

Ekstraordinært møte Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF

Innkalling med saksdokumenter

Dato: 20. februar 2023

Kl.: 08.00 til 08.50

Sted: Digitalt på Teams

Regional brukerutvalg i Helse Nord RHF
- medlemmer og varamedlemmer

Marit Lind
Saksbehandlere/ledere, jf. sakslisten

Vår ref.:
2023/94-10

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
16.2.2023

Ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg, den 20. februar 2023 – innkalling

I samråd med lederen for det Regionale brukerutvalget innkalles det herved til ekstraordinært møte i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF.

**mandag, den 20. februar 2023– fra kl. 08.00
digitalt via Teams**

Vi viser også til tidligere sendt innkalling via e-post 14. februar 2023.

Vedlagt følger saksdokumenter til dette møtet.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF's administrasjon, rådgiver Cecilie Henriksen på tlf. 975 40 710 eller pr. e-post til cecilie.henriksen@helse-nord.no.

Vennlig hilsen

Cecilie Henriksen
rådgiver

Kopi: Adm. direktør i helseforetakene i Helse Nord
Leder for brukerutvalgene i helseforetakene i Helse Nord
Brukerorganisasjonene i Nord-Norge
Pasientombudene i Nord-Norge

Møtedato:
Vår ref.:
2023/94-10

Saksbehandler:
Cecilie Henriksen

Dato:
16.02.2023

RBU-sak 14-2023

Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med lederen i det Regionale brukerutvalget inviteres RBU i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet, den 20. februar 2023:

Sak 14-2023	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side 1
Sak 15-2023	Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord	Side 2

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Innkallingen og sakslisten godkjennes.

Bodø, 16. februar 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

Møtedato: 20. februar 2023

Vår ref.:
2023/94-10

Saksbehandler:
Lind, Sund, Ingebrigtsen, Hansen,
Soløy-Nilsen

Dato:
16.2.2023

RBU-sak 15-2023

Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

Forslag til vedtak

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF slutter seg til situasjonsbeskrivelsen i denne saken om *Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord*.
2. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF stiller seg bak følgende mål for det videre arbeidet med endringer i funksjons- og oppgavedelingen i foretaksgruppen:
 - a. Etablere ny funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord basert 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. Følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin.
 - c. Tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunene til den økende andelen eldre pasienter.
3. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF stiller seg bak at det skal arbeides etter følgende hovedakser for å nå målene:
 - a. Overgang fra små og sårbare til større og mer fleksible enheter og fagmiljøer i alle deler av virksomheten.
 - b. Omprioritering av ressurser fra døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling.
 - c. Målrettet oppbygging av egen kapasitet og faglig kvalitet for å redusere kjøp av helsetjenester fra private (inklusive Helfo-leverandører), samt pasientstrømmer ut av regionen.
 - d. Redusere uønsket variasjon i tjenestene ved å avvikle diagnostikk, behandling og oppfølging uten tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag.
 - e. Gjennomføre tiltak for å følge faglig normerende retningslinjer for pasientgrunnlag og dimensjonering av tjenester.

- f. Vurdere forsøk med organisatorisk sammenslåing av primær- og spesialisthelsetjenesten i ett eller flere helseforetak etter avklaring med nasjonale myndigheter.
4. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF forutsetter at medvirkning fra brukere, tillitsvalgte og verneombud samt informasjon om arbeidet til offentligheten blir godt ivaretatt i det videre arbeidet.

Bodø, 16. februar 2023

Marit Lind
konst. administrerende direktør

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 derfor bedt om å:

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

Denne saken beskriver oppfølgingen av vedtakspunkt 3. Det fremgår av protokollen at oppdraget dreier seg om å se på tiltak som innebærer endringer i funksjons- og oppgavedelingen mellom organisatoriske enheter, på en måte som styrker fagligheten og kvaliteten i pasienttilbudet.

Vedtakspunktene 1 og 2 følges opp i andre utredninger, som vil bli fremmet for styret som egne saker. Disse inkluderer blant annet en gjennomgang av ressursbruken og bemanningen i administrasjons- og ledelsesfunksjoner (inklusive det regionale helseforetaket), samt oppfølging av omstillingstiltak vedtatt i styresak 164-2022 *Nødvendig omstilling i regionen – tiltak som kan sikre bærekraft, oppfølging av styresak 117-2022 og 139-2022* (styremøte 23. november 2022), og arbeidet som pågår i innsiktsteamet. Eventuelle endringer i oppgavedelingen mellom personell med forskjellig fagbakgrunn internt i den enkelte organisatoriske enhet inngår i dette, og omhandles ikke i denne saken.

Helse Nord skal som de andre helseregionene ha et sterkt region- og universitetssykehus som ivaretar kvaliteten i utdanning, forskning og pasientbehandling. Dette må ses i sammenheng med at helseministeren i oppdragsdokumentet for 2023 videreførte styrking av forskning, innovasjon og kompetanse samt forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet som et hovedmål. De to andre hovedmålene er prioritering av psykisk helse og rus, og rask tilgang til helsetjenester og gode pasientforløp.

Helsepersonellkommisjonens rapport¹ og Samdata-rapporten for 2021² viser at Helse Nord har om lag 25 % flere leger og sykepleiere per innbygger enn landsgjennomsnittet,

¹

<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>

² <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

og at forskjellen har økt de siste årene. Aktiviteten i pasientbehandlingen har ikke økt like mye som bemanningen. Dette har medført at også kostnadsnivået, målt som antall kroner per DRG-poeng³, i 2021 var 25 % over landsgjennomsnittet. Helse Nord får sin andel av budsjettet til spesialisthelsetjenesten gjennom den nasjonale inntektsfordelingsmodellen. Den fordeler 12 % flere kroner per innbygger enn landsgjennomsnittet til Helse Nord. Framskrivninger viser at Helse Nord's andel av bevilgningene kommer til å gå ned fordi vår andel av befolkningen reduseres, hovedsakelig på grunn av befolkningsvekst på Østlandet, men også på grunn av manglede tilvekst i Nord-Norge.

Samtidig som Helse Nord har en høyere andel leger og sykepleiere enn landsgjennomsnittet, erfarer helseforetakene og fagmiljøene gradvis større problemer med å rekruttere helsepersonell til faste stillinger. Det er i perioder nødvendig å stenge eller slå sammen tilbud i forbindelse med ferieavvikling eller fordi nøkkelstillinger er ubemannet. Utviklingen i foretaksgruppen går i en retning der vi vil få økende problemer med å levere likeverdige helsetjenester av god kvalitet på grunn av utilstrekkelig bemanning, samtidig som den økonomiske situasjonen vil gi oss utfordringer.

Dette er ikke en bærekraftig utvikling. Helse Nord må derfor endre funksjons- og oppgavedelingen for å kunne ivareta sørge-for-ansvaret og levere likeverdige helsetjenester framover. Formålet med denne styresaken er å vedta hovedakser for- og innretting av dette arbeidet.

Saksutredning

Begrepsavklaringer

Sørge-for-ansvaret

Det regionale helseforetaket skal etter spesialisthelsetjenestelovens § 2-1 a sørge for at befolkningen tilbys spesialisthelsetjenester i tråd med prioriteringskriteriene nytte, ressursbruk og alvorlighetsgrad. Ansvaret oppfylles ved å levere tjenester gjennom egne helseforetak, supplert med kjøp fra private.

Likeverdighet

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

³ <https://sml.snl.no/DRG>

Bærekraft

FN har definert bærekraftig utvikling som en utvikling som dekker befolkningens behov i samtiden, uten å redusere mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov. Det er ikke entydig definert hva dette betyr i helsetjenesten. Bærekraft handler i helsesektoren om å tilrettelegge tjenestene slik at vi kan ta i bruk ny avansert behandling og kunnskapsbasert praksis i både primær- og spesialisthelsetjenesten innenfor de økonomiske rammene som er gitt, og sikre at vi har tilgjengelig kompetanse i dag og i fremtiden.

