innleggelser	Hoftebrudd Kirurgi	Annen Kirurgi	Sum Andel Kirurgi
1	27	21%	19%	40%
2	37	23%	14%	37%
3	34	22%	18%	40%
4	24	17%	17%	33%
5	25	8%	16%	24%
6	27	25%	17%	42%
7	25	14%	16%	31%
8	23	24%	20%	43%
9	28	21%	9%	30%
10	34	29%	9%	38%
11	27	15%	15%	30%
12	28	31%	13%	44%
<b>Sum</b>	<b>336</b>	<b>21%</b>	<b>15%</b>	<b>36%</b>

Hoftebrudd kirurgi: En av ICD10 diagnosene (S720, S721, S722) i kombinasjon med en av følgende prosedyrekoder (NFJ\*, NFB02, NFB12, NFB01, NFB11, NFB20, NFB30, NFB40, NFB99).

Annen kirurgi: drg\_type = kirurgi, unntatt innleggelser som er i gruppen hoftebruddkirurgi.