

## Utkast til høringsinnspill fra UNN for hovedområde PHV og TSB – 10.04.24

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) er enige i det utfordringsbildet som beskrives i Helse Nord styresak 26-2024 med tilhørende høringsnotat, for fagområdene psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette gjelder særlig utfordringene med mangel på helsepersonell, kapasitetsutfordringer i sykehusfunksjonene, lange ventetider og fristbrudd ved flere poliklinikker, og uønsket variasjon i tjenestetilbudet. Disse utfordringene bidrar på ulike måter og i ulik grad til et betydelig budsjettunderskudd som undergraver foretakets evne til å utvikle og forbedre seg. For PHV og TSB i UNN sin del gjelder dette spesielt utsettelse av nye bygg ved UNN Åsgård.

UNN mener at prinsippene som ligger til grunn for de konkrete omstillingsforslagene i all hovedsak er fornuftige og at de foreslåtte tiltakene derfor kan bidra til en utvikling i riktig retning. Dette gjelder spesielt føringen om å styrke behandlingstilbudet for pasientene med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene gjennom styrking av sykehusfunksjonene og polikliniske/ambulante tjenester. UNN mener at det er riktig å beholde og styrke tjenestetilbudene innenfor PHV og TSB i de områder med høyest befolkningstetthet og befolkningsvekst, samt hvor det er nærhet til utdanningsinstitusjoner og somatiske helsetilbud. Dette både av hensyn til pasientene/brukerne, kvaliteten på tjenestetilbudene og muligheten for utdanning og rekruttering av personell til PHV og TSB.

Det er grunn til å tro på at de foreslåtte omstillingstiltakene kan bidra til mer robuste fagmiljøer, mindre uønsket variasjon, økt bærekraft og et totalt sett bedre og mer likeverdig tjenestetilbud. Gitt dagens døgnkapasitet og forbruk av døgnbehandling i PHV og TSB vurderes det fornuftig å styrke døgnkapasiteten på sykehusnivå og de polikliniske/ambulante tjenestetilbudene, på bekostning av døgnkapasitet på DPS-nivå. ROS-analysen viser at omstillingsforslagene kan bidra til å redusere den totale risikoen sammenlignet med dagens situasjon. Det er likevel viktig å påpeke at de foreslåtte tiltakene neppe vil løse alle utfordringene innenfor fagfeltene PHV og TSB, og at det derfor vil være nødvendig med alternative og/eller supplerende tiltak for å sikre tilstrekkelig bærekraft, tilgjengelighet, kapasitet og kvalitet i tjenestetilbudene, både på kort og lang sikt.

Styresak 26-2024 med tilhørende høringsnotat er omfattende, men omtaler i liten grad andre sentrale planer, føringer og framskrivninger for fagområdene PHV og TSB. Dette skaper usikkerhet om, eller i hvilken grad Helse Nord har hensyntatt dette i utformingen av de foreslåtte omstillingstiltakene for PHV og TSB. I tillegg er det vårt synspunkt at det er problematisk at et regionalt helseforetak går langt i å detaljstyre måten helseforetakene velger å organisere og strukturere tjenestetilbudene på, særlig når dette ikke på en tydeligere måte knyttes opp til foretakets behov for rask realisering av nye bygg ved UNN Åsgård. Vi finner grunn til å problematisere flere forhold i styresaken med tilhørende høringsnotat:

- Oppdragsdokumentet 2024 fra HOD til Helse Nord omtaler styrking av PHV og TSB som et av tre hovedmål som Helse Nord RHF skal innrette sin virksomhet for å nå. Et slikt fokus gjenfinnes i liten grad i de foreslåtte omstillingstiltakene.
- For PHV-Voksne i UNN medfører omstillingsforslaget en reduksjon i sengekapasitet på mellom 2 og 9 senger (avhengig av foretakets mulighet til å justere på døgncapasiteten i eksisterende enheter), noe som bryter med føringer om stans i nedbygging av døgncapasitet i PHV gitt i opptrappingsplan for psykisk helse (2023 – 2033), representantforslag i Stortinget (vedtak 694-697, 25.02.21) og oppdragsdokumentet 2024 fra HOD til HN RHF.
- Helse Nord viser i høringsnotatet ikke til overordnet plan for sikkerhetspsykiatri i utformingen av omstillingstiltakene og forplikter seg ikke i tilstrekkelig grad til etterlevelse av gjeldende overordnede plan for sikkerhetspsykiatrien, jfr. føringer gitt i Oppdragsdokumentet 2024.
- Det er bekymring for at økningen i antall dømte til PHV kan fortrenge ordinære behandlingstilbud dersom det ikke raskt iverksettes tiltak for å spesifikt styrke døgncapasiteten i sikkerhetspsykiatrien. Dette vurderes ikke tilstrekkelig hensyntatt i omstillingsforslagene.
- Framskrivninger viser behov for styrking av tjenestetilbudene innenfor alderspsykiatri. Den demografiske utviklingen med et økende antall eldre er ikke beskrevet eller hensyntatt i omstillingsforslagene.
- Det er usikkert hvordan en fullverdig styrking av sykehusfunksjonene ved UNN kan skje før nye UNN Åsgård (og/eller midlertidige bygg) er finansiert og realisert. Tidsplanen foreslått i styresak 26-2024 utgjør en betydelig risiko for pasienttilbudet gjennom forslag om nedleggelse av døgneheter forut/samtidig som oppbygging av nye tjenestetilbud.
- UNN har fra tidligere omstillingsprosesser erfaringer med at enheter «legger seg selv ned» når beslutning om nedleggelse har blitt tatt. Det er i tillegg bekymring for (og allerede konkrete erfaringer med) at forslag på omstillingstiltak kan gjøre det vanskelig å rekruttere til lokalisasjoner med enheter som er foreslått/besluttet nedlagt. Dette framstår lite hensyntatt i foreslått framdriftsplan for implementering av foreslåtte omstillingstiltak.
- Kjøp av private tjenestetilbud innenfor PHV (som for eksempel Viken senter) er ikke omtalt i høringsnotatet og det er usikkert hva Helse Nord tenker om dette. Det er vår klare anbefaling at Helse Nord bør benytte disse midlene til styrking av tjenestetilbudene i foretakene heller enn til kjøp av private tjenestetilbud.
- UNN har en forventning om at Helse Nord vil etterleve føringer i Opptrappingsplanen for psykisk helse og Oppdragsdokumentet 2024, og at omstillingstiltakene således følges opp med friske midler for satsning på fagfeltene PHV og TSB. I dette ligger det også en klar forventning om rask realisering av nye bygg for PHV og TSB i Tromsø og en økt satsning på rekruttering/stabilisering, utdanning og faglig utvikling i PHV og TSB.

### Omstillingstiltak alle helseforetak:

**DPS/BUP-poliklinikk. Alle lokalisasjoner:** *Det foreslås at alle helseforetak tilføres ressurser for å styrke sine polikliniske tilbud. Bakgrunnen er underkapasitet som gir lange ventetider og mange fristbrudd. Små polikliniske enheter må styrkes for å sikre tilstrekkelig kvalitet og bredde i behandlingstilbudet. Detaljert styrking må vurderes lokalt, men typiske eksempler er flere ansatte i lokal poliklinikk, etablere eller styrke FACT-team, faglig styrking, etablere rus-team etc. Forslaget viderefører dagens polikliniske enheter ved DPS.*

UNN støtter dette omstillingstiltaket da det vil bidra til bedre tilgjengelighet, og dermed reduserte ventetider og færre fristbrudd. Styrket poliklinisk og ambulant kapasitet vil legge til rette for mer forebyggende innsats og større mulighet for tettere samarbeid med primærhelsetjenesten. Etablering av ACT/FACT-team (eller tilsvarende) vil innebære et styrket tilbud til pasientene med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene. Styrking av polikliniske og ambulante tjenester er en forutsetning for å kunne redusere døgnkapasitet på DPS-nivå og samtidig ha tilstrekkelig kapasitet til å tilby alternative behandlingsformer/forløp.

En usikkerhet knyttet til dette tiltaket er utfordringer med rekruttering av tilstrekkelig helsepersonell med rett kompetanse. En annen usikkerhet er hvorvidt kommunene er i stand til å samarbeide om og prioritere etablering av FACT-team eller tilsvarende team. Foretakets evne til å styrke poliklinikk og ambulante tjenester avhenger av tilgangen på fagpersoner med rett kompetanse, hvor mye ressurser som kan frigjøres gjennom omstilling av døgnenheter og evt. tilførsel av nye midler, jfr. tidligere omtalt satsning på PHV og TSB. ROS-analysen viser at dette tiltaket vil kunne redusere den totale risikoen på dette området fra rødt til gult.

#### Omstillingstiltak for PHV i UNN:

**Regionale døgnplasser voksne. UNN Åsgård:** *Det etableres 2 nye døgnenheter i Tromsø med 19 døgnplasser for pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Enhetene skal kunne behandle pasienter på tvunget psykisk helsevern med døgnopphold. Omgjøring av en akuttpost til mottakspost. Omgjøring av Psykose- og rusenheten PRE) til en Rus- og psykoseenhet (RoP).*

Dagens situasjon med vedvarende høyt overbelegg ved Akuttpsykiatrisk seksjon, Sikkerhetspsykiatrisk seksjon og til dels døgnseksjonen i Tromsø, har åpenbare negative konsekvenser for pasientsikkerheten, kvaliteten på tjenestetilbudet, arbeidsmiljøet, sykefravær, rekruttering/stabilisering og sykehusets økonomi. UNN støtter derfor delen av tiltaket som omhandler etablering av 2 nye døgnenheter godkjent for tvunget psykisk helsevern med døgnopphold. Dette vil bidra til å redusere presset på enheter ved UNN Åsgård som i dag har store utfordringer med overbelegg. 2 nye døgnenheter med godkjenning for tvunget psykisk helsevern med døgnopphold vil bidra til et mer helhetlig og differensiert tilbud for pasientene med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene. UNN støtter ikke den delen av tiltaket som går på organisering av tjenestetilbudene på seksjons- og enhetsnivå. Det bør være opp til helseforetaket å bestemme organisering av tjenestetilbudet.

En usikkerhet knyttet til etablering av 2 nye sengeposter er vedvarende utfordringer med rekruttering av tilstrekkelig helsepersonell. En annen er hvorvidt det er mulig å etablere 2 nye sengeposter i dagens bygningsmasse ved UNN Åsgård. Tidligere erfaringer med oppbygging av nye tjenestetilbud og dagens tilgang på helsepersonell tilsier at det er urealistisk å etablere to nye døgnenheter innenfor foreslått tidsplan. Det er ikke tilgjengelige arealer i eksisterende bygningsmasse til etablering av 2 nye sengeposter. Dette tiltaket bør derfor følges opp med beslutning om raskest mulig realisering av nye bygg ved UNN Åsgård. ROS-analysen viser at dette tiltaket vil kunne redusere den totale risikoen på området fra rødt til gult.

