

Møtedato: 31. mai 2023
Vår ref.:
2023/323-148

Saksbehandler:
Lind, T. Hansen, Sund

Dato:
24.5.2023

Styresak 57-2023

Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning

Forslag til vedtak

Styret i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Styret i Helse Nord RHF vedtar mandat for utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.
2. Styret stiller seg bak forslag til organisering av utredningsarbeidet, inkludert medvirkning og involvering av tillitsvalgte, brukere, helseforetak og kommuner.
3. Styret opprettholder områder for utredning som ble vedtatt i *styresak 29-2023*.

Bodø, 24. mai 2023

Marit Lind
Konst. administrerende direktør

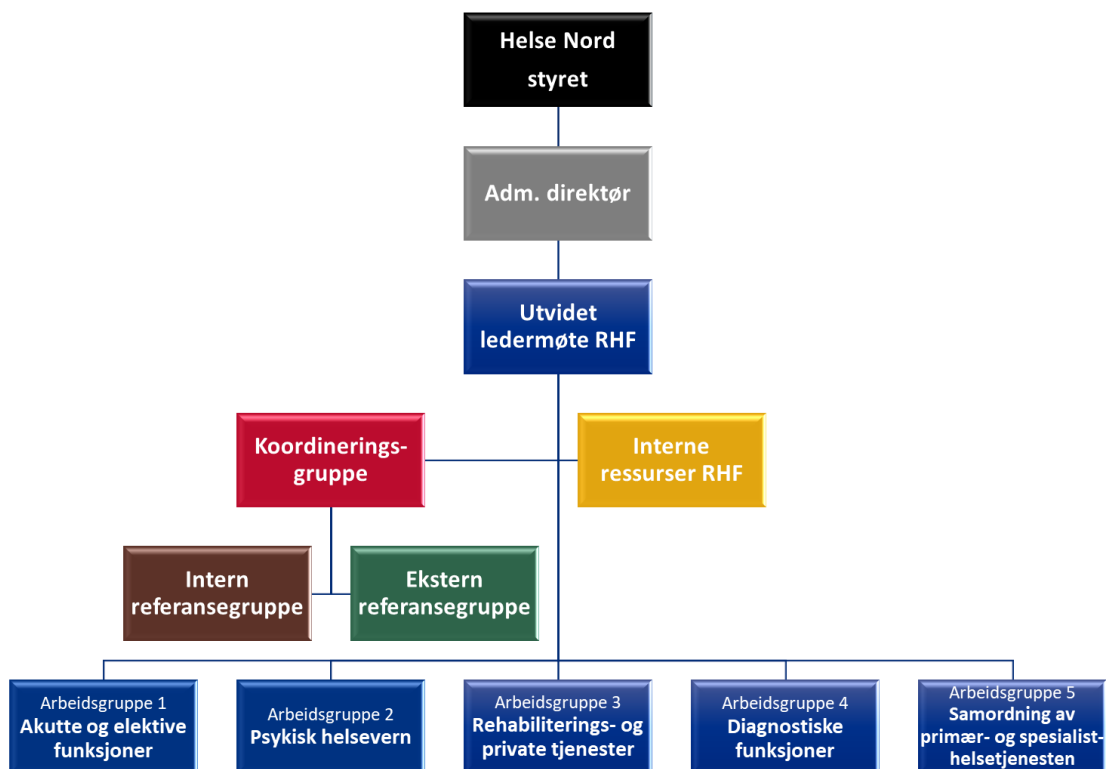
Formål

Helse Nord RHF skal som oppfølging av oppdrag gitt i *foretaksmøtet 9. november 2022* foreslå en helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling for styret, som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på sikt. Styret bes i denne saken vedta mandat for utredningen som beskriver organisering av arbeidet, involvering av helseforetakene og kommunen og områder for utredning, i tråd med styrevedtak i *Styresak 11–2023 Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord* (styremøte 23. februar 2023) *Styresak 29–2023 Tiltak for å sikre bærekraft – framdrifts- og kommunikasjonsplan, inkludert områder for utredning* (styremøte 29. mars 2023).

Mandat for utredning av endring i funksjons- og oppgavedeling

Mandatet (vedlegg 1) beskriver bakgrunnen for og hensikten med utredningen for vurdering av endring i funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord. Mål, hovedretninger og områder som skal utredes er i tråd med vedtakene i *styresak 11-2023* og *styresak 29-2023*. Det samme er de til grunnleggende forutsetningene for utredningen.

Mandatet beskriver organisering av utredningsarbeidet (figur 1), samt medvirkning og involvering internt i foretaksgruppen og av kommunene. I tillegg er risiko- og sårbarhetsanalyser, hvordan interessenter er kartlagt og planlagt ivaretatt og hvilke resultater som søkes, beskrevet. Det er også fremstilt et estimat for ressursbehov i tillegg til tidsramme for utredningen.



Figur 1. Organisering av utredningsarbeidet

I mandatet vises det også til sammenhengene med andre relevante prosesser i det regionale omstillingsarbeidet og til de nasjonale utredningene [NOU 2023: 8 - Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse](#) og [NOU 2023: 4 – Tid for handling](#) som begge vil benyttes i utredningen.

Organisering av utredningsarbeidet

Utredningsarbeidet vil bli ledet av administrerende direktør i Helse Nord RHF (figur 1) og tabell 1 viser deltakerne i de ulike organene som deltar i utredningen.

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

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

Ledermøtet i Helse Nord RHF vil være administrerende direktørs rådgivende arena for de overordnede diskusjoner og veivalg samt medvirkning og forankring av utredningsarbeidet. Konserntillitsvalgte og brukermedvirkere deltar i tillegg i arbeidsgruppene og vil sammen med konsernverneombud også sikres innflytelse gjennom løpende orientering/dialog av pågående utredning i ordinære RBU, samarbeids- og dialogmøter.

Utredningen koordineres og følges opp av en koordineringsgruppe.

Koordineringsgruppen er ansvarlig for:

- framdriften i arbeidet
- ivaretagelsen av forutsetninger og avhengigheter
- intern og ekstern involvering og kommunikasjon
- saksutredning for utvidet ledermøte og referansegrupper
- saksutredning/statusoppdateringer for styret i Helse Nord RHF
- en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse (sørge-for-ansvaret)
- utarbeidelse av utkast til en helhetlig plan for endringer i funksjons- og oppgavedeling basert på utredningen i de enkelte arbeidsgruppene.

Koordineringsgruppen vil hatt tett kontakt og samarbeid med alle øvrige aktører i utredningsarbeidet. For å sikre forankring og reell innflytelse på forslag til helhetlig plan skal alle konserntillitsvalgte og -verneombud delta i gjennomføringen av overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse.

For å sikre bred involvering fra helseforetakene etableres en intern referansegruppe bestående av de seks administrerende direktørene i helseforetakene i Helse Nord. Intern referansegruppe sammen med deltakere i arbeidsgruppene fra helseforetakene er ansvarlig for å sikre forankring i egen organisasjon, inkludert involvering og medvirkning fra tillitsvalgte, verneombud og brukermedvirkere.

Ekstern referansegruppe består av det kommunale koordineringsorganet, som oppnevnes av kommunene (se neste avsnitt).

Med bakgrunn i *styresak 29-2023* og vedtatte områder for utredning, vil utredningsarbeidet organiseres gjennom fem arbeidsgrupper som har ansvar for ulike områder (figur 1). Arbeidsgruppene settes sammen av relevant kompetanse internt fra foretaksgruppen og Helse Nord RHF, brukermedvirkere og deltakere fra kommunene (tabell 2). Utnevnelsen av deltakere fra helseforetakene og kommunene gjøres av hhv. administrerende direktører og kommunalt koordineringsorgan.

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

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

Involvering av kommunene

Den 10. mars 2023 ble det sendt ut brev til alle kommunene i Nord-Norge for å få innspill til: a) hvordan kommunene ønsket å bli involvert i utredningen, b) situasjonsforståelsen og c) andre områder for utredning. Totalt mottok Helse Nord RHF 36 svar (inkludert svar fra fem regionråd) som representerer svar fra 60 av de totalt 80 kommunene i regionen. Tilbakemeldingene viser et stort engasjement og ønske om å

bidra i utredningsarbeidet, men også variasjon i hvordan kommunene mener involveringen kan ivaretas best. Alle svarbrevene er publisert på [Helse Nords nettsider](#). I tillegg er det gjennomført to dialogkonferanser med kommunene 3. og 8. mai 2023 i hhv. Bodø og Tromsø, hvor innspillene er lagt fram og diskutert med deltakerne.

Et flertall bestående av 31 kommuner foreslår at det etableres et kommunalt koordineringsorgan som fungerer som et avklaringsorgan og ekstern referansegruppe for Helse Nord i det løpende utredningsarbeidet (vedlegg 2). Både gjennom brev og dialogkonferanser ble sammensetningen av koordineringsorganet diskutert sett opp mot politiske, administrative og faglige perspektiv. Et flertall har foreslått at koordineringsorganet settes sammen av representanter fra regionrådene og vertskommunene for sykehusene, men det er også kommet innspill om å ta med representanter fra kommuner med distriktsmedisinsk eller distriktpsikiatrisk senter.

