

Mandat for utredning

< Tiltak for å sikre bærekraft >

Innhold

1. Bakgrunn.....	3
2. Hensikten med utredningen.....	4
2.1. Hvilke behov skal dekkes?	4
2.2. Hvilke endringer skal utredningen skape?.....	4
3. Føringer for utredningen.....	7
3.1. Sammenheng med andre utredninger/prosjekter?.....	7
3.2. Er direkte involvering av andre virksomheter aktuelt?	7
3.3. Politiske føringer og andre rammebetingelser	8
4. Beskrivelse av utredningen	8
4.1. Organisering og ansvar i utredningen	8
4.1.1. Administrerende direktør og utvidet ledermøte RHF	10
4.1.2. Intern referansegruppe	10
4.1.3. Ekstern referansegruppe.....	10
4.1.4. Interne ressurser	10
4.1.5. Koordineringsgruppe RHF.....	10
4.1.6. Arbeidsgrupper.....	11
4.2. Interessenter i utredningen	12
4.3. Resultater fra utredningen.....	12
4.3.1. Leveranse fra arbeidsgrupper.....	12
4.3.2. Leveranse fra den samlede utredningen.....	12
4.4. Ressursbehov og tidsramme for utredningen.....	12

1. BAKGRUNN

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 bedt om å vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at sørge for-ansvar på sikt ivaretas.

Det fremgår av protokollen at oppdraget omhandler vurdering av tiltak som innebærer endringer i funksjons- og oppgavedelingen mellom organisatoriske enheter, på en måte som styrker fagligheten og kvaliteten i pasienttilbudet. Med utgangspunkt i dette oppdraget vedtok styret i Helse Nord RHF i [styresak 11-2023 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord](#) mål og hovedretninger for arbeidet. Helse Nord RHF skal for styret fremlegge forslag til en helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling på en måte som også styrker kvaliteten i pasienttilbudet. I [styresak 29-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning](#) ble framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for videre utredning vedtatt basert på situasjonsbeskrivelsen som ble presentert i [styresak 11-2023](#). Styret ba også om at det ble utarbeidet et mandat for utredningsarbeidet.

[Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023-2038](#) og [styresak 11-2023](#) beskriver nåsituasjonen og det samlede utfordringsbildet i Helse Nord knyttet til utviklingstrekkene for demografi, urbanisering, medisinskfaglig spesialisering, utdanning og økonomi. Konklusjonen er den samme: Den største utfordringen for en bærekraftig og likeverdig helsetjeneste i Helse Nord, er tilgangen på nok kvalifisert arbeidskraft. Tilgangen til kvalifisert personell forventes å være en sterk driver for å samle flere funksjoner, da kompetente medarbeidere er en forutsetning for å levere gode spesialisthelsetjenester framover. Mangelen på helsepersonell er fremtredende også i landets øvrige helseregioner, og blir ikke bedre framover gitt Helsepersonellkommisjonens beskrivelser i [NOU 2023:4 Tid for handling](#) fra februar 2023.

2. HENSIKTEN MED UTREDNINGEN

2.1. Hvilke behov skal dekkes?

Helse Nords oppgave- og funksjonsfordeling er basert på en organisering og struktur som ikke lar seg bemanne. Endret struktur og funksjonsdeling, basert på den faktiske tilgangen på arbeidskraft og de faktiske økonomiske rammer, er derfor nødvendig for å kunne levere likeverdige¹ helsetjenester av god kvalitet til befolkningen framover.

2.2. Hvilke endringer skal utredningen skape?

Styret vedtok gjennom *styresak 11-2023* mål for det videre arbeidet med å vurdere endringer i funksjons- og oppgavedelingen i foretaksgruppen, som:

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

Måloppnåelse i arbeidet skal sikres gjennom følgende hovedretninger i utredningen:

- a. Overgang fra sårbare til mer robuste og fleksible enheter og fagmiljøer i alle deler av virksomheten.
- b. Arbeidsdeling mellom små og store enheter i regionen.

¹ 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.

- c. Omprioritering av ressurser fra døgnskategorier med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling.
- d. Målrettet oppbygging av egen kapasitet og faglig kvalitet for å redusere kjøp av helsetjenester fra private (inklusive Helfo-leverandører) samt pasientstrømmer ut av regionen.
- e. Redusere uønsket variasjon i tjenestene ved å avvikle diagnostikk, behandling og oppfølging uten tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag.
- f. Gjennomføre tiltak for å følge faglig normerende retningslinjer for pasientgrunnlag og dimensjonering av tjenester.
- g. Vurdere forsøk med organisatorisk sammenslåing av primær- og spesialisthelsetjenesten i ett eller flere helseforetak i samhandling med kommunene og etter avklaring med nasjonale myndigheter.