Sykehustyper, somatikk

Nasjonal helse- og sykehusplan definerer tre typer somatiske sykehus:

1. Regionsykehus
Det ene sykehuset hver helseregion har utpekt som hovedsykehus. Dette er i Helse Nord Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Tromsø.
2. Stort akuttisykehus
Sykehus med opptaksområde på mer enn 60 – 80 000 innbyggere og bredt tilbud med akuttkirurgi og flere medisinske spesialiteter. I Helse Nord har vi ett slikt sykehus, Nordlandssykehuset Bodø.
3. Akuttisykehus
Sykehus med akutfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Slike sykehus kan også ha akuttkirurgi hvis geografi og bosettingsmønster gjør det nødvendig. Alle somatiske sykehus i Helse Nord utenfor Tromsø og Bodø (unntatt UNN Longyearbyen) er akuttisykehus.
4. Sykehus uten akutfunksjoner
Sykehus som kun utfører planlagt behandling. Helse Nord har ingen slike sykehus.

Sykehustyper, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

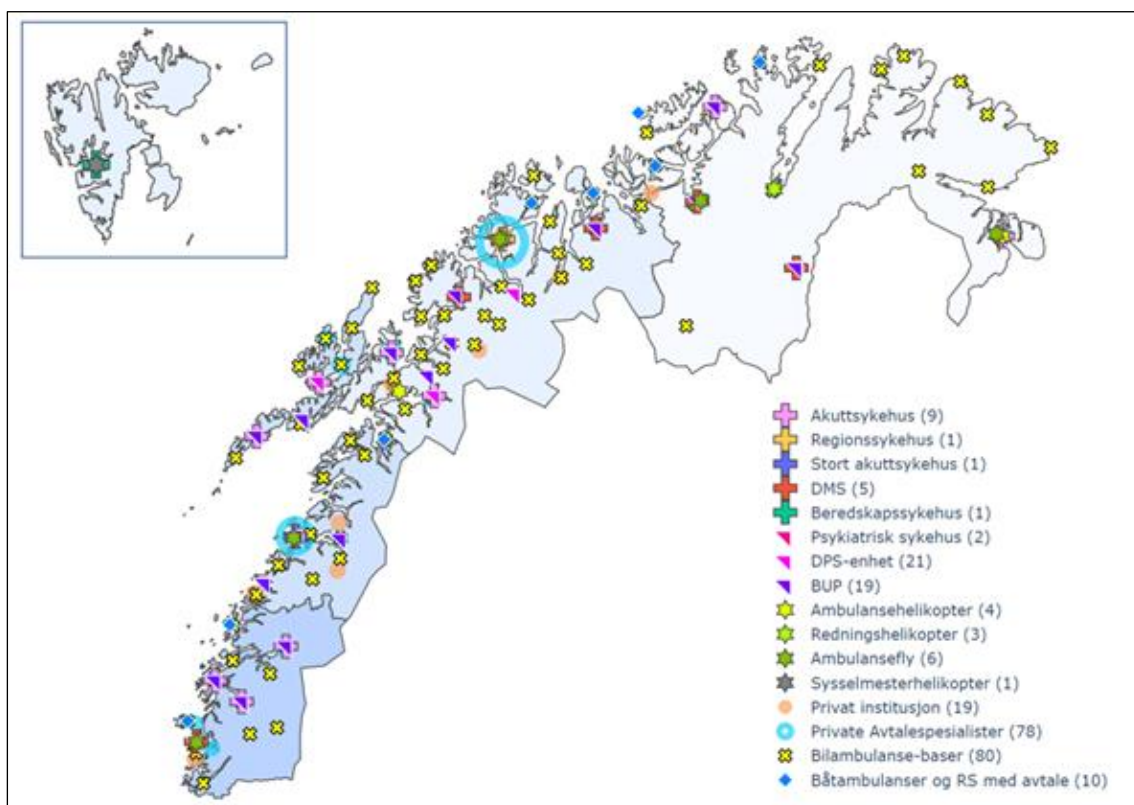
1. Sykehusavdeling psykisk helsevern
Døgninstitusjoner som er godkjent for tvungent psykisk helsevern (psykisk helsevernloven §3-5, psykisk helsevernforskriften §§ 2, 3 og 4) og som ivaretar tilstander med behov for spesialisert kompetanse, for eksempel i akuttpsykiatri, sikkerhetspsykiatri, alderspsykiatri, psykoselidelser og/eller spiseforstyrrelser. I Helse Nord har vi to slike sykehus; UNN Tromsø og Nordlandssykehuset Bodø.
2. Distriktpsykiatriske senter (DPS) og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP)
Desentralisert spesialisthelsetjeneste med poliklinikker, team og døgntilbud som ivaretar basistilbud for allmennpsykiatriske tilstander inkludert rusproblemer. Anbefalt opptaksområde for DPS er 30-70.000 innbyggere⁴. I Helse Nord har vi 13 DPS og 18 BUP.

⁴ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

3. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Behandlingstilbudet i TSB deles inn i ulike basistjenester. Disse inkluderer rusakutt, avrusning, poliklinisk- og døgntilbud, samt tvang. Blant disse krever akutttilbud, avrusning, poliklinisk legemiddelassistert rehabilitering (LAR), og tvangsinnleggelse høyest grad av spesialisert og intensiv utredning og behandling. UNN Tromsø er den eneste lokasjonen i regionen med alle disse tjenestene, og har regionalt ansvar for ivaretagelse av tvangsinnleggelse og rusakutt. Helse Nord har døgntilbud ved UNN (Tromsø og Narvik), Finnmarkssykehuset (Alta og Sami klinikk, Karasjok), Nordlandssykehuset (Bodø) og Helgelandssykehuset (Mo i Rana). Nesten halvparten av døgntilbudet i TSB i regionen dekkes av private med avtale med Helse Nord RHF.

Figur 1 viser lokaliseringen av akuttstasjonene, institusjoner i psykisk helsevern og TSB samt andre tjenestetilbud i Helse Nord.



Figur 1. Kart som viser tjenestestrukturen i Helse Nord. Kilde: Helse Nord RHF.

Metode

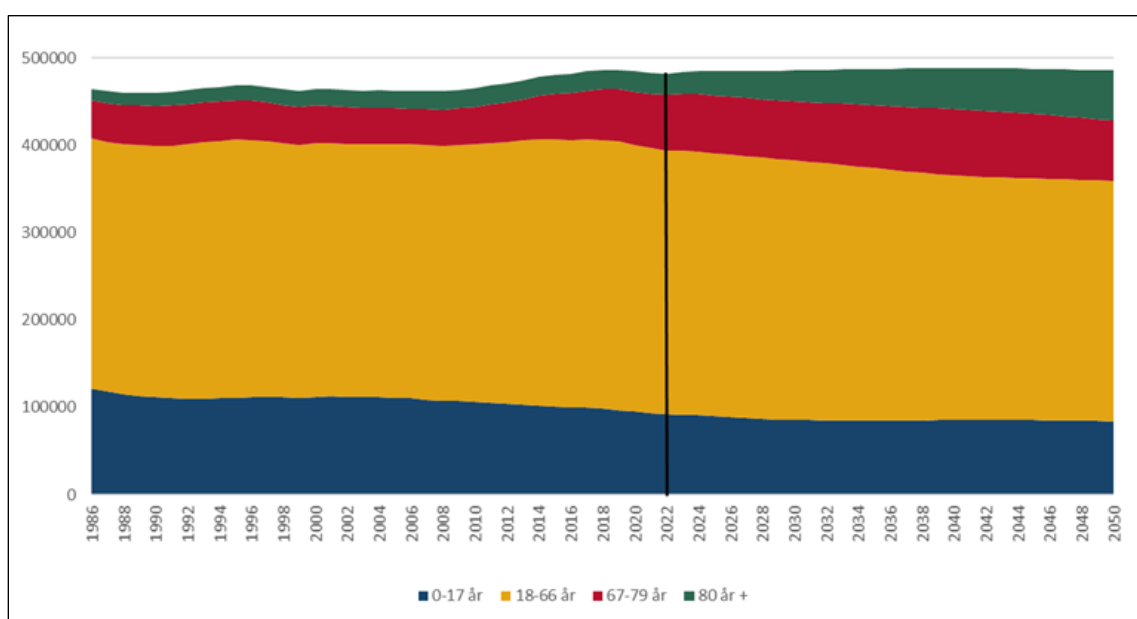
Saksgrunnlaget er utarbeidet i samarbeid mellom administrasjonen, innsiktsteamet som fikk mandat i styresak 134-2022 *Oppfølging av omstillingsarbeidet i helseforetakene* (ekstraordinært styremøte 7. oktober 2022) og fagteamet som ble vedtatt opprettet i styresak 176-2022 *Konstituering av adm. direktør i Helse Nord RHF* (styremøte 23. november 2022).