Videre er det beskrevet at koordineringsorganet skal ha ansvar for å oppnevne kommunale deltakere til arbeidsgrupper i utredning, samt inneha funksjonen som referansegruppe med ansvar for nødvendig tilbakemelding og avklaring med kommunene i hvert regionråd. Kommunesektorens organisasjon (KS) i Nord-Norge har tilbudt seg å koordinere arbeidet. Helse Nord RHF støtter forslaget om å etablere et koordineringsorgan, men har ikke synspunkter på representasjonen i eller koordineringen av organet. Vi har derfor [i brevets form](#) bedt kommunene om at de så raskt som mulig etablerer et slik organ, slik at vi unngår forsinkelser i utredningen.

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

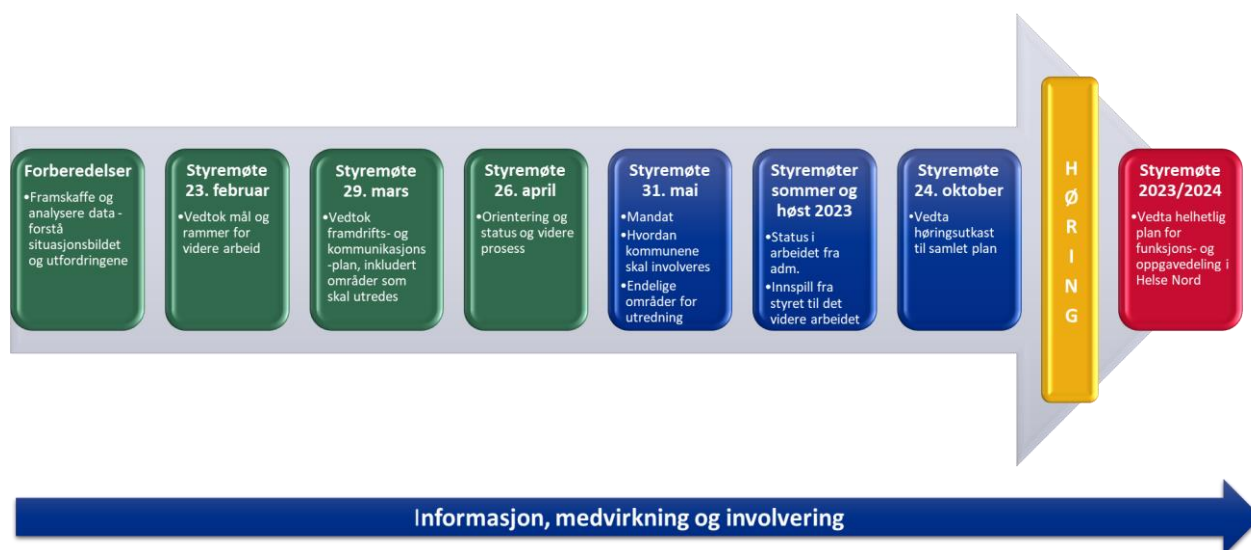
Områder for utredning

Innspill fra kommunene til utredningsområder kan deles inn i følgende kategorier: akuttberedskap, oppgaveoverføring fra større akutt sykehus til små akutt sykehus, beholde og rekruttere fagfolk, oppgaveoverføring til kommunene, konsekvenser av lengre reisevei for pasientene og tettere samhandling mellom tjenestenivåene. Alle innspill er relevante og dekkes av allerede pågående omstillingsarbeid eller vil bli inkludert i aktuelle arbeidsgruppe for utredning. Det vurderes derfor at det ikke er behov for å vedta ytterligere områder for utredning eller å øke antallet arbeidsgrupper.

Ressurser og framdriftsplan

Ressursbehovet i utredningen vil bestå av interne ressurser i foretaksgruppen, kommunale deltakere og brukemedvirkere. Det vil være nødvendig å omprioritere oppgaver i Helse Nord RHF og i helseforetakene for å få frigjort nødvendig tid og kompetanse til utredningsarbeidet. Det kan bli behov for eksterne ressurser til særskilt

analysearbeid og/eller ROS-analyser. Figur 3 viser en oppdatert framdriftsplan for utredningen av en helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.



Figur 3. Oppdatert framdriftsplan for utredningen av en helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord

Medbestemmelse

Utkast til styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning ble drøftet med de konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Nord RHF, den 23. mai 2023. Partene kom ikke til enighet i møtet. Se vedlagte protokoll og protokolltilførsel (vedlegg 3).

Brukermedvirkning

Utkast til styresak 57-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning ble behandlet i det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF, den 22. mai 2023. Regionalt brukerutvalg stilte seg bak forslag til mandat og hadde i tillegg innspill gjengitt i referatet (jf. styresak 65-2023/3 Referatsaker ad. Møte i Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF 22. mai 2023 – protokoll).

Administrerende direktørs vurdering

Helse Nord's utfordringsbilde krever endringer som er tilpasset den faktiske tilgangen på arbeidskraft i regionen. Utredningen av funksjons- og oppgavedeling, er omfattende og framdriftsplanen er ambisiøs. Det er derfor behov for en hensiktsmessig organisering av arbeidet i et tydelig rammeverk med nødvendige forventningsavklaringer før oppstart. Administrerende direktør inviterer gjennom denne saken styret til å vedta mandat for utredningen av funksjons- og oppgavedeling i Helse Nord.

Helse Nord RHF sitt sørge-for-ansvar er uendret og skal ivaretas gjennom omstillingsarbeidet. Mandatet forutsetter derfor at utredningen fører til en utvikling av helsetjenesten som sikrer alle pasienter og brukere i Nord-Norge likeverdige

helsetjenester, inkludert forsvarlig akuttberedskap. Dette får vi til gjennom reell medvirkning og involvering, riktig sammensetning av arbeidsgruppene, åpenhet om prosessen, god framdrift og likelydende, god informasjon til befolkningen, pasienter, brukere og medarbeidere.

Et så omfattende utredningsarbeid gir ulike hensyn som må veies opp mot hverandre, spesielt knyttet til direkte involvering og medvirkning av ulike interessenter. Avveininger rundt representasjon, hvem som skal delta hvor og forankring av det løpende arbeidet, er vurdert opp mot en formålstjenlig organisering av utredningen for å sikre nødvendig framdrift og leveranser. Administrerende direktør mener forslag til mandat, inkludert involvering og organisering av arbeidet, ivaretar dette på en god måte.

Gjennom arbeidet med mandatet er det kommet flere tilbakemeldinger fra ulike interessenter vedrørende framdriftsplanen. Felles for disse tilbakemeldingene er at framdriftsplanen oppfattes for ambisiøs i forhold til det omfattende utredningsarbeidet som skal gjennomføres. Administrerende direktør har forståelse for bekymringen rundt tidsplanen for arbeidet. Gjennom arbeidet vil det være en løpende dialog med styret og oppdragsgiver hvor det blant annet gjøres vurdering av om framdriftsplanen må revideres.

Styret i Helse Nord har fått et omfattende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet med å vurdere endringer i funksjon- og oppgavedeling. Framlagte mandat, inkludert medvirkning og involvering skal sikre en hensiktsmessig organisering av utredningsarbeidet.

Vedlegg:

1. Mandat for utredningen «Tiltak for å sikre bærekraft»
2. Kommunenes innspill i arbeidet med tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord – en sammenstilling av skriftlige innspill og dialogkonferanser
3. Protokoll fra drøfting med konserntillitsvalgte- og verneombud 23. mai 2023.

Mandat for utredning

< Tiltak for å sikre bærekraft >

Innhold

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

1. BAKGRUNN

I [foretaksmøtet 9. november 2022](#) ble det vist til at Helse Nord over flere år har hatt negative økonomiske resultater, og at resultatene har sammenheng med bemanningssituasjonen. Foretaksmøtet vurderte situasjonen som svært bekymringsfull og konkluderte med nødvendigheten av et større omstillingsarbeid. Helse Nord RHF ble bedt om å vurdere behov for endringer i funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at sørge for-ansvar på sikt ivaretas.

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

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

2. HENSIKTEN MED UTREDNINGEN

2.1. Hvilke behov skal dekkes?

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

2.2. Hvilke endringer skal utredningen skape?

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

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

Måloppnåelse i arbeidet skal sikres gjennom følgende hovedretninger i utredningen:

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

¹ Begrepet [likeverdighet](#) er ikke entydig definert i lovverket. Det er en vanlig forståelse at likeverdige tjenester er av god kvalitet og tilpasset den enkelte, med mål om resultatlikhet ved samme sykdomsbilde.

