

# Evaluering av sykestuene i Nord-Troms

Nærhet til helsetjenester gjennom samhandling

Dato: 1. juni 2017

## 1. Forord

Vi lever lengre og økningen i antall eldre gi økt behov for sykehustjenester og pleie- og omsorgstjenester frem mot 2030.

Sentraliseringstrenden fører til at andelen eldre i distriktene vil øke framover.

En forutsetning for bærekraft i spesialisthelsetjenesten er også at primærhelsetjenesten lykkes i sitt omstillings- og utviklingsarbeid, jf. Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, og at samhandlingen mellom kommunene og sykehusene videreutvikles.

Forord fra Ekspertgruppen av brukere, pasienter og pårørende til Nasjonal helse- og sykehusplan, sitat:

*«Helsetjenesten er til for pasientene. Å skape pasientens helsetjeneste innebærer at vi må tenke, handle og organisere helsetjenesten annerledes. Det skal være pasientenes helsetjeneste og ikke helsetjenestens pasienter. I pasientens helsetjeneste blir alle sett, hørt og møtt som den man er. Trygghet, forutsigbarhet, respekt og høflighet er bærende elementer.»*

## Innhold

1.	Forord .....	2
2.	Forkortelser .....	4
3.	Sammendrag .....	5
4.	Innledning og bakgrunn .....	7
4.1	Mandat .....	7
4.2	Historisk bakgrunn for sykestuene .....	8
4.3	Hva er en sykestue? .....	8
4.4	Hva er en ØHD-seng? .....	9
5.	Pasient- og brukerperspektivet .....	10
6.	Kompetanse i de fire Nord-Troms-kommunene .....	11
6.1	Rekruttering og stabilisering .....	11
6.2	Samfunnsutvikling og fremtidige behov .....	13
6.3	Helsetjenester til etniske minoriteter .....	15
6.4	Tiltakssonen .....	16
7.	Aktivitetsdata .....	17
7.1	Forbruk av prehospitale tjenester .....	17
7.2	Forbruk av pasienttransport .....	19
7.3	Forbruk av sykehustjenester .....	20
7.4	Forbruk av sykestuer/ ØHD-senger .....	23
8.	Analyse av de ulike alternativene .....	25
8.1	0-alterativet, dagens organisering og finansiering .....	25
8.2	Alternativ 1: Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD .....	26
8.3	Alternativ 2: Sentralisering av sykestuene .....	26
8.4	Alternativ 3: Videreføring av dagens organisering med færre senger .....	27
9.	Prosjektgruppens anbefaling om videre organisering av sykestuene .....	27
10.	Vedlegg .....	28
11.	Referanser .....	33

## 2. Forkortelser

DMS	distriktsmedisinsk senter
HF	helseforetak
KAD	kommunalt akutte døgnplasser
OSO	overordnet samarbeidsorgan (mellom HF og kommuner)
SSB	Statistisk Sentralbyrå
RHF	regionalt helseforetak
UIT	Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
ØHD	øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold

### 3. Sammendrag

Helse Nord RHF har i samarbeid med UNN og kommunene i Nord-Troms (Kvæningen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy) evaluert bruk og drift av sykestuene. Prosjektgruppen har ikke klart å definere et klart skille på pasienten som ligger i sykestuesengen og ØHD-sengen. På denne bakgrunn er det enighet om at det i prinsippet er de samme pasientgruppene.

I 2009 beskrev Samhandlingsreformen Øyeblikkelig Hjelp Døgnopphold (ØHD-senger) som et viktig virkemiddel for å løse fremtidens helseutfordringer. Helsedirektoratet har estimert et behov på ca.1 seng pr. 7000 innbygger for ØHD-tilbudet. Dette utgjør et behov for ca. 2 slike senger i kommunene i Nord-Troms.

Dagens løsning har totalt ni øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD)/sykestuesenger som er fordelt slik:

- Kåfjord: en seng
- Nordreisa: fire senger
- Skjervøy: tre senger
- Kvæningen: en seng

Kommunene har hatt et ønske om å videreføre dagens dimensjonering.

Oppsummert fremkommer følgende funn:

- Den kommunale aktiviteten på ØHD/sykestuenivå i kommunene i Nord-Troms er betydelig høyere enn for landsgjennomsnittet og sammenlignbare kommuner.
- Kommunene har et vesentlig lavere forbruk av ambulansetjenester både sammenlignet med nabokommuner og Nord-Norge generelt.
- Forbruket av pasientreiser er lavere.
- Det totale sykehusforbruket (antall liggedøgn pr. 1000 innbygger) er lavere enn nabokommuner og resten av Troms.
- Gjennomsnittstall for antall akuttinnleggelser er 18 % lavere enn for sammenlignbare nabokommuner og 20 % lavere enn i Nord-Norge.
- Antall utskrivningsklare pasienter er ca. 30 % lavere i disse kommunene enn i sammenlignbare nabokommuner og andre kommuner i UNN sitt opptaksområde.

Medisinske motiver dominerer beslutningen om å henvise til sykehus, mens pleiebehov, lange avstander til sykehus og tilgang på sykestue med medisinsk behandling er tilleggsmotiver som reduserer antall henvisninger til sykehus.

Samhandlingsreformen medførte en overføring av ansvar og oppgaver fra sykehusene til kommunene. Gjennomgangen av innholdet i det kombinerte ØHD/sykestuetilbudet viser at det tilbudet som gis her i all hovedsak er tilbud som faller innenfor det kommunale tilbudet ØHD. Prosjektgruppen har funnet at dette tilbudet er større i disse fire kommunene enn i landet for øvrig og i forhold til sammenlignbare kommuner. Det synes også klart at dette utvidede tilbudet har positiv effekt på bruken av UNN sine ressurser. UNN har sannsynligvis årlige kostnadsbesparelser på mer enn 5 millioner kroner. Dette er imidlertid noe lavere enn de årlige tilskuddene fra UNN i dag.

Prosjektgruppen mener å ha påvist positive effekter av det utvidede ØHD-tilbudet i disse kommunene og anbefaler at det fortsetter, men med færre senger enn i dag. For å avstemme konkret kapasitet i de enkelte kommunene og bruk av dette utvidede tilbudet må samarbeidet og samhandlingen med UNN styrkes og formaliseres.

For å sikre innspill fra brukerne har prosjektgruppen innhentet uttalelse fra eldrerådene i hver av de fire kommunene.

## 4. Innledning og bakgrunn

Evalueringen av sykestuene i Nord-Troms ble besluttet gjennomført etter en rekke møter mellom representanter fra Nord-Troms-kommunene, UNN og Helse Nord RHF.

Representanter fra Helse Nord RHF og UNN v/samhandlingsleder gjennomførte høsten 2016 besøk på alle sykestuene samt et fellesmøte med representasjon fra alle kommuner. Etter dette møtet ble det foreløpige mandatet korrigert med innspill fra kommunene. Prosjektet har innhentet tilgjengelige data fra ulike kilder og forsøkt å kvalitetssikre disse på best mulig måte. Prosjektgruppen er kommet frem til følgende resultat i utredningen:

Kommunene har det medisinskfaglige ansvaret for diagnostikk og behandling av den enkelte sykestue/ØHD pasient<sup>1</sup>.

Forutsetningen for at UNN eventuelt skal delfinansiere drift av sengene, er at tilbudet har en så god kvalitet at pasienter som normalt ville blitt innlagt på UNN, får sitt tilbud lokalt. En slik vurdering baserer seg på en utredning av punktene under. Det er denne delen av tjenesten som ligger til grunn for eventuell finansiering fra UNN.

### 4.1 Mandat

Prosjektet skal utrede fremtidig organisering av sykestuene i Nord-Troms.

Følgende alternativer skal utredes:

1. 0- alternativet, dagens organisering og finansiering.
2. Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD.
3. Sentralisering av sykestuene/ØHD med delfinansiering.
4. Videreføre dagens organisering med delfinansiering av færre senger.

I arbeidet med prosjektet skal en beskrive følgende aspekter knyttet til disse alternativene:

- Historisk bakgrunn for sykestuene.
- Definisjon av begrepene sykestuer/ØHD senger.
- Pasientperspektivet.
- Beskrive dagens kompetanse, herunder rekruttering og stabilisering.
- Samfunnsutvikling og fremtidige behov.
- Beskrive de prehospitale tjenestene som spesialisthelsetjenesten har ansvar for i tilknytning til Nord-Troms-kommunene inkludert en redegjørelse for kjøreavstander.
- Økonomiske/samfunnsøkonomisk perspektiv.

---

<sup>1</sup> Det har ikke vært mulig å skille «sykestueaktivitet» og «ØHD-aktivitet» i de innrapporterte tall. Derfor benyttes «Sykestue/ØHD-pasient» begrep for aktiviteten.

## 4.2 Historisk bakgrunn for sykestuene

Historisk har leger, forskere og ulike rapporter sagt dette om sykestuer:

«Sykestuene er en halvannenlinjetjeneste med fokus på samhandling om pasientene og faglig utvikling, som gir god samfunnsøkonomi. Sykestuene er særskilt opprustet med personell og utstyr. Det gis blant annet livreddende behandling for kritisk syke pasienter som befinner seg langt unna sykehus». (1)

Den mest gyldige definisjonen av en sykestuepasient er: pasient innlagt til diagnostisering, observasjon og behandling, som alternativ til sykehusinnleggelse. (2)

Sykestuedrift er hjemlet i sykehusloven fra 19. juni 1969 (3). Der står det at sykestuene er en institusjon mellom hjem og sykehus der primærlegen kan observere, gi enkle behandlinger, avklare behov for sykehusbehandling og unngå unødige sykehusinnleggelser.