**Regionale døgnplasser barne- og ungdom. UNN Tromsø:** *Eksisterende døgnenhet (UPS) deles i to enheter, en akutt og en elektiv. Samlet døgnkapasitet økes med 5 døgnplasser.*

**DPS. Storslett, Storsteinnes, Silsand og Tromsø:** *De tre døgnerhetene på Storslett, Storsteinnes og Silsand med til sammen 24 døgnplasser, legges ned. Medikamentfritt behandlingstilbud (MFBT) i Tromsø med 6 døgnplasser omgjøres til et ambulant konsultasjonsteam.*

UNN støtter dette forslaget delvis, men mener at omfanget av foreslåtte nedleggelse er for omfattende, spesielt dersom dette tiltaket blir besluttet i sin helhet i en omgang. Det vil da være stor risiko for at UNN i en periode med strukturell- og faglig omstilling, ikke har tilstrekkelig døgncapasitet til å ivareta det totale antallet pasienter i behov av døgnerbehandling på en forsvarlig måte. UNN er likevel enige i at styrking av sykehusfunksjoner og polikliniske/ambulante tjenester bør skje på bekostning av døgnerheter på DPS-nivå. Dette gitt den betydelige døgncapasiteten UNN har på DPS-nivå sammenlignet med andre helseforetak, samt det faktum at all nedbygging av PHV i UNN de siste 15 årene har skjedd på sykehusnivå med nedleggelse av totalt 37 sengeplasser.

Det er mye som taler for at en betydelig andel av pasientene som i dag får døgnerbehandling på DPS-nivå kunne ha fått et forsvarlig behandlingstilbud på kommunalt nivå dersom kommunene hadde prioritert å etablere kommunale døgntilbud for denne pasientgruppen. Problemstillingen er i stor grad lik problematikken rundt utskrivningsklare pasienter, hvor spesialisthelsetjenesten bruker betydelige ressurser på å ivareta pasienter som burde fått behandling og omsorg på kommunalt nivå. En moderat reduksjon av døgncapasitet på DPS-nivå kan fungere som et insentiv for kommunene til selv å opprette døgnerbehandlingstilbud på kommunalt nivå.

Usikkerheten ved dette omstillingstiltaket knytter seg til geografi, avstander/reisetid, rekruttering/stabilisering og problemstillingen om hvorvidt et DPS kan fungere tilfredsstillende uten egen døgnerhet. Videre i hvilken grad det er mulig å tilby pasienter som i dag mottar døgnerbehandling alternative behandlingstilbud, enten ved foretakets øvrige døgnerheter og poliklinikker, og/eller på kommunalt nivå. Det er også stor usikkerhet knyttet til om det er mulig å opprettholde drift i enheter som blir besluttet nedlagt, selv om nedleggelse ikke skal skje umiddelbart (jfr. tidligere erfaringer med at enheter som er besluttet nedlagt «legger seg selv ned»). ROS-analysen viser at de foreslåtte tiltakene vil kunne øke den totale risikoen på dette området fra gult til rødt.

Endring av Medikamentfritt behandlingstilbud (MFBT) fra en døgnerhet til et ambulant konsultasjonsteam støttes. Det er dog stor usikkerhet knyttet til hvordan et slikt konsultasjonsteam skal organiseres, bemannes og driftes, samt om et slikt konsultasjonsteam fortsatt vil oppfylle faglige og politiske føringer for hvordan et regionalt medikamentfritt behandlingstilbud skal/bør være organisert og strukturert. Denne usikkerheten gjenspeiles i ROS-analysen hvor risikoen ved dagens organisering er satt til samme risiko-nivå som risiko knyttet til omstillingsforslaget. Den totale risiko for både dagens situasjon og omstillingsforslaget er på gult nivå.

Gitt den usikkerhet som er beskrevet og resultatet fra ROS-analysen, foreslås det et justert og mer realistisk omstillingstiltak:

- **Nedleggelse av døgnerhetene på Storslett og Storsteinnes.** For døgnerheten på Storslett avhenger dette av at DPS Alta i Finnmarksykehuset overtar ansvaret for døgnerbehandling for pasienter fra opptaksområdet Nord-Troms, ellers vil alternativet innebære en for stor reduksjon av døgncapasitet i Avd. nord. Pasienter fra kommunene Balsfjord, Storfjord og Lyngen, som i dag får døgnerbehandling ved døgnerheten på Storsteinnes, må få tilbud om døgnerbehandling ved døgnerhet i Tromsø og/eller Silsand (noe som betinger endring i opptaksområdene).

- **Omgjøring av Medikamentfritt behandlingstilbud (MFBT) til en recovery-basert døgnenhet med 8 sengeplasser, hvorav 3 sengeplasser er satt av til medikamentfri døgnbehandling, og hvor et ambulant konsultasjonsteam kan utvikles og forankres.** Tiltaket vil fungere både som et risikoreduserende tiltak knyttet til nedleggelse av døgnenheten på Storsteinnes (som i stor grad benyttes av pasienter fra Tromsø), og som et kompromiss mellom det å beholde MFBT som en egen sengepost eller omgjøre MFBT til et ambulant konsultasjonsteam. Denne løsningen kan bidra til å stabilisere et engasjert og kompetent fagmiljø, samt gi MFBT tid til å selv utarbeide en modell for et ambulant konsultasjonsteam. Dette tiltaket vil dog begrense muligheten til å etablere nye døgnenheter ved UNN Åsgård til etter at nye/midlertidige bygg er etablert (ettersom sengepostarealet ikke frigjøres for annen bruk).
- **Utredningsarbeid for å se på muligheten for etablering av hybridløsning ved SPHR Midt-Troms.** Det foreslås igangsatt et utredningsarbeid, i samarbeid med aktuelle kommuner, for å se på muligheten for opprettelse av en hybridløsning for døgnenheten ved SPHR Midt-Troms (Silsand). Gjennom arbeidet må det utredes hvorvidt kommunene i opptaksområdet til SPHR Midt-Troms kan overta ansvaret for døgnenheten. Dette gjennom etablering av et interkommunalt/kommunalt døgnbehandlingstilbud med støtte/veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

En eventuelt ytterligere omstilling/nedleggelse av døgnenheter på DPS-nivå i UNN besluttes ikke før etter at de foreslåtte omstillingene er implementert, evaluert og har medført ønsket faglig og strukturell omstilling.

#### Omstillingstiltak i Finnmarksykehuset:

**DPS. Tana og Alta:** 10 døgnplasser i Tana foreslås flyttet til Alta. Alta får ansvaret for døgnbehandling for pasienter bosatt i Nord-Troms (Kåfjord, Nordreisa, Skjervøy og Kvænangen, ca. 8000 innbyggere over 18 år). Dette vil bidra til å redusere variasjon i døgnkapasitet mellom helseforetakene, samt redusere reiseavstand til døgnbehandling sammenlignet med reiseavstand til Tromsø.

UNN støtter i utgangspunktet forslaget om at DPS Alta i Finnmarksykehuset overtar ansvaret for døgnbehandling i PHV til voksne over 18 år som i dag får sitt døgnbehandlingstilbud ved SPHR Nord-Troms (Storslett). Begrunnelsen for dette er at tiltaket sikrer innbyggerne i Nord-Troms et døgnbehandlingstilbud med akseptabel reiseavstand (som alternativ til mye lengre reisevei til annen døgnenhet i UNN). Gitt dagens fordeling av døgnkapasitet mellom helseforetakene i Helse Nord er det også rimelig og fornuftig at Finnmarksykehuset påtar seg ansvaret for noen flere innbyggere da dette vil bidra til å redusere en uønsket variasjon i antall døgnplasser per innbygger per helseforetak i vår helseregion.

Det er som ved de andre foreslåtte tiltakene stor usikkerhet knyttet til dette omstillingstiltaket. Usikkerhetene knytter seg til hvorvidt det er mulig å få til et hensiktsmessig samarbeid mellom helseforetakene, og hvordan nedleggelse av døgnenheten på Storslett vil påvirke det resterende tjenestetilbudet ved SPHR Nord-Troms. Videre hvordan døgnbehandling i ett helseforetak skal henge sammen med øvrig behandling i regi av annet helseforetak. Det er også usikkert om dette tiltaket vil føre til økt antall innleggelser ved akuttpostene i Tromsø av pasienter fra Nord-Troms og Finnmark (dersom Finnmarksykehuset ikke greier å håndtere økningen i pasientmengden).

En forutsetning for å støtte tiltaket er at dette baseres på grundige vurderinger av forsvarlighet og at det utarbeides en samarbeidsavtale mellom UNN og Finnmarksykehuset som sikrer befolkningen i Nord-Troms et likeverdig tjenestetilbud ved DPS Alta. I tillegg forventes det at en forsterket døgnenhet ved DPS Alta forplikter seg til å ta imot pasienter både til elektive og akutte innleggelser. I

ROS-analysen har dette tiltaket blitt ansett som et risikoreducerende tiltak knyttet til forslaget om nedleggelse av døgnerhetene på Storslett, Storsteinnes og Silsand. Tiltaket har derfor ikke fått en egen scoring i ROS-analysen.

#### Omstillingstiltak for TSB i UNN:

**Russeksjon Tromsø og Russeksjon Narvik:** *Det etableres ruspoliklinikk ved Russeksjon Narvik. Det etableres subakutt-tilbud ved Russeksjon Tromsø og Russeksjon Narvik. Nedtak av døgncapasitet TBS skal skje gjennom redusert kjøp av private tjenestetilbud fra og med 2027.*

UNN støtter foreslått tiltak om etablering av egen ruspoliklinikk ved Russeksjon Narvik og forslaget om å redusere kjøp av private tjenestetilbud innenfor fagområdet TSB. Dette er i tråd med foretakets egne vurderinger og det faktum av UNN i dag har en overkapasitet på døgnerbehandling og et underforbruk av poliklinikk i TSB. Foretakets evne til å etablere en ruspoliklinikk i Narvik avhenger av muligheten for å rekruttere tilstrekkelig helsepersonell, samt hvorvidt øvrig omstilling frigjør tilstrekkelig med ressurser til en slik styrking av det polikliniske tilbudet. UNN støtter ikke den delen av tiltaket som går på organisering av tjenestetilbudene på seksjons- og enhetsnivå. Dette bør være opp til helseforetaket selv å beslutte.