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

Områder for utredningsarbeidet:

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

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

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

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

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

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

Forutsetninger for det videre arbeidet

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

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

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

3. FØRINGER FOR UTREDNINGEN

3.1. Sammenheng med andre utredninger/prosjekter?

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

Følgende nasjonale utredninger vil brukes i utredningsarbeidet:

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

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

- Totalberedskapskommisjonen
- Helseberedskapsmeldingen
- Opptrappingsplan psykisk helse

3.2. Er direkte involvering av andre virksomheter aktuelt?

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

3.3. Politiske føringer og andre rammebetingelser

Følgende ansees som sentrale føringer for utredningen:

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

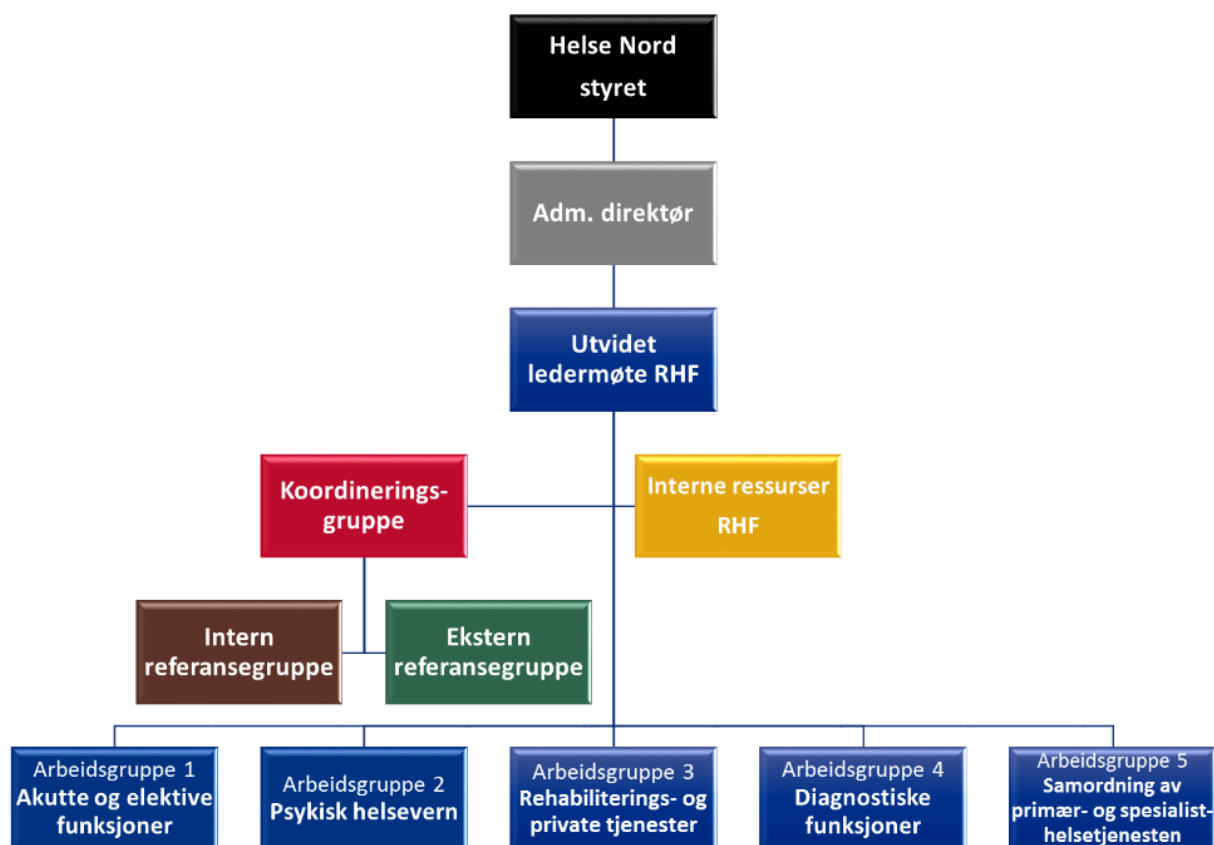
I tillegg vil tidligere utredninger som omhandler organisering og struktur i foretaksgruppen vurderes, og hvor det ansees hensiktsmessig benyttes.

4. BESKRIVELSE AV UTREDNINGEN

4.1. Organisering og ansvar i utredningen

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

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



Figur 1. Organisering av utredningsarbeidet

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

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

4.1.1. Administrerende direktør og utvidet ledermøte RHF

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

4.1.2. Intern referansegruppe

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

4.1.3. Ekstern referansegruppe

Ekstern referansegruppe består av kommunenes etablerte koordineringsorgan.

Koordineringsorganet ledes og driftes av kommunene, slik:

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

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

4.1.4. Interne ressurser

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

4.1.5. Koordineringsgruppe RHF

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

Koordineringsgruppen er ansvarlig for:

- framdriften i arbeidet
- ivaretagelsen av forutsetninger og avhengigheter

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

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

4.1.6. Arbeidsgrupper

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

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

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

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

4.2. Interessenter i utredningen

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

4.3. Resultater fra utredningen

4.3.1. Leveranse fra arbeidsgrupper

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

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

4.3.2. Leveranse fra den samlede utredningen

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

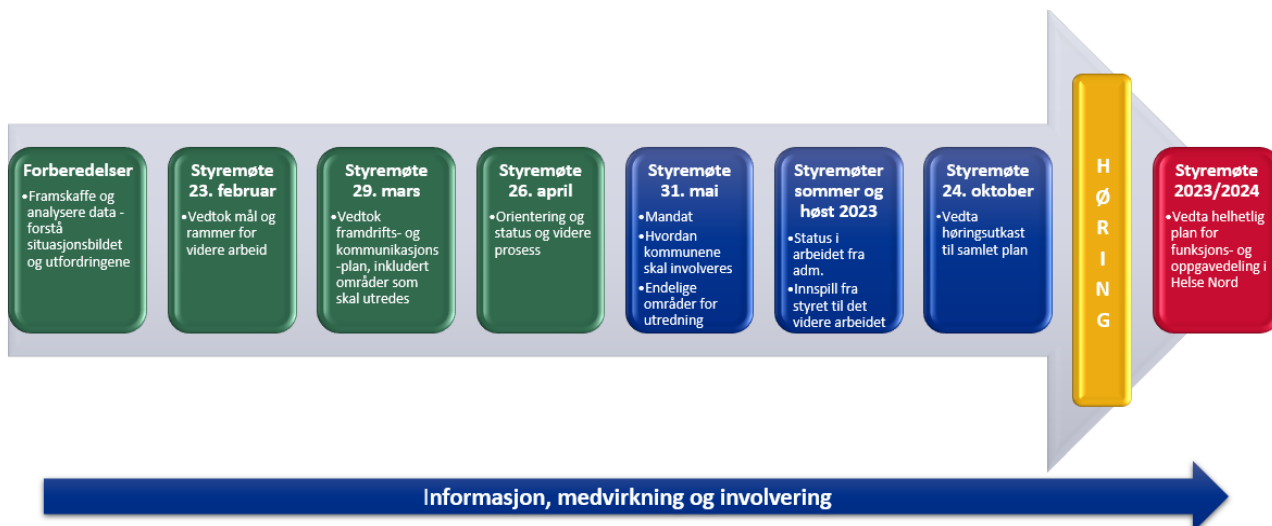
Det skal gjennomføres en overordnet ROS-analyse (sørge-for-ansvaret) før arbeidet slutføres for å avdekke risiko og sårbarhet knyttet til anbefalt alternativ. Deriblant beskrive konsekvenser for og endringer i pasienttilbudet i kommunehelsetjenesten, for pasienttransport, for ambulansetjenesten og utdanningstilbudet.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

4.4. Ressursbehov og tidsramme for utredningen

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

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

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



Figur 3. Fremdriftsplan

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

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

Tabell 3. Fremdrift utredningsarbeid

Dokumentansvarlig: Jon Tomas Finnsson

Dokumentnummer: RL7587

Godkjent av: Geir Tollåli

Versjon: 2

Gyldig for: Helse Nord

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

- veileder for saksbehandling i Helse Nord RHF

Dato: 15.10.2022

Innhold

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

1. Innledning og bakgrunn

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

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

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

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

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

1.1 Funksjoner i helseforetakene i Helse Nord

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

1.2 Grunnleggende prinsipper ved funksjonsdeling

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

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

- nyttekriteriet
- ressurskriteriet
- alvorlighetskriteriet

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

² Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)

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

Prioriteringskriteriene skal inngå i grunnlaget for beslutninger om funksjonsdeling.

2. Forhold som skal vurderes ved funksjonsdeling i Helse Nord

2.1 Nasjonale normative føringer

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

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

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

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

2.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer og Helseatlas

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

Kvalitetsindikatorer⁶ deles vanligvis inn i tre typer:

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

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

⁵ <https://helseatlas.no/>

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

2.3 Pasientgrupper/sykdommens egenart

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

Forekomst

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

Tidskritiske tilstander

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

Særegenheter ved landsdelen

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

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

Beredskaps- og smittevernhensyn

Beredskaps- og smittevernhensyn kan tale for desentraliserte tilbud

Punktene over er ikke uttømmende.

2.4 Behandlingstilbudet

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

Høyspesialisert behandling

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

Behandling av sykdommer og tilstander med stor utbredelse

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

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

Lokaler og medisinsk utstyr

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

Samspill mellom funksjoner/faggrupper

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

Påvirkning av pasientstrømmer

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

Punktene over er ikke uttømmende.

2.5 Utdanning, rekruttering og bemanning

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

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

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

2.6 Mulighet for teknologiske løsninger

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

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

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

2.7 Økonomi

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

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

2.8 Klima

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

2.9 Bærekraft

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

3.0 Anbefalt saksgang

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

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

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

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

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

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

Styret i Helse Nord RHF fatter endelig beslutning om funksjonsdeling⁷.

Når funksjonsdeling er besluttet skal nødvendig informasjon om endring offentliggjøres.