Sykestuer fantes i hele Distrikts-Norge fram til 1970-tallet. I 1972 var det til sammen 64 sykestuer med i alt 1005 senger i 15 av Norges fylker. Etter 1970 har myndighetene prioritert utviklingen av sykehus, og dermed er antall sykestuer redusert. Sykestuene har vært en vesentlig del av den desentraliserte helsetjenesten i Nord-Norge.

I 1988 førte en politisk reform til at ansvaret for sykehjemmene ble overført fra fylkene til kommunene. Etter dette har mange sykestuer blitt nedlagt av økonomiske grunner. Til tross for en gradvis reduksjon av sengeantallet representerer Nord-Troms fremdeles et unntak, hvor kommunene har valgt å opprettholde dette tilbudet til sin lokalbefolkning.

Gjennom flere tiår har driften på alle sykestuene vært et kommunalt øyeblikkelig-hjelp-tilbud, lenge før både samhandlingsreformen og plikten til å etablere et kommunalt akuttdøgntilbud trådte i kraft. Sykestuene har fungert som en mellomting mellom en sengepost på sykehus og en sengepost i et kommunalt sykehjem.

Sykestuene i Nord-Troms har årelange tradisjoner med sykestuedrift helt tilbake til midten av 1900-tallet, der kompetanse og erfaring om drift, kvalitetsutvikling og pasientforløp er godt utviklet.

## 4.3 Hva er en sykestue?

Ifølge sykehusloven fra 19. juni 1969 (3) beskrives sykestuer slik:



«Medisinsk institusjon som gir pasienter opphold for å undersøke om innleggelse i sykehus bør finne sted, eller for enklere behandling som ikke kan foretas i den sykes hjem, men som ikke gjør innleggelse i sykehus nødvendig.»

En sykestue i dag består vanligvis av et akuttrom og en liten sengepost samlokalisert med et sykehjem og/eller et helsesenter.

Hovedgrupper av pasienter som legges inn i sykestuene er:

Kreft, hjerneslag, brudd og luftveissykdommer, synkope (besvimelser), sepsis (blodforgiftning), blodtransfusjoner, cellegiftbehandling, hjertesvikt, akutte magesmerter, forvirring/delir, angst/depresjon/selvmoedsfare, avrusning for alkohol og narkotika, og behandling og pleie i livets slutfase.

#### **4.4 Hva er en ØHD-seng?**

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-5 pålegger kommunene et ansvar for øyeblikkelig hjelp. Kommunens plikt til å yte øyeblikkelig helsehjelp innebærer å vurdere hva slags tilbud pasienten trenger, og sørge for at slikt tilbud blir gitt i kommunen, eller henvise pasienten videre til spesialisthelsetjenesten for nødvendig behandling og oppfølging. Rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunen følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a første ledd.

Følgende hovedgrupper av pasienter inngår i dagens tilbud:

- Stabile pasienter med avklart diagnose.
- Stabile pasienter med uavklart diagnose, som trenger observasjon og utredning, men som ikke oppfattes som alvorlig syk.

ØHD-sengene skulle innføres gradvis over fire år fra 2012. Etablering av sengene var søknadsbasert, og det var krav om at søknaden skulle inkludere signert samarbeidsavtale mellom kommunen og det aktuelle helseforetaket før tilskudd ble utbetalt. Omfanget av tiltaket var definert av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), og skulle, når alle kommunene hadde dette på plass, gi 242 032 liggedøgn pr. år. Det skjedde en ansvarsoverføring fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Pengene ble flyttet fra de regionale helseforetakenes basisbevilgninger og lagt inn i rammen til kommunene.

Totalt var det 1 048 millioner kroner (2012-kroner) som ble tatt fra sykehusbudsjettet og tildelt kommunene etter mal av beregningsgrunnlaget til HOD (4).

Fra og med 1.1.2016 hadde kommunene plikt til å ha tilbudet på plass. Tiltaket er ikke lenger søknadsbasert og pengene kommer direkte i rammeoverføringen til den enkelte kommune.

I veiledningsmateriell for etablering av ØHD-tilbudet (4) heter det blant annet at kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal gis der pasienten kan få et like godt eller bedre tilbud enn ved sykehusinnleggelse. Tilbudet skal på den måten redusere antall sykehusinnleggelser.

Som en følge av finansieringsmodellen har helseforetakene redusert sin kapasitet (antall senger) tilsvarende etableringen av de nye kommunale sengene. Hvis denne endringen skal gi et like godt eller bedre tilbud til befolkningen, er det avgjørende at ØHD-sengene blir benyttet i tråd med intensjonene. Funn, både lokalt og nasjonalt, viser imidlertid at kapasitetsutnyttelsen i ØHD-sengene er lav. Det stilles også spørsmål om det er de riktige pasientene som ligger i disse sengene, eller om ØHD-tilbudet benyttes til pasientgrupper som kommunen allerede har ansvar for, som utskrivningsklare pasienter og sykehjemspasienter.

For kommunene i Nord-Troms og omkringliggende kommuner gav denne beregningen følgende utslag:

*Tabell 1 Helsedirektoratets tilskuddsbeløp i 2015. Antall liggedøgn er stipulert av Helsedirektoratet.*

Kommune	Årlig tilskuddsbeløp til ØHD-seng(er)	Stipulert antall liggedøgn i ØHD-sengen(e)
Kåfjord	Kr 603 994,-	127 liggedøgn/år.
Skjervøy	Kr 708 510,-	149 liggedøgn/år.
Nordreisa	Kr 1 206 886,-	253 liggedøgn/år.
Kvænangen	Kr 366 356,-	77 liggedøgn/år.
Storfjord	Kr 464 272,-	97 liggedøgn/år.
Balsfjord	Kr 1 505 032,-	316 liggedøgn/år.
Lyngen	Kr 843 830,-	177 liggedøgn/år.
Karlsøy	Kr 664 502,-	139 liggedøgn/år.

## 5. Pasient- og brukerperspektivet

For å utøve pasientens helsetjeneste er det viktig å høre hva brukerne sier. Prosjektgruppen har hentet innspill fra ungdoms- og elderråd i kommunene (se vedlegg 1–4) for detaljerte møteprotokoller. Felles for disse er at de mener kommunene må få beholde sykestuene. Dette begrunnes i lange avstander til UNN Tromsø, og at pasientene kan få behandling nært der de bor. Trygghet og nærhet til tilbudet har stor betydning når de har behov for helsetjenester. De kjenner helsepersonellet, og de pårørende har kort vei for å besøke dem ved innleggelser. På denne bakgrunn ønsker de ikke en sentralisering av sykestuene til

Nordreisa. Blant annet er Kvænangsfjellet ofte stengt om vinteren. En sykestue i kommunen bidrar også til rekruttering av helsepersonell. Dette begrunnes i at arbeidsoppgavene blir mer interessante, og de kan arbeide sammen i team som gir trygghet. En god faglig kompetanse lokalt i kommunene bidrar til å redusere antall innleggelser ved UNN Tromsø.

Sykestuene gir en merverdi fordi de skaper trygghet og befolkningen har tillit til at de får gode helsetjenester. Pasientene ønsker å bli lagt inn på sykestuen fremfor å bli fraktet inn til sykehus. I praksis vil det være uinteressant for en pasient om sykestuen er kommune- eller spesialisthelsetjeneste. Det viktigste er at en ser dette som en totalhelsetjeneste hvor pasienten får startet med behandling så snart som mulig. Pasienten er ikke opptatt av organisering, men av resultat og opplevelse.

## **6. Kompetanse i de fire Nord-Troms-kommunene**

For å sikre tilstrekkelig personell i framtiden, må helsetjenesten arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. En egen plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene – Kompetanseløft 2020 – er lagt fram i forslag til Prop. 1 S (2015–2016). I stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten har regjeringen lansert ytterligere tiltak for å styrke kompetansen hos framtidens helsepersonell Meld. St. 26 (2014–2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*).

### **6.1 Rekruttering og stabilisering**

Sykestuefunksjonen har avgjørende betydning for rekrutteringen av helsepersonell til kommunene i Nord-Troms. Til sammenligning hadde Senjakommunene i mange år utfordringer knyttet til rekruttering i lege- og helsetjenesten. Stabiliteten i Nord-Troms skyldes i hovedsak sykestuefunksjonen i den enkelte kommune. Sykestuene representerer en faglig stimulans og utfordring. Samtlige kommuneleger sier at uten sykestuene hadde de ikke søkt seg til Nord-Troms. Historikken og tilliten til sykestuene i Nord-Troms er grunnfestet i befolkningen og blant helsepersonellet, som er stolte av arbeidet som utføres der.