Områder for utredningsarbeidet:

Basert på hovedutfordringen med mangel på tilstrekkelig og nødvendig personell og kompetanse i regionen, er det behov for å utrede funksjon- og oppgavedeling innenfor:

1. Akuttfunksjoner
2. Kapasitet og drift av elektive funksjoner
3. Diagnostiske funksjoner
4. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Dette er store områder som omfatter det meste av tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten. Styret har derfor vedtatt delområder (beskrevet i styresak 29-2023) for utredning med bakgrunn i *styresak 11-2023*. For hvert av områdene må vi utrede, identifisere, og legge til rette for eventuell ny organisering, endring i funksjon- og oppgavedeling og nye arbeidsformer. Dette vil kunne inkludere endringer for hvilke funksjoner som skal tilbys hvor, økning i produktivitet, reduksjon i forbruk av personell, ny

bruk av utstyr, teknologi og infrastruktur samt nye former for samhandling med kommuner og andre samarbeidspartnere.

Styret vedtok å gå videre med utredning av følgende områder for å sikre framtidig bærekraft i regionen:

1. *Akutfunksjoner*
 - A. Akutfunksjoner på sykehus
 - I. Utrede organiseringen av akutfunksjoner
 - B. Fødeenheter
 - I. Utrede organisering av fødselsomsorgen
 - C. Psykisk helsevern – sykehusfunksjoner
 - I. Utrede behovet for styrkning av sykehusfunksjoner
2. *Kapasitet og drift av elektive funksjoner*
 - D. Psykisk helsevern - allmennpsykiatri
 - I. Utrede organiseringen av distriktpsikiatriske senter (DPS)
 - II. Utrede funksjoner og tjenestetilbud i DPS, inkludert variasjon i forbruk
 - III. Utrede styrkning av polikliniske tjenestetilbud
 - E. Planlagt kirurgi
 - I. Utrede etablering av elektive enheter eller sykehus i Helse Nord
 - II. Utrede ytterligere deling av elektive funksjoner
 - F. Rehabiliterings- og habiliteringstjenester
 - I. Utrede endring av tjenestetilbud til egne sykehus med mer spesialisert rehabilitering
 - G. Private tjenester og avtalespesialister
 - I. Utrede oppbygging av egen kapasitet for å kunne redusere kjøp av helsetjenester fra private
3. *Diagnostiske funksjoner*
 - H. Radiologi
 - I. Utrede ytterligere vaksamarbeid i radiologi
 - II. Utrede samorganisering av bildediagnostiske tjenestetilbud
 - III. Utrede standardisering av medisinsk teknisk utstyr og undersøkelsesprotokoller
 - I. Laboratoriemedisin
 - I. Utrede vaksamarbeid i laboratoriemedisin
 - II. Utrede standardisering av medisinsk teknisk utstyr
 - III. Utrede økning i egen analysekapasitet
4. *Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten*

Forutsetninger for det videre arbeidet

Det er en forutsetning at det pågående arbeidet med å utvikle tiltak for å beholde og rekruttere medarbeidere med riktig kompetanse videreføres.

- Helse Nord har et særskilt ansvar for å ivareta utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, og dette må tas hensyn til i det videre arbeidet.
- Endringer i funksjons- og oppgavedelingen vil påvirke behovet for prehospitaltjenester og pasienttransport. Organiseringen av prehospitaltjenester og pasientreiser må derfor ses i sammenheng med og tilpasses endringene som foreslås.

- Tilgangen til IKT-systemer og teknologi. Endringer i funksjoner, oppgaver og struktur vil påvirke oppbygging og struktur både i IKT-systemer og teknologi. Det vil derfor være behov for en fortløpende vurdering av gjensidige avhengigheter gjennom utredningen.
- Når det gjelder beredskap, er det nødvendig å avklare særskilte utfordringer knyttet til sykehusene i Longyearbyen og Kirkenes med nasjonale myndigheter.

3. FØRINGER FOR UTREDNINGEN

3.1. Sammenheng med andre utredninger/prosjekter?

Parallelt med arbeidet for å vurdere endringer i funksjons- og oppgavedeling pågår det et omfattende omstillingsarbeid i Helse Nord, blant annet omtalt i [styresak 164-2022](#) *Nødvendig omstilling i regionen – tiltak som kan sikre bærekraft, oppfølging av styresak 117-2022 og 139-2022*, samt [styresak 49-2023-3](#). Dette omstillingsarbeidet, som hovedsakelig foregår i helseforetakene og er helt nødvendig på kort sikt, omfattes ikke i denne utredningen.