Arbeidet bygger på tidligere vedtatte strategier og planer, særlig *Regional utviklingsplan 2023-2038*. Det er i tillegg gjort oppdaterte analyser av personal-, aktivitets- og økonomidata innhentet blant annet fra datavarehuset Helse Nord LIS, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), Samdata, Statistisk sentralbyrå og Helsepersonellkommissjonen, samt manuelle spørringer til helseforetakene.

Fagteamet har presentert resultater fra og fått innspill på analysearbeidet fra styret, administrasjonen og de ansatte i Helse Nord RHF, regionalt styreledermøte, de administrerende direktørene og ledergruppene i helseforetakene, foretaks- og konserntillitsvalgte og -verneombud, samt Regionalt brukerutvalg.

Befolkningsutviklingen og struktur i spesialisthelsetjenesten

Fødselstallet i Nord-Norge har gått ned med over 40 % fra 7 000 i 1995 til 4 000 i 2022. Statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i samme periode har skjedd en konsentrasjon av befolkningen med økende innbyggertall hovedsakelig i Bodø og Tromsø, og stillstand eller reduksjon i de fleste andre kommunene i regionen. Figur 2 viser befolkningsutviklingen til og med 2022, og framskriving til 2050. Antall innbyggere i yrkesaktiv alder går nå ned som følge av fødselsunderskudd og fraflytting, mens antall eldre over 67 år øker. Forsørgerbrøken (antall innbyggere 25-64 år/antall ≥ 65 år) var 3,6 i 2010, 2,8 i 2022, og i framskrivingene fra SSB faller den til 2,0 i 2035.



Figur 2. Fordeling av befolkningen i Nordland, Troms og Finnmark etter alder til og med 2022, og framskriving til 2050. Kilde: SSB, hovedscenarior som framskriving.

Til tross for disse demografiske endringene har strukturen i hovedsak vært uendret i den somatiske spesialisthelsetjenesten siden 1980-tallet, og i psykisk helsevern og TSB etter gjennomføring av *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999 - 2008*.

Det er derimot gjennomført store endringer i organiseringen av prehospital akuttmedisin, med integrasjon av bil- og båtambulansetjenesten i helseforetakene, etablering av nye luftambulansebaser, samt styrkning av kompetanse og utstyr. Endringer i infrastruktur som nye veier, tunneller og broer har redusert transporttidene for bilambulansse flere steder, og teknologiutviklingen medfører at ambulanshelikoptrene kan fly i dårligere vær. Samlet har den prehospitaltjenesten i regionen gjennomgått en betydelig styrkning de siste ti-årene.

Bemanning og utdanning

Rett kompetanse og tilfredsstillende bemanning er en forutsetning for forsvarlige helsetjenester av god kvalitet. Utfordringene med å ansette personell med riktig kompetanse har økt de senere årene. Innleie av personell fra firma og mye bruk av overtidsarbeid for egne ansatte har vært nødvendig for å opprettholde gode pasienttilbud. Det er viktig å ha oversikt over ubemannede stillinger for å identifisere høy risiko og iverksette kompenserende tiltak, og en svakhet at Helse Nord ikke har etablert et godt system for dette.

Manuell telling i januar 2023 viste at over 1 000 budsjetterte stillinger i foretaksgruppen var ubemannet (tabell 1). Andelen er høyest for helsepersonell, og sannsynligvis økende. Gode data for utvikling over tid foreligger ikke, men turnover økte fra 4,9 % i 2017 til 6,8 % i 2022. Til sammenligning økte turnover i Helse Vest i samme periode fra 5,4 % til 6,6 % og i Helse Midt-Norge fra 5,2 % til 6,3 %.

Andelen ubemannede stillinger er størst for noen legespesialister (særlig psykiatere, røntgenleger, indremedisinere og gynekologer), psykologspesialister, spesialiserte sykepleiere, sykepleiere og helsefagarbeidere. Fordelingen varierer noe mellom helseforetakene.

Stillingskategori	Ubemannede stillinger (antall)
Spesialsykepleiere	260
Sykepleiere	130
Jordmødre	20
Legespesialister	200
Gynekologer	10
Radiologer	30
Psykiatere	60
Psykologer/psykologspesialister	110
Andre	440
Totalt	1160

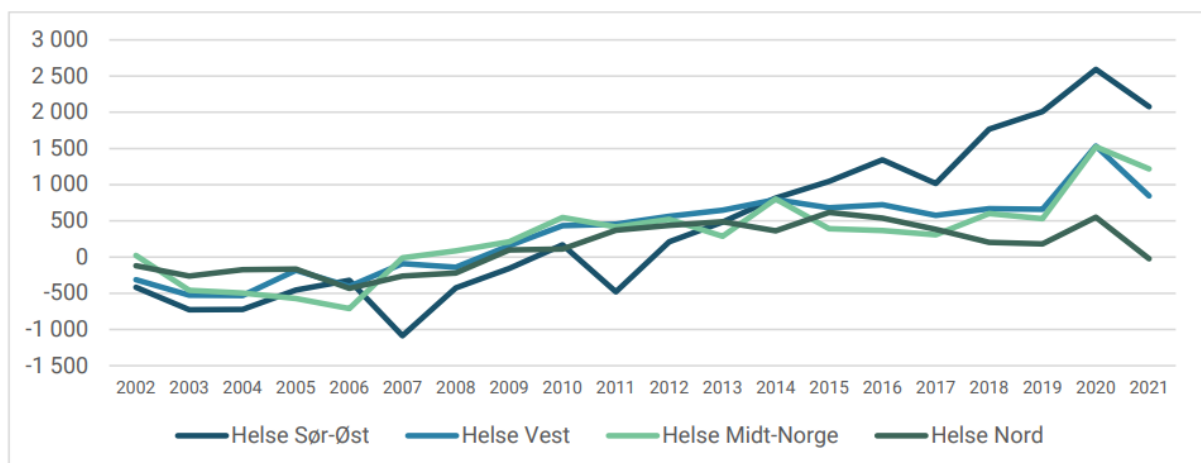
Tabell 1. Oversikt over ubemannede stillinger i helseforetakene. Kilde: Manuell telling i helseforetakene, januar 2023. Avrundede tall, forbehold om usikkerhet knyttet til definisjoner og tellemetode.

I tillegg til den demografiske utviklingen og den desentrale strukturen, er det flere andre drivere som legger press på helseforetakene i retning av ytterligere økning av bemanningen. En fagutvikling med økende spesialisering som gir behov for flere vaktlinjer og økende beredskap, krever flere folk i mange av profesjonene⁵. Fagforeningene arbeider for økt grunnbemanning og for at ingen skal måtte arbeide oftere enn hver tredje helg. Større andel en-sengsrom i sykehusene øker sannsynligvis behovet for pleiepersonell. Legeforeningen mener at vaktordninger bør være minst 8-delt⁶. Arbeidstilsynet har rettet gradvis mer oppmerksomhet mot ulovlige arbeidstidsordninger og ulovlig bruk av overtid.