Rekrutteringen til Nord-Troms-kommunene har over mange år medført et stabilt og faglig solid miljø blant helsepersonellet. Dette har i seg selv vært stabiliserende og generert enda mer rekruttering (positiv dominoeffekt). Sykestuene i de enkelte kommuner er hovedårsaken til stabiliteten. Geografisk plassering i utkantstrøk skulle ellers tilsi stort gjennomtrekk av helsepersonell. Fire kommuneoverleger med til sammen 93 års virke i de fire kommunene tyder på trivsel og stabilitet. Om sykestuefunksjonen blir borte i de enkelte kommunene, vurderer flere av legene å flytte til mer sentrale strøk. Mangel på stabilitet på legesiden vil gi dårligere stabilitet blant øvrig helsepersonell (negativ dominoeffekt). En

flytting av alle sykestuesenger til Nordreisa vil kunne gi en negativ effekt i de tre øvrige kommunene. Det faglige miljøet vil forringes, og stabiliteten svekkes. Nærheten til sykestuene blir borte, og tryggheten/tilliten i befolkningen til gode helsetjenester/eldreomsorg kan svekkes.

### Kåfjord

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	Lang fartstid for to av legene i kommunen, en med 34 år.
Sykepleier	12	Videreutdanning: 2 kreft, 2 diabetes, 1 distriktsykepleie og 1 geriatri
Helsefagarbeider	4	Videreutdanning: 2 med aktiv omsorg og 2 med utfordrende atferd

### Nordreisa

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	5 og en turnuslege	Tre av legene er spesialister i allmennmedisin, og den fjerde er snart ferdig. 40 % legeressurs er avsatt til å betjene selve sykestuen blant annet med daglig visitt. To av disse legene har lang fartstid i kommunen den ene 8 år og den andre som nylig er pensjonert har 40 år.
Sykepleier	9 personer fordelt på 7,2 årsverk	Videreutdanning: 1 administrasjon og folkehelse, 2 kreft, 1 diabetes og lindrende behandling, 1 distriktsykepleie, 1 akuttisykepleier og 1 geriatrisk sykepleier
Helsefagarbeider	6, til sammen 3,8 årsverk	Kompetanse: 1 psykiatri, 2 geriatri og 1 barselomsorg.

### Skjervøy

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	En er spesialist i allmennmedisin og en er snart ferdig. Den ene har lang fartstid i kommunen, 26 år.
Sykepleier	12 personer fordelt på 8 stillinger i 100 % inkludert avd. sykepleier, 1 i 80 %, 1 i 70 %, og 100 % sykepleier som leder av sykestuen og sykehjemmet.	2 av sykepleierne har videreutdanning innen kreft, 3 innen psykiatri og 1 innen geriatri.
Helsefagarbeider	10	Av helsefagarbeidere er det 4 med videreutdanning innen kreft, 3 innen eldreomsorg og 3 innen psykiatri/rus.

## Kvæningen

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Lege	3 og en turnuslege	En av legene er spesialist i allmenntmedisin (25 års fartstid i kommunen), en er spesialist i generell indremedisin med sub- spesialitet innen akuttmedisin og kreft.
Sykepleier	9	Videreutdanning: 1 i distrikts sykepleie og 1 innen demens
Helsefagarbeider	4	Videreutdanning: 1 innen demens, 5 med demensomsorgens ABC, og 1 med videreutdanning i akuttmedisin.

## 6.2 Samfunnsutvikling og fremtidige behov

I 2015 og 2016 gjennomførte Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UIT) en studie om kompetansebeholdningen i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms-kommunene. Resultatene ble fremlagt i rapporten «Levende Studie – og levende læringsentra? Varsel om en mulig krise» (5). Kartleggingen var forholdsvis enkel, men den gir et bilde av kompetansebeholdningen i Nord-Troms.

Sett i et rekrutterings- og kompetanseperspektiv gir tallene grunnlag for å identifisere utfordringer som helse- og omsorgssektoren i regionen vil stå overfor i årene som kommer. Å sikre fremtidig kompetent arbeidskraft vil være avgjørende for å kunne levere gode helsetjenester.

*Med en gjennomsnittsalder på 48 år blant de som jobber i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms, så står man overfor en utvikling hvor mange i løpet av få år enten går av med pensjon eller reduserer sin stilling. Nesten 40 prosent av de ansatte er i dag over 50 år. Særlig merkbart blir dette for helsefagarbeiderne som er den største yrkesgruppen. 44.4 prosent av disse er i dag over 50 år. For en kommune som Kåfjord er nesten 30 prosent av helsefagarbeiderne (13 personer) over 60 år. Også for de tre «ufaglærtgruppene» er gjennomsnittsalderen høy. I gruppen spesialsykepleierne er 35 prosent i dag over 50 år, det samme er tilfelle for lederne.*

*KS sin arbeidsgivermonitor for 2014 viser at 53 prosent av samtlige ansatte i kommunene jobber deltid, mens det innenfor helse- og omsorgssektoren er nærmere 70 prosent. Slik sett kommer ikke Nord-Troms spesielt dårlig ut med sine 65.7 prosent i deltidsstillinger. Kvæningen ligger klart under med sine 56 prosent i deltidsstillinger. Det ble gjennom kartleggingen dessuten påvist en negativ sammenheng mellom stillingsandel og videreutdanning, dvs. jo mindre stillingsandel man har, jo større er sannsynligheten for at man ikke har noen form for videreutdanning. Om lag 20 prosent av de som arbeider i helse- og omsorgssektoren i Nord-Troms har lav formell utdanning og/eller en*

*utdanning som ikke direkte er relevant for jobbutøvelsen. Kartleggingen viser at dette er en særlig utfordring for Kåfjord, Kvænangen og Lyngen.*

*Samhandlingsreformen har en forventning om at kommunene skal løse stadig flere oppgaver på lokalt førstelinjenivå, samtidig som at antallet brukere/pasienter i årene fremover vil øke fordi vi lever lengre.*

*Konkret trekkes det frem mer spissede kompetanseområder, som ulike former for kreftbehandling (for eksempel cellegiftbehandling), lungelidelser, rehabilitering og mer spesifikke geriatriske problemstillinger knyttet til aldring og demens. Videre nevnes spesifikke sykdommer som kols og diabetes. Rus og psykiatri trekkes også frem som et problemområde. Slike utfordringer gjør at det må gjøres en vurdering av hvorvidt dagens antall og sammensetning av stillinger er optimale for å løse både dagens og morgendagens utfordringer (6).*

Framskrivninger viser at den yrkesaktive delen av befolkningen frem mot 2040 vil halveres i flere av kommunene. Det blir derfor en stor kamp om den lokale og regionale arbeidskraften. I Kvænangen vil det (basert på folkeframskrivning fra SSB) i 2040 kun være 3,8 yrkesaktive (mellom 20 og 67 år) i arbeid per person over 80 år i kommunen, omtrent en halvering fra dagens nivå. Parallelt vil andelen eldre øke tilsvarende og dette vil gi et økt pleiebehov.

### **Demografisk utvikling**

Alle kommunene i Nord-Troms er små, men har relativt ulike størrelser ut i fra innbyggertall. Nordreisa er den største kommunen med 4 892 innbyggere, Kvænangen minst med 1 235, mens Kåfjord og Skjervøy er relativt jevnstore med hhv 2 178 og 2 911 innbyggere. Kåfjord og spesielt Kvænangen har hatt en betydelig nedgang i folketallet de siste 15 årene. Mens prognosene for Nord-Troms tilsier en befolkningsvekst på 7 prosent frem mot 2040, forventes folketallet i Kvænangen å synke med ytterligere 17 prosent.

### **Befolkningssammensetning og infrastruktur**

I forbindelse med kommunereformen ble det gjennomført en utredning (6) for de fire kommunene Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy som blant annet omfattet befolkningssammensetning og infrastruktur.

I Kvænangen har en betydelig andel av befolkningen samisk eller kvensk opprinnelse. 84 % av de sysselsatte årsverkene i kommunen er innenfor tertiær sektor (2015), som i hovedsak utgjør service- og tjenesteytende næringer. Europaveg 6 går gjennom hele kommunen og utgjør en viktig kommunikasjons- og samferdselslinje i kommunen. I tillegg er Kvænangen knyttet sammen med flere av stedene i og rundt kommunen med hurtigbåtanløp.

I Kåfjord har flertallet av befolkningen i kommunen kystsames opprinnelse, og i 2005 ble norsk og samisk navneform likestilt. Sammen med samisk har også det kvenske språket en viktig forankring i Kåfjord.

75 prosent og 16 prosent av nærings sammensetningen er innen tertiær og primær sektor, og består hovedsakelig av fiske og landbruk. Europaveg 6 går langs hele kommunen og gir god tilknytning til resten av fylket. I tillegg har Kåfjord fergeanløp som går over Lyngenfjorden til Lyngseidet.

I Skjervøy arbeider 65 prosent og 25 prosent av de sysselsatte i kommunen innenfor tertiær og sekundær sektor, hovedsakelig i fiske og fiskeforedlingsindustri. Skjervøy har tunnelforbindelse til Nordreisa, hurtigrute til Tromsø og ferge mellom de største øyene Arnøy og Laukøy. 80 prosent av befolkningen bor på Skjervøy tettsted.