Følgende nasjonale utredninger vil brukes i utredningsarbeidet:

- [NOU 2023: 8 - Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse](#)
- [NOU 2023: 4 – Tid for handling](#)

Utredningen vil foregå i en periode der andre utredninger vil ferdigstilles. Det vil være naturlig å vurdere disse opp mot denne utredningen der det ansees relevant:

- Totalberedskapskommisjonen
- Helseberedskapsmeldingen
- Opptrappingsplan psykisk helse

3.2. Er direkte involvering av andre virksomheter aktuelt?

Helseforetakene og kommunene vil involveres gjennom utredningen. For detaljer henvises det til 4.1 og figur 1 som viser organiseringen av utredningen.

3.3. Politiske føringer og andre rammebetingelser

Følgende ansees som sentrale føringer for utredningen:

- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023²
- Foretaksprotokoller og Oppdragsdokument
- [Regional utviklingsplan for Helse Nord 2023–2038](#)
- [Strategi for Helse Nord RHF 2021–2024](#) og delstrategier

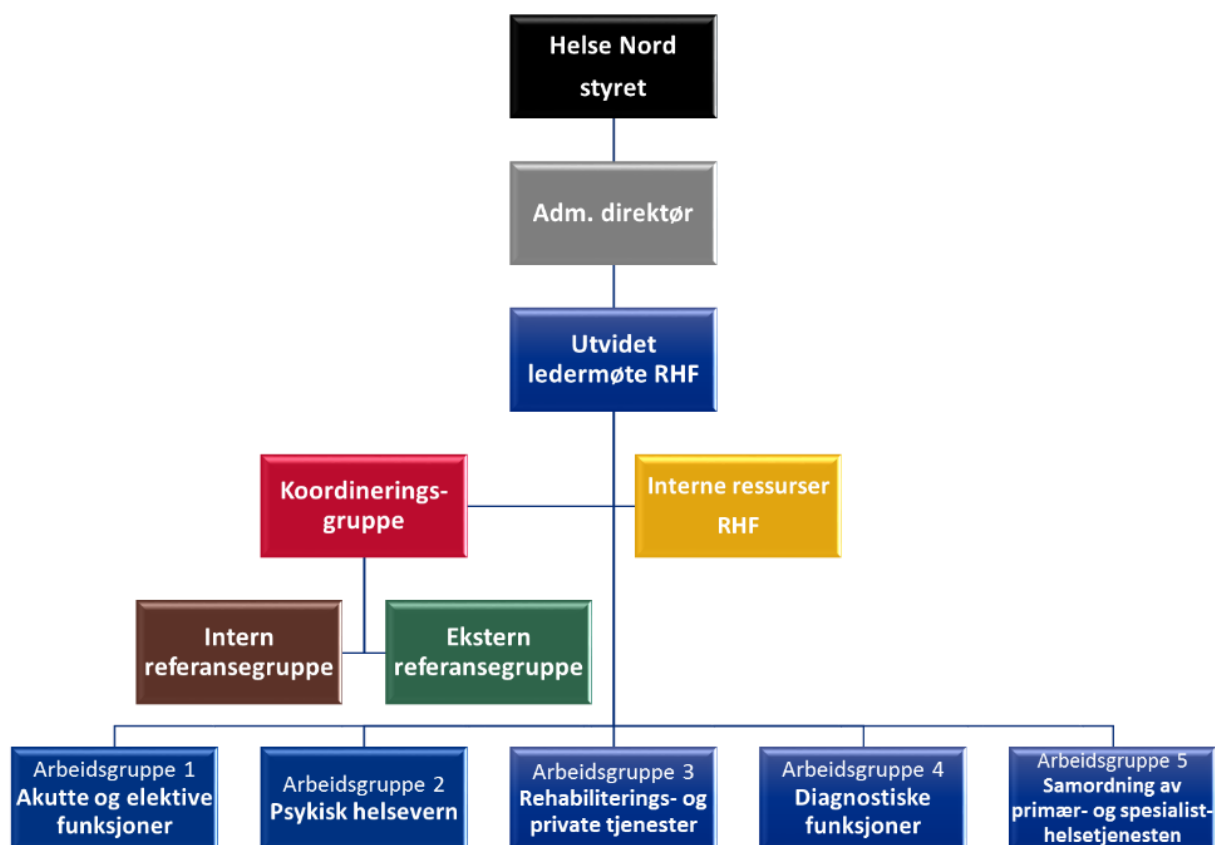
I tillegg vil tidligere utredninger som omhandler organisering og struktur i foretaksgruppen vurderes, og hvor det ansees hensiktsmessig benyttes.

4. BESKRIVELSE AV UTREDNINGEN

4.1. Organisering og ansvar i utredningen

Utredningsarbeidet skal gjøres gjennom Helse Nord RHF's linjeorganisasjon, roller og ansvar. Det hentes inn øvrige relevante deltakere. Organiseringen er beskrevet i figur 1. Tabell 1 viser deltakerne i de ulike organene i figur 1.