Kapasiteten i de helsefaglige utdanningene har økt. Eksempelvis er antall studieplasser på legeutdanningen ved UiT Norges arktiske universitet økt med 42 % fra 106 i 2015 til 151 i 2022, og planlagt økt videre til 181 i 2023. Antallet uteksaminerte sykepleiere i regionen har økt med 25 % fra omlag 400 i 2019 til 500 i 2021. Etter opptaket til bachelor i sykepleie i 2022 ble kun 373/540 (69 %) plasser fylt, med spredning fra 39 % (Rana og Hammerfest) til 99 % (Tromsø). Mangel på søkere er dermed nå en begrensende faktor i sykepleierutdanningen. I tillegg er mulighetene for videre økning begrenset av mangel på praksisplasser og utilstrekkelig pasientgrunnlag, både i grunn- og videre-/spesialistutdanningene.

Bemanning og økonomisk resultat

Figur 3 viser at det økonomiske resultatet i Helse Nord fulgte samme utvikling som i de andre regionene frem til 2015. Fra 2016 har resultatene blitt gradvis dårligere, med underskudd i 2021 og 2022. Dette medfører nå svært begrenset kapasitet for nye investeringer i medisinskteknisk utstyr og byggeprosjekter.

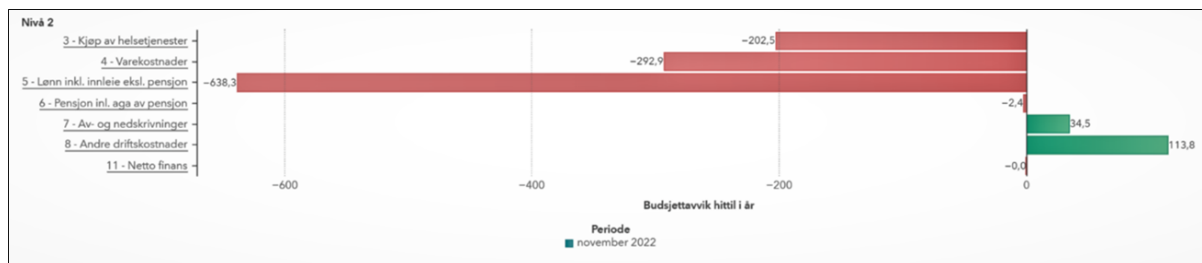


Figur 3. Resultat korrigert for eiers styringskrav, 2002-2021. Millioner kroner, helseregioner. Kilde: Årsregnskap RHF.

⁵ [Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold. Helsedirektoratet 2014, Rapport IS-2079-3.](#)

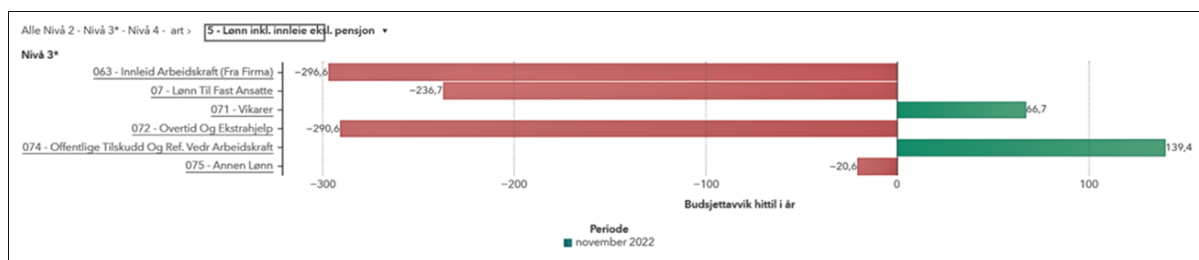
⁶ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>

Figur 4 viser at lønnskostnader inklusive kostnader til innleie, varekostnader og kjøp av helsetjenester, i hovedsak fra private leverandører, var hovedårsakene til underskuddet i Helse Nord i 2021.



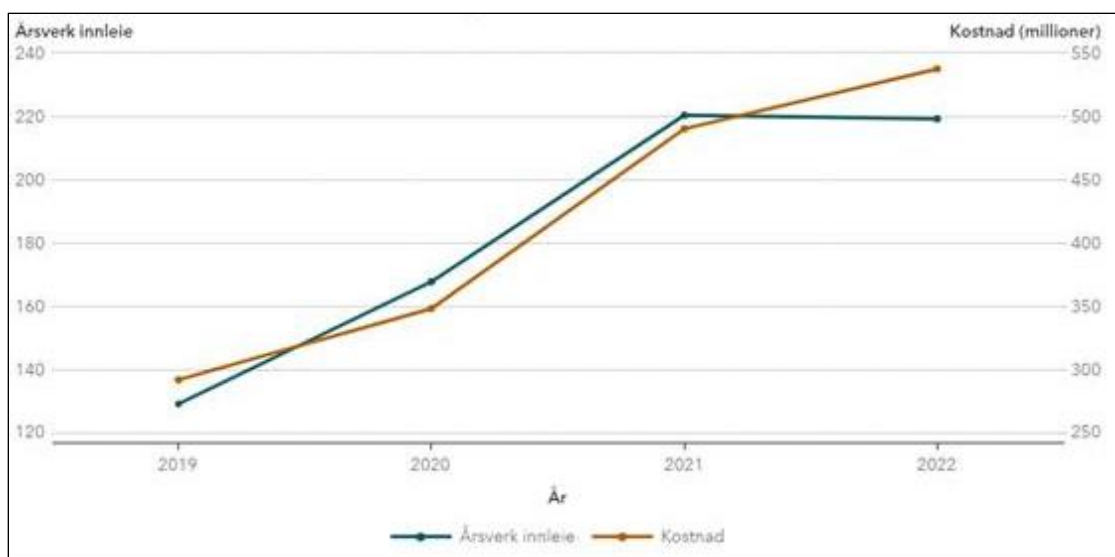
Figur 4. Budsjettavvik Helse Nord (foretaksgruppen) til og med november 2022. Kilde: Helse Nord RHF.

Figur 5 spesifiserer avvik fra budsjett for lønn inklusive innleie fra figur 4, og viser at bruk av innleie og overtid for å dekke opp budsjetterte, men ubemannede stillinger var hovedårsaken til merforbruket på lønnsområdet i 2022.



Figur 5. Budsjettavvik lønn inklusive innleie, eksklusive pensjon Helse Nord (foretaksgruppen) til og med november 2022. Kilde: Helse Nord RHF.

Fra 2016 til 2019 økte antall årsverk innleie med 50 %, mens kostnaden økte med 120% på grunn av sterk prisvekst. Figur 6 viser at denne utviklingen fortsatte fra 2019 til 2022. I 2021 sto helseforetakene i Helse Nord for 40 % av all innleie i Norge, selv om regionen bare utgjør 9 % av befolkningen.



Figur 6. Innleie (estimat), total kostnad for innleie av personell fra leverandører med og uten rammeavtale, årsverk og millioner kroner, 2019 - 2022. Kilde: Helse Nord RHF.

Aktivitet

Aktiviteten har ikke økt like mye som bemanningen, og ventetidene, antall fristbrudd samt andelen pasienter som ikke får oppfylt tidskravene i pakkeforløpene ligger vedvarende over måltallene og under landsgjennomsnittet. På noen områder, for eksempel ortopedisk kirurgi og ryggkirurgi, er det lav egendekning og store pasientstrømmer ut av regionen. På andre områder, for eksempel psykisk helsevern og TSB, er det store pasientstrømmer til private aktører i og utenfor regionen.

Somatikk

Tabell 2 viser gjennomsnittlig antall akuttinnleggelser per uke. Om lag 46 % av innleggelsene skjer ved Nordlandssykehuset Bodø eller UNN Tromsø, og i tillegg fører 8 % av innleggelsene ved de andre akuttisyrkehusene til overflytting til Bodø eller Tromsø, slik at mer enn halvparten av akuttinnleggelsene medfører opphold på disse to sykehusene.