I Nordreisa er befolkningen et resultat av «de tre stammers møte», kvensk, samisk og norsk. 81 prosent av de sysselsatte i kommunen jobber i tertiærnæringen, som i hovedsak består av fiske og landbruk. Av arbeidstakerne som bor i kommunen arbeider de fleste innen kommunens grenser og i offentlig tjenesteyting. Begge tettstedene Nordreisa og Sørkjosen ligger ved Europaveg 6, og det er tunnel ut til Skjervøy. Sørkjosen har også kortbaneflyplass som er viktig for infrastrukturen i regionen.

### **6.3 Helsetjenester til etniske minoriteter**

Nord-Troms har en rik kultur ved at både samisk-, kvensk- og norsktalende innbyggere bor i kommunene. Sykestuene bidrar til at en stor andel av pasientene behandles lokalt, noe som gjør at helsetjenesten har en god forutsetning for å kjenne sine pasienter.

Senter for omsorgsforskning har gjort en kunnskapsoppsummering av helse og omsorgstjenester til den samiske befolkningen. En av tingene som løftes frem er:

«Det er av stor betydning at helse- og omsorgspersonell har kunnskap om sosiale, historiske og kulturelle faktorer som kan ha betydning for møter mellom samer og helse- og omsorgstjenestene.» (7)

Nærhet i tilbud kan bidra til å styrke kunnskapen på de områder som er skissert ovenfor.

Kåfjord kommune tilhører, som eneste kommune i Nord-Troms, forvaltningsområdet for samisk språk, hvor norsk og samisk er likestilt. Dette innebærer at informasjon, annonsering og lokale skjema skal være både på norsk og samisk. Samisk språk skal synliggjøres gjennom skilting på to språk. Dette medfører også at alle innbyggere i kommunen har en lovfestet rett til å bruke, og bli møtt på, samisk for å ivareta sine interesser innenfor helse- og omsorgsområdet.

Kunnskapscenteret.no skriver i rapporten «Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter» (8) at:

«Språkproblemer, ulike referanserammer, manglende kunnskap og forståelse hos helsepersonell om kultur og særegne sykdommer for den etniske gruppa pasienten tilhører, kan gjøre at en helsetjeneste som i utgangspunktet tilbys likt til alle får en dårligere kvalitet i praksis. Ulikheter i kulturell bakgrunn for behandler og pasient kan bety at de har ulik forståelse av sykdom og fortolkning av alvorlighetsgrad.»

I dialog med helsepersonell som arbeider ved de ulike sykestuene i Nord-Troms ble tilbudet til de etniske minoritetsgruppene diskutert. I Kåfjord tilbys samisk språkkurs til helsepersonell som ikke er samisktalende. Det er krevende å vedlikeholde kunnskapen fordi språket praktiseres for lite til at de behersker det fullgodt. Det er særskilt den eldste samiske befolkningen som profiterer på å snakke sitt eget språk når de blir syke. Kåfjord kommune prioriterer da at samisktalende helsepersonell har ansvar for denne pasientgruppen for å sikre best mulig kvalitet i behandling og omsorg.

I Kvæningen er det i perioder med reinflytting ofte behov for helsetjenester til reindriftssamene. Tjenestetilbudet tilpasses i størst mulig grad, slik at de får rask og effektiv hjelp ved behov.

#### **6.4 Tiltakssonen**

Finnmark og de sju nordligste Tromskommunene utgjør det geografiske området for Tiltakssonen. Den ble etablert i 1990 som et svar på de mange krisene, særlig i fiskeri og fiskeindustrien, og for å avhjelpe høy arbeidsledighet og generelt dårlige levekår for befolkningen. Tiltakssonen var også en kompensasjon for klima- og avstandsulempen. (9)

Virkemidlene skulle forbedre *rammebetingelsene* og slik sett bidra til høyere sysselsetting og bedre bostedsattraktivitet. Dagens målsetting er å gjøre Finnmark og Nord-Troms mer attraktivt for bosetting, næringsvirksomhet og arbeid. Virkemidlene skal stimulere til positive og motvirke negative utviklingstrekk i nærings- og arbeidsliv. Dagens virkemidler er: fritak fra arbeidsgiveravgift, redusert personskatt, fritak for elavgift, og ettergivelse av studielån. Altså en miks av næringsrettede og individrettede virkemidler.

Med unntak av de store vekstsentrene (Alta, Hammerfest) og kommunene med nærhet til Tromsø (Lyngen, Storfjord, Karlsøy) kan man med bakgrunn i evalueringen fra Norut si at Nord-Troms-kommunene Kvæningen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord har mer til felles med Finnmark enn til Troms for øvrig når det gjelder demografisk utvikling, utdanning, sysselsetting og næringsliv. Det samme kan sies om avstander og klimatiske utfordringer. Samlet sett utgjør dette viktige faktorer som påvirker risiko og sårbarhet knyttet til liv og helse som er en av årsakene til at man har valgt å ha drift av sykestuer i regionen.



## 7. Aktivitetsdata

Det er vanskelig å måle de direkte økonomiske effektene av det kommunale tilbudet. Det legges opp til en indirekte analyse for å se om aktiviteten i ØHD/sykestue sengene medfører lavere forbruk av spesialisthelsetjeneste i disse kommunene. Vi vil videre se nærmere på forbruk av prehospitale tjenester, pasienttransport og forbruk av sykehustjenester.

### 7.1 Forbruk av prehospitale tjenester

Det benyttes ambulanser i hovedsak når det haster eller medisinske behov tilser det, men det er også tilfeller der ambulanser benyttes selv om pasienten kunne ha vært fraktet med taxi eller andre fremkomstmidler.

I tabellen nedenfor ser vi antall reiser pr 1 000 innbygger sammenlignet med referansekommunene. Det er stor variasjon mellom kommunene, men snittet mellom de to kommunegruppene tyder på et lavere antall fra Nord Troms.

Tabell 2 – Forbruk av ambulansetjeneste totalt, i snitt og pr 1000 innbygger

	Folketall 01.01.2016	Ambulanseturer totalt			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjor	2150	568	521	544,5	253
1941 Skjervøy	2920	515	431	473	162
1942 Nordreisa	4895	770	729	749,5	153
1943 Kvænangen	1231	292	246	269	219
TOTAL	11196	2145	1927	2036	182
1933 Balsfjord	5701	1383	1415	1399	245
1936 Karlsøy	2282	459	472	465,5	204
1938 Lyngen	2861	498	434	466	163
1939 Storfjord - Omasv	1865	409	352	380,5	204
TOTAL	12709	2749	2673	2711	213

Ser vi på bruk av ambulanse til UNN er det betydelig forskjell.

Tabell 3 – Forbruk av ambulansetjeneste til UNN

	Folketall 01.01.2016	Ambulanseturer til sykehus (UNN )			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjord	2150	190	193	191,5	89
1941 Skjervøy	2920	51	34	42,5	15
1942 Nordreisa	4895	129	113	121	25
1943 Kvænangen	1231	1	6	3,5	3
TOTAL	11196	371	346	358,5	32
1933 Balsfjord	5701	783	763	773	136
1936 Karlsøy	2282	189	168	178,5	78
1938 Lyngen	2861	188	171	179,5	63
1939 Storfjord - Omasvuotna - Omasv	1865	188	156	172	92
TOTAL	12709	1348	1258	1303	103

I tabellen ser vi at kommunene i Nord-Troms har 71 færre turer pr 1 000 innbygger sammenlignet med referansekommunene Balsfjord, Karlsøy, Lyngen og Storfjord. Dersom befolkningen i Nord-Troms hadde hatt samme behov for turer pr 1 000 innbygger (103) som referansekommunene, ville forbruket ha vært 1 153 ambulanseturer til UNN. Det vil si at

besparelsen tilsvarer 794 turer. Årsaken til det lavere forbruket kan skyldes bruk av DMS-et og effekt av sykestuene. Når vi korrigerer for innleggelser på DMS-et (81) kan 713 av det reduserte forbruket være et resultat av det kommunale tilbudet ØHD/sykestuer.

Tabell 3 er inklusive omlastninger av pasienter og gir ikke et helt korrekt bilde av fordelingen mellom kommunene. Vi har derfor laget en korrigert oversikt som gir et bedre bilde av hvor kostnadsbesparelsene fremkommer.

*Tabell 4 – Korrigert forbruk av ambulansetjeneste til UNN*

	Folketall 01.01.2016	Snitt	Turer pr 1000 inb
1940 Gáivuotna - Kåfjor	2150	111,5	52
1941 Skjervøy	2920	82,5	28
1942 Nordreisa	4895	151,0	31
1943 Kvæningen	1231	13,5	11
<b>TOTAL</b>	<b>11196</b>	<b>358,5</b>	<b>32</b>
1933 Balsfjord	5701	773,0	136
1936 Karlsøy	2282	178,5	78
1938 Lyngen	2861	179,5	63
1939 Storfjord - Omasv	1865	172,0	92
<b>TOTAL</b>	<b>12709</b>	<b>1303,0</b>	<b>103</b>

Totalt antall oppdrag inkluderer kategoriene leveringssted for UNN Tromsø, legevakt, båt, luftambulanse, andre helseinstitusjoner og omlasting til annen ambulanse. Innenfor kategoriene legevakt og andre helseinstitusjoner vil transporter som går til sykestuene være inkludert.