Det fremstår uklart hva Helse Nord planlegger å gjøre med midlene som spares på redusert kjøp av private tjenester. UNN anbefaler at midlene blir fordelt til foretakene for styrking av TSB-tilbudet, jfr. føringer i Oppdragsdokumentet 2024. Dersom planen til Helse Nord innebærer at foretakene ikke kan gjøre endringer i dagens døgner tilbud, innebærer dette et betydelig innskrenket handlingsrom for omstilling innenfor TSB. Det foreslåtte omstillingstiltaket bidrar ikke til å løse utfordringer knyttet til mangel på helsepersonell og høy turnover av personell.

Det er i dag betydelig overkapasitet i døgnerbehandling ved Russeksjon Tromsø. Dagens organisering og plassering av Russeksjonens enheter i ulike bygg, plassert i relativt stor avstand fra hverandre, bidrar til at det er vanskelig å få til ønsket omstilling og effektivisering. En endring av dagens struktur og organisering kan derfor bidra til bedre ressursutnyttelse totalt sett, noe foretaket kan bli forhindret i å gjøre dersom all nedtak av døgncapasitet i TSB skal skje gjennom redusert kjøp av private tjenester. Denne usikkerheten gjenspeiles også i ROS-analysen, hvor risikoen ved dagens organisering er satt til samme risiko-nivå som omstillingsforslaget. Den totale risiko for både dagens situasjon og omstillingsforslaget er på rødt nivå, og henger tett sammen med en vedvarende krevende bemanningssituasjon preget av store rekrutteringsutfordringer, høyt sykefravær og stor turn-over av helsepersonell.

#### Framdriftsplan for omstilling i UNN:

*Nedleggelse av døgnerheter innen utgangen av 2025. Omgjøring av MFBT til et ambulant konsultasjonsteam innen utgangen av 2 kvartal. 2026. Etablering av to nye døgnerheter innenfor sykehusfunksjoner ved UNN Åsgård innen utgangen av 2026. Etablere elektiv enhet for barne- og ungdomspsykiatrien ved UNN Tromsø innen utgangen av 2026.*

Helse Nord har foreslått betydelige omstillinger for PHV og TSB i UNN. Framdriftsplanen for omstilling fremstår som for ambisiøs og til dels urealistisk; det er foreslått for mange omstillinger på for kort tid. Det å planlegge med nedleggelser av flere døgnerheter på DPS-nivå parallelt med oppbygging av døgnerheter på sykehusnivå og styrking av polikliniske og ambulante tjenester, er lite realistisk og vil medføre betydelig risiko i omstillingsperioden. UNN mener på denne bakgrunn at tilbudet innenfor sykehusfunksjonene og poliklinikkene må styrkes før det gjøres nedtak av døgncapasitet på DPS-nivå.



Det er stor usikkerhet og høy risiko knyttet til tempoet, omfanget og rekkefølgen av omstillingstiltakene. I ROS-analysen har framdriftsplanen ikke blitt ansett som eget risikoområde. Den har derfor ikke fått en egen scoring i ROS-analysen.

Dagens bygningsmasse ved UNN Åsgård og mangel på arealer øker risikoen for at det ikke er mulig å få til omstilling i det tempoet Helse Nord legger opp til. Raskest mulig realisering av nye bygg for PHV og TSB i Tromsø vil derfor være en nødvendig forutsetning for å få til den foreslåtte omstillingen som Helse Nord legger opp til i høringsnotatet.

I det følgende beskrives et forslag på justert framdriftsplan for omstilling i PHV-voksne og TSB i UNN:

#### **Trinn 1:**

1. Det etableres to nye døgnenheter innenfor sykehusfunksjon ved UNN Åsgård. Den første etableres så snart som mulig og senest innen utgangen av 2025. Tidspunkt for etablering av den andre avhenger av realisering av midlertidig-/rokadebygg og nye arealer ved UNN Åsgård.
2. Medikamentfritt behandlingstilbud omstilles fra en døgnenhet med 6 døgnplasser til en recovery-basert døgnenhet på DPS-nivå med 8 døgnplasser. 3 av døgnplassene forbeholdes regionalt MFBT. Regionalt ambulant konsultasjonsteam utvikles og forankres i enheten. Omstilling skal være gjennomført innen 2 kvartal 2025.
3. Døgnenheten ved SPHR Tromsø, lokalisasjon Storsteinnes (9 døgnplasser) legges ned innen utgangen av 2025.
4. Ansvar for døgnbehandling for pasienter fra Nord-Troms (6 døgnplasser) overføres fra SPHR Nord-Troms til DPS Alta innen utgangen av 2025, med forbehold om at det gjøres grundige vurderinger som viser at en slik løsning ivaretar pasienttilbudet på en forsvarlig og likeverdig måte.
5. Generell styrking av poliklinikker i PHV gjennomføres innen utgangen av 2026.
6. Opprettelse av poliklinikk ved Russeksjon Narvik gjennomføres innen utgangen av 2027.
7. Det igangsettes et utredningsarbeid, i samarbeid med aktuelle kommuner, for å se på muligheten for opprettelse av en hybridløsning for døgnenheten ved SPHR Midt-Troms (Silsand). Gjennom arbeidet må det utredes hvorvidt en løsning hvor kommunene i opptaksområdet til SPHR Midt-Troms kan overta ansvaret for døgnenheten. Dette gjennom etablering av et interkommunalt/kommunalt døgnbehandlingstilbud med støtte/veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet skal være gjennomført innen utgangen av 2025.

#### **Trinn 2:**

Omstillingstiltak i trinn 2 er betinget av at tidligere omstillinger har blitt implementert på en vellykket måte og at evaluering viser at ytterligere omstilling er mulig og nødvendig.

## Justert forslag på omstillingstiltak og framdriftsplan for UNN: Hva utgjør dette i døgnkapasitet og økonomi

#### **Omstilling/nedleggelse:**

- Nedleggelse av døgnenheten ved SPHR Nord-Troms (Storslett): 6 døgnplasser og 15 millioner kroner i reduserte driftskostnader (budsjett 2024).

- Nedleggelse av døgnenheten ved SPHR Tromsø, lokalisasjon Storsteinnes: 9 døgnplasser og 19,8 millioner kroner i reduserte driftskostnader (budsjett 2024).

Dette gir en innsparing på totalt 34,8 millioner kroner (basert på budsjett 2024).

#### **Styrking av sykehusfunksjoner, samt utvidelse av MFBT til en recovery-basert døgnenhet:**

- Etablering av en ny sengepost ved UNN Åsgård med 9 døgnplasser vil erfaringsvis gi en økt driftskostnad på 27,7 millioner kroner. Alternativt vil en sengepost med 12 døgnplasser erfaringsvis gi driftskostnad på 31,2 millioner kroner. Hertil kommer investeringer i inventar og utstyr.
- Utvidelse av MFBT fra 6 døgnplasser til 8 døgnplasser vil kun medføre en beskjeden økning i driftskostnader grovt beregnet til ca. 2 millioner kroner.

Dette gir en økning i driftsutgifter på mellom 29,7 til 33,2 millioner kroner (basert på budsjett 2024).

#### **Forslag på styrking av poliklinisk og ambulant kapasitet:**

- Økt poliklinisk kapasitet Tromsø: 7,15 mill. kr. (10 stillinger x 715.000,- pr. stilling).
- Økt poliklinisk kapasitet Harstad: 2,86 mill. kr. (4 stillinger x 715.000,- pr. stilling).
- Etablering FACT-team Narvik: 2,86 mill. kr. (4 stillinger x 715.000,- pr. stilling).
- Etablering FACT-team Harstad: 2,86 mill. kr. (4 stillinger x 715.000,- pr. stilling).
- Etablering av FACT-team Storslett: 2,86 millioner kroner (4 stillinger x 715.000,- pr. stilling).
- Videreføring av FACT-team Silsand etter prosjektperiode: 2,86 millioner kroner (4 stillinger x 715.000,- pr. stilling).

Dette gir en økning i driftsutgifter på ca. 21,4 millioner kroner. I denne summen er ikke etablering av ruspoliklinikk ved Russeksjon Narvik tatt med da etablering ikke kan/bør skje før etter at Helse Nord har redusert kjøp av private tjenester i TSB fra og med 2027. Etablering av egen ruspoliklinikk i Narvik har en estimert kostnad på 4,29 millioner kroner (6 stillinger x 715.000,- pr. stilling).

**Hensyntatt nedtak av døgnkapasitet, vil justert forslag samlet utgjøre en netto kostnadsøkning i størrelsesorden 16,4 til 19,8 millioner kroner.** Etablering av ruspoliklinikk fra 2027 vil hertil gi kostnadsøkning på ytterligere 4,29 millioner kroner.

Justert forslag på omstillingstiltak for PHV-voksne i UNN vil medføre en reduksjon i antall døgnplasser på mellom 1 til 4 døgnplasser (avhengig av om ny sengepost ved UNN Åsgård etableres med 9 eller 12 døgnplasser).

#### **Forslag til andre endringer i funksjon- og oppgavedelingen som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste:**

Det justerte forslaget på omstillingstiltak i UNN vil kunne bidra til bedre bærekraft, økt tilgjengelighet, et mer helhetlig og differensiert tilbud til pasienten med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene og redusert uønsket variasjon. Forslaget som skisseres i dette høringsinnspillet vil dog ikke frigjøre tilstrekkelig med ressurser til foreslått styrking av både sykehusfunksjoner og polikliniske/ambulante tjenester.



En realisering av foreslått styrking av tjenestetilbudet vil betinge at midler tilføres PHV/TSB gjennom etterlevelse av sentrale føringer om økt satsning på fagområdene PHV og TSB, som beskrevet i Oppdragsdokumentet 2024 fra HOD til Helse Nord RHF.

Det er gitt et konkret innspill om at styrking av PHV og TSB bør skje gjennom redusert kjøp av private tjenester. Omstillingstiltakene som er foreslått i høringsnotatet beskriver kun redusert kjøp av private tjenester innenfor TSB. Uavhengig av dette vil det være nødvendig å jobbe med omstilling og utvikling på flere andre områder som kan bidra til økt bærekraft, redusert uønsket variasjon og mer likeverdige tjenester. I denne sammenheng nevnes kort at det parallelt med de foreslåtte tiltakene fra Helse Nord må jobbes videre med fagutvikling og kompetanseheving, rekruttering- og stabilisering, økt samhandling og samarbeid med kommunehelsetjenesten, økt bruk av teknologi og nye metoder, kontinuerlig omstillingsarbeid for å sikre best mulig ressursutnyttelse, samt ledelse med økt fokus på styring og prioritering.

# Sak 42/2024 - vedlegg til vedlegg 2

## Rapport - risikovurdering

<b>Tema:</b>	Endringer i funksjons- og oppgavedeling	<b>Dato:</b>	03.04.2024	<b>Saksnummer Elements:</b>	
<b>Klinikk/senter:</b>	Psykisk helse og rusklinikken (PHRK)				

Leseveiledning: Rapporten er et verktøy for å identifisere og analysere risiko på en strukturert måte. Formålet er å gi beslutningsstøtte til oppdragsgiver.