Behandler	Totalt	Medisinsk	Kirurgisk	Ortop.kirurgi
Kirkenes	42	27 (65.1%)	10 (24.7%)	4 (10.2%)
Hammerfest	73	47 (64.2%)	15 (20.1%)	11 (15.7%)
Tromsø	228	152 (66.5%)	56 (24.6%)	20 (8.9%)
Harstad	66	40 (61.0%)	14 (21.0%)	12 (18.0%)
Narvik	48	30 (61.5%)	11 (22.5%)	8 (15.9%)
Vesterålen	50	34 (67.4%)	12 (23.6%)	5 (9.1%)
Lofoten	42	27 (64.6%)	11 (25.3%)	4 (10.1%)
Bodø	139	90 (65.0%)	31 (22.2%)	18 (12.8%)
Mo i Rana	52	29 (55.3%)	11 (22.0%)	12 (22.7%)
Mosjøen	25	21 (84.0%)	3 (13.9%)	1 (2.1%)
Sandnessjøen	52	30 (58.8%)	20 (38.9%)	1 (2.2%)

Tabell 2. Gjennomsnittlig antall akuttinnleggelser per uke (andel av totalt antall akuttinnleggelser per sykehus) til akuttsykehusene i Helse Nord, 2019 – august 2022. Mosjøen har ikke kirurgisk akuttberedskap og det er lokal variasjon i organiseringen av ortopedisk beredskap. Kilde: Norsk pasientregister.

Brutt ned på antall per døgn, har syv sykehus i gjennomsnitt mindre enn to kirurgiske og ni sykehus mindre enn to ortopediske akuttinnleggelser per døgn.

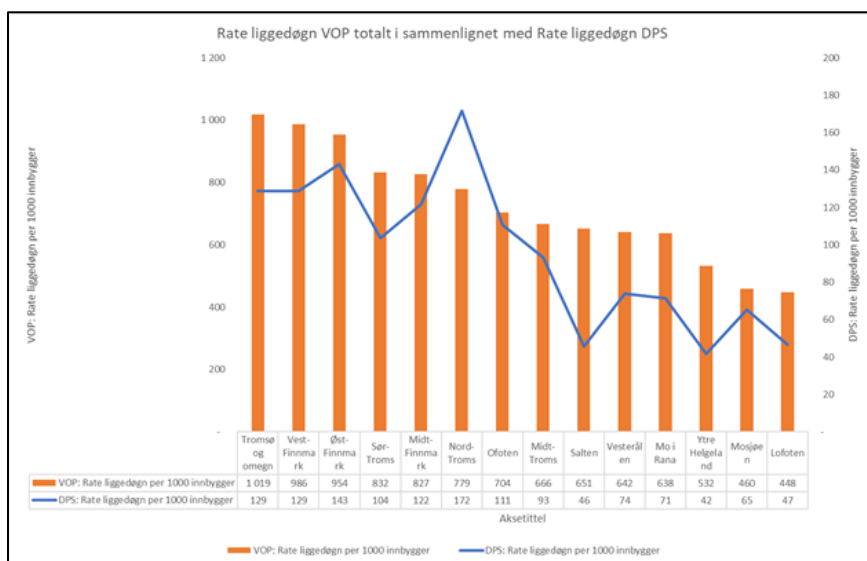
Antall fødsler gikk ned med 6 % fra 4 347 fødsler i 2019 til 4 097 i 2022. Tolv av de 14 fødeenhetene i regionen hadde i gjennomsnitt mindre enn én fødsel per døgn i 2022. De to minste hadde langt under én fødsel per uke (henholdsvis 17 og 14 per år).

Psykisk helsevern

Samdata viser at Helse Nord har åtte innleggelser per 1000 innbygger per år i psykisk helsevern for voksne, mens landsgjennomsnittet er seks. For døgnbehandling, dagbehandling/poliklinikk og behandling hos avtalespesialist sett under ett ligger vi imidlertid på landsgjennomsnittet. Det betyr at døgnbehandling utgjør en større andel av det samlede tilbudet i Helse Nord enn i landet for øvrig.

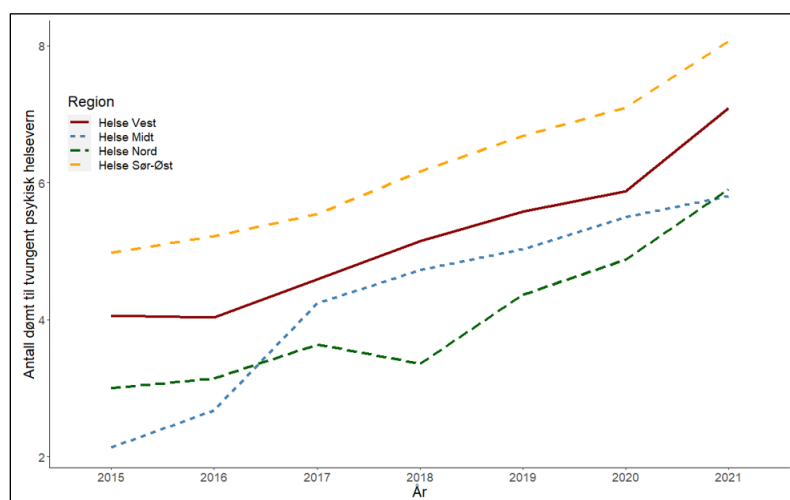
Figur 7 viser at det i tillegg er betydelig variasjon mellom boområdene i bruken av døgnopphold i psykisk helsevern for voksne. Tallene inkluderer private avtaleinstitusjoner, som Viken senter. Totalt antall liggedøgn per 1000 innbyggere per år var 127 % høyere i boområdet med flest (Tromsø) sammenlignet med det med færrest liggedøgn (Lofoten). Variasjonen i antall liggedøgn på distriktspsykiatrisk senter (DPS) var enda større, med fire ganger så mange per innbygger per år i boområdet med flest (Nord-Troms) sammenlignet med det med færrest liggedøgn (Ytre Helgeland). Den store variasjonen er sannsynligvis uttrykk for ikke-likeverdige tilbud.

Det er samtidig kapasitetsproblemer og lange ventetider ved de allmennpsykiatriske poliklinikkene for voksne og barn og unge i de største byene.



Figur 7. Liggedøgn i psykisk helsevern for voksne for bosatte i DPS-områdene i Helse Nord, antall per 1000 innbyggere per år, 2018-2021. VOP; psykisk helsevern for voksne totalt (døgnerheter i sykehus og DPS), DPS; døgnerheter i DPS. Kilde: Norsk pasientregister.