*Tabell 5 – Kostnader ambulanseoppdrag fordelt på internt i kommunen og til UNN Tromsø*

	Internt i kommunen			Til UNN Tromsø snitt			Kostnader internt		Kostnader til UNN Tromsø		Totale kostnader
	Kostnad aktiv tid	Kostnad passiv tid	Antall turer	Kostnad aktiv tid	Kostnad passiv tid	Antall turer	60 % aktiv, 40 % passiv	Gjennomsnitt pr tur	60 % aktiv, 40 % passiv	Gjennomsnitt pr tur	
Kåfjord	800	1 200	353	4 928	7 328	111,5	338 880	960	656 512	5 888	<b>995 392</b>
Skjervøy	680	1 080	431	6 048	8 848	82,5	361 620	840	591 360	7 168	<b>952 980</b>
Nordreisa	800	1 200	629	6 208	9 008	151	603 360	960	1 106 528	7 328	<b>1 709 888</b>
Kvæningen	760	1 160	266	7 224	10 424	13,5	244 260	920	114 804	8 504	<b>359 064</b>
<b>Totalt</b>			<b>1 678</b>			<b>358,5</b>	<b>1 548 120</b>	<b>923</b>	<b>2 469 204</b>	<b>6 888</b>	<b>4 017 324</b>

I tabell 5 har vi sett på kostnader knyttet til ambulanseoppdrag. Det er satt en pris ved oppdrag internt i kommunen og til UNN Tromsø. Videre er oppdragene fordelt med 60 prosent på aktiv arbeidstid og 40 prosent passiv arbeidstid.

Kostnadene for en lokal tur i området er i gjennomsnitt kr 800 ved aktiv tid og kr 1 200 ved passiv tid. Kostnadene for en tur til Tromsø er i gjennomsnitt kr 4 928 ved aktiv tid og kr 7 328 ved passiv tid.

Dersom vi antar at vi har en besparelse på 713 ambulanseoppdrag til UNN Tromsø med en gjennomsnittspris på kr 6 888, har vi en besparelse på kr 4 910 000.

Legene i kommunene prioriterer strengt hva de velger å rekvirere ambulanse til. Ambulansetjenesten er en ressurs de ønsker å beholde i kommunen så mye som mulig for å opprettholde den akutte beredskapen. Ved transport til UNN Tromsø vil denne ressursen være borte fra de ulike kommunene i 3–10 timer.

## 7.2 Forbruk av pasienttransport

Ved behandling som er planlagt og ikke er øyeblikkelig hjelp, benyttes pasientreiser. I tabellen nedenfor vises turer pr 1 000 innbygger for å sammenligne forbruket med referansekommunene. Antall pasientreiser pr 1 000 innbygger varierer mye mellom kommunene, men gjennomsnittet til kommunegruppene tyder på et lavere antall reiser fra Nord Troms.

Tabell 6 – Antall pasientreiser pr 1 000 innbygger

	Folketall 01.01.2016	Pasientreiser til sykehus			Turer pr 1000 inb
		2014	2015	Snitt	
1940 Gáivuotna - Kåfjord	2150	409	452	430,5	200
1941 Skjervøy	2920	233	256	244,5	84
1942 Nordreisa	4895	370	435	402,5	82
1943 Kvænangen	1231	108	149	128,5	104
<b>TOTAL</b>	<b>11196</b>	<b>1120</b>	<b>1292</b>	<b>1206</b>	<b>108</b>
1933 Balsfjord	5701	1490	1413	1451,5	255
1936 Karlsøy	2282	484	477	480,5	211
1938 Lyngen	2861	464	478	471	165
1939 Storfjord - Omasvuotna - Omas	1865	230	149	189,5	102
<b>TOTAL</b>	<b>12709</b>	<b>2668</b>	<b>2517</b>	<b>2592,5</b>	<b>204</b>

I tabellen ovenfor ser vi at kommunene i Nord-Troms har ett lavere forbruk av pasientreiser til sykehus. Kommunene i Nord-Troms har i snitt ett forbruk på 1 206 turer som tilsvarer 108 turer per 1 000 innbygger, mens referansekommunene har ett forbruk på 2 592 som tilsvarer 204 turer pr 1 000 innbygger.

Ved DMS Nord-Troms hadde befolkningen i Nord-Troms i snitt 1 267 polikliniske konsultasjoner pr år i perioden 2014–2015. Dersom de ikke hadde hatt tilbudet ved DMS-et, måtte de polikliniske konsultasjonene vært gjennomført ved UNN, og antall pasientreiser ville dermed ha økt. Ved pasientreiser er det 1,2 pasienter i snitt pr tur noe som gjør at antall pasientreiser ville ha økt med 1 055 turer. Samlet ville det da ha vært gjennomført 2 261 reiser som tilsvarer 202 reiser per 1 000 innbygger.

Det ser dermed ut til at reduksjonen i pasientreiser i all hovedsak kan sees som er resultat av tilbudet ved DMS Nord-Troms. Vi kan derfor ikke legge til grunn at sykestuetilbudet i Nord-Troms påvirker pasienttransporten.

### 7.3 Forbruk av sykehustjenester

Ved bruk av ØHD- og sykestuesenger kan det være fornuftig å se nærmere på om kommunens bruk av sykehustjenester er lavere enn kommuner uten disse sengene. Tall på forbruk av medisinske akuttinnleggelser i UNN vil derfor være en mulig indikator<sup>2</sup>. Som referanseområde for sammenligning har man valgt kommunene Storfjord, Lyngen, Karlsøy og Balsfjord (St-Ly-Ka-Ba), som er noenlunde lik i demografi, topografi og utstrekning. For å få et riktig bilde på eventuelle forskjeller har man valgt å beregne gjennomsnitt over de syv årene 2010–2016.

Tabell 7 - Medisinske akuttinnleggelser pr 1 000 innbygger

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Kommune								
Balsfjord	79,2	82,9	79,3	91,4	74,7	76,7	80	80,6
Karlsøy	93,8	96,8	95,4	101,1	93,5	98,2	95,3	96,3
Lyngen	105	81,9	92,6	101,3	73,9	66,1	79,7	85,8
Storfjord	100,8	98,5	81,9	87,1	65,9	72,4	87,7	84,9
Gáivuotna								
Kåfjord	87,4	88,2	91	98,6	80,2	75,8	75,3	85,2
Skjervøy	92,2	66,7	67,5	74,6	80,5	83,9	82,7	78,3
Nordreisa	70,8	62,8	60,8	60,8	59,6	55,4	65,6	62,3
Kvænangen	51,8	65,4	79,5	81,8	69,3	61,7	74,3	69,1
Troms Ofoten	88,3	83,1	83,9	86,1	74,6	74,6	74,9	80,8
Nord-Norge	99,5	96,5	96,3	97,1	88,5	86,3	85,2	92,8
Nord-Troms	75,54	70,79	74,71	78,96	72,41	69,2	74,49	73,7
St-Ly-Ka-Ba	94,7	90,02	87,29	95,2	76,98	78,31	85,66	86,9
Redusert antall akuttinnleggelser i Nord-Troms (i %)								
Sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba								-17,8
Sammenlignet med Nord-Norge								-20,5

Tabellen over viser at Nord-Troms har nesten 18prosent lavere antall akuttinnleggelser sammenlignet med referansekommunene. Sammenlignet med Nord-Norge ligger antall akuttinnleggelser i Nord-Troms nesten 20 prosent lavere. Vi ser at disse fire kommunene i snitt ligger lavere enn UNN området samlet og lavere enn sammenlignbare kommuner. Men

<sup>2</sup> Tallmaterialet og informasjon om indikatoren Medisinske akuttinnleggelser er hentet fra Helsedirektoratets nettside som inneholder styringsdata for somatisk sykehusaktivitet. I framstillingen på Samhandlingsbarometeret inngår beregnede rater for kommunene i Troms og Ofoten, gjennomsnitt for disse kommunene, tilsvarende for Helse Nord og for hele landet. Datakilden er Norsk Pasientregister (NPR), og tall er hentet for alle helseforetak, private sykehus og klinikker som rapporterer inn til NPR.

det er forskjeller mellom kommunene som gjør at det grunn til å se nærmere på for å avklare årsaker og sette inn tiltak.

### Liggedøgn

En annen indikator som kan være relevant å se på, er hvorvidt kommuner med sykestuer har et lavere forbruk av sykehussenger samlet sett. Indikatoren<sup>3</sup> viser antall liggedøgn på sykehus pr. 1 000 innbygger/år.