² Ny helse- og samhandlingsplan legges frem for Stortinget i desember 2023



Figur 1. Organisering av utredningsarbeidet

Utvidet ledermøtet	Intern referansegruppe	Koordinerings-gruppe	Ekstern referanse-gruppe	Interne ressurser RHF
Ledermøtet i RHF	Adm. dir. RHF	Leder	Kommunalt koordinerings organ	Analyse
2 KTV	Adm. dir. FIN	Ansvarlig avdelingsdirektør		HR
KVO	Adm. dir. UNN	Leder av hver arbeidsgruppe		Kommunikasjon
Leder RBU	Adm. dir. NLSH	Operativ leder innsiktsteamet		IKT
Nestleder RBU	Adm. dir. HSYK	Kommunikasjonsdirektør RHF		Samiske spesialist-helsetjenester
	Adm. dir. HN IKT			Samhandling
	Adm. dir. SANO			Utdanning
				med flere

Tabell 1. Oversikt over deltakere i de ulike organene i utredningen

4.1.1. Administrerende direktør og utvidet ledermøte RHF

Utredningen vil bli ledet av administrerende direktør. Ledermøtet i Helse Nord RHF utvides med deltakere fra tillitsvalgte, vernetjenesten og brukere. Utvidet ledermøte vil være administrerende direktørs rådgivende arena for de overordnede diskusjoner og veivalg underveis i utredningen, samt medvirkning og involvering.

4.1.2. Intern referansegruppe

For å sikre bred involvering fra helseforetakene etableres en intern referansegruppe bestående av de seks administrerende direktørene i foretaksgruppens helseforetak. Intern referansegruppe, sammen med deltakere i arbeidsgruppene fra helseforetakene, må sikre forankring i egen organisasjon, inkludert involvering og medvirkning fra tillitsvalgte, verneombud og brukere i helseforetakene.

4.1.3. Ekstern referansegruppe

Ekstern referansegruppe består av kommunenes etablerte koordineringsorgan.

Koordineringsorganet ledes og driftes av kommunene, slik:

- Kommunene oppnevner representanter til koordineringsorganet
- Avklaringsorgan i det løpende arbeidet
- Ansvar for å peke ut kommunale deltakere til utredningen ved behov

Øvrig involvering av kommunene vil også ivaretas gjennom deltakere i arbeidsgrupper, dialogkonferanser, gjennom [åpen forslagskanal](#) og gjennom en bred høring når vedtatt utkast til helhetlig plan foreligger. I tillegg vil informasjonen om arbeidet formidles gjennom helsefelleskapene og gjennom andre etablerte møtearenaer og konferanser.

4.1.4. Interne ressurser

Intern ressurser består av øvrige ressurser/kompetanse i Helse Nord RHF som det vil være behov for gjennom utredningen (se tabell 1).

4.1.5. Koordineringsgruppe RHF

Utredningen koordineres og følges opp av en koordineringsgruppe i Helse Nord RHF.

Koordineringsgruppen er ansvarlig for:

- framdriften i arbeidet
- ivaretagelsen av forutsetninger og avhengigheter

- intern og ekstern involvering
- saksutredning for utvidet ledermøtet og referansegrupper
- saksutredning/statusoppdateringer for styret i Helse Nord RHF
- en overordnet ROS-analyse (sørge-for-ansvaret)
- utarbeidelse av utkast til en helhetlig plan for endringer i funksjons- og oppgavedeling basert på utredningen i de enkelte arbeidsgruppene

Koordineringsgruppen vil ha tett kontakt og samarbeid med de øvrige aktørene i utredningsarbeidet.

4.1.6. Arbeidsgrupper

Med bakgrunn i *styresak 29-2023* og vedtatte områder for utredning, vil utredningsarbeidet organiseres gjennom fem arbeidsgrupper som har ansvar for ulike delområder (figur 1).

Arbeidsgruppene settes sammen av relevant kompetanse internt fra foretaksgruppen og Helse Nord RHF, samt deltakelse fra kommunene (tabell 2). Utnevnelsen av deltakere fra helseforetakene og kommunene gjøres av hhv. administrerende direktører og kommunalt koordineringsorgan. Arbeidsgruppene arbeider gjennom utredningsperioden fram rapporter i tråd med mandatet.

	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 K Nilsen	Kari Bøckmann
Sekretariat	Siri Solheim	Linn Gros	NN	Siv Skår	NN
RBU	1	1	1	1	1
KTV	1	1	-	1	-
Finnmarkssykehuset HF	1	1	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	2	2	1	1	4
Helse Nord RHF	2-4	2-4	2-4	2-4	2-4

Tabell 2. Ansvarlig avdeling og leder, samt deltakere for hver av arbeidsgruppene.