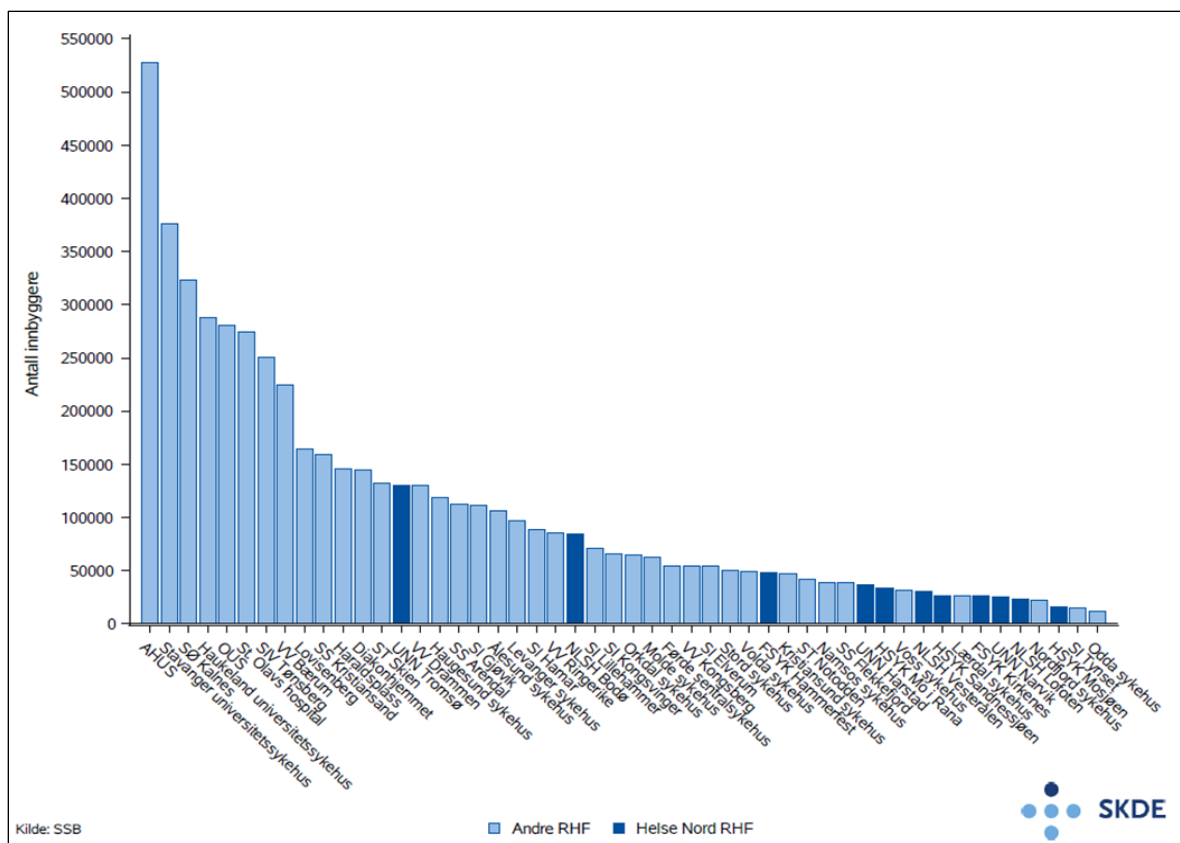
Figur 8 viser at antall personer som blir dømt til tvungent psykisk helsevern har økt etter endringene i straffeprosessloven i 2016. Dette har medført utilstrekkelig kapasitet i sikkerhetsenhetene, der over 90% av døgnplassene nå er belagt av dømte.



Figur 8. Personer dømt til tvungent psykisk helsevern, antall per 100 000 innbyggere over 18 år per år per helseregion. Kilde: Norsk pasientregister.

Struktur

Figur 9 viser at åtte av de 13 minste akuttpsykehusene i Norge ligger i Helse Nord, og at også Nordlandssykehuset Bodø og UNN Tromsø er forholdsvis små akuttpsykehus i nasjonal sammenheng. Dette medfører at Helse Nord har betydelig flere akuttmottak per 100 000 innbyggere enn landsgjennomsnittet.



Figur 9. Befolkningsgrunnlag, somatiske akuttstusykehus, 2022. Antall innbyggere per boområde.
Kilde: Statistisk sentralbyrå.

Figur 10 viser at 11 av de 20 minste DPSene ligger i Helse Nord. Åtte DPS har opptaksområde under den anbefalte nedre grensen på 30 000 innbyggere, og fire ligger i området mellom 30 000 og 70 000 innbyggere.

Akuttsykehusene

Kjernefunksjonene i akuttsykehusene er indremedisin, generell kirurgi og fødselsomsorg. Fagutviklingen og den nye legespesialistutdanningen har medført at det nå utdannes få spesialister i generell indremedisin og generell kirurgi. Manuell telling i januar 2023 viste et høyt antall ubemannede legestillinger i indremedisin. I tillegg viser regionale behovsanalyser at det blir en økende mangel på spesialister i gynekologi og fødselshjelp, samt jordmødre. Ubemannede stillinger og problemer med å opprettholde generalistkompetanse er derfor en betydelig utfordring ved akuttsykehusene.

Store akuttsykehus (Nordlandssykehuset Bodø)

Nordlandssykehuset Bodø er definert som et stort akuttsykehus, med tjenestetilbud som inkluderer lokale og noen regionale funksjoner. Den medisinske utviklingen har gitt behov for flere vaktlinjer og økt beredskap. Mangel på spesialister innenfor indremedisinske og til dels kirurgiske fag ved de andre akuttsykehusene i Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset, gjør at Nordlandssykehuset i Bodø i økende grad må overta oppgaver.

Nordlandssykehuset Bodø har vært i omstilling over flere år, hovedsakelig på grunn av forutsetning om driftseffektivisering knyttet til utbyggingen og moderniseringen som ble ferdigstilt i 2021. Som del av finansieringsløsningen for siste fase av byggeprosjektet ble investeringsmidler til nytt medisinsk teknisk utstyr redusert. Nordlandssykehuset Bodø har som følge av dette et betydelig etterslep på investeringer i utstyr, og dette gir utfordringer i den daglige driften.

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN)

UNN skal som regionsykehus levere høyt spesialiserte tjenester, likeverdige med for eksempel St. Olavs Hospital og Haukeland universitetssykehus. Teknologiutviklingen gjør at blant annet kirurgi, bildeveiledet intervensjon og robotisering integreres, og at medisinskteknisk utstyr og IT smelter sammen. Persontilpasset medisin, særlig på kreftområdet, medfører omfattende nye oppgaver innen avansert bildediagnostikk, gen-analyser, biobanking og bioinformatikk.

UNN skal som universitetssykehus bidra vesentlig i forskningsbasert utdanning, og ha forskningsaktivitet av internasjonal kvalitet og bredde. Andelen pasienter i kliniske behandlingsstudier var 6% for Helse Nord i perioden 2019–2021, selv om UNN er regionsykehus for 9% av landets befolkning. Det er en forutsetning for innføringen av persontilpasset behandling at forskningen er integrert i pasientbehandlingen. Pasientene er i økende grad informert om dette, og velger sykehus som kan tilby inklusjon i kliniske studier og utprøvende behandling. UNN vil derfor miste pasienter og etter hvert sårbare regionfunksjoner hvis utviklingen fortsetter.

Likeverdige regiontilbud forutsetter også mer spesialisering på noen områder, f. eks. kreftmedisin (onkologi), oppbygging av nye funksjoner og fagmiljøer og økte investeringer i medisinskteknisk utstyr og annen teknologi. Dette er ikke mulig uten modernisering og videre utbygging av arealene i Breivika. Økningen av studenttallet på legeutdanningen krever opprettelse av nye stillinger, selv om det planlegges for økt desentralisering av 5. og 6. studieår.

Sykehusavdelinger psykisk helsevern

Sykehusavdelingene har brede fagmiljø og tilbud for pasienter som krever spesialisert utredning og behandling, og er godkjent for tvungent psykisk helsevern, døgntilbud. Økningen i antall personer som er dømt til behandling forskyver ordinære sikkerhetspasienter til andre sykehusenheter i Tromsø og Bodø, og forårsaker økt belastning på disse. Samtidig er det også en økning i innleggelser i de akuttpsykiatriske avdelingene. Til sammen medfører dette kapasitetspress på sykehusavdelingene i Tromsø og Bodø.

DPS og BUP

DPS og BUP skal tilby desentralisert spesialisthelsetjeneste til pasienter med allmennpsykiatriske helseplager. Fagmiljøene er små og har problemer med utdanning, rekruttering og stabilisering av spesialister, særlig psykiatere. Mange bruker innleie for å sikre tjenester og tilbud. Det er forskjeller i organiseringen av vaktordninger ved døgnetenhetene. Flere har akutt-team i tillegg til vakttjeneste med leger. Dette gir variasjon i tilgjengelighet og kvalitet. Ved noen DPS og BUP poliklinikker medfører lange ventetider og fristbrudd store Helfo-kostnader.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Dimensjoneringen av døgntilbudene i TSB varierer mellom foretakene, og det er mange ubesatte legespesialiststillinger i rus- og avhengighetsmedisin. En stor andel av døgntilbudet leveres av private. Også her medfører dette variasjon i tilgjengelighet og kvalitet.