Tabell 8 Antall liggedøgn pr. 1000 innbyggere/år

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Kommune								
Balsfjord	870,6	823,3	885,8	816,9	755,1	794,1	799,6	820,8
Karlsøy	864,2	969,9	939,1	991,4	924	766,4	798,6	893,4
Lyngen	924,8	940,6	759	935,5	820,7	775,3	802,7	851,2
Storfjord	863,3	706,1	679,2	744,5	778,7	654,7	1009,4	776,6
Gáivuotna								
Kåfjord	886,5	881,4	838,3	845,1	883,6	998,6	822,6	879,4
Skjervøy	810,7	828,1	695,4	824,4	824,2	767,8	722,3	781,8
Nordreisa	820,6	755,4	728,2	692,6	782,9	660,1	695	733,5
Kvænen	764,3	741,4	767,1	635,3	754,5	855,4	751,8	752,8
Troms Ofoten	812,3	772,8	734,3	715,7	701,6	699,2	696,4	733,2
Nord-Norge	874,4	857,9	803,5	780,4	766,7	763,3	751,4	799,7
Norge	780,7	762,4	724,5	702,7	684	678,2	657	712,8
Nord-Troms	820,54	801,59	757,25	749,36	811,28	820,47	747,91	786,9
St-Ly-Ka-Ba	880,72	859,97	815,8	872,08	819,61	747,61	852,58	835,5
Akuttinnleggelser i Nord-Troms								
Liggedager i Nord-Troms sammenlignet med Nord-Norge								-12,7
Liggedager i Nord-Troms sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba								-48,6

<sup>3</sup> Antall pasienter vil i dataene her være det antall pasienter med en innleggelse og/eller en poliklinisk konsultasjon som inngår i den aktuelle kategorien. Dette betyr at en pasient (les person) vil telles som to eller flere pasienter dersom denne personen har hatt to eller flere opphold i ulike kategorier. En person som i samme tertial har hatt to opphold, ett for behandling av kreftsykdom og ett for behandling av en lungebetennelse, vil i statistikken her telles som 1 kreftpasient og 1 pasient med lungebetennelse. Tilsvarende dersom en person har ett opphold i 1. tertial og ett opphold i 2. tertial, dersom man summerer antall pasienter i de to tertialene vil denne personen telles som 2 pasienter. Antall pasienter kan derfor kun brukes opp mot den kategorien de er opptelt for, og kan ikke uten videre summeres for flere kategorier (tertialet, pasientgrupper, osv.). Innleggelser - Hovedregelen er at innleggelser omfatter episoder (sykehusopphold) som er registrert ved sykehusavdelinger (i det pasient-administrative systemet for innlagte pasienter). Innleggelser omfatter her både akutt- og planlagte innleggelser.

Tabellen viser signifikant lavere gjennomsnittlig antall liggedøgn både sammenlignet med Nord-Norge og St-Ly-Ka-Ba. Med en døgnkostnad pr. sykehusedøgn i UNN på kr. 10 600 vil dette innebære at sykestuene i Nord-Troms utgjør en besparelse på kr. 514 736 pr. 1000 innbyggere sammenlignet med referansekommunene.

### Utskrivningsklare pasienter

Har sykestuene betydning for antallet utskrivningsklare pasienter i UNN? Definisjonen på denne indikatoren er<sup>4</sup>:

Tabell 9. Antall utskrivningsklare liggedøgn - somatikk pr. 1 000 innbygger / år

Periode	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Gjennomsnitt
Troms							
Ofoten	39,97	22,4	24,34	36,85	33,31	46,66	33,92
Balsfjord	38,35	6,65	1,07	8,57	5,26	11,23	11,86
Karlsøy	57,32	32,37	40,7	31,89	20,16	24,54	34,50
Lyngen	23,12	4,31	14,37	51,68	18,87	16,78	21,52
Storfjord		1,03	9,27	10,54	9,65	20,73	10,24
St-Ly-Ka-Ba	29,70	11,09	16,35	25,67	13,49	18,32	19,10
Kåfjord	24,89	0,91	17,56	11,46	9,77	10,54	12,52
Skjervøy	2,78	0,69	8,33	4,49	5,48	2,28	4,01
Nordreisa	14,15	3,3	4,53	32,98	29,01	6,26	15,04
Kvænangen				8,97		3,25	6,11
Nordtroms	10,5	1,2	7,6	14,5	11,1	5,6	8,4
<b>Reduksjon liggedøgn utskrivningsklare pasienter (pr. 1000 innbygger i %)</b>							
Sammenlignet med St-Ly-Ka-Ba							-56,0
Sammenlignet med Troms-Ofoten							-91,60

Tabellen viser at kommunene i Nord-Troms i gjennomsnitt har over 50 prosent lavere antall liggedøgn pr. 1000 innbyggere sammenlignet med referansekommunene, og ligger mer enn 90 prosent lavere enn kommunene i Troms og Ofoten. Det kan se ut til at kommunene i Nord-Troms har ca. 50 færre liggedøgn enn referansekommunene.

Ifølge UNN koster det kr 10 600 å ha en pasient liggende ett døgn. UNN fakturerer kommunene kr 4 622 pr døgn. Det betyr at UNN har en netto kostnad på kr 5 700 pr døgn. Samlet ser det ut til at det lave antallet utskrivningsklare pasienter, sparer primærkommunene for ca.kr 230 000 pr år og UNN ca. kr 300 000 pr år.

<sup>4</sup> Statistikken viser antall liggedøgn for pasienter som har vært utskrivningsklare og som har ventet på et kommunalt tjenestetilbud. Pasienten regnes som utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Vurderingen skal være basert på en individuell helsefaglig vurdering.

Tabell 10.– Antall reinnleggelser pr 1 000 innbygger pr år

Periode	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Snitt
Kommune								
Troms								
Ofoten	15,9	14,7	15,5	16,1	16	12,9	13,7	2,1
Nord-Norge	16,8	16,7	17,3	17,8	18	14,5	14,8	2,4
Norge	16,3	16,1	16,7	16,5	16,7	14,1	13,9	2,3
Nord-Troms	10,1	10,2	12,8	11,7	11,2	9	13,6	1,5
St-Ly-Ka-Ba	14,2	15	14,1	15,9	15,8	11,4	14,8	2,1
Reinnleggelser Nord-Troms (pr. 1000 innbyggere, innen 30 dager)								
Sammenlignet med Nord-Norge								-32
Sammenlignet med St-Ly-Ka-BA								-32

Tabellen viser at det gjennomsnittlige antall reinnleggelser for Nord-Troms ligger ca. 30 prosent lavere enn referansekommunene og Nord-Norge.

#### 7.4 Forbruk av sykestuer/ ØHD-senger

Det foreligger ikke data eller beskrivelser av innhold i og aktivitet i sykestuesenger versus ØHD-senger som kan dokumentere at aktivitetene i de to tilbudene er forskjellige. Praksisen i kommunene er at disse tilbudene drives som en felles enhet med felles bemanning og aktivitet. Samhandlingsreformen la premisser for en aktivitet i kommunene (ØHD-senger) basert på størrelsen i befolkningen.

Tabell 11. Forbruk ØHD senger pr 1000 innbygger

	Nordreisa	Skjervøy	Kåfjord	Kvænanen	TOTAL
Liggedøgn KAD senger forutsetning	253	149	127	77	606
Liggedøgn ut over forutsetning	986	1914	16	154	3070
					3676
Antall innbyggere	4895	2920	2150	1231	11196
Forbruk pr 1000 innbygger	253	707	67	188	328

Det er rapportert en aktivitet i KAD/sykestuesengene som er 3070 døgn ut over forutsetningene i samhandlingsreformen. Det ser ut til at spesielt Skjervøy har rapportert aktivitet på en annen måte enn de øvrige kommunene. Det er en svakhet ved rapporten at registreringspraksis har vært noe forskjellig.

Tabell 12. Aktivitet, kapasitet og forutsetninger

Aktivitet, kapasitet og forutsetninger	Nordreisa	Skjervøy	Kåfjord	Kvæningen	Totalt
	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	Sykestue/ØH D-senger	
Antall senger	4	3	1	1	9
Antall døgnopphold	1 239	2 063	296	231	3 829
ØHD-senger forutsetning	253	149	127	77	606
Liggedøgn ut over forutsetning	986	1 914	169	154	3 223
Rapporterte ØHD døgn	227	516	90	75	908
Aktivitet ut over ØHD i 2015	1 012	1 547	206	156	2 921

Vi har mottatt data på antall liggedøgn fra Helsedirektoratet for perioden september 2014– august 2015. Tallene viser at antall liggedøgn ligger langt over forutsetningene for alle kommunene.

Tabell 13. Estimerte liggedøgn, kapasitet og beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter kommune perioden september 2014 – august 2015 (Kilde: Helsedirektoratet)

Kommunenr	Kommune	Liggedøgn	Antall innleggelseser	Antall plasse	Kapasitet	Beleggsprosent
1940	Kåfjord	188	90	0,37	135,05	139 %
1941	Skjervøy	815	516	0,44	160,6	507 %
1942	Nordreisa	654	207	0,75	273,75	239 %
1943	Kvæningen	184	59	0,23	83,95	219 %

Tabell 14. Estimerte liggedøgn, kapasitet og beleggsprosent i kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp etter region perioden september 2014 – august 2015 (Kilde: Helsedirektoratet)

	Estimerte liggdøgn		Estimert kapasitet		Estimert beleggsprosent	
	Totalt	Komm.med minst 1 års drift	Totalt	Komm.med minst 1 års drift	Totalt	Komm.med minst 1 års drift
Sør-Øst	35 341	33 445	102 628	95 378	34	35
Vest	9 117	8 481	26 057	23 298	35	36
Midt-Norge	7 784	7 433	24 874	23 214	31	32
Nord	8 226	7 996	18 031	17 155	46	47
Totalt	60 468	57 354	171 589	159 045	35	36

Vi ser at beleggsprosenten er svært høy i alle kommunene i Nord-Troms.



## 8. Analyse av de ulike alternativene

Analysene avgrenses til å gjelde konsekvenser for:

- Universitetssykehuset Nord-Norge
- Kommunene:
  - Nordreisa
  - Skjervøy
  - Kåfjord
  - Kvæningen
- Pasientene
- Pårørende og ledsagere

De analysene som er gjennomført viser at tilbudet i sykestuekommunene høyst sannsynlig medfører lavere forbruk av sykehustjenester. Korrigert for effekten av DMS-et kan det argumenteres for at sykestuetilbudet medfører reduserte ambulanssekostnader på 4,9 mill kroner og færre utskrivningsklare pasienter 0,3 mill. I tillegg kommer effekten av færre reinnleggelser og færre liggedøgn.

Det er forskjeller mellom kommunene når det gjelder effekt i form av redusert bruk av UNN sine ressurser.

Det utvidede tilbudet i kommunene har positiv effekt på bruk av UNN sine ressurser. For å sikre god effekt på ressursbruk og pasienttilbud bør samarbeidet mellom UNN og kommunene utvikles.

### 8.1 0-alterativet, dagens organisering og finansiering

Fordelene for UNN er lavere andel utskrivningsklare pasienter (50 prosent), lavere andel reinnleggelser (30 prosent lavere), færre antall akuttinnleggelser (18 prosent lavere) og lavere transportkostnader (4,9 mill).

Fordelene for kommunene med sykestuer i hver enkelt kommune er nærhet til gode helsetjenester, rekruttering/stabilisering av helsepersonell inklusiv lege-/sykepleietjenester og god beredskap.

Fordelene for pasienter og pårørende er trygghet, tillit og nærhet til gode helsetjenester og unngåelse av lange transporter på opptil 640 km t/r. Eldrerådene i kommunene støtter dagens ordning.

## **8.2 Alternativ 1: Ingen særskilt finansiering av sykestuene/ØHD.**

Økonomisk vil UNN spare 7,3 millioner kroner i tilskudd til kommunene, men må regne med økte kostnader til transport og utskrivningsklare pasienter på over 5 millioner kroner.

Alternativet om ingen særskilt finansiering av sykestue/ØHD vil gjøre at hele finansieringen vil falle på kommunene om tilbudet skal opprettholdes slik det er i dag. Hvis man ser på kommunenes økonomiske situasjon vil dette ikke være realistisk. Kommunene vil da sannsynligvis legge seg på hva som er krav på ifølge forskrift om drift av ØHD. Dette vil da bety en betydelig reduksjon i tilbudet. Dette vil igjen si slutten på en lang tradisjon i Nord-Troms om drift av sykestue.

Dersom tilbudet på sykestuesengene blir avvirket vil dette ha en negativ effekt for driften av DMS-et i Nordreisa.

## **8.3 Alternativ 2: Sentralisering av sykestuene.**

De enkle analysene som er gjort, viser at et utvidet kommunalt tilbud i kommunene har positive effekter for pasientbehandling og forvaltning av pasientenes penger ved at tilbudet også har noen positive effekter på UNN sine kostnader.

Overordnet samarbeidsorgan ved UNN (OSO) og UNN har framsatt et ønske om å styrke DMS Nord-Troms ved Sonjatun i Nordreisa. En mulig styrkning kan skje ved å sentralisere sykestue/ØHD sengene i regionen til Sonjatun med henvisning til mer robust fagmiljø og rekruttering av helsepersonell dit. Det er viktig å påpeke at DMS Nord-Troms faglig sett er adskilt fra sykestuevirksomheten i Nordreisa kommune.

Situasjonen i Nord-Troms har gått seg til gjennom mange tiår, hvor sykestuene har representert stabilisering og rekruttering av helsepersonell i hver enkelt kommune i lang tid. En sentralisering til Sonjatun vil destabilisere helsetjenesten i de øvrige Nord-Troms kommunene og gjøre situasjonen utrygg for befolkningen som sokner naturlig til disse kommunene. Samtlige leger i Nord-Troms er sterkt imot en slik sentralisering.

Samtlige leger i Nord-Troms er enige om at et desentralisert sykestuetilbud i regionen er det klart beste alternativet. UNN finansierer delvis 9 sykestuesenger i Nord-Troms. Av tabell 9 framgår det at rapporterte ØHD døgn og aktivitet utover ØHD i 2015 var på ca. 3 600 liggedøgn, som gir et belegg i disse 9 sengene på noe over 100 prosent i gjennomsnitt. Etter folketallet skal Nord-Troms ha knapt 2 ØHD-senger. Beleggsprosenten i landet for øvrig i ØHD seng ligger på ca. 30 prosent. Nord-Troms ville i så fall ha hatt 220 liggedøgn i sykestue/ØHD seng. Vi har i virkeligheten 3 600 liggedøgn, omlag 16 ganger så mye. Noe av årsaken kan forklares med at ØHD er noe nytt i landets kommuner for øvrig, mens det i Nord-Troms er en tradisjon i over 50 år. De aller fleste av disse pasientene måtte ellers har

blitt innlagt på UNN. Legene i Nord-Troms behandler altså langt flere typer og antall pasienter enn hva ØHD er stipulert til.

#### **8.4 Alternativ 3: Videreføring av dagens organisering med færre senger**

En videreføring av dagens organisering med ØHD/sykestuesenger i alle fire kommune vil:

- Oppfylle kommunenes ønske om en desentralisert ordning
- Bidra til å opprettholde et større fagmiljø i kommunehelsetjenesten i de fire kommunene og sannsynligvis styrke rekruttering av helsepersonell.
- Sikre helsetjenester til befolkningen som kompenserer for lange avstander til sykehus og klimatiske utfordringer (stengte veier etc.)
- Realisere en stor del av de økonomiske gevinstene som er beskrevet.
- Redusere kostnadene for UNN.

### **9. Prosjektgruppens anbefaling om videre organisering av sykestuene**

Prosjektgruppen anbefaler alternativ 3, hvor et desentralisert tilbud med ØHD/sykestueseng i hver kommune videreføres - men med et redusert antall UNN-finansierte senger.

Dette alternativet mener prosjektgruppen vil ivareta den desentraliserte pasientbehandlingen i kommunene. Samtidig antar prosjektgruppen at dette vil bidra til å ivareta rekrutteringsgevinsten ØHD/sykestuesengene har hatt. En slik videreføring forutsetter at de reduserte reisekostnadene UNN har grunnet aktiviteten i disse sengene fortsetter. Dette fordrer et tett samarbeid mellom UNN og kommunene om innhold i sengene samt dimensjonering og bruk av tilbudet i kommunene.

Prosjektgruppen antar at en videreføring av ØHD-senger i hver av kommunene er tilstrekkelig til å videreføre gevinstene, og at kommunene fordeler merfinansieringen av ØHD/sykestuesengene på bakgrunn av folketall.

Prosjektgruppen mener pasient og brukerperspektivet i rapporten er godt ivaretatt, bl.a. gjennom vedlagte innspill fra eldreråd og ungdomsråd.

## 10. Vedlegg

### Vedlegg 1:

Innspill fra Eldrerådet i Kvæningen, Sykestuefunksjonen 2015/196

Saksprotokoll fra Eldrerådet i Kvæningen, 04.10.2016.

Behandling: Forslag fra eldrerådet:

Vi har kommet fram til følgende gode grunner til at kommunen må få beholde sykestuefunksjonen.

1. Vi har en stor andel eldre i kommunen som ofte må få behandling på sykestua i.v. behandling av antibiotika, diabeteskontroller, cytostatika- behandling i.v., blodoverføring, ekg, osv. osv.
2. Lange avstander både mot nord og sør for å komme til sykehus, - og verst mot sør pga Kvæningsfjellet som ofte er stengt om vinteren. Spesielt vanskelig for pasienter fra Ytre Kvæningen som er avhengig av båt.
3. For rekruttering av helsepersonell, både leger og sykepleiere. Det blir mer interessant å jobbe og gir god praksis for turnusleger.
4. Avlaster UNN med «ferdigbehandla» pasienter.
5. Eldrerådet er sterkt imot at sykestuefunksjonen flyttes til Nordreisa. Mener at det blir for lange avstander og for problematisk for pårørende å besøke de syke. Sykestue i heimkommunen vil også føre til behandling totalt sett. (Trygghet, nærhet og helsepersonellet kjenner pasientene bedre og det blir bedre kommunikasjon.)

Forslaget fra eldrerådet ble enstemmig vedtatt.

## Vedlegg 2:

Innspill fra Eldrerådet i Nordreisa

Nordreisa Eldreråd er i slutfasen av denne prosessen bedt om å komme med innspill i forhold til hvordan de eldre som brukergruppe vurderer disse tjenestene.

På grunn av kort frist, har Eldrerådet ikke hatt mulighet til å gå grundig inn i denne problemstillingen, men velger å komme med noen generelle betraktninger vedrørende denne problemstillingen.

Nordreisa Eldreråd har ingen forutsetning til å vurdere det kvalitative innhold i tjenesten på sykestuene i Nordreisa, men har det absolutte inntrykk av at kvaliteten er betryggende. Når det gjelder det kvantitative så er vi av den oppfatning av at det her er ulike utfordringer avhengig av hvilke tjenester vi snakker om. På generelt grunnlag mener vi at tjenesten i de fleste tilfeller tilfredsstillende innbyggernes krav og forventninger til dette. Selvsagt så vil det alltid være rom for forbedringer, her som i all annen tjenesteyting. Her mener vi at denne forbedringen kanskje kan skje ved å se på både organisering og arbeidsrutiner.

Sykestuene er en trygghet for lokalsamfunnet, så hvorfor gjøre endringer i noe som fungerer? La oss beholde sykestuene, og arbeide aktivt for at disse fortsatt skal gi oss den tryggheten også i framtiden.

Når det spesifikt angår finansiering av tjenesten, så er det, etter vår oppfatning, uinteressant for brukerne av tjenesten hvem som betaler og hvordan det foregår. Det viktigste er at tjenesten er tilgjengelig når pasienten har behov for den.

Det er med en viss undring vi ser at det er budsjettet som skal legge føringer for hvilket volum og hvilken kvalitet skal ha, og ikke behov. Ut fra denne tenkningen, vil det aldri være mulig å oppnå balanse i driften. Dersom den framtidige blir uforutsigbart, og kortsiktig, vil dette være med på å redusere tilliten til mulighet til en kvalitativt høy tjenesteyting både blant befolkningen og blant fagpersonellet.

Storslett 31. oktober 2016.

Med vennlig hilsen

Knut M. Pedersen

Leder i Nordreisa Eldreråd

### **Vedlegg 3:**

Notat, Referanse 2015/1603-58

Uttalelse fra Kåfjord eldreråd: Evaluering av sykestuene i Nord-Troms

Leder i eldrerådet Reidar Breivik har fått henvendelse om å lage uttalelse om evaluering av sykestuene i Nord-Troms. Medlemmene i rådet er informert om uttalelsen.

Uttalelse: Med en økende eldre befolkning er behovet for behandling på den lokale sykestua det beste, både helsemessig og økonomisk. Dagens ordning med finansiering og organisering

–

6.1 – alternativet anbefales. Dette har vært en praksis i Kåfjord helt fra omkring 1950 – fra man fikk fast ordning med «sentralsykehuset.» Syke i stor grad ble ivaretatt lokalt, både før sykehus innleggelse og etter utskrivning fra behandling.

Sykehussengene har medvirket til større stabilitet og faglig utvikling blant leger, turnuser og annet helsepersonell.

Kåfjord kommune får nå nytt helse- og omsorgssenter, der alle tjenester får plass med sine funksjoner i bygget. Her blir det videreutviklet møteplasser – «ett NAV» for hele befolkningens behov hvor også samisk/kvensk kultur blir ivaretatt.

Kåfjord eldreråd har ellers sammenfallende synspunkter med eldrerådet i Kvæningen. Vi ønsker å beholde sykehussengene i vår kommune. Sentralisering til en av kommunene i Nord-Troms anbefales ikke! Nærhet til pasientene i sitt nærmiljø er beste ordning.

Kopi: Refereres i Kåfjord eldreråd

Med hilsen

For Kåfjord eldreråd

Ina Engvoll  
Sekretær

## Vedlegg 4:

### Innspill fra brukerne av sykestua i Skjervøy

Skjervøy Pensjonistforening v/ Jan Larsen  
Skjervøy Røde kors v/ Ronny Laberg  
Skjervøy Demensforening v/ Birgit Paulsen  
Mental Helse, Skjervøy v/ Anita Larsen

Skjervøy 28.10.16

Skjervøy sykestue v/ Åshild Hansen

#### Uttalelse fra brukerne av sykestua i Skjervøy kommune: Betydningen av sykestuer på Skjervøy

Tilstede: Jan ~~Larsen~~ Ronny Laberg, Birgit Paulsen, Anita Larsen  
Sekretær: Leder for helsekomiteen i Skjervøy Ingrid Lønhaug

Skjervøy kommune har hatt sykestue i over hundre år og har derfor lang tradisjon og mye kunnskap og erfaring med å drive sykestue. Det er utenkelig for befolkningen at sykestuene skal legges ned. Å ha en lokal sykestue gir trygghet for at en får tidlig hjelp hvis en blir syk og at en kan være i nærheten av familien ved lange sykeleier. En kan også bedre få til et tilbud for de som ønsker å være i lag med familie ved livets slutt.

I uværsperioder kan veier være stengt og kommunikasjon med omverdenen være svært dårlig. I tillegg er det avstandene som virker skremmende. En bruker lang tid på å komme seg fram til behandling. Helikoptre kan ikke lande og en er helt avhengig av den lokale sykestua. Den lokale beredskapen gir da trygghet for at en får hjelp ved sykdom.

Vi har erfaring for at det er lettere å få leger og sykepleiere hit ved at vi har sykestue her. Fagfolkene liker å få den allsidige praksisen det gir å jobbe både på sykestue og sykehjem. Rekruttering av fagkompetanse blir lettere.

Vi mener også at det samfunnsøkonomisk lønner seg å ha sykestueplasser lokalt. Vi sparer UNN for innleggelse og kan lettere ta imot de som skal ut fra sykehuset. Vi ser at andre kommuner ikke greier å ta imot sine pasienter så lett.

Sykestuedrift i vår kommune er godt innarbeidet, folk er vant til å få denne tjenesten og profesjonell hjelp og pleie gis i trygge og vante omgivelser.

En utfordring videre blir et stadig økende antall eldre i kommunen som kan gi et økt behov for sykestue.

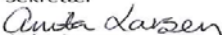
Brukerorganisasjonene er ikke i tvil om at sykestua har veldig stor betydning for trygghet, kvalitet og beredskap i forbindelse med sykdom i Skjervøy kommune.

For brukerorganisasjonene/eldrerådet

Leder av helsekomiteen

  
Ingrid Lønhaug

Sekretær

  
Anita Larsen  
Mental Helse

  
Birgit Paulsen  
Skjervøy Demensforening

  
Jan Larsen  
Pensjonistforeninga

  
May Britt Klevstad  
Eldrerådet

  
Ronny Laberg  
Røde Kors

  
Arnfinn Hansen  
LHL

## Vedlegg 5



SKJERVØY UNGDOMSRÅD

Skjervøy 23.11.16

Skjervøy sykestue v/ Åshild Hansen

Uttalelse fra Skjervøy Ungdomsråd vedrørende betydningen av sykestuedrift i tilknytning til Skjervøy helsesenter.

Skjervøy kommune har mye kunnskap og erfaring med å drive sykestue. Å ha en lokal sykestue gir trygghet for at befolkningen får tidlig hjelp når man blir syk og at man kan være i nærheten av familien ved langvarig sykdom.

I uværsperioder kan veier være stengt og kommunikasjon være svært dårlig. Det hender da ofte at helikopter ikke kan lande. Det er lange avstander og å komme seg fram til behandling kan ta lang tid. Da er vi avhengige av å ha en lokal sykestue. Den lokale beredskapen er helt nødvendig. Det kan i noen situasjoner handle om død og liv.

Å ha sykestue har også betydning i forhold til å rekruttere og beholde fagkompetanse, spesielt når det gjelder sykepleier- og legetjenesten. For fagpersoner er det mer attraktivt å få den allsidige praksisen det gir å jobbe både på sykestue og sykehjem.

Vi mener også at det er en samfunnsøkonomisk gevinst i å ha sykestueplasser lokalt. Vi sparer UNN for innleggelses og liggedøgn. Det er også i tråd med samhandlingsreformens intensjon å gi tilbud lokalt.

For oss som er unge og opptatt av at kommunen vår skal være et godt sted å være, mener vi at arbeidsplasser og fagkompetanse er kjempeviktig! Vi vil at det skal være attraktivt å bosette seg på Skjervøy.

Det er vi som er fremtiden!

Samtidig vet vi at det blir flere og flere eldre, sannsynligvis vil behovet for behandling, pleie og omsorg øke i forhold til dette. Den tryggheten det gir å ha lokal sykestuedrift er av aller største betydning både her og nå, og med tanke på framtida.

Hilsen Skjervøy Ungdomsråd

Ved

Hannah Larsen (leder)

Vilde Karlsen (nestleder)



## 11. Referanser

1. Henviser til foredrag av Knut Ivar Berglund, 2012.
2. Sykestueutvalgets rapport, 2013.
3. Sykehusloven av 19. juni 1969
4. Helsedirektoratet 2016: Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold – veiledningsmateriell.
5. Gunnar Grepperud, Ådne Danielsen & Gunilla Roos , Varsel om en mulig krise, Septentrio Reports, number 2, 2016, ISSN: 2387-4597, DOI: <http://dx.doi.org/7.3741>
6. Kommunereformen Kvænangen, Kåfjord, Nordreisa og Skjervøy, Utredning av kommunesammenslåing, (PricewaterhouseCoopers AS, 30. mars 2016)
7. Helse- og omsorgstjenester til den samiske befolkningen i Norge – En oppsummering av kunnskap Blix, Bodil Hansen (Peer reviewed, 2016-10-13).
8. Effekt av tiltak for å forbedre kvaliteten på helsetjenester til etniske minoriteter, Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 24 –2010
9. Tiltakssonen for Finnmark og Nord-Troms *Utviklingstrekk og gjennomgang av virkemidlene*, Norut Alta rapport 2012.2