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

Vedlegg til styresak XX-2023:

Kommunenes innspill i arbeidet med tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord.

- **En sammenstilling av skriftlige innspill og dialogkonferanser**

Helse Nord RHF – Helsefagavdelingen

Kari Bøckmann, Ruben Sletteng og Tarald Sæstad

Innhold

1	Bakgrunn	1
2	Sammenstilling av svar på brev	2
2.1	Spørsmål 1:	2
2.2	Spørsmål 2:	3
2.3	Spørsmål 3:	4
3	Sammenstilling av gruppearbeid fra dialogkonferansene	7
3.1	Hvilke endringer i funksjons- og oppgavedelingen kan redusere mangelen på fagfolk?	7
3.1.1	Endringer i vaktlinjer og bedre samarbeid ved tidskritiske tilstander	7
3.1.2	Desentraliserte spesialisthelsetjenester	8
3.1.3	Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten om gode pasientforløp	9
3.1.4	Digitalisering/digital hjemmeoppfølging:	10
3.1.5	Felles arbeid mht rekruttering og stabilisering av helsepersonell i Nord-Norge	11
3.1.6	Økt fokus på helsefremming, forebygging, tidlig intervensjon og mestring	11
3.1.7	Annet.....	12
3.2	Hvilke områder kan egne seg for forsøk med samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten?	12
4	Samlet oppsummering av kommunenes innspill	13
5	Avslutning	15

1 Bakgrunn

Styret i Helse Nord RHF har vektlagt god informasjon og medvirkning av berørte parter i arbeidet med å foreslå en helhetlig plan for funksjons- og oppgavedeling som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge-for-ansvar på sikt. De fattet følgende vedtak 23. februar 2023 (Sak 11-2023, pkt. 5):

Styret forutsetter at medvirkning fra brukere, tillitsvalgte og verneombud samt informasjon om arbeidet til offentligheten blir godt ivaretatt i det videre arbeidet.

Regionens kommuner ble invitert til å komme med innspill til arbeidet. 10. mars 2023 ble det sendt brev til alle 80 kommunene med følgende tre spørsmål:

1. Hvilke konkrete forslag har din kommune til hvordan 80 kommuner i Nord-Norge på en god og gjennomførbar måte kan involveres i Helse Nord RHF's videre arbeid med utredningen av funksjon- og oppgavedeling?
2. Har kommunen innspill til problemforståelsen/situasjonsbildet som Helse Nord RHF har beskrevet i styresak 11-2023?
3. Har dere forslag til konkrete områder innen sykehusenes funksjoner som dere mener bør utredes videre for mulig funksjons- og oppgavedeling? (Se til styresak 29-2023 beskrevet ovenfor)

Til tross for relativt kort tidsfrist svarte 59 av 80 kommuner (31 kommuner og fem regionråd som svarte på vegne av 28 kommuner).

Alle svarbrev er tilgjengelig på <https://helse-nord.no/endring-og-omstilling-i-helse-nord/spor-kommunene-om-involvering>.

I styremøte 29. mars 2023 fattet styret følgende vedtak om involvering av kommunene (Sak 29-2023, pkt. 5):

Styret ber adm. Direktør komme tilbake til styret med en ny vurdering av ytterligere områder, samt hvordan kommunene skal involveres i det videre arbeidet, etter at skriftlige innspill fra kommunene er mottatt og vurdert.

Helse Nord RHF inviterte kommunene i regionen til dialogkonferanser i Bodø (3. mai) og i Tromsø (8. mai). I første del av konferansene ble kommunenes skriftlige innspill om involvering presentert og drøftet. I andre del av konferansene ble det arbeidet i grupper. Totalt 40 kommuner deltok på konferansene. I tillegg deltok KS, sekretariat for helsefellesskapene og media.

I alt 68 av regionens 80 kommuner har bidratt med innspill, enten via brev, dialogkonferanse, eller i begge foraene. De 12 kommunene som ikke har gitt innspill fordeler seg med 1 fra Nordland (Nesna), 4 fra Troms (Dyrøy, Salangen, Skjervøy og Storfjord), samt 7 fra Finnmark (Hasvik, Karasjok, Kautokeino, Loppa, Måsøy, Nordkapp og Porsanger).

I dette dokumentet presenteres svar på skriftlige innspill (kap. 2), en sammenfatning av referater fra dialogkonferansene (kap. 3) og en samlet oppsummering (kap. 4).

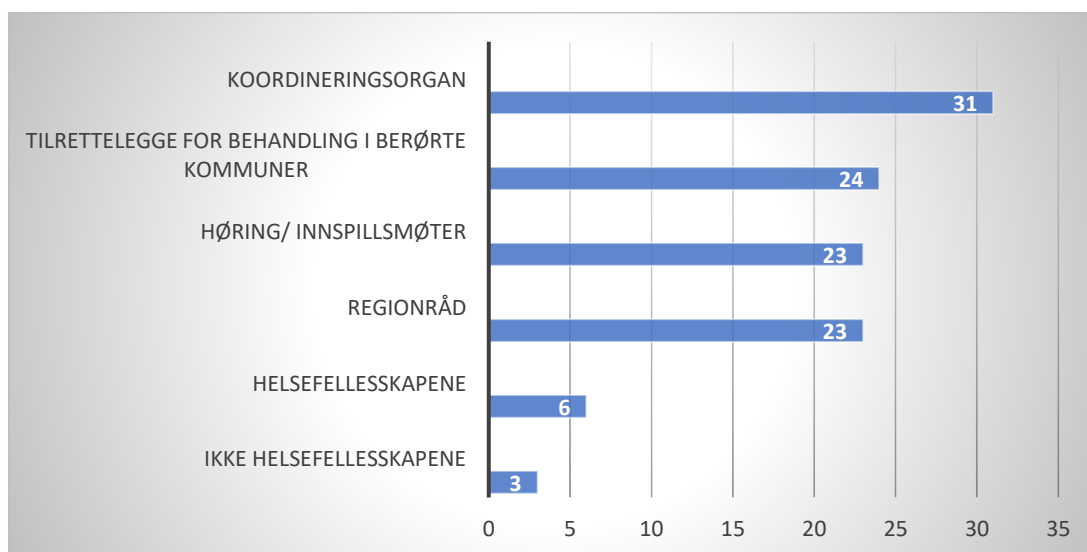
2 Sammenstilling av svar på brev

2.1 Spørsmål 1:

Hvilke konkrete forslag har din kommune til hvordan 80 kommuner i Nord-Norge på en god og gjennomførbar måte kan involveres i Helse Nord RHF's videre arbeid med utredningen av funksjon- og oppgavedeling?

Alle kommunene ga ett eller flere innspill om involvering, og over 150 forslag kom inn.

Figur 1: Kommunenes forslag til involvering (n=59).



Et flertall av kommunene foreslo at kommunene etablerer et kommunalt koordineringsorgan bestående av ett medlem fra hvert regionråd og ett medlem fra hver vertskommune for sykehusene. Videre foreslo de at organet kan bidra med løpende avklaringer med Helse Nord RHF i utredningsarbeidet, samt oppnevne representanter til ulike arbeids- og utredningsgrupper på forespørsel. Kommunene foreslo også at medlemmene fra regionrådene skulle ha ansvaret for nødvendig tilbakemelding og avklaring med kommunene i de respektive rådene.

Også Regionrådene ble foreslått som involveringsarena. Noen kommuner foreslo at Helsefelleskapene kunne ha en slik rolle, mens andre mente helsefelleskapene ikke er egnet da etableringen av disse ikke har kommet langt nok.

Det var også stor tilslutning til forslag om at Helse Nord skal tilrettelegge for kommunal behandling av saken i berørte kommuner ved endringer av betydning for helsetjenestetilbudet kommune- eller spesialisthelsetjenesten.

Ulike former for høringer, innspillsmøter, workshops og liknende, med bred deltakelse fra kommunene ble vektlagt av mange. Det ble også understreket at det må settes av tilstrekkelig med tid til involvering, slik at det blir mulig å sikre reelle medvirkningsprosesser.

Kun ett av innspillene som ble mottatt omhandlet sikring av samisk involvering, og representasjon fra forvaltningsområdet for samisk språk i utredningene. Styresak 11 og 29-2023 slår fast at Helse Nord har et særskilt ansvar for å ivareta utviklingen av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, og at dette må tas hensyn til i det videre arbeidet.

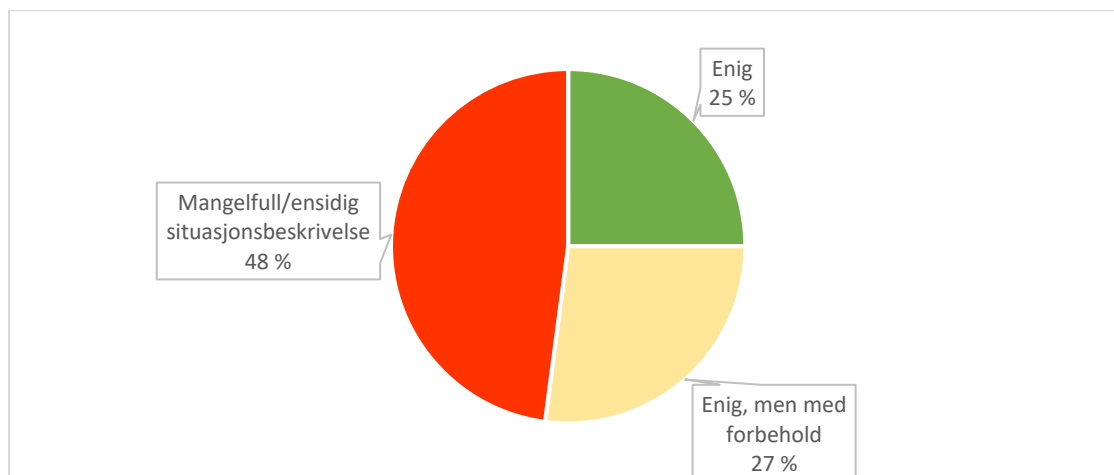
Figur 1 ble presentert i dialogmøtene og drøftet videre der. I innleggene kom det fram støtte til opprettelse av et koordineringsorgan også fra kommuner som ikke hadde sendt skriftlige forslag om dette. Flere kommuner holdt samtidig fram at kommunene er forskjellige, og at mange har ulike interesser. Flere holdt fram at disse forskjellene må reflekteres i koordineringsorganet. Ulikhetene som ble nevnt, var blant annet kommunestørrelse, vertskommunestatus, avstand til nærmeste sykehus, og fylkestilhørighet. Både politisk vs. administrativ representasjon i koordineringsorganet samt fastlegenes og kommunelegenes rolle i arbeidet ble diskutert. Det kom også innspill om organisering og ledelse av organet.

2.2 Spørsmål 2:

Har kommunen innspill til problemforståelsen/situasjonsbildet som Helse Nord RHF har beskrevet i styresak 11-2023?

I alt 48 kommuner ga innspill på dette spørsmålet. Ingen av kommunene ga uttrykk for at de var direkte uenig i det situasjonsbildet. Innspillene fordeler seg i hovedsak i tre kategorier; de som er enige (25 %), de kommunene som er enige, men som har enkelte forbehold (27 %) og de kommunene som mener at situasjonsbeskrivelsen er mangelfull eller ensidig (48 %).

Figur 2: Kategorisering av innspill til situasjonsbeskrivelsen



Kommunene som mener at situasjonsbeskrivelsen er mangelfull eller ensidig savner en videre beskrivelse av hele helsetilbudet, en situasjonsbeskrivelse som inkluderer primærhelsetjenesten og tilstanden i kommunesektoren. Kommunene som er enige men har forbehold mener at situasjonsbeskrivelsen er korrekt, men at tiltakene som

beskrives i styresaken ikke er riktige eller hensiktsmessige virkemidler for å løse utfordringene.

Inntrykket fra brevene ble bekreftet gjennom dialogkonferansene. Ingen representanter var direkte uenig i den situasjonsbeskrivelsen i styresak 11-2023, men flere etterlyste en bedre beskrivelse av situasjonen i kommunene for å få fram helheten i helse- og omsorgstjenesten i Nord-Norge.

2.3 Spørsmål 3:

Har dere forslag til konkrete områder innen sykehusenes funksjoner som dere mener bør utredes videre for mulig funksjons- og oppgavedeling? (Se til styresak 29-2023 beskrevet ovenfor)

De skriftlige svarene fra kommunene ble sortert og kategorisert i følgende hovedområder:



Akuttberedskap

Kommunene er bekymret for at dagens akuttmedisinske kjede vil endres og dermed redusere tilgangen på akutt behandling for deler av regionens befolkning. De holder fram at nasjonale føringer på akseptabel akuttransport må gjelde også for Nord-Norge. Akutt medisin, akutt kirurgi med traumebehandling og fødeavdeling må ligge slik at pasienter når det innen akseptabel tid når det haster som mest. Dette er et ufravikelig krav og må ligge til grunn for den videre utredningen. Transporttid til behandling for tidskritiske tilstander og trygg reisevei må omtales. Kommunene påpeker at prehospitaltjenestene må forsterkes før endringer i akuttfunksjoner gjennomføres. Flere kommuner beskriver behovet for å opprettholde eller bygge ut dagens tilbud, mens andre har konkrete forslag til endringer i funksjons- og oppgavedeling:

- Kommunene kan overta ansvar for ambulansene
- Helse Nord bør redusere antall sykehus med akuttfunksjon
- Samlokalisering av legevakt, ambulanse og akuttmottak

Oppgaveoverføring til kommunene

Kommunene er tydelig på at de ivaretar en stor del av helsetjenestene i dag. Flere beskriver potensielle områder som kan overføres til kommunal tjenesteyting, eller som bør utredes nærmere. Flere etterspør lettere tilgang på kompetansen til spesialisthelsetjenesten, enten gjennom kompetanseoverføring eller at spesialisthelsetjenesten i større grad ambulerer ut til pasient og primærtjenester.

- Hvis kompetansen (og finansiering) er til stede i kommunene, kan enkelte behandlinger som blodoverføring/dialyse og kreftbehandling gjøres i kommunene
- Ambulerende tilbud må styrkes for å unngå reise for store deler av befolkningen
- Samarbeid om utvikling av kompetanse og plan for kompetanseoverføring kan gi grunnlag for at enkelte oppgaver kan overføres til kommunene. Oppgaveoverføring må skje etter felles beslutning mellom partnerne.

Oppgaveoverføring fra Tromsø/Bodø til lokalsykehus

Kommunene ønsker å få medisinske tjenester nærmere egen befolkning og opprette flere distriktmedisinske senter.

- Vi vil oppfordre Helse Nord til å utrede muligheten av at en større grad av behandlingen gjennomføres i lokalsykehus ved bruk av digital teknologi og ambulerende spesialisthelsetjenester
- Helse Nord RHF bør i langt større grad etterstrebe stedlig tjenestetilbud. At helsepersonell bærer reisebelastningen i stedet for syke, familiemedlemmer, bedrifter o.l. bør være langt bedre enn dagens praksis
- «Desentralisere alt vi kan – sentralisere det vi må». Dette perspektivet er fraværende i Helse Nord i konkretisering av utfordringsbildet.
- Flere spesialisthelsetjenester bør ytes desentralt (bl.a. gynekologi, psykiatri må opprettholdes, øye, øre-nese hals må styrkes, dialyse, kreft).

Utrede konsekvensene av lenger reisevei

Landsdelen er svært langstrakt med utfordrende infrastruktur. Kommunene er bekymret for at innbyggerne vil få vesentlig lenger reisevei både til akuttfunksjoner og til elektive tilbud. Det er en frykt for at dette vil få samfunnsmessige betydninger ut over konsekvenser for den enkelte pasient.

- Avstand til helsehjelpen reduserer bruk av helsehjelp (henviser til NSDM).
- Det er allerede en bekymring at avstander til sykehus, rettigheter knyttet til pasientreiser mv. medfører at det er geografisk forskjell på hvilke tilbud

innbyggerne i de 80 kommunene har, eller kan benytte seg av, og at det kommer en økonomisk belastning på individnivå knyttet til hvor tilbudene fins.

Felles innsats for rekruttering/stabilisering

En gjennomgående tilbakemelding fra kommunene er at mangelen på fagpersoner rammer alle aktørene i regionene. Kommunene og spesialisthelsetjenesten har behov for mye av den samme kompetansen og en opplever at tjenestene forsøker å rekruttere de samme fagfolkene, noe som igjen driver kostnadene oppover. Flere ønsker felles rekrutteringsprosjekter og/eller tiltak på tvers for å beholde relevant kompetanse i regionen.

- De helsefaglige ressursene er et knapphetsgode og vi må sammen med akademia jobbe for utdanninger nærmere praksisstedene og legge til rette for desentraliserte forløp
- Rett kompetanse og tilfredsstillende bemanning er en velkjent utfordring både for kommuner og HN. Vi foreslår etablering av ansattpool som kan sikre begge forannevnte en bedre og mer stabil tilgang på etterspurt fagkompetanse
- Felles prosjekt på rekruttering er allerede etablert noen steder
- Det må i større grad være et samarbeid om utfordringsbildet begge parter står i.

Tettere samhandling mellom tjenestenivåene

En rekke kommuner fremhever samhandling som en av nøklene som kan bidra til å løse bemanningsutfordringene. Flere tar til orde for tiltak der aktørene kan dra veksler på både kompetanse, utstyr og tilgjengelige hender. I innspillene fremkommer det også forskjeller mellom kommunene. Noen ønsker flere oppgaver, mens andre ønsker færre oppgaver.

- FACT teamet med sine tverrfaglige fagpersoner gjør i dag en viktig jobb i regionen som vi ser har en forebyggende verdi
- Konsekvensene av manglende samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjenesten burde etter kommunens syn vært enda mer fremtredende i situasjonsbildet
- Smartere samhandling, mer bruk av digitale verktøy vil bli viktig for fortsatt å kunne gi innbyggere de rettighetene de har til utredning og behandling
- Samlokalisering med prehospitale tjenester og legevakt vil kunne bedre tjenester for de akutte pasientene
- Styrket veiledning og kompetanseoverføring til kommunene når oppgaver overføres

3 Sammenstilling av gruppearbeid fra dialogkonferansene

I del 2 av dialogkonferansene ble det stilt to spørsmål. Spørsmålene ble drøftet i grupper. I Bodø besto gruppene av 8 deltakere inkludert en ordstyrer fra kommunene og en referent fra Helse Nord. I Tromsø ble gruppestørrelsen redusert til 6.

I dette kapittelet presenteres en sammenstilling av referatene fra gruppearbeidene, sortert i hovedområder.

Gruppene fikk følgende problemstillinger til drøfting:

Vår felles helsetjeneste er sårbar med mangelen på fagfolk som vil forsterke seg framover, både i spesialist- og primærhelsetjenesten. Vi har samme mål om det beste helsetilbudet til den nordnorske befolkningen.

Spørsmål 1: Hvilke endringer i funksjons- og oppgavedelingen kan redusere mangelen på fagfolk?

Spørsmål 2: Hvilke områder kan egne seg for forsøk med samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten?

3.1 Hvilke endringer i funksjons- og oppgavedelingen kan redusere mangelen på fagfolk?

Kommunene var opptatt av at ingen kan løse mangelen på fagfolk alene og at det må jobbes for å skape en felles forståelse mellom primær og spesialisthelsetjenesten. Innspillene fra kommunene er sortert i følgende hovedområder:

- Endringer i vaktlinjer og bedre samarbeid ved tidskriske tilstander
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester
- Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten om gode pasientforløp
- Digitalisering
- Felles arbeid mht rekruttering og stabilisering av helsepersonell i Nord-Norge
- Økt fokus på helsefremming, forebygging, tidlig intervensjon og mestring
- Annet

3.1.1 Endringer i vaktlinjer og bedre samarbeid ved tidskriske tilstander

Befolkningen har store forventninger til god beredskap, særlig ved tidskriske tilstander. Ved endringer i akuttfunksjoner er det en forutsetning at prehospitale

tjenester styrkes. En styrking av spesialisthelsetjenestens prehospitaltjenester vil også kunne bidra til mer stabilitet i legevakt.

Ved samlokalisering av kommunale tjenester som KAD og ØKD, helsehus, ambulansestasjoner og akuttmottak kan en utvikle et samarbeid som gir bedre ressursutnyttelse, bedre samarbeid samt riktigere sortering og prioritering av pasienter. Svingdørsproblematikk kan forebygges i større grad enn i dag.

Tredelt turnus er kostbart når det ikke er befolkningsgrunnlag for dette. Erfaringen i dag er at det bindes opp mange folk på grunn av vaktlinjer og beredskap. Ved dobbelt antall personell på ambulansestasjoner: Kan personellet utføre andre oppgaver mens de venter? Eventuelt så må oppgaver flyttes til der det skjer mer. En må også tenke på at transporten gjøres annerledes nå enn da sykehusstrukturen ble lagt (tuneller, bedre veier, helikopter mv.)

Når det gjelder leger i vakt så hadde det vært ønskelig å ha flere generalister tilgjengelig.

NB: Akuttberedskap og samfunnssikkerhet må sees i en større sammenheng, ikke bare i fredstid. Faren for krig og konflikt er et argument for å ha godt utbygde lokalsykehus med akuttfunksjoner.

3.1.2 Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Sentralisering av funksjoner vil være en løsning på mangelen på fagfolk, men vil dette gi gode og trygge nok tjenester – samlet sett? Det vises til internasjonal forskning om at lengre reisevei til høyspesialiserte tjenester ikke er samfunnsøkonomisk lønnsomt. Det vises også til at avstand til sykehus gir redusert bruk av tjenester og det stilles spørsmål ved om tjenestene vi tilbyr befolkningen dermed kan sies å være likeverdige. De som har vanskeligheter med å reise er særlig utsatt og gode rehabiliteringstjenester krever geografisk nærhet.

«I Kvæanganen som er lengst unna spesialisthelsetjenesten er det mistenkelig nok mindre behov for spesialisthelsetjenester enn i andre kommuner».

Kommunene angir at sentralisering tapper kommunene og sannsynligvis vil påvirke tilflytting negativt. Samtidig var flere tydelige på at kommunene må være villige til å ta de vanskelige diskusjonene. Med alle tilbud på alle steder vil det være vanskelig å rekruttere fagfolk. «Vi har ikke hender nok i Norge til å gjøre alt vi har lyst til. Vi må derfor prioritere hva vi skal bruke disse hendene til».

Befolkningen har forventninger til helsehjelp av faglig høy kvalitet. Som eksempel vises det til fødselsomsorgen og at befolkningen heller vil føde på en plass der det er jevnlig fødsler enn en plass der det ikke har vært fødsler de siste to månedene. Betydning av mengdetrening vektlegges, både i spesialist og kommunehelsetjenesten.

En løsning som beskrives er å tilby desentrale spesialisthelsetjenester i større grad. Ved overføring av/samarbeid om spesialisthelseoppgaver til kommunene må det gjøres klare avtaler og flere forutsetninger må være på plass:

- *Det bør gjøres en forventningsavklaring på hva kommunene kan levere nå og hva de kan levere på sikt.* Noen kommuner angir at det er vanskelig å se for seg at kommunene kan utføre flere oppgaver. De sliter fortsatt med å implementere samhandlingsreformen. Andre kommuner som ivaretar desentraliserte spesialisthelsetjenester per i dag er svært positiv til videre utvikling, men ser sårbarhet i knapphet på kommunal kompetanse og tilgang på personell.
- *Det må gis god opplæring/kompetanseoverføring*
- *Tilstrekkelige ressurser/personell med riktig kompetanse må være tilgjengelig*
- *Ansvar for behandling og evaluering må være tydelig, inkludert juridiske avklaringer*
- *Finansiering:* Når spesialistoppgaver utføres i kommunene må denne være fullfinansiert fra spesialisthelsetjenesten. Erfaringene med slike oppgaver i kommunene varierte. En kommune hadde 8 pasienter i dialysebehandling med daglig oppfølging fra UNN og var meget godt fornøyd. En annen kommune hadde erfart at kostnaden ved innleie av dialysesykepleier fra sykehuset var 3 x ordinær timepris. Å inngå samarbeidsavtaler om desentraliserte spesialisthelsetjenester ble beskrevet som en økonomisk risikosport for kommunene. Det bør utvikles en finansieringsmodell som beregner finansiering til kommunene når de tilbyr slike oppgaver. Det er ønskelig med nasjonale føringer som sikrer lik praksis.

Kommunene angir at desentraliserte spesialisthelsetjenester gir større press på primærhelsetjenesten. Det er også en erfaring at endret geografisk plassering av avtalespesialister har betydelige konsekvenser. En avtalehjemmel innen gynekologi ble flyttet fra Finnsnes til Harstad. Dette fikk store konsekvenser for Finnsnes.

3.1.3 Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten om gode pasientforløp

Tjenestenivåene må ha god kunnskap om hverandre. «Vi gjør ting smidigere hvis vi forstår hverandres behov». Det etterspørres bedre systematikk når kommuner skal avlaste sykehus. «I dag er det tungrodd, byråkratisk og lite systematisk». Ved felles tjenestetilbud må det være forpliktende avtaler og strukturert dialog. Det er viktig at spesialisthelsetjenesten er klar over at mange kommuner har svært sårbare tjenester.

Samlokalisering fremmer gode vurderinger, samarbeid og tjenesteinnovasjon. Økt interkommunalt samarbeid bør også vurderes. Forpliktende samarbeid med nabokommuner kan være en måte å tilrettelegge for hensiktsmessige tjenester av god faglig kvalitet, evt også samarbeid om KAD-senger.

Rehabilitering:

«Det er sløsing med ressurser dersom en ikke får god rehabilitering i etterkant av inngrep/operasjoner.»

Gode rehabiliteringsforløp starter på sykehuset. Det hadde vært fint med felles løsninger for rehabilitering som tar hensyn til kompetanse og tilgjengelige ressurser. Kunne det i framtiden opprettes mellomstasjoner/halvannenlinjetjeneste/intermediære tilbud mellom kommune og spesialist?

Sykehusene har noen ganger for store forventninger til hva kommunene kan bidra med og lover tjenester på vegne av kommunen. Sykehuset skal skissere behov, ikke love tiltak. Begynn å tenke BEON (Beste effektive omsorgsnivå) - prinsippet og omsorgstrappen også i sykehusene.

Styrking av helhetlige pasientforløp gir redusert ressursbruk.

Utskrivningsklare pasienter:

Det er svært uheldig når utskrivning skjer på ettermiddag og helg. Noen ganger skrives pasienter ut nesten før de ankommer sykehuset. Det gjelder særlig geriatri og psykisk helse. Vet vi hvor mange «hender» disse pasientene trenger? Hvor mye koster det når pasienter skrives ut for tidlig? Det er viktig å huske på at sykehjemspasienter i dag har mer kompliserte tilstander nå enn de hadde for 10 år siden.

Ambulante team og samarbeid med DPS og DMS:

En samordning av ressurser mellom sykehus og kommuner kan fungere godt innen enkelte fagområder, som geriatri, palliasjon, psykisk helsevern og TSB. Kanskje kunne man gjort flere geriatriske utredninger i kommunene dersom geriater fra sykehusene bisto fastlegen lokalt?

Kan bedre støtte til primærhelsetjenesten føre til mindre bruk av senger på sykehus? Noen plasser er det opprettet felles team for å sikre at pasienten er utskrivningsklar med det resultat at svingdørsproblematikk forebygges.

Sparer man «hoder» på å overføre oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene, eller sparer man mest på å forbedre samarbeidet?

3.1.4 Digitalisering/digital hjemmeoppfølging:

Ambulerende team, velferdsteknologi og digitalisering kan bidra til bærekraftige helsetjenester i fremtiden. Det som kan tas digitalt bør tas digitalt.

LEON (lavest effektive omsorgsnivå) - prinsippet kan følges bedre gjennom økt bruk av digitale verktøy. Beslutningsstøtte fra sykehusspesialister til kommunale aktører via digitale plattformer (fastlege, sykehjem) kan forebygge innleggelser og hindre unødige reiser. Samfunnet sparer på at pasienter slipper lange reiser.

Noen plasser er det liten vilje til å investere i nødvendig utstyr. Andre plasser er det godt utstyr men dette blir ikke brukt godt nok. Er det ikke behov eller er ikke eierskapet sterkt nok?

Bruk av teknologi og digitale hjelpemidler må inn i helsefag-utdanningene. Det må også bli naturlig og lyse ut stilling som IKT-medarbeider i helse- og omsorgstjenesten.

Medisindispensere bør standardiseres og innføres som pålagt førstevalg. Ordningen ble stoppet i en kommune (CMG) grunnet at leger fikk merarbeid og vurderte at systemet ikke var kvalitetssikret godt nok.

3.1.5 Felles arbeid mht rekruttering og stabilisering av helsepersonell i Nord-Norge

Vikarbruken må ned. Det koster mye og er negativt for arbeidsmiljøet. Et felles løft for rekruttering av Helsepersonell til Nord-Norge bør vurderes, gjerne i samarbeid med høyskoler og universiteter. Sektorene må samhandle og gjøre det attraktivt å bosette seg i nord. Tiltaksområdene bør utvides og gjelde hele landsdelen selv om økonomiske incentiver ikke er tilstrekkelig i dagens marked. Aktuelle faktorer:

- Lønn og videreutdanning (med bindingstid)
- Godt og spennende fagmiljø med tilbud om ulike karriereløp (både i spesialist og kommune)
- Kombinasjonsstillinger
- Nordsjøturnus
- «Hus-hytte» – ansettelse
- Øke og opprettholde utdanningskapasiteten
- Boliger, barnehager mv.

Det er ikke bare å utdanne flere. Mange studieplasser står tomme.

Helsepersonell har lyst til å bruke tid på fag. Kan arbeidsplassene bli mere attraktive ved å få inn bedre stab- og støttefunksjoner (f. eks sekretærer)?

«Husk at personell ikke nødvendigvis blir med på lasset om en sentraliserer i landsdelen, de flytter sørover.»

3.1.6 Økt fokus på helsefremming, forebygging, tidlig intervensjon og mestring

Fokus på tidlig intervensjon og opplæring med mål om egenmestring bør styrkes. Hva kan gjøres for å ta ned behovet for helsetjenester i befolkningen og få folk til å tenke: Hva kan jeg gjøre selv? Forebygging, helsefremming, tidlig intervensjon og økt helsekompetanse kan være en del av løsningen på fremtidens personellmangel.

Videre er det en forventning i befolkningen om at tjenestene de mottar skal være fremragende. Hva er «gode nok» tjenester? Fastlegene har en viktig rolle som portvoktere, både prioritere og nedprioritere.

Politikere må også tørre å ta diskusjonen om å regulere forventninger. «Jeg er kjemperedd for at politikerne lover mer enn de kan holde i valgkampen».

I framtiden må vi kanskje finne andre måter å tilby behandling og gi omsorg på. Vi må se på økt bruk av frivillige likepersoner, både i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Pårørende yter 130 000 årsverk i omsorg i Norge per år og vi klarer oss ikke uten dem. De er en del av den samlede omsorgsressursen i Norge og må tilbys støtte, opplæring og veiledning slik at de kan fortsette i sine omsorgsroller uten selv å bli syke.

Spesialisthelsetjenesten skal ifølge Folkehelsemeldingen ta et større ansvar for forebyggende arbeid.

Vi har et felles utfordringsbilde: Hvordan drive helsetjenestene sammen. Det er lurt å kommunisere behovet for endringer i fellesskap.

3.1.7 Annet

Unngå overbehandling/utredning – gjør kloke valg: Utvikle finansieringsløsninger som understøtter «kloke valg». Kan vi i større grad styre helsepersonell sine oppgaver? Vi må alle i større grad begynne å tenke: Er det noe vi skal slutte å gjøre?

Oppgaveglidning: Kan helsefagarbeidere gjøre mer av det som sykepleierne gjør? Administrative oppgaver og rapportering stjeler tid fra pasientbehandling. Legene må brukes til legeoppgaver.

Kan helsepersonell benyttes mer på tvers og kan vi i større grad benytte personer uten fagutdanning? Kan fysioterapeuter benyttes på en annen måte? «Vi har mange søkere».

Utdanning:

- Tilby kurs/videreutdanning av helsepersonell i kommunene – f. eks jordmødre og ultralyd
- Legg til rette for en bedre balanse mellom generalistkompetanse og spesialistkompetanse hos leger, selv om spesialisering er vanskelig å reversere.

Samhandling i spesialisthelsetjenesten: Spesialisthelsetjenesten henger etter mtp intern samhandling. Er det doble tilbud i Bodø/Tromsø? Regionalisering av oppgaver kan gjøres både gjennom sentralisering og desentralisering. Lengre reisevei ved elektiv behandling må aksepteres for noen tjenester (ikke tidskritiske).

Plunder og heft: Vi har journalsystemer som ikke snakker sammen (fastlege, sykehjem, legevakt). Elektroniske meldinger er ikke mulig å sende mellom kommuner.

En samlet *samfunnsøkonomisk analyse* knyttet til lengre reisevei ved endringer vil ikke være mulig gitt tidsramme og framdriftsplan i Helse Nord sitt oppdrag. Det er likevel lov å mene at det bør være en større utredning av samfunnsøkonomiske konsekvenser før beslutninger om endring av helsetilbud fattes.

3.2 Hvilke områder kan egne seg for forsøk med samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten?

- Svalbardmodellen bør vurderes på flere fastlandslokasjoner
- Kan man ha mobile spesialisthelsetjenester, som for eksempel Mammografi-bussen? Kan de tilby også andre kontroller?
- Bilaterale hospiterings- og ambuleringsavtaler mellom, primær- og spesialisthelsetjenesten
- Desentral oppfølging – aktuelle oppgaver er kreftsykepleie, dialyse, KOLS, artritt, infusjon, lysbehandling, kontroller etter inngrep.

- Interkommunalt samarbeid i distriktskommuner med felles ledelse/organisering/bemanning der man også har DMS, sykehjem og KAD-senger?
- Samlokalisering av legevakt, ambulanse og akuttmottak.
- Ambulante team (psykisk helse og rus, geriatri)
- Digitalt tilsyn på legevakt/legekontor
- Konkrete områder som nevnes:
 - Psykisk helse og rus
 - Rehabilitering og overgang mellom tjenestenivå
 - Demens
 - Forebygging/folkehelse – livsstilssykdommer
- Opplæring og simulering
- Felles rekrutteringskampanjer
- Innføre hjelpepsykepleier (ordning i Finland). Bør det undersøkes hvordan sykepleiere arbeider i andre land der sykepleieryrket er mer rendyrket (Sverige)?

4 Samlet oppsummering av kommunenes innspill

Kommunenes oppslutning med skriftlige innspill og deltakelse på konferansene viser et stort engasjement. Både politisk og administrativt nivå har gjennom innspillene vektlagt betydningen av å opprettholde kvalitativt gode og tilgjengelige spesialisthelsetjenester. Mange er opptatt av at helsetjenestene i størst mulig grad må ytes der folkene bor, i lokalmiljøene, i lokale institusjoner og botilbud og i eget hjem. Kommunene beskriver flere eksempler på innovative løsninger som gjerne kan videreutvikles og forbedres.

Kommunenes uttrykker bekymring for om prosjektet kan gjennomføres på en tilfredsstillende måte etter vedtatt tidsplan. De er også opptatt av de samfunnsmessige konsekvensene endringer i oppgave- og funksjonsdelinger kan medføre. Det aller viktigste er at akuttberedskapen sikres men det uttrykkes også bekymring for tilgang og kvalitet på helsetjenester samt lenger reisevei.

Det er gjennomgående stor enighet i at Helse Nord RHF har beskrevet sin del av utfordringsbildet i regionen. Flere kommuner beskriver tilsvarende utfordringer i sine tjenester, og mener at situasjonsbeskrivelsen ville vært bedre om den hadde beskrevet utfordringsbildet i hele helse- og omsorgstjenesten.

Ordlyden i brev og innlegg på dialogkonferansene viser stor vilje til å prioritere kommunal deltakelse i det videre arbeidet. Flere kommuner har allerede gjort et betydelig koordineringsarbeid gjennom regionrådene. Forslaget om å etablere et felles kommunalt koordineringsorgan er et godt svar på spørsmålet som ble stilt om hvordan 80 kommuner i Nord-Norge på en god og gjennomførbar måte kan involveres i Helse Nord RHF's videre arbeid med utredningen av funksjon- og oppgavedeling.

Kommunene fikk spørsmål om de hadde forslag til konkrete områder innen sykehusenes funksjoner som de mente bør utredes videre for mulig funksjons- og

oppgavedeling? Flere områder ble foreslått i de skriftlige innspillene. Gjennom dialogkonferansene ble det tydelig at kommunene også ønsker at helsetjenestenes ansvar og rolle i krise og konflikt skal være en del av utredningsarbeidet. Flere var også opptatt av at spesialisthelsetjenesten har fått et større ansvar i forebygging og folkehelse.

Samlet, etter gjennomgang av brev og gjennomføring av dialogkonferanser, er følgende områder foreslått som del av den videre utredningen:

- **Akuttberedskap og prehospitaltjenester**
- **Samarbeid om spesialisthelsetjenester utenfor sykehus**
- **Oppgaveoverføring fra Tromsø/Bodø til lokalsykehus**
- **Bedre samhandling om de fire prioriterte pasientgruppene**
- **Beredskap i krise og konflikt (totalforsvaret)**
- **Folkehelse og forebygging**
- **Felles innsats for rekruttering og stabilisering av helsepersonell**

5 Avslutning

Denne sammenstillingen vil inngå som en del av grunnlagsdokumentasjonen ved styrebehandling 31. mai 2023. Informasjonen skal følge den videre utredningen av oppgave og funksjonsdeling.

Innspillene er verdifulle bidrag til Helse Nord RHF også ut over arbeidet som skal gjøres i arbeidet med funksjons- og oppgavedeling. Bidraget fra kommunene vil tas med som grunnlagsdokumentasjon i videre strategisk utviklingsarbeid i Helse Nord RHF.

Drøftingsprotokoll

Vår ref.:
2023/323-144

Saksbehandler:
Lisa F Carlsen

Dato:
23.05.2023

Møtetype:	Drøftingsmøte i henhold til Hovedavtalens § 42 mellom konserntillitsvalgte/konsernverneombud og Helse Nord RHF
Møtedato:	23. mai 2023
Møtested:	Helse Nord RHF's lokaler, Bodø

Tilstede

Navn:	
Ann-Mari Jensen	YS Helse
Baard Einar Martinsen	SAN
Kari B. Sandnes	LO Stat
Sissel Alterskjær	UNIO
Martin Øien Jensen	Akademikerne
Jeanette Mikalsen	konsernverneombud
Marit Lind	konst. adm. direktør
Tonje Hansen	spesialrådgiver
Fredrik Sund	spesialrådgiver
Anita Mentzoni-Einarsen	HR-direktør
Lisa Frønning Carlsen	rådgiver

Forfall:

Ingen hadde meldt forfall til dette drøftingsmøtet.

Styresak xx-2023 Tiltak for å sikre bærekraft – mandat, involvering og områder for utredning

Marit Lind innledet og redegjorde for innholdet i drøftingsnotatet, slik det ble sendt ut, den 12. mai 2023.

Saken ble tatt opp til drøfting.

Partene er enige om følgende:

1. Partene stiller seg bak opprettholdelsen av vedtatte områder for utredning.
2. Partene er enige om at mandatet tydeliggjøres slik at det går klart frem forventinger til foretakene om involvering internt av foretakstillitsvalgte og foretaksverneombud.
3. Partene kom ikke til enighet på punktet om deltakelse og representasjon av KTV/KVO inn i utredningsarbeidet. Helse Nord RHF presenterte tre mulige alternativer for medvirkning i utredningsarbeidet. KTV/KVO fremmet et fjerde alternativ. Partene ble enige om at Helse Nord RHF vurderer det fjerde alternativet og gir en begrunnelse om forslaget ikke imøtekommes.
4. KTV/KVO har presentert sine innspill i vedlagt protokolltilførsel som følger saken.

Bodø, den 23. mai 2023

Protokollen ble godkjent under drøftingsmøtet.

Marit Lind
Helse Nord RHF

Anita Mentzoni-Einarsen
Helse Nord RHF

Ann-Mari Jenssen
YS Helse

Baard Einar Martinsen
SAN

Kari B. Sandnes
LO Stat

Sissel Alterskjær
UNIO

Martin Øien Jenssen
Akademikerne

Jeanette Mikalsen
Konsernverneombud

Protokolltilførsel fra YS Helse, Akademikerne, LO Stat, UNIO, SAN, og konsernverneombud:

Om prosessen:

I denne saken har det ved flere anledninger blitt påpekt viktigheten av at dette gjennomføres som en åpen og inkluderende prosess. KTV/KVO opplever at dette ikke har blitt ivaretatt i alle sammenhenger. Det har blitt gjennomført dialogmøter uten tilhørende saksdokumenter og uten tid til forberedelse og forankring. Vi forventer at alle saksdokumenter er åpne, offentlige dokumenter og som et minimum at de skal kunne deles i våre forankringslinjer. Tidsfrister som gir mulighet til forankring må overholdes.

Dersom arbeidsgiver velger å ikke hensynta KTV/KVOs innspill minner vi om at Hovedavtalen og Arbeidsmiljøloven er klar på at dette skal begrunnes.

Arbeidsmiljølovens §8-2.

«(3) Informasjonen skal gis slik at det er mulig for de tillitsvalgte å sette seg inn i saken, foreta en passende undersøkelse, vurdere saken og forberede eventuell drøfting. Drøftingen skal bygge på informasjon fra arbeidsgiver, finne sted på det nivå for ledelse og representasjon som saken tilsier og skje på en måte og med et innhold som er passende. Drøftingen skal gjennomføres slik at det er mulig for de tillitsvalgte å møte arbeidsgiveren og få et grunnlagt svar på uttalelser de måtte avgi. Drøfting etter første ledd bokstav c skal ta sikte på å oppnå en avtale.»

Hovedavtalen §31

«Før virksomheten treffer beslutninger i saker som angår arbeidstakernes sysselsetting og arbeidsforhold, skal de tillitsvalgte gis mulighet for å fremme sine synspunkter. Finner virksomhetens ledelse ikke å kunne ta hensyn til deres anførsler skal den grunngi sitt syn. Fra drøftelsene settes opp protokoll som undertegnes av de lokale parter».

Tidsplanen:

KTV/KVO er kritisk til tidsplanen i styresaken og mener den er urealistisk. Arbeidet som skal utføres er svært omfattende og vil kunne innebære store endringer for pasienter og ansatte i regionen. Vi finner det kritikkverdig og urovekkende at dette arbeidet planlegges utført over en så kort tidshorisont.

Medvirkning/medbestemmelse:

KTV/KVO fastslår at formell og reell medvirkning fra tillitsvalgte og vernetjenesten skal ivaretas i henhold til intensjonene i Hovedavtalen og Arbeidsmiljøloven på konsern- og foretaksnivå. Viser særlig til §§ 31-32 og §42 i Hovedavtalen. Dette betyr at arbeidsgruppenes forslag til endringer og omlegginger må drøftes på foretaksnivå før forslagene vedtas av styret i Helse Nord RHF. Alle drøftingsprotokoller må følge saken.

KTV/KVOs rolle er forankret i lov- og avtaleverk. Ansvar for å sørge for medvirkning i hht. Lov- og avtaleverk ligger i arbeidsgivers styringslinje og er ikke KTV/KVOs ansvar. KTV/KVOs rolle ut mot tillitsvalgte og verneombud er å ha dialog, få innspill og å gi/få informasjon fra tillitsvalgtes/verneombuds perspektiv. Det forutsettes at

foretakstillitsvalgte/verneombud har reell medvirkning gjennom prosesser i egne foretak i tråd med Hovedavtalens og Arbeidsmiljølovens intensjoner. Helse Nord RHF kan ikke forvente at KTV representerer hverandres organisasjoner.

Involvering i utredningsarbeidet:

Alle KTV mener det er viktig å delta i utvidet ledergruppe. Viser til §29 i Hovedavtalen som fastslår at «*Ved etablering av arbeids- og styringsgrupper innen virksomheten, som ikke er en del av den etablerte faste organisasjonen, bør berørte ansatte sikres reell innflytelse. De tillitsvalgte skal uttale seg om gruppens sammensetning og mandat.*». KTV ber om representasjon i hver av arbeidsgruppene.

KVO viser til forskrift om organisering, ledelse og medvirkning kap 7 «*...risikovurdering skal foretas i samarbeid med arbeidstaker og deres representanter*» og ber om deltakelse i koordineringsgruppen i tillegg til i utvidet ledermøte.

KTV/KVO forventer at det underveis i prosessen avholdes dialogmøter/innspillmøter med KTV KVO. Her ønsker vi også å bli orientert om arbeidet i Koordinatorgruppen.

Prosjektorganisering:

KTV/KVO stiller spørsmål ved hvorfor det ikke brukes formell prosjektorganisering i utredningsarbeidet.

Forankring HF styrer underveis i prosessen:

Konserntillitsvalgte anmoder at det beskrives i mandatet hvordan styret i RHF og underliggende HF skal orienteres underveis i prosessen.

Ann-Mari Jensen /s/

Martin Øien Jensen /s/

Kari B. Sandnes /s/

Sissel Alterskjær /s/

Baard Einar Martinsen /s/

Jeanette Mikalsen/s/