Vår felles helsetjeneste

Utviklingen innenfor samfunn, demografi og medisin skaper et utfordringsbilde som fordrer endringer for å sikre bærekraftige helsetjenester på alle nivåer. Spesialisthelsetjenesten i Helse Nord er en del av vår felles helsetjeneste. For eksempel vil mangelen på helsepersonell i øvrige deler av helsetjenesten påvirke våre muligheter for endringer i organisering, oppgave- og funksjonsdeling. Helse Nord er derfor avhengig av å ha et sterkt og hensiktsmessig samarbeid med kommunene, fylkene og øvrige samarbeidspartnere, blant annet gjennom helsefelleskapene, for å lykkes i det forestående endringsarbeidet. God samhandling med kommunehelsetjenesten og fastlegene er en forutsetning for likeverdige tilbud med god kvalitet.

Mål og hovedakser for den videre utviklingen av Helse Nord

Helse Nord RHF har sørge-for-ansvar for ca. 9% av befolkningen, spredt på nesten halvparten av Norges landareal, Svalbard inkludert. Utredningen i denne saken viser at lav forventet befolkningsvekst bidrar til flere eldre og færre yrkesaktive i befolkningen. Samtidig medfører høyere levealder og medisinske fremskritt at flere lever lenge med behov for helsetjenester. Tilgang til kvalifisert helsepersonell, spesielt i vaktbærende og spesialiserte tjenester, er allerede et problem i hele regionen. Over 1 000 budsjetterte stillinger er ubemannet ved helseforetakene, og kommunene mangler også personell. Framskrivinger viser at problemene kommer til å øke hvis vi ikke gjør endringer. Det vil oppstå økende problemer med stabiliteten, forutsigbarheten og kvaliteten, og dermed også likeverdigheten i pasienttilbudene. Figur 11 oppsummerer utfordringsbildet slik det ble beskrevet i *styresak 121-2022 Regional utviklingsplan 2023-2038* (styremøte 14. desember 2022).



Figur 11. Oppsummering av utviklingstrekk som medfører behov for endringer i Helse Nord. Kilde: Helse Nord RHF.

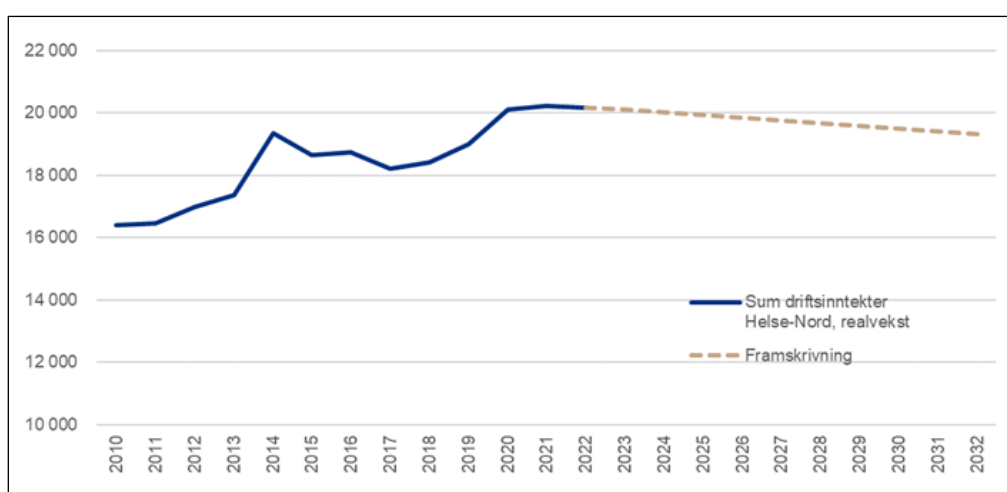
Utdanning og rekruttering av mer personell, organisering av sykehus i nettverk, digitalisering og automatisering er mulige virkemidler for å løse personellmangelen.

Denne saksutredningen viser imidlertid at utdanningskapasiteten har nådd sin øvre grense for mange av helseprofesjonene, og at ytterligere økning vil forringe kvaliteten, spesielt for praksisstudier. Skjerpede krav til spesialistkompetanse og mengdetrening krever større fagmiljøer og pasientgrunnlag, noe som har vist seg vanskelig å få til i dagens desentrale struktur.

Organisering av sykehus i nettverk med blant annet ambulering og rotasjon av personell fra de største til de minste enhetene er også en strategi for å opprettholde en desentralisert struktur. Helseforetakene rapporterer at kapasitetsgrensen også for dette er nådd, gitt dagens bemanning på de største sykehusene, og at krav om ambulering og rotasjon nå medfører rekrutteringsvansker også på de største sykehusene.

Det har vært tilsvarende forhåpninger til digitaliseringen, inklusive bruk av videokonsultasjoner. Erfaringen er at tiltakene øker kvaliteten og reduserer behovet for pasientreiser, uten at behovet for bemanning går vesentlig ned.

Hovedkonklusjonen er derfor at 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 gitte økonomiske rammer, er derfor nødvendig for å kunne levere likeverdige helsetjenester av god kvalitet framover. Framskrivningen i figur 12 viser at Helse Nords inntekter kommer til å bli gradvis redusert med omlag 90 mill. kroner per år fra 2023 til 2032 gjennom den nasjonale inntektsfordelingsmodellen, fordi vår andel av landets befolkning kommer til å falle ytterligere.



Figur 12. Utvikling av Helse Nords inntekter, 2010 - 2022, i milliarder kroner. Framskrivning av inntektene basert på simulering ut fra Statistisk sentralbyrås hovedscenarior for befolkningsutviklingen. Kilde: Helse Nord RHF.

Konsekvensen av denne utviklingen er svært stor.

Målene for det videre arbeidet er derfor å:

1. Etablere ny funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord basert 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.
2. Følge opp de medisinske utviklingstrekkene, inkludert økende spesialisering, nye behov innen medisinsk teknologi, digitalisering og persontilpasset medisin.
3. Tilpasse tjenestene og samarbeidet med kommunene til den økende andelen eldre pasienter.

Som hovedakser å arbeide etter for å nå målene foreslås:

1. Overgang fra små og sårbare til større og mer fleksible enheter og fagmiljøer i alle deler av virksomheten.
2. Omprioritering av ressurser fra døgnkontinuerlige tilbud med lav aktivitet til vaktordninger med høy aktivitet samt til planlagt pasientbehandling.
3. Målrettet oppbygging av egen kapasitet og faglig kvalitet for å redusere kjøp av helsetjenester fra private (inklusive Helfo-leverandører) samt pasientstrømmer ut av regionen.
4. Redusere uønsket variasjon i tjenestene ved å avvikle diagnostikk, behandling og oppfølging uten tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag.
5. Gjennomføre tiltak for å følge faglig normerende retningslinjer for pasientgrunnlag og dimensjonering av tjenester.
6. Vurdere forsøk med organisatorisk sammenslåing av primær- og spesialisthelsetjenesten i ett eller flere helseforetak etter avklaring med nasjonale myndigheter.

Forutsetninger for det videre arbeidet

Det er en forutsetning at arbeidet med å utvikle tiltak for å beholde og rekruttere medarbeidere med riktig kompetanse videreføres. Det legges også til grunn at vi skal bruke Helse Nords IT-systemer til å understøtte ny funksjons- og oppgavedeling, og til å automatisere arbeidsoppgaver der menneskelig kontakt ikke gir stor tilleggsverdi.

Nasjonale helsemyndigheter er gjennom internasjonale konvensjoner og nasjonalt lovverk forpliktet til å tilby likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen. De skal også sørge for at det samiske perspektivet ivaretas i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier. 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 pasienttransport og helseforetakenes økonomiske situasjon. Prehospital akuttmedisin og pasienttransport må derfor tilpasses endringene som vil følge av hovedaksene ovenfor. Det vil også bli nødvendig å gjennomgå den regionale inntektsmodellen for å sikre at den understøtter de demografiske endringene, den medisinske utviklingen og fremtidig struktur i foretaksgruppen.