Malen følger termer og definisjoner fra "NS-EN ISO31000 Retningslinjer for risikostyring dersom ikke annet er spesifisert.

- Sannsynlighet: potensialet for at noe kan skje. Sannsynlighet oppgis for eksempel i andel, hyppighet eller frekvens.

- Konsekvens: mulig resultat av en hendelse. Konsekvensen kan ha positiv eller negativ virkning. Samme hendelse kan få konsekvens for flere områder, for eksempel pasientsikkerhet og arbeidsmiljø.

Fastsattelse av sannsynlighet og konsekvens er basert på skjønn og må ikke oppfattes som sanne verdier i matematisk eller juridisk sammenheng.

Det vil alltid være usikkerhet knyttet til om hendelsene vil inntreffe og hva konsekvensene kan bli.

Risikovurderingen er kun gyldig for den aktuelle problemstillingen og kan ikke uten videre brukes i andre sammenhenger.

Ny informasjon eller endring i rammebetingelser kan kreve oppdatert vurdering.

<b>Problemstilling</b>	Det gjennomføres en risikovurdering av nå-situasjonen og fremtidig situasjon basert på forslag i høringsnotatet "Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord".																																									
<b>Beskriv kort</b>																																										
<b>Deltakere</b>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Navn:</th> <th>Funksjon:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Eirik Stellander</td> <td>Klinikkisjef</td> </tr> <tr> <td>Beathe Fridfieldt</td> <td>Avdelingsleder, avdeling sør</td> </tr> <tr> <td>Vemund N. Myrbakk</td> <td>Avdelingsleder, avdeling nord</td> </tr> <tr> <td>Sven Hoven</td> <td>Avdelingsleder, psykiatrisk avdeling</td> </tr> <tr> <td>Geir Hugo Bolle</td> <td>Avdelingsleder, rusavdelingen</td> </tr> <tr> <td>Mariell Hansen</td> <td>Klinikkverneombud</td> </tr> <tr> <td>Marte Nissen</td> <td>Tillitsvalgt Yngre legers forening</td> </tr> <tr> <td>Camilla Pettersen</td> <td>Tillitsvalgt samfunnsvitene</td> </tr> <tr> <td>Line Wold Gudvangen</td> <td>Erfaringskonsulent</td> </tr> <tr> <td>Christina Wangsbro</td> <td>Brukerrepresentant, Mental Helse</td> </tr> <tr> <td>Merethe Saga Lønnum</td> <td>Brukerrepresentant, bisittor Mental Helse</td> </tr> <tr> <td>Michael Sommerseth</td> <td>Brukerrepresentant, RIO, Deltok fra 09:45-11:30 og 13:30-15:00</td> </tr> <tr> <td>Asbjørn Larsen</td> <td>Brukerrepresentant, RIO, Deltok fra 12:30-15:00</td> </tr> <tr> <td>Geir Øyvind Stensland</td> <td>Avdelingsleder FFU</td> </tr> <tr> <td>Carl Erik Westgren</td> <td>Leder stabsenheten</td> </tr> <tr> <td>Njål Bjørhovde</td> <td>Prosjektleder/sekretariat</td> </tr> <tr> <td>Kristin Johannessen</td> <td>Fagutviklingsenheten (observatør)</td> </tr> <tr> <td>Hans Petter Bergseth</td> <td>Prosessveileder risikovurdering, Kvalitetsavdelingen</td> </tr> <tr> <td>Anja Kjærland</td> <td>Prosessveileder risikovurdering, Kvalitetsavdelingen</td> </tr> </tbody> </table>	Navn:	Funksjon:	Eirik Stellander	Klinikkisjef	Beathe Fridfieldt	Avdelingsleder, avdeling sør	Vemund N. Myrbakk	Avdelingsleder, avdeling nord	Sven Hoven	Avdelingsleder, psykiatrisk avdeling	Geir Hugo Bolle	Avdelingsleder, rusavdelingen	Mariell Hansen	Klinikkverneombud	Marte Nissen	Tillitsvalgt Yngre legers forening	Camilla Pettersen	Tillitsvalgt samfunnsvitene	Line Wold Gudvangen	Erfaringskonsulent	Christina Wangsbro	Brukerrepresentant, Mental Helse	Merethe Saga Lønnum	Brukerrepresentant, bisittor Mental Helse	Michael Sommerseth	Brukerrepresentant, RIO, Deltok fra 09:45-11:30 og 13:30-15:00	Asbjørn Larsen	Brukerrepresentant, RIO, Deltok fra 12:30-15:00	Geir Øyvind Stensland	Avdelingsleder FFU	Carl Erik Westgren	Leder stabsenheten	Njål Bjørhovde	Prosjektleder/sekretariat	Kristin Johannessen	Fagutviklingsenheten (observatør)	Hans Petter Bergseth	Prosessveileder risikovurdering, Kvalitetsavdelingen	Anja Kjærland	Prosessveileder risikovurdering, Kvalitetsavdelingen	
Navn:	Funksjon:																																									
Eirik Stellander	Klinikkisjef																																									
Beathe Fridfieldt	Avdelingsleder, avdeling sør																																									
Vemund N. Myrbakk	Avdelingsleder, avdeling nord																																									
Sven Hoven	Avdelingsleder, psykiatrisk avdeling																																									
Geir Hugo Bolle	Avdelingsleder, rusavdelingen																																									
Mariell Hansen	Klinikkverneombud																																									
Marte Nissen	Tillitsvalgt Yngre legers forening																																									
Camilla Pettersen	Tillitsvalgt samfunnsvitene																																									
Line Wold Gudvangen	Erfaringskonsulent																																									
Christina Wangsbro	Brukerrepresentant, Mental Helse																																									
Merethe Saga Lønnum	Brukerrepresentant, bisittor Mental Helse																																									
Michael Sommerseth	Brukerrepresentant, RIO, Deltok fra 09:45-11:30 og 13:30-15:00																																									
Asbjørn Larsen	Brukerrepresentant, RIO, Deltok fra 12:30-15:00																																									
Geir Øyvind Stensland	Avdelingsleder FFU																																									
Carl Erik Westgren	Leder stabsenheten																																									
Njål Bjørhovde	Prosjektleder/sekretariat																																									
Kristin Johannessen	Fagutviklingsenheten (observatør)																																									
Hans Petter Bergseth	Prosessveileder risikovurdering, Kvalitetsavdelingen																																									
Anja Kjærland	Prosessveileder risikovurdering, Kvalitetsavdelingen																																									

<b>Oppsummering</b>	Risikovurdering av foreslåtte endringer i funksjons- og oppgavedeling er gjennomført 3.4.24 med klinikklederteamet i PHRK, tillitsvalgte, verneombud, erfaringskonsulenter- og brukerrepresentanter.	
Beskriv hva risikovurderingen viser totalt sett.	<p>Rapporten vurderer risiko i nå-situasjonen og fremtidig situasjon for fem områder:</p> <p>For sykehusfunksjoner (1) og poliklinisk tilbud (3) er vurderingen at dagens risiko er høy. Risiko vil kunne gå ned dersom foreslåtte endringer blir gjennomført.</p> <p>For døgntilbudet i Nord-Troms, Midt-Troms og på Storslettens (2) vil risikoen gå opp dersom enhetene legges ned. Omfang, tidspunkt og planlegging av nedleggelse vil påvirke risikonivået.</p> <p>For medikamentfritt behandlingstilbud (4) er det gitt samme risiko til både nå-situasjon og fremtidig situasjon. I begge tilfeller er gevinsten ved tilbudet veid opp mot risiko for manglende evidens og bruk av ressurser.</p> <p>For tjenestetilbudet TSB (5) handler risiko primært om tilgang på fagkompetanse og egnede arealer. Dette ligger utenfor forslaget og det blir derfor ingen vesentlig endring av risiko i fremtidig situasjon.</p> <p>For alle områder er tilgang på fagkompetanse en vesentlig risiko, både i nå-situasjonen og fremtidig situasjon.</p>	

<b>Oppfølging</b>	<b>Ansvarlig:</b> Eirik Stellander	<b>Frist:</b> 10.04.2024
Beskriv hva som er avtalt når det gjelder oppfølging av rapporten og eventuelle forslag til risikoreducerende tiltak. Beskriv også hvor oppfølgingen dokumenteres, for eksempel ved bruk av handlingsplan «forbedring».	Det pågår en intern prosess i UNN for å lage høringsvar som skal sendes til Helse Nord med frist 25. april. Risikovurdering av foreslåtte endringer innen psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er en del av prosessen. Klinikkisjef er ansvarlig for å videreforme resultatet av risikovurderingen sammen med øvrig høringsuttalelse fra PHRK.	

Risikovurderingen skal arkiveres i Elements. Dette gjøres av oppdragsgiver, dersom ikke annet er avtalt.

<b>Bakgrunn</b>	Helse Nord har anmodet foretakene om gjennomføre risikovurderinger av forslag som omfatter endringer i funksjons- og oppgavedeling.
Beskriv hvorfor risikovurderingen gjøres. Det kan være å kartlegge risiko i eksisterende drift eller risiko i forbindelse med planlagte endringer.	