4.2. Interessenter i utredningen

Helse Nord RHF har som del av det samlede arbeidet med endring og omstilling i regionen, utarbeidet en egen [kommunikasjonsplan](#) for utredningen av funksjons- og oppgavedeling. Planen er basert på en interessentanalyse og beskriver hvordan disse skal ivaretas gjennom involvering og informasjon.

4.3. Resultater fra utredningen

4.3.1. Leveranse fra arbeidsgrupper

Arbeidsgruppene gjennomfører utredningen på sine områder i tråd med saksfremlegg og vedtak styresak 11- og 29/2023, ut fra de hovedretninger og mål som er beskrevet.

Retningslinje 7587 - Funksjonsdeling av spesialisthelsetjenester i Helse Nord innen fagområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB (vedlegg 1) bør benyttes som et rammeverk i arbeidet. Det leveres en rapport som foreslår tre alternativer, inkludert 0-alternativet, til ny funksjons- og oppgavedeling for de respektive utredningsområdene. Rapporten skal gi en begrunnet anbefaling av det beste alternativet. Det skal gjennomføres en ROS-analyse på anbefalte alternativ. Arbeidsgruppe 5 vil kartlegge og eventuelt utrede forslag til samorganisering, som blir foreslått gjennom det øvrige utredningsarbeidet.

4.3.2. Leveranse fra den samlede utredningen

Rapportene fra arbeidsgruppene settes sammen til en samlet sluttrapport som foreslår inntil tre alternativer, inkludert 0-alternativet, til ny funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Rapporten skal gi en begrunnet anbefaling av det alternativet som vurderes å være det beste alternativet med hensyn til måloppnåelse.

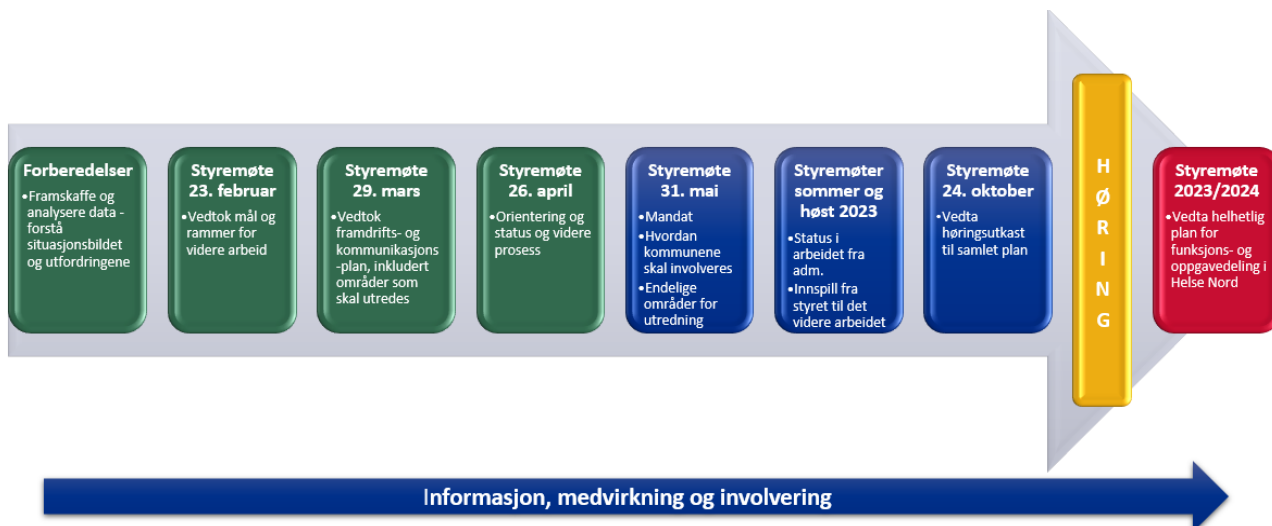
Det skal gjennomføres en overordnet ROS-analyse (sørge-for-ansvaret) før arbeidet slutføres for å avdekke risiko og sårbarhet knyttet til anbefalt alternativ. Deriblant beskrive konsekvenser for og endringer i pasienttilbudet i kommunehelsetjenesten, for pasienttransport, for ambulansetjenesten og utdanningstilbudet. Rapporten utformes etter felles mal.

4.4. Ressursbehov og tidsramme for utredningen

Ressursbehovet i utredningen vil primært bestå av interne ressurser i foretaksgruppen og brukermedvirkere. Deltagelse i arbeidsgruppene vil kreve frigjort tid tilsvarende 20-50%, og

for arbeidsgruppeleder 50-100% stilling. Ressurser til spesialrådgivere i midlertidige engasjement kontinueres til utredningen er slutført. Det vil være nødvendig å omprioritere oppgaver i Helse Nord RHF og i helseforetakene for å få frigjort nødvendig tid og kompetanse til utredningsarbeidet.

Det kan bli behov for eksterne ressurser til særskilt analysearbeid og/eller ROS-analyser.



Figur 3. Fremdriftsplan

Varighet av utredningen er juni 2023- desember 2023 ev. januar 2024.

Fase	Tidspunkt/rom
Møte 1	
Møte 2	
Møte 3	
Dialogkonferanse	
Møte 4	
Høringsutkast	
Styrebehandling Helse Nord RHF	
Høring	
Dialog/høringskonferanse	
Møte 5	
Endelig rapport/helhetlig plan	
Styrebehandling Helse Nord RHF	

Tabell 3. Fremdrift utredningsarbeid

Funksjonsdeling av spesialisthelsetjenester i Helse Nord innen fagområdene somatikk, psykisk helsevern og TSB

- **veileder for saksbehandling i Helse Nord RHF**

Dato: 15.10.2022

Innhold

1. Innledning og bakgrunn.....	3
1.1 Funksjoner i helseforetakene i Helse Nord.....	3
1.2 Grunnleggende prinsipper ved funksjonsdeling.....	3
2. Forhold som skal vurderes ved funksjonsdeling i Helse Nord.....	4
2.1 Nasjonale normative føringer.....	4
2.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer og Helseatlas.....	4
2.3 Pasientgrupper/sykdommens egenart.....	5
2.4 Behandlingstilbudet.....	5
2.5 Utdanning, rekruttering og bemanning.....	6
2.6 Mulighet for teknologiske løsninger.....	6
2.7 Økonomi.....	7
2.8 Klima.....	7
2.9 Bærekraft.....	7
3.0 Anbefalt saksgang.....	7

1. Innledning og bakgrunn

Veilederen beskriver anbefalt saksgang for prosesser ved funksjonsdeling av tjenester i Helse Nord. Funksjonsdeling omhandler sentralisering og desentralisering av diagnostikk, behandling og oppfølging innen et avgrenset område. Veilederen anbefales også benyttet ved etablering av nye tjenester.

Veilederen beskriver hvilke forhold som skal vurderes ved funksjonsdeling for å sikre et godt kunnskapsgrunnlag før beslutninger fattes. Målet er å sikre forutsigbare og åpne prosesser, og dermed skape legitimitet ved vanskelige beslutninger.

Funksjonsdelingsprosesser kan variere fra administrative beslutninger om mindre justeringer av faglig innhold til prosjekter med større kompleksitet som skal styrebehandles. Denne veilederen gjelder for alle typer funksjonsdelingsprosesser.

Veilederen gjelder for alle tjenester innen somatikk og psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), og erstatter *Funksjonsdeling av somatiske spesialisthelsetjenester i Helse Nord (RL7587)*.

Det tilligger det regionale helseforetaket å avgjøre hvor regionale funksjoner skal plasseres¹.

1.1 Funksjoner i helseforetakene i Helse Nord

Helse Nord RHF skal sørge for at hele landsdelens befolkning har tilgang til likeverdige spesialisthelsetjenester. Sykehusene har ulike roller og oppgaver, men kravet til kvalitet skal være det samme. Funksjonsdelingsprosesser skal vurderes opp mot gjeldende strategier og utviklingsplaner.

1.2 Grunnleggende prinsipper ved funksjonsdeling

En likeverdig tilgang til helsetjenester er et grunnleggende prinsipp for den offentlige helsetjenesten².

Å skape et godt, rettferdig og likeverdig fordelt helsetilbud innenfor de ressursene vi har krever tydelige prioriteringer. Prioriteringsmeldingen (Meld.St.34 (2015-2016))³ beskriver tre kriterier som skal legges til grunn for prioritering:

- nyttekriteriet
- ressurskriteriet
- alvorlighetskriteriet

¹ <https://lovdata.no/lov/2001-06-15-93/§2a>

² Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

³ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-34-20152016/id2502758/>

Prioriteringskriteriene skal inngå i grunnlaget for beslutninger om funksjonsdeling.

2. Forhold som skal vurderes ved funksjonsdeling i Helse Nord

2.1 Nasjonale normative føringer

Nasjonale helsefaglige retningslinjer⁴ og veiledere skal ligge til grunn ved beslutning om funksjonsdeling. Alle råd og anbefalinger som Helsedirektoratet gir i normerende produkter, bør etterleves av tjenestene fordi de er utviklet og publisert med et formål som Helsedirektoratet som nasjonal fagmyndighet ønsker å oppnå.

Grad av normering angis av teksten i hver enkelt anbefaling og råd, uansett hvilken produkttype de står i.

- Når Helsedirektoratet bruker ordet «skal», betyr det at anbefalingen/rådet er basert på lov eller forskrift, eller når det er så klart faglig forankret at det sjelden er forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt.
- Når det står «bør» eller «anbefaler» er det en sterk anbefaling/råd som vil gjelde de aller fleste.
- Når det står «kan» eller «foreslår» er det en svak anbefaling/råd der ulike valg kan være riktig for ulike pasienter.

Helsedirektoratet har ikke mandat til å avgjøre fordeling av regionale funksjoner.

2.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer og Helseatlas

Kvalitetsindikatorer og Helseatlas⁵ er statistikk som bidrar til å belyse kvalitet og forbruk av helsetjenester. Relevant statistikk skal inngå i vurderingsgrunnlaget i funksjonsdelingsprosesser.

Kvalitetsindikatorer⁶ deles vanligvis inn i tre typer:

- Strukturindikatorer (rammer og ressurser, kompetanse, tilgjengelig utstyr, registre m.m)
- Prosessindikatorer (aktiviteter i pasientforløpet f. eks. diagnostikk, behandling)
- Resultatindikatorer (overlevelse, helsegevinst, tilfredshet m.m.)

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter#nasjonalfagligretningslinje>

⁵ <https://helseatlas.no/>

⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>

2.3 Pasientgrupper/sykdommens egenart

Særskilte forhold ved pasientgruppen/sykdommens egenart bør beskrives og vurderes. Avveininger av ulike hensyn skal fremkomme i beslutningsgrunnlaget for funksjonsdelinger.

Forekomst

Pasientgruppens størrelse (prevalens) og nye tilfeller årlig (insidens) vil ha betydning ved funksjonsdeling. Sjeldent forekommende sykdommer taler for et sentralisert behandlingstilbud, regionalt eventuelt nasjonalt.

Tidskritiske tilstander

Sykdommer og tilstander som har et akutt preg krever en særskilt vurdering av hastegrad og tilgjengelighet til nødvendig kompetanse. Tidskritiske tilstander setter krav til prehospitale tjenester.

Særegenheter ved landsdelen

Forhold ved landsdelen som kan tale for desentraliserte tilbud og inngå i vurderingen ved funksjonsdeling skal beskrives, for eksempel:

- Hyppig og/eller langvarig behandling med hensyn til reisevei
- Framkommelighet, inkludert værhold
- Mulighet til å følge opp behandlingen med støtte lokalt
- Nærhet til familie

Beredskaps- og smittevernhensyn

Beredskaps- og smittevernhensyn kan tale for desentraliserte tilbud

Punktene over er ikke uttømmende.

2.4 Behandlingstilbudet

Særskilte forhold ved behandlingstilbudet skal beskrives og vurderes. Avveininger av ulike hensyn bør fremkomme i beslutningsgrunnlaget for funksjonsdeling.

Høyspesialisert behandling

Høyspesialiserte undersøkelser, diagnostikk og behandling av sjeldne sykdommer krever helsepersonell med tilstrekkelig erfaring og mulighet for vedlikehold av kompetanse. Dette kan tale for regionale og nasjonale tilbud.

Behandling av sykdommer og tilstander med stor utbredelse

Sykdommer som forekommer hyppig i befolkningen kan tilsi at det er hensiktsmessig å etablere tjenester ved flere behandlingssteder. Oppbygging og vedlikehold av desentrale

tjenester forutsetter gode systemer for kompetanseoverføring, for eksempel via hospitering og ambulering.

Lokaler og medisinsk utstyr

Investeringer i lokaler og medisinsk utstyr bør vurderes opp mot utnyttelsesgrad. Både anskaffelse og vedlikehold bør omtales. Ressurser knyttet til drift, inkludert personell, bør også tas med i vurderingen.

Samspill mellom funksjoner/faggrupper

Hensynet til andre funksjoner i sykehuset må tas med i vurderingen ved funksjonsdeling. Dersom endring av en funksjon/faggruppe medfører at andre deler av tjenesten ikke kan gjennomføres eller opprettholdes på en faglig forsvarlig måte, må dette synliggjøres og konsekvensutredes.

Påvirkning av pasientstrømmer

Flytting av pasienttilbud kan ha betydning for pasientenes behandlingsvalg. Behov for prehospitaltjenester, inklusiv luftambulansetjenesten, og pasientreiser vil også kunne påvirkes. Potensiell pasientlekkasje til andre regioner bør omtales.

Punktene over er ikke uttømmende.

2.5 Utdanning, rekruttering og bemanning

Helseforetakene er ansvarlige for gjennomføringen av spesialist- og videreutdanning i sykehus som leder frem til spesialistgodkjenning. Konsekvens for utdanning, rekruttering og bemanning må derfor vurderes og beskrives når funksjonsfordelte spesialistfunksjoner foreslås endret.

Muligheten for etterutdanning og intern kompetanseheving blant egne ansatte vil også kunne påvirkes når tilbud endres som følge av funksjonsdeling.

Den samlede regionale utdanningskapasiteten må tilpasses gjennom samarbeid. Endring av funksjoner innen regionen kan gi implikasjoner for universitetssykehusfunksjonen til UNN og bør beskrives.

2.6 Mulighet for teknologiske løsninger

Teknologisk utvikling gjør det mulig å samhandle på tvers av organisatoriske og fysiske skiller. Flere funksjoner som tidligere var forbeholdt få og store sykehus kan nå gjøres tilgjengelig også ved mindre sykehus. Digital teknologi benyttes også i beslutningsstøtte.

Ny teknologi som kan kompensere for store avstander og små fagmiljø utvikles kontinuerlig. Eksempler på dette er bruk av kunstig intelligens, robotteknologi og

simulering i utdanning, spesialisering og vedlikehold av kompetanse. Ny diagnostikk og behandlingsløsninger kommer som følge av ny teknologi og skal være en del av vurderingsgrunnlaget ved funksjonsdeling.

2.7 Økonomi

Bærekraftig økonomi er en forutsetning for å videreutvikle spesialisthelsetjenesten i tråd med gjeldende *Regional Utviklingsplan* og gjeldende langsiktig investeringsplan.

Funksjonsdelingsprosesser kan ha tilsiktede eller utilsiktede konsekvenser for helseforetakenes økonomi. Behov for utvidet økonomisk analyse, inkludert bærekraftsanalyse, av ulike alternativ i funksjonsdelingsprosesser skal vurderes.

2.8 Klima

Endringer i funksjonsdeling vurderes i henhold til gjeldende ISO-sertifisering.

2.9 Bærekraft

Framskrivninger av helsetilstanden i befolkningen og prognoser om demografisk utvikling viser særskilte utfordringer for spesialisthelsetjenesten. Bærekraftig drift er avhengig av hensiktsmessig funksjonsdeling og fleksibel oppgavedeling som tilpasses aktivitetsutviklingen, bemanning og kompetansebehov.

3.0 Anbefalt saksgang

I dette avsnittet beskrives anbefalt saksgang ved desentralisering, sentralisering eller innføring av nye tjenester. Omfanget av prosess må vurderes konkret i hver sak. Kompleksitet og konsekvens for tjenestetilbudet, jf. kap. 2 i denne veilederen, skal ligge til grunn for denne vurderingen.

Som hovedregel skal prosess, vurdering og beslutning gå frem av et saknotat/en rapport. I saker hvor det ikke gjennomføres en større prosess må bakgrunnen for beslutningen dokumenteres. Dersom anbefalt saksgang fravikes skal dette begrunnes.

Funksjonsdelingsprosesser initieres av Helse Nord RHF. Helseforetakene kan foreslå at Helse Nord RHF initierer en prosess for utredning av funksjonsdeling. Helsefagavdelingen har ansvar for å forberede saken for ledermøtet. Beskrivelse av plan for arbeidet, inkludert tidsplan, finansiering og forslag til prosess for utarbeidelse av mandat, bør fremkomme i saken.

Avgjørelsen om å starte prosess for å utrede funksjonsdeling skal som hovedregel drøftes i direktørmøtet. Adm. dir. i Helse Nord RHF fatter endelig beslutning. Når utredning av funksjonsdeling er besluttet, skal prosessen gjennomføres i tråd med et mandat. Mandatet skal angi krav til omfang av og innhold i prosessen, samt beslutningslinjen. Ved utarbeidelse av mandat skal følgende elementer vurderes basert på sakens omfang og kompleksitet:

- Arbeidsgruppe og ev. referanse- og styringsgruppe
- Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS)
- Behov for ekstern kompetanse
- Behov for å innhente råd og synspunkter fra eksterne interessenter, som for eksempel berørte kommuner og fylkeskommuner
- Kostnadsanalyse
- Høring og/eller innspillsrunde

Før saken legges frem for styret i Helse Nord RHF for beslutning skal saken ha vært drøftet i samarbeidsmøtet, regionalt brukerutvalg, fagsjefmøtet og i direktørmøtet. Adm. dir. i Helse Nord RHF kan beslutte at det skal utføres en ekstern evaluering før styrebehandling.

Styret i Helse Nord RHF fatter endelig beslutning om funksjonsdeling⁷.

Når funksjonsdeling er besluttet skal nødvendig informasjon om endring offentliggjøres.

⁷ <https://helse-nord.no/Documents/Styret/Instruks%20for%20styret%20i%20Helse%20Nord%20RHF.pdf>