Når det gjelder beredskap, er det nødvendig å avklare særskilte utfordringer knyttet til sykehusene i Longyearbyen og Kirkenes med nasjonale myndigheter.

Sykehusutvalgets utredning av mulige endringer i styringen av sykehusene og helseforetaksmodellen pågår. Utvalgets konklusjoner og anbefalinger kan komme til å medføre justeringer i det videre arbeidet.

Organisering

Det videre arbeidet med oppfølging av punkt 3 i foretaksmøtet 9. november 2022. og vedtakspunktene i denne saken vil bli organisert direkte under konst. administrerende direktør. Arbeidet gjennomføres med støtte fra fag- og innsiktsteamet, i nært samarbeid med avdelingsdirektører og fagdirektør.

Prosess og tidsplan

Proessen og arbeidet med å vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling startet opp midt i desember 2022. Arbeidet har så langt vært konsentrert om å analysere eksisterende data, framskaffe nye data der det har vært viktig for en helhetlig situasjonsforståelse og utarbeiding av denne styresaken.

Når styret i Helse Nord RHF har vedtatt målsettinger og hovedakser for arbeidet med å vurdere oppgave- og funksjonsfordeling i regionen, vil det videre utredningsarbeidet bestå i å framskaffe ytterligere data og analyser for å skissere mulige løsninger og foreslå konkrete tiltak. Både forslag til løsninger og tiltak vil bli lagt fram for styret i egne styresaker gjennom første halvdel av 2023 (figur 13). Et sentralt element i utredningen vil være risiko- og sårbarhetsanalyser. Når styret i Helse Nord vedtar endringsforslag, vil det i hvert tilfelle utarbeides et forslag til organisering av videre prosess. Prosessene for implementering av tiltak kan organiseres ulikt ut fra hvor det skal gjøres endringer, omfanget av endringene, antall interessenter involvert og tidsperspektiv for prosessen.

God forankring og medvirkning fra ansatte, brukere, tillitsvalgte og verneombud er en forutsetning for at prosessene skal bli vellykket. Helse Nord's intensjon er å være åpne og transparente, og vi vil dele informasjon med og lytte til våre samarbeidspartnere og omgivelser. Siden foretaksgruppen Helse Nord er en stor organisasjon, vil god internkommunikasjon også være avhengig av at linjeledere ivaretar informasjonsansvar til sine medarbeidere. Det er utarbeidet en dynamisk kommunikasjonsplan som inkluderer tiltak rettet mot både interne og eksterne interessenter. Framover vil kommunikasjonsarbeidet sentreres rundt presentasjoner og diskusjoner på ulike arenaer, gjennom artikler på nettsider og i media samt løpende svar på mediehenvelser.



Figur 13. Prosess for det videre arbeidet med å vurdere behovet for funksjons- og oppgavedeling.

Oppsummering

Saksutredningen viser at den nåværende funksjons- og oppgavedelingen i Helse Nord er basert på en struktur som ikke er bærekraftig. Strukturen er ikke tilpasset befolkningens demografi og bosettingsmønster. Den er heller ikke forenlig med moderne spesialisert medisin, og sikrer dermed ikke befolkningen i regionen likeverdige helsetjenester. Helse Nord RHF mener derfor at det er nødvendig å gjennomføre store endringer. Dette vil berøre pasienttilbudene, men det er nødvendig for å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet i fremtiden.

Psykisk helse og rus skal prioriteres i det videre arbeidet. Saksutredningen viser at utfordringene i hovedsak er de samme på dette området som i somatikken. Helse Nord RHF mener derfor at målene og hovedaksene som foreslås er dekkende for hele virksomheten.

Erkjennelsen av at endring er nødvendig har lenge vært tilstede. De viktigste tilnærmingene har vært systematisk arbeid med kontinuerlig forbedring av kvalitet og arbeidsprosesser understøttet av blant annet informasjonsteknologi (IT), og samarbeid med utdanningssektoren for å øke tilgangen på helsearbeidere. Helse Nord RHF mener at dette arbeidet ikke har vært eller vil bli tilstrekkelig for å løse utfordringene vi nå står overfor. Bemanningsutfordringen vil ikke kunne reduseres nok gjennom økt utdanningskapasitet fordi størrelsen på ungdomskullene, sammen med manglende praksismuligheter er begrensende. Helsepersonellkommisjonen har trukket de samme konklusjonene.

Den nødvendige omstillingen vil berøre mange av våre ansatte. Samtidig utgjør bemanningsproblemen en betydelig belastning i arbeidsmiljøene, slik funksjons- og oppgavedelingen nå er. Våre ansatte opplever utilstrekkelig bemanning og et sterkt press mot å påta seg overtid og vakante vakter. Dette er et paradoks, siden vi har

budsjettet om lag 25 % flere stillinger per innbygger enn landsgjennomsnittet. Også dette må sees i sammenheng med den sterkt desentraliserte strukturen i Helse Nord. De ansattes organisasjoner arbeider for bedre grunnbemanning og redusert vakthypighet. Vi konkurrerer med resten av landet om arbeidskraft, og kan ikke regne med å hevde oss i konkurransen uten å tilby likeverdige arbeidsvilkår. Erfaringer viser at ansatte opplever mindre arbeidsbelastning, større muligheter for faglig utvikling og bedre arbeidsmiljø i store enn små fagmiljøer. Helse Nord RHF mener at også dette taler for å samle ressursene i større og mer robuste driftsenheter og fagmiljøer.

Helse Nord bruker store beløp på kjøp av helsetjenester fra private, og det er betydelige pasientstrømmer ut av regionen. Også dette er et paradoks, i en situasjon der vi har langt flere stillinger per innbygger enn landsgjennomsnittet. Dette taler for å samle ressursene i større og mer robuste enheter slik at vi kan tilby planlagt behandling til flere pasienter i egen regi.

Krigen i Ukraina medfører nye utfordringer av nasjonal karakter knyttet til beredskapssituasjonen i spesialisthelsetjenesten. Sykehusene i Longyearbyen og Kirkenes er i denne sammenhengen i en særstilling. Håndteringen av dette må søkes avklart med nasjonale myndigheter.

Helse Nord har gode IT-systemer med felles pasientjournal og bildedatabase i foretaksgruppen, samt velfungerende systemer for elektronisk kommunikasjon med primærhelsetjenesten. Vi har sterke fagmiljøer i avansert prehospitalet akuttmedisin og en godt utbygd luftambulansetjeneste. Dette er sterke fortrinn som må videreføres, og som kan understøtte de store endringene som nå er nødvendige i virksomheten for øvrig.

Referanser

1. NOU 2023: 4. Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helse- og omsorgsdepartementet, 2023. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
2. Status og utviklingstrekk for spesialisthelsetjenesten Kostnader, aktivitet og utvalgte pasientgrupper. SAMDATA spesialisthelsetjeneste 2021. Helsedirektoratet 2022, Rapport IS-3053. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samdata-spesialisthelsetjenesten/Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202021.pdf/_attachment/inline/3736f641-a90c-445e-bb4f-e0f9f3969539:8c6825cf05f5a36a176f98ed317a8432bb90b3dc/Rapport%20Samdata%20spesialisthelsetjenesten%202021.pdf Meld. ST. 11 (2015-2016).
3. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019). Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20152016/id2462047/>
4. Fremtidens legespesialister. En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold. Helsedirektoratet 2014, Rapport IS-2079-3. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/fremtidens-legespesialister/Fremtidens%20legespesialister%20%E2%80%93%20en%20gjennomgang%20av%20legers%20spesialitetsstruktur%20og%20innhold.pdf/_attachment/inline/836bf85b-013a-4823-88cb-48eaea9ad50c:676d298cf39b9e8788d180a72752c0e2422b492e/Fremtidens%20legespesialister%20%E2%80%93%20en%20gjennomgang%20av%20legers%20spesialitetsstruktur%20og%20innhold.pdf