## Sak 42/2024 - vedlegg til vedlegg 2

<p><b>Mål</b> Beskriv hva dere ønsker å oppnå med å gjennomføre risikovurderingen. Ofte kan det være for å få et godt beslutningsgrunnlag, eller oversikt over risikoområder slik at det kan settes inn nødvendige tiltak.</p>	<p>Det tegnes et kart som viser mulighetene av psykisk helse- og rusklinikken som direkte berøres av konkrete forslag til endringer i funksjons- og oppgavevedling. Målet med risikovurderingen er å vurdere nå-situasjonen og fremtidig situasjon "2027" dersom forslagene til endring blir vedtatt. På denne måten kan klinikken få oversikt over risiko og muligheter knyttet til endring av tilbudet.</p>
<p><b>Gevinster</b>  Beskriv gevinster, fordeler og muligheter dere kan oppnå hvis driften forbedres eller den planlagte endringen gjennomføres.</p>	<p>Det regionale arbeidet med funksjons- og oppgavevedling i Helse Nord har hatt som mål å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge i fremtiden. Innen området psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling for hele regionen er anbefalingen å:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- styrke den desentrale polikliniske aktiviteten i hele regionen</li> <li>- styrke sykehusfunksjonene i Tromsø og Bodø</li> <li>- utvikle døgnplasser innenfor DPS for å etablere nye døgnplasser i sykehusene</li> <li>- slå sammen noen DPS-enheter</li> <li>- redusere kjøp av døgntilbud i TSB fra private leverandører</li> </ul> <p>Samlet gir arbeidsgruppens forslag en økning på to døgnplasser innenfor psykisk helsevern. <i>Anbefalingen er det lært til grunn at pasienter er sikket for tilbud som benyttes ofte og at levere reiseavstand er mer akseptabelt ved demningsepler</i></p>
<p><b>Avgrensninger</b> Beskriv hvilke rammer som ligger til grunn for risikovurderingen og om det er forhold som ikke skal inkluderes</p>	<p>Risikovurderingen søker å belyse i hvilken grad UNN kan nå sine mål i nå-situasjonen og fremtidig situasjon. Kriteriene for sannsynlighet og konsekvens er hentet fra Helse Nord sitt regionale arbeid i arbeidsgruppe 2. Vurderingen av fremtidig situasjon legger til grunn at alle endringer i forslaget trer i kraft fra år 2027.</p> <p><b>Avgrensninger:</b> Høringsnotatet foreslår å styrke barne- og ungdomspsykiatri med 5 døgnplasser ved UNN (BUK/BUPA). Dette er ikke omfattet av denne risikovurderingen. Alderspsykiatri er ikke beskrevet i Helse Nord sin tiltakspakke og fremgår derfor ikke eksplisitt av risikovurderingen.</p> <p><b>Begrepsavklaringer:</b> <i>Begreper notatet omfatter også brukere og pårørende</i></p>
<p><b>Usikkerhet</b> Beskriv usikkerhet som leseren bør være oppmerksom på. Det kan handle om forberedelse, tid, kompetanse, meningsforskjeller/dissens, svakheter i datagrunnlaget og metodiske valg.</p>	<p>Risikovurderingen er basert på deltakernes kompetanse og erfaring. Den understøttes av tilgjengelig statistikk. Vurderingen viser risiko ved UNN sitt tilbud på forløps-/gruppenivå innen PHV og TSB. Det kan finnes enkelttilfeller der risikoen er større eller mindre. Skårningen av sannsynlighet og konsekvens tar utgangspunkt i det som mest trolig vil skje og hva konsekvensen vanligvis kan bli. Spesielle scenarier, for eksempel sjeldne hendelser som har stor konsekvens beskrives i teksten. Eksisterende barrierer i nå-situasjonen og forslag til nye tiltak i fremtidig situasjon er tatt med i skårningen av sannsynlighet og konsekvens. Eventuelle uenigheter i gruppa og usikkerheter/forbehold som kommer frem under møtet er beskrevet i rapporten. Resultatet av risikovurderingen gjenspeiler gruppas arbeid i det aktuelle møtet, og begrenses av den tid som er satt av til forberedelser og gjennomføring.</p>

# Sak 42/2024 - vedlegg til vedlegg 2

## Risikovurdering

		Risiko i nå-situasjonen		Risiko i "2027"					
		Risiko-vurdering		Risiko-vurdering					
		S	K	S	K				
Nå-situasjonen									
Risik o områ de nr.	Beskrivelse av dagens situasjon	Risikokilde Hvorfor skjer det?	Eksisterende tiltak Forebyggende tiltak? Skadebegrensende tiltak?	Vurdering av risiko i nå-situasjonen	Fremtidig situasjon "2027"				
				S K Risiko-nivå	S K Risiko-nivå				
1	<p><b>Sikkerhetsfunksjoner</b></p> <p>Sikkerhetspsykiatri: For liten kapasitet på antall plasser og ikke funksjonelle arealer på sikkerhetspsykiatriks seksjon. Gjelder arealer både inne og ute. Alle plasser i sikkerhetspsykiatrien er regionale. 85 % er måttall for belegg i PHV. Ligger over dette. Per i dag 20 dømt på 17 plasser i UNN. Heller ikke plasser på NLSH. Klarer ikke å oppfylle pasientenes rettigheter til daglig utseaktivitet.</p> <p>Aktutpsykiatri: Består av 3 akuttposter og pre. Krevende driftsituasjon. For liten kapasitet. Stort overbelegg over lengre tid. Beleggsdata gjennom 2023 legger på lang over 100 %. Redusert pasientikkerhet. Klarer ikke å rekruttere eller beholde personell. Det er tre senger spenn mindre på Åsgård i dag sammenliknet med på 90-tallet. Opprettholdt en desentral struktur, men en god del pasienter kan ikke håndteres på DPS. For stort spenn mellom akuttpsykiatrien og DPS. Kommunene får oppgaver som de ikke er i stand til å løse. Mangel på KAD-senger i</p>	<p>Fra 2007 gjort faglige prioriteringer for å bygge opp desentral kapasitet. Tatt ned 37 plasser i sykehusfunksjonene over de siste årene. Sikkehetspsykiatri: Endring i psykisk helsevernet i 2017 har medført at flere pasienter dømmes til tvungen psykisk helsevern. Endret kriterier for hvem som kan dømmes til tvungen psykisk helsevern. Dobling i antall pasienter over noen få år. Domstolene som avgjør hvilke pasienter som legges inn. Også økt bruk av varetaktsrørog og judiselle observasjoner. Akuttpsykiatri: Kommunene ikke rustet for å ta i mot pasienter som er ferdigbehandlet ved sikkerhet. Finnes ingen alternative enheter som pasienter kan komme til når de trenger noe annet enn akutt. Det er tre senger spenn mindre på Åsgård i dag sammenliknet med på 90-tallet. Opprettholdt en desentral struktur, men en god del pasienter kan ikke håndteres på DPS. For stort spenn mellom akuttpsykiatrien og DPS. Kommunene får oppgaver som de ikke er i stand til å løse. Mangel på KAD-senger i</p>	<p>Sikkerhetspsykiatri: Etablerert oppskåpende utleiem for å få til bedre samhandling med kommune omkring utskrivninger. I fer med å samle regionale plasser på en desentralisert måte. Akuttpsykiatri: Lån av stillinger i 6 måneder.</p>	<p><b>Risiko:</b> Klinikken er i gul beredskap på grunn av kapasitetsutfordringer på sikkerhet og akutt. Groer ikke å gi et godt nok tilbud til pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene. Også risiko for kapasitetsutfordringer i alderspsykiatri på lengre sikt. Budsjettunderskudd som følge av nye innleie. Høyt overbelegg krever økt bemanning. Kjennet til uheldige hendelser knyttet til overbelegg. Arbeidsmiljøet påvirkes. Svart høy risiko knyttet til bemanningsituasjonen. Vanskelig å rekruttere. Mindre tilgang på fagpersonell de siste årene. Særlig mangel på leger kan medføre risiko for alvorlig skade eller død. Også risiko for alvorlig skade og død for pasienter som ikke kommer inn på grunn av mangel på kapasitet. Økende andel somatisk blant pasientene.</p> <p>*Risiko bildet er sammensatt og ikke utelukkende knyttet til underkapasitet. Noe kan eksempelvis skyldes ubesatte stillinger. *Konskvensen settes til 5 etter en totalvurdering av flere kategorier samlet sett. Konskvensen i pasientbehandling er vurdert til 4.</p>	<p>5 5 <b>Red</b></p>	<p>Beskrivelse av fremtidig situasjon - Forslag ref. høringsnotat - Andre kjente endringer som kommer</p> <p>Etablering av to nye sykehusposter med henholdsvis 10 og 11 plasser: rehab/psykepost og fleksibel intermediaerpost/nyssye. Dette bl. a. for å avlaste kapasitetsbristen innenfor akutt- og sikkerhetspsykiatri, men også for å kunne gi et mer differensiert og spesialisert tilbud til pasienter med de mest alvorlige og sammensatte lidelsene.</p> <p>Forslaget innebærer en styrking av totalt 21 plasser ved UNN Åsgård, godkjent for tvang.</p>	<p>Vurdering av fremtidig risiko "2027" Hva er mulig å oppnå? Hvilke muligheter finnes? Eventuelt ny risiko eller restrisiko.</p> <p>Sannsynligheten for at vi ikke når våre mål?</p> <p>Konskvens for? Pasient/bruker av tjenestene Bemanning/rekruttering Kompetanse/utdanning Kapasitet Økonomi Samhandlinn kommune</p> <p>Forventes å gi en reel kapasitetsøkning. Pasientene får et mer differensiert tilbud på rett nivå. To nye poster vil styrke evnen til å forebygge alvorlig sykdom og gi bedre avslutninger på forlop. Pasienter i behov for sikkerhetspsykiatriiske rammer kan raskere komme til annet nivå. Minsker gapet mellom sykehusfunksjonene og øvrig tilbud i klinikken. Et mer differensiert tilbud kan virke motiverende på ansatte. Positiv rekrutteringseffekt. Mindre overbelegg gjør jobben mer attraktiv. Også positivt for økonomi, mindre behov for variabelbønn (innleie og overtid).</p> <p><b>Risiko:</b> Begrenset tilgang på fagkompetanse vil fortsatt være en risiko. For at forslaget skal få effekt forutsetter det at de nye postene lar seg bemanne. Risiko for intern konkurranse om bemanning. Tromsø sletter med tilgang på grunnbemannig, særlig sykepleiere. Forslaget løser ikke utfordringene innen sikkerhetspsykiatri. Stadig flere dømmes til tvungen psykisk helsevern. Nye sengerposter kan bli fylt av sikkerhetspsykiatriiske pasienter. Nedleggning av tilbud i distrikt vil kunne gi flere pasienter til sykehusfunksjonene. Krevder ambisjon og vilje for å lykkes med endringene.</p>	<p>Forslag til nye risikoreducerende tiltak</p> <p>Supplerende tiltak: Nasjonal satsing på sikkerhetspsykiatri jf. overordnet plan for sikkerhetspsykiatri. Ikke omtalt i forslaget, men vil kunne gi tilleggskapasitet. Alle regionale helseforetak har gitt sin tilslutning til planen.</p> <p>Økt satsing på utdanning. Eksempelvis utdanne egne assistenter til sykepleiere i desentrale lsep. Krevder midler sentralt i UNN eller regionen.</p> <p>Nye bygg. Kan også bidra til bedre arbeidsmiljø og rekruttering.</p>	<p>3 3 <b>Middels</b></p>
2	<p><b>Døgnenheter Nord-Troms, Midt-Troms, Storsteinnes</b></p> <p>Har per i dag den høyeste kapasiteten på DPS-senger i Norge. Har kapasitet og god bemanning på miljeisden. Mangler spesialisert kompetanse, psykiatere og LIS-leger. Vanskelig å dekke krav om somatisk vurdering. Det er utfordringer med spesialisert vurdering og tilstedeværelse, tilgang på psykiatere og så drifves forsvarlig med tanke på krav. Storsteinnes tar unna noe kapasitet fra Tromsø. Avhengig av ambulering fra psykiatere. Helsestøynet har påpekt at tilbudet har mangler.</p>	<p>Ambulering</p> <p>DeValvi-bakvaktordning for vurdering av akutte innleggelseser</p>	<p>UNN ligger over landsgjennomsnittet når det gjelder kapasitet på dogn og også bruk av dognbehandling. Sjølandet overbelegg. Nord-Troms avlaster Tromsø. Enhetene har nærhet til pasienter og nærhet til kommuner. Beskrives som et godt tilbud til mange pasienter. Stabil bemanning, særlig miljøpersonalet har mye erfaring. Økonomisk i balanse, ikke innleie. Veldig del av akuttberedskapen. Positivt for poliklinikkene å ha nærhet til en døgnenhet. Tilstedeværelse i lokalmiljøene bidrar til å fremme mental helse.</p> <p><b>Risiko:</b> Ikke tilstrekkelig spesialistdekning. Kan påvirke kvalitet og innhold i tjenestene. I ytterste konsekvens forsvarsløst. Det pågår tilflytninger hvor spesialistdekning er tema. Ingen av de tre enhetene er involvert, men dekningen er tilsvarende. Begrenset tilgang på leger og psykologer. Det jobbes med å rekruttere faste. I Nord-Troms er det lege (tilknyttet hele sentret) og ambulende lege. Mangler LIS. På Storsteinnes er det fast konstituert overlege og LIS. På Sli sand er det overlege to dager i uka og LIS (tilknyttet hele sentret). Bemanning og spesialistdekning gjør at enhetene ikke kan ta i mot de mest alvorlig syke. Noen pasienter har behov for lavere omsorgsnivå (kommune) eller høyere (sykehusfunksjoner). Manglende tilbud i kommune går ut over kapasiteten til planlagte og/eller brukerstyrte innleggelseser.</p>	<p>3 2 <b>Middels</b></p>	<p>Døgnplasser i Nord-Troms, Midt-Troms og på Storsteinnes er foreslått utviklet for å realisere styrkingen av sykehusfunksjoner og poliklinisk og ambulant kapasitet. Pasienter må få samme tilbud et annet sted, eller annet tilbud f.eks poliklinisk behandling. Forslaget innebærer en revidering av dagens situasjon; bygger opp sykehusfunksjoner og bygger ned døgnkapasitet. Finnmarkssykehuset HF overtar ansvaret for døgntilbudet til de 4 Nord-Troms kommuner: Kålfjord, Skjervoy, Nordreisa og Kvanngangen som i dag får sitt døgntilbud i UNN. PHV: Flytting av 10 døgnplasser fra Tana til Alta. TSB: Nedleggelse av døgn Alta, 6 døgnplasser og etablering av 2 nye døgnplasser i Karasjøk. Netto 4 døgnplasser.</p>	<p>Pasienter beholder nærhet til poliklinisk tilbud. Oppbygging av poliklinisk tilbud, ambulant og FACT. Tilbud om dognbehandling på andre lokalisasjoner. Pasienter fra Storlett (Kålfjord, Skjervoy, Nordreisa og Kvanngangen) kan få døgntilbud i Alta, med kortere reisevei. Døgnbehandling i Finnmarkssykehuset har god kapasitet. Overføring av fire kommuner til døgnbehandling i Finnmarkssykehuset frigjør døgnkapasitet i UNN.</p> <p><b>Risiko:</b> Pasienter får mindre nærhet til tilbud. Risiko for at det ikke blir likeverdige helsestjenester. Mer transport og lengre reisevei for pasienter og pårørende. Nedleggelse av tre enheter påvirker klinikkens totale døgnkapasitet. Storlett utgår i dag en kapasitet for Tromsø. Akuttberedskapen svekkes. Poliklinikkene, FACT-team og ambulante akutteam får ikke nærhet til sengerpost. Risiko for flere akuttinnleggelseser i sykehusfunksjonene. Mulig dreining mot akutt og mer bruk av tvang. Kan oppstå et gap mellom sykehusfunksjoner og kommunalt nivå. Stort overgang for kommuner. Kommunene har ikke bygget opp tilbudet. To ulike foretak å forholde seg til dersom pasienter tilhørende Storlett skal få døgnbehandling i Alta. Fåere praksisplasser, aktuelt for totalt 10 utdanningsforlop. Nedleggelse av døgnhetene kan gjøre det mindre motiverende å jobbe på DPS. Risiko for at ansatte sletter. Ansattkutt kan gjøre at avviklingen av døgnenhetene skjer fortere og mindre kontrollert. Kan også gjøre bemanningsituasjonen på poliklinikkene mindre stabil. Fåere praksisplasser, aktuelt for totalt 10 utdanningsforlop. Nedleggelse signaliserer at psykisk helse og rus ikke blir prioritert.</p> <p>*Matrisen viser risiko dersom alle de tre enhetene legges ned. Plan for nedleggning og omfang påvirker risiko. *Oppbygging av poliklinisk kapasitet før nedleggelse kan gi en bedre overgang.</p>	<p>Bygge opp sykehusfunksjonene. Bygge opp poliklinisk tilbud, ambulant akutteam og FACT.</p> <p>Samspill mellom spesialist- og primærhelsestjenesten. Hva kan KAD-plasser bidra til?</p> <p>Trinnvis og kontrollert tempo for utvikling. Ev. legge ned mindre enn foreslått?</p> <p>Bygge opp familjevennlig før nedleggelse. Vil kunne begrense risikoen for kompetansenfukt.</p> <p>Pasienter i Nord-Troms kan få døgntilbud i Alta.</p>	<p>4 4 <b>Red</b></p>	
3	<p><b>Poliklinisk tilbud</b></p> <p>Generert for lav poliklinisk kapasitet for psykisk helsevern i klinikken. Fristbrudd. Pasienter får tilbud via HELFO.</p>	<p>Pasienter får tilbud via HELFO Korttidspoliklinikk Ekstra stillinger</p>	<p><b>Risiko:</b> Stor utfordringer med tilgjengelighet og kapasitet. For lange ventetider. Tåvis redusert bemanning på grunn av vakanser og sykefravær. Høyere reforedelingsprosent. Høy turnover uheldig for å få til gode pasientforlop. Ansatte opplever stort press. Vanskelig å rekruttere fagkompetanse, særlig lege- og psykologspesialister. Poliklinikk i distriktet har mindre tilgang på helsepersonell med ønsket kompetanse. Kan utgjøre en forskjell i tilbudet. Ikke klart å opprettholde FACT-team i Harstad og Narvik på grunn av mangel på spesialister.</p> <p>*Årsakene til dagens situasjon er sammensatt, for eksempel evne til å forebygge og jobbe med pasientforlop. *1 Helse Nord brukes det mye mindre polikliniske ressurser sammenliknet med resten av landet, både i PHV og TSB. En usystematisk innhentning av drift på poliklinikk i helseforetak i Norge viste at det er flere pasienter per behandling i ser, og at snittet per pasient per behandler per dag var litt høyere i ser. Dette handler om hvordan poliklinikkene driftes, forventninger til tempo og tilgang på pasienter. *Korttidspoliklinikk er etablert med 10 stillinger i Tromsø og 2 i Harstad. Det er risiko for at det ikke er tilstrekkelig for å ta unna kapasitetsutfordringene. *Skåren viser det samlede poliklinikktilbudet i hele klinikken. Viser risiko på nåværende tidspunkt før korttidspoliklinikk har fått full effekt. *Diskutert at konsekvenskatooriene samlet settes til 4, men at økonomi er på 5.</p>	<p>5 4 <b>Red</b></p>	<p>Styrke poliklinisk og ambulant tilbud, hovedsakelig i Tromsø (10 stillinger) og Harstad (4 stillinger). *Det antas at forslaget innebærer en videreføring av stillinger som i dag brukes på korttidspoliklinikk Gjennomprøvelse av to FACT-team (6 stillinger i Harstad og 5 i Narvik). Detaljer er ikke beskrevet i Helse Nord sitt forslag.</p>	<p>Forslaget forventes å bedre situasjonen med ventelister og fristbrudd. Kapasiteten som bygges opp må trefle de rette pasientgruppene og svingningene i samfunnet. Økonomisk situasjon vil forbedres ved å unngå fristbrudd til HELFO. Stillingene i korttidspoliklinikk brukes i dag for å ta unna etterstøp, men vil på lengre sikt bli en reell styrking. Bedre kapasitet gir muligheter for å "bredde" spesialiserte funksjoner i hele klinikken, eksempelvis OCD-team.</p> <p><b>Risiko:</b> Risiko for at forslaget ikke er tilstrekkelig til å løse kapasitetsutfordringene. Særlig dersom det kun innebærer en omfordeling av dagens ressurser. Nedleggelse av døgnenheter kan gi økt trykk på poliklinisk tilbud. Fremskrivninger tilsier også økt trykk på poliklinisk tilbud. Forsatt ulikhet når det gjelder antall pasienter per behandler, antall konsultasjoner per dag, lengde på behandlingsserier og arbeidsform. Mangel på fagfolk utgjør en restrisiko.</p> <p>*Forslaget beskriver at detaljerte planer for styrking av poliklinisk tilbud må laget lokalt. På nåværende tidspunkt ikke avklart hva det betyr for UNN. Dette utgjør en usikkerhet i vurderingen.</p>	<p>Avhengig av UNN sitt interne arbeid.</p> <p>Avklare om forslaget innebærer videreføring av stillingene i korttidspoliklinikkene.</p> <p>Fortsett fokus på fag og kompetanse, ledelse og organisering, styring og prioritering.</p>	<p>3 3 <b>Middels</b></p>	

Sak 42/2024 - vedlegg til vedlegg 2

4	<p><b>Medikamentfritt behandlingstilbud</b> Regionale plasser. Variabelt belegg, men nokså jevnt forbruk blant sykehusene i regionen. Har god personelldekning. Ikke tydelig definert hva som ligger i et medikamentfritt tilbud og hva som er kunnskapsgrunnlaget for tilbudet.</p> <p>Ingen av de regionale tilbudene er fullfinansiert.</p>		<p>Fokus på recovery-, relasjons- og nettverksbygging. Pasienter/brukere har vært fornøyde. Bidrar til bredde/mangfold i tilbudet. Frivillig og avgrenset tilbud for pasienter i en stabil fase. Et reelt alternativ for pasienter med psykoseproblematikk og bipolar lidelse. Fin arena for brukermedvirkning og samarbeid. Rekrutteringen er god for de fleste yrkesgruppene. Delvis regionalt finansiert.</p> <p><b>Risiko:</b> Mangler evidens/kunnskapsgrunnlag. Tilbudet når en begrenset gruppe pasienter. Tilbudet gis muligens på et for høyt omsorgsnivå. Usikkert om det er riktig prioritering av begrensede ressurser (personell, arealer og økonomi). Hatt utfordringer med rekruttering av overlege.</p>	2	3	Middels	<p>Avvikles som eget døgntilbud og omgjøres til konsultasjonsteam. Konsultasjonsteamets oppgaver/innhold og dimensjonering er ikke avgjort. 50 % av de ansatte må få annen stilling i klinikken.</p>	<p>Et konsultasjonsteam kan støtte opp om de ordinære teamene. Kompetansen kan nå ut til flere lokalisasjoner. Også til kommuner. Medikamenter i behandling kan gis i andre rammer, for eksempel poliklinisk. Nedtrapping av psykofarmaka er grunnleggende kompetanse for leger i psykiatri. Andre helseregioner har tilsvarende organisering, eksempelvis Helse Vest. Positive erfaringer med konsultasjonsteam innen andre fagområder. Frigjør ressurser (personell, arealer og økonomi).</p> <p><b>Risiko:</b> Forsatt behov for mer evidens/kunnskapsgrunnlag. Kan bli vanskeligere å få til nettverksbygging og recovery-verksted når tilbudet ikke gis som døgnbehandling. Mindre bredde/mangfold i tilbudet. Enkelte i fagmiljøet har lite tro på at det finnes et godt nok alternativ til dagens tilbud. Noen ansatte er skeptiske til å jobbe i et konsultasjonsteam.</p>	<p>Avklare om det er mulig å gi et medikamentfritt behandlingstilbud gjennom et konsultasjonsteam. Innhente mer informasjon om innretning av slike type team i andre helseregioner. Gi Helse Nord tilbakemelding på dette. Definere hva et konsultasjonsteam skal være og innholdet i tilbudet. Sammensetning, størrelse, kompetanse. Stryke kompetanse på nedtrapping av medikamenter.</p>	2	3	Middels
5	<p><b>Behandlingstilbud TSB</b> Kapasiteten er god. Lavt belegg og lav bruk av kapasitet ved flere enheter i Tromsø. Utfordringer med pasientflyt mellom avrusningsenhet og døgnenhet. Mangler legespesialister (RAM-spesialister), psykologspesialister og sykepleiere. Litt ulike utfordringer i Tromsø og Narvik. God tilgang på miljøpersonale i Narvik. Lav poliklinisk kapasitet.</p>	<p>Manglende rekruttering til RAM-spesialiteten. Behandlingstilbudet er spredd på flere lokalisasjoner og poster. 50 % av døgnplassene innenfor TSB i Helse Nord er private plasser, 50 % er offentlige plasser hvorav plasser på UNN utgjør 70 % av de offentlige. Pasientforløpene i privat er lengre. Helse Nord har 95 døgnplasser, hvorav 87 på UNN. I tillegg avtale om kjøp av 87 døgnplasser ved private tussinstitusjoner med avtalehorisont 2027. Et sterkt miljøterapeutisk tilbud som etterspørres av pasientene.</p>	<p>Kapasiteten er god. Gunstig beleggprosent på ca 80 % de siste årene. Begrenser risiko ved vakanser og mangler på personell. Gode arealer/samarbeidsflater i Narvik.</p> <p><b>Risiko:</b> TSB-tilbudet er lokalisert flere steder og i ulike bygg. Vanskelig bruk av personell på tvers. Ikke god nok flyt fra mottak og videre i tjenestetilbudet medfører begrenset kapasitet til å ta i mot nye pasienter. Rekrutteringsutfordringer, mangler leger, psykologer og sykepleiere. Mest i Tromsø, men også leger i Narvik. Mange vakante stillinger uten søkere over år. Vanskelig å dekke vakter. En del bruk av variabel lønn (overtid og innleie). Kjenner til enkeltevis alvorlige pasienthendelser, og flere mindre alvorlige hendelser hvor man ikke har klart å gi et godt nok tilbud.</p>	3	4	Høy	<p>Reduksjon av kjøp fra private leverandører med 10 døgnplasser. Oppbygging av egen kapasitet i Helse Nord. Etablere ruspoliklinikk.</p>	<p>Reduksjon av kjøp fra private leverandører er ikke aktuelt før i 2027 på grunn av avtaler som er inngått. Forutsetter at midlene som frigjøres brukes til å styrke poliklinisk TSB-tilbud og subakutfunksjoner. Forutsetter at forslaget innebærer etablering av ruspoliklinikk i Narvik, som beskrevet i rapport fra Helse Nord arbeidsgruppe 2. Gir økt poliklinisk kapasitet. Beholder dagens døgnkapasitet i det offentlige. Mindre bruk av private vil kunne gi bedre kontroll med pasientforløpene.</p> <p><b>Risiko:</b> Forslaget endrer ikke avstand mellom enheter og antall enheter. Nedtak av privat kapasitet gir økt trykk på kapasiteten i UNN. Begrenser mulighet for å gjøre endringer i UNN. Fremskrivninger tilsier at forbruket av tjenestene vil øke. Forslaget løser ikke rekrutteringsutfordringene.</p>	<p>Vurdere klinikkens eget forslag. Frigjøre midler ved å slå sammen to enheter i Tromsø og muliggjøre ruspoliklinikk i Narvik. Interne arbeid.</p>	3	4	Høy

# Sak 42/2024 - vedlegg til vedlegg 2

Risikomatrise. Sirkel = risiko i nå-situasjonen. Firkant = risiko fremtidig situasjon

SAMNSYNLIGHET	5 Svært stor						
	Daglig – eller mer enn 90 % sjanse for at risiko inntreffer						
	4 Stor						
	Ukentlig – eller 61-90 % sjanse for at risiko inntreffer						
	3 Moderat						
Månedlig – eller 21-60 % sjanse for at risiko inntreffer							
2 Liten							
Årlig/noen ganger per år – eller opptil 20 % sjanse for at risiko inntreffer							
1 Meget liten							
Sjeldnere enn årlig – eller under 1 % sjanse for at risiko inntreffer							
MULIG KONSEKVENSN	1 Ubetydelig	2 Mindre alvorlig	3 Moderat	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig		
<b>Pasient</b>	Ingen skade på pasient	Forbigående negativ helseeffekt/skade som ikke krever ytterligere behandlingstiltak	Krever behandlingstiltak eller oppfølging	Krever betydelig økt utrednings- eller behandlingsintensitet eller varig funksjonstap/lidelse	Død		
<b>Bruker av tjenestene</b>	Ingen eller minimal innvirkning på bruker av tjenestene	Forbigående liten innvirkning på brukere av tjenestene	Liten kortvarig (mindre enn et år) innvirkning på bruker av tjenestene	Langvarig (mer enn et år) innvirkning på bruker av tjenestene	Betydelig langvarig (mer enn et år) innvirkning på brukerne av tjenestene		
<b>Bemanning</b>	Ingen eller minimal innvirkning på medarbeider eller bemanning	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller underbemanning på +/- inntil 20 %	Kortvarig (mindre enn et år) over- eller bemanning på mer enn +/- 20 %	Langvarig (over et år) over- eller underbemanning på +/- 15-30 %	Langvarig (over et år) over- eller underbemanning på mer enn +/- 30 %		
<b>Rekruttering</b>	Ingen eller minimal innvirkning på rekruttering	Kortvarig (mindre enn et år) rekrutteringsvansker for en andel av inntil 10 %	Kortvarig (mindre enn et år) rekrutteringsvansker for en andel av inntil 10-20 %	Langvarig (over et år) rekrutteringsvansker for en andel av inntil 15-30 %	Langvarig (over et år) rekrutteringsvansker for en andel på mer enn 30 %		
<b>Kompetanse/utdanning</b>	Ingen eller minimal betydning for kompetanse eller utdanning	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdanningskandidater, mindre enn 10 %	Kortvarig (mindre enn et år) reduksjon av utdanningskandidater, 10-20 %	Langvarig (over et år) reduksjon av utdanningskandidater, 15-30 %	Langvarig (mer enn et år) reduksjon av utdanningskandidater, mer enn 30 %		
<b>Kapasitet</b>	Ingen eller minimal betydning for kapasitet	Forbigående utfordringer knyttet til kapasitet	Kortvarig (mindre enn et år) utfordringer med kapasitet	Langvarig (over et år) utfordring med kapasitet	Betydelige utfordringer med kapasitet over lang tid (over et år)		
<b>Økonomi</b>	Ingen eller minimal påvirkning på driftskostnader eller finansiell bæreevne	Kortvarig (mindre enn et år) liten økning i driftskostnader eller kortvarig liten svekkelse av finansiell bæreevne	Kortvarig (mindre enn et år) moderat økning i driftskostnader eller kortvarig moderat svekkelse av finansiell bæreevne	Langvarig økning i driftskostnader eller langvarig svekkelse av finansiell bæreevne	Langvarig stor økning i driftskostnader eller langvarig stor reduksjon i finansiell bæreevne		



## Mal for høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

Helse Nord RHF ber om at høringssvarene struktureres ut fra fire hovedområder.

Fyll inn svarene i feltene under hvert spørsmål. Feltet vil tilpasse seg lengden på teksten.

Høringsuttalelser sendes til [postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no) og merkes «2024/388 Høringsuttalelse Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Frist for å sende høringsinnspill er 25. april 2024.

Høringsvarene er offentlige og vil bli publisert på våre nettsider.

[Mer informasjon om høringen på helse-nord.no](#)

Dato:

Høringsinstans:

Navn:

---

### 1. Psykisk helsevern og TSB

---

#### 1.1 Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

**Innspill:**

*Barn og unge var ikke en del av oppdraget til arbeidsgruppe 2, men Barne- og ungdomsklinikken (BUK) ble invitert til dialog med leder av arbeidsgruppe 2, noe klinikken setter stor pris på. Som det påpekes i utredningen er det økt tilfang av henvisninger og fordi det er en underkapasitet har dette ført til lange ventetider for barn og unge, noe som resulterer i fristbrudd og høye kostnader ved økning i bruk av Helfo.*

*Delingen av Ungdomspsykiatrisk seksjon i en elektiv enhet og en akutenhet med en økning av fem sengeplasser for barn og unge støttes og samsvarer med det som er klinikkens planer så langt. BUK, UNN har igangsatt en prosess med å oppdatere underlaget for en slik endring og det blir levert til Helse Nord innen sommeren.*

*BUK mener det er riktig å opprettholde alle våre BUPer, begrunnet i lange reiseveier i vårt opptaksområde. Det bør også utredes om man kan samarbeide med kommunene på de mindre stedene på en annen måte enn man gjør i dag. Her konkurrerer man i stor grad om svært knappe ressurser. Vi har god erfaring med etablering av FACT-team i Tromsø og det bør utvides til flere kommuner der det er tilstrekkelig tilgang på personell både i spesialisthelsetjenesten og kommunene.*

*Tiltak for faglig styrking hilses velkommen, og det bør vurderes om det er mulig at rekrutteringsmidlene brukes til gjenoppsett av barnepsykiaterprogrammet som ble drevet i regi av HN. Det kan også sees på alternativ organisering ved for eksempel å legge det til BUK, men det er viktig at det følger midler med.*

1.2 Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*

---

## 2. Rehabilitering og private tjenester

---

2.1 Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

*Innspill:*

2.3 Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*

---

## 3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

---

Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:

3.1 Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

*Innspill:*

### 3.2 Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester

*Innspill:*

### 3.3 Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

*Innspill:*

### 3.4 Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

*Innspill:*

### 3.5 Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.

*Innspill:*

---

#### *4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.*

---

*Innspill:*



## Høringssvar «Rehabilitering og private tjenester»

NOR-klinikken har hatt ansvar for å samle UNNs høringssvar knyttet til delrapport 3 "Rehabilitering og private tjenester". Dette høringssvaret er systematisert ved å gi kommentarer i henhold til rapportens kapittelinnledning. NOR klinikken har mottatt høringssvar fra organisasjonen. Sentrale punkter fra høringssvarene fremkommer under aktuelle punkter. Øvrige høringssvar er også vedlagt.

### Kapittel 2.2, 2.3, 2.3.1

Arbeidsgruppe 3 har valgt å konsentrere seg særskilt om døgnbaserte spesialiserte rehabiliteringstjenester i helseforetak og ved private institusjoner. Det er beskrevet at arbeidsgruppe 3 beskriver null-alternativet for øvrige private kjøp innen somatikk, psykisk helsevern og TSB. Arbeidsgruppe 3 har deskriptivt lagt frem hva Helse Nord kjøper, men hverken arbeidsgruppe tre eller øvrige arbeidsgrupper har levert forslag til endring i kjøp av øvrige somatiske tjenester, eller psykisk helsevern og TSB. At disse områdene ikke inngår mener vi er en svakhet med forslaget, all den tid kjøp av somatiske tjenester, inkludert avtalespesialister og TSB påvirker helseforetakenes evne til å tilby spesialisthelsetjenester i regionen.

Vi mener etablering av en felles regional vurderingsenhet bør vurderes for øvrige kjøp av private somatiske spesialisthelsetjenester etter modell fra regional vurderingsenhet innenfor spesialisert rehabilitering. Det er, jf kapittel 4.2.1 utfordringer knyttet til avtalespesialistordningen, men også for øvrige kjøp av spesialiserte helsetjenester. En regional vurderingsenhet for disse tjenestene vil kunne sørge for bedre integrasjon mellom avtalespesialister og øvrig spesialisthelsetjeneste, samt mere konsistente behovsvurderinger for spesialisthelsetjenester, og gir mulighet for en bedre kapasitetsstyring i regionen. Etter vårt syn fungerer regional vurderingsenhet innenfor spesialisert rehabilitering på en måte som gjør at behovene som ikke dekkes i helseforetak, blir målrettet dekket gjennom kjøp av tjenester fra private tilbydere. Vi anser et slikt behov å være til stede for øvrige somatiske kjøp også.

### Kapittel 4.3.3 og 4,4

Vi deler synet på utfordringsbildet på rehabiliteringsområdet i Helse Nord. Både når det gjelder helseforetakene og det kommunale perspektivet. Etter at arbeidsgruppe 3 leverte sitt arbeid har riksrevisjonen levert "Riskerevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene (2023-2024)". Rapporten understøtter de hovedtrekkene som er beskrevet i rapporten, og utdyper manglende rehabiliteringstjenester og samhandling mellom nivåene som sentrale utfordringsområder med mangelfull utvikling de siste 10-12 år. Vi mener derfor det kan settes stor lit til utfordringsbildet som er skissert.

Feildimensjoneringen av UNNs regionale rehabiliteringskapasitet mener vi er presist og riktig beskrevet i nå-situasjonen. Vi mener det er viktig å legge til at dette i stor grad går utover UNNs rolle som lokalsykehus, da senger utover normert grunnlag brukes til regionale pasienter ved UNN Tromsø. Dette medfører en pasientsammensetning som langt overstiger den normerte kapasiteten rehabiliteringstilbudet ved UNN har pr i dag. Høringssvar fra legegruppe ved Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk seksjon Tromsø beskriver også en konflikt mellom lokalsykehusstilbud og regionale funksjoner ved UNN Tromsø. Det legges også til at det er ulike og varierende forventninger til UNNs døgnbaserte rehabiliteringstilbud både fra andre avdelinger internt i UNN, men også fra andre rehabiliteringsfaglige miljøer i regionen. Situasjonen medfører en stagnasjon i utviklingen av rehabiliteringstilbudet sammenlignet med andre regioner i landet.



Det er viktig å presisere at kun UNN Tromsø har godkjenning til å utdanne legespesialister innen fysikalsk medisin og rehabilitering. Vi er også av den grunn helt avhengig av en sterk og riktig dimensjonert avdeling ved UNN Tromsø.

Udekkede behov innen rehabilitering er i liten grad synliggjort i rapporten. Legegruppen ved fysikalsk – og rehabiliteringsmedisinsk seksjon skriver: *“I Helse Nord mangler det tilbud som er vel etablert i andre RHF som medfører at pasienter enten må reise til andre deler av landet eller at de ikke får et tilbud i det hele tatt. Bla. blir kravene i nasjonal traumeplan ikke oppfylt både med tanke på totalkapasitet og pasientgrupper som får tilbud i subakutfasen men også når det gjelder senfase rehabilitering. Det mangler også et strukturert tilbud for pasienter med post-commotio syndrom og lettere hjerneskader. Om en først går i gang med strukturtiltak bør en ha utredet udekkede behov i regionen og ta de med i vurderingen for å sikre langsiktig utvikling i rett retning.”* Nødvendig å merke seg er at selv med foreliggende forslag om økning av regionale senger, vil fortsatt ikke nasjonal traumeplan sine anbefalinger nås. Den angir behov for 9 regionale traumesenger basert på befolkningsgrunnlag i Helse Nord sitt geografiske område. Hørings svar fra Regional kompetanseseksjon trekker også frem mangelfullt kunnskapsgrunnlag fra rehabilitering i andre regioner, og hvilke pasientgrupper som er lavfrekvente og komplekse, og dermed bør ha et regionalisert rehabiliteringstilbud.

## Kapittel 5

Vi mener de strategiske punktene i kapittel 5.1 er riktig og nødvendige. I det følgende gis innspill på hvordan vi mener selve forslaget (alternativ 2) må operasjonaliseres for å nå de strategiske målene for omstillingen av rehabiliteringstjenestene.

### Kapittel 5.2.1

Det foreslås å avslutte kjøp av ytelse som henvises direkte fra sykehus til private institusjoner (sub-akutt rehabilitering). Vi mener det er en riktig dreining av tjenestene av flere årsaker:

- a) Anbud kan utlyses med større grad av fleksibilitet i bemanningssammensetning og mindre tetthet av behandlere per pasient. Økt sub-akutt rehabilitering på sykehus vil være bemanningskrevende både med tanke på legespesialister, terapeuter og pleiepersonell. Vi mener tilgangen på fagfolk er for liten til å satse på tidligrehabilitering både i sykehus og ved private institusjoner.
- b) Forslaget legger til rette for å rendyrke de private institusjonene som elektive rehabiliteringsinstitusjoner, og eventuelt sørge for det udekte behov innenfor rehabilitering som ikke er sub-akutt og kan søkes dekt gjennom tjenester fra private.
- c) Kostander per rehabiliteringsplass på private institusjoner er kjent. Kostander per rehabiliteringsplass i sykehus er ikke kjent, og det må gjennomføres grundige og komplekse KPP analyser for å finne disse svarene. Likevel mener vi at utvidelse av kapasitet for sub-akutt rehabilitering gjøres mest kost-nytte effektivt ved å bygge på eksisterende heldøgns bemanning, eksisterende vaktordninger for leger etc. Kostnad knyttet til etablering og videreutvikling av disse ordningene bør tillegges foretakene.

Det er i interne hørings svar fra Regional kompetanseseksjon knyttet bekymring til å utelukkende konsentrere rehabilitering i sykehus til sub-akutte tilstander. Det vises særlig til at sykehus vil mangle kontroll, vurderings og oppfølgingstilbud til komplekse pasientgrupper og at dette er praksis i sykehus i andre regioner og ikke overlatt til private institusjoner.

## Kapittel 5.2.2 Endring i helseforetak

Rapporten foreslår konkret dimensjonering av sengetall per foretak i sitt forslag. Vi tar utgangspunkt i at disse forslagene er laget med bakgrunn i dagens praktiske funksjonsdeling mellom foretakene, som både er uklar på lokalsykehusnivå og regionale funksjoner. Innspill fra fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk seksjon fremhever, på samme måte som rapportens formulering *“Alternativ ... ser ikke på funksjonsdeling av oppgaver mellom helseforetak på målgruppenivå. Relevante områder å funksjonsdele må følges opp og vurderes i etterkant”*

Vi mener det er nødvendig å raskt igangsette et regionalt arbeid for å avklare følgende forhold:

- a) Definere hvilke pasienter som skal tilbys rehabilitering som en regional funksjon. Denne tjenesten gis ved UNN Tromsø, og det er både i rapporten og i regionen manglende faglig og administrativ forankring om hvilke pasientgrupper dette skal være. Dette arbeidet vil potensielt kunne endre forslag om hvor mange regionale plasser det er behov for ved UNN Tromsø. I rapporten er det foreslått 6 senger, hvilket er riktig med tanke på den etablerte praksisen de siste år, men som fremdeles avviker fra antallet som er administrativt forankret i UNN og Helse Nord (3 hodeskadesenger).
- b) Definere hvilke basisfunksjoner alle foretakene med rehabiliteringsmedisinske sengeposter skal betjene, med overveiende vektning av tidligrehabilitering. Dette vil også potensielt kunne gi et bedre grunnlag for å beregne behov for sengekapasitet i hvert enkelt foretak.
- c) Definere særskilte og foretaksvis ansvarsområder for rehabilitering av lav-volum grupper som krever særskilt kompetanse det ikke nødvendigvis trengs å bygge opp i alle helseforetak. Et eksempel på dette er synsrehabilitering som krever spesialkompetanse.

Arbeidet bør gjennomføres av erfarne fagpersoner innen rehabilitering, representant fra Helse Nord, samt lederrepresentanter for de rehabiliteringsmedisinske fagmiljøene i regionen. Helse Sør-Øst har erfaring med tilsvarende funksjonsdelingsarbeid innen rehabilitering fra tidligere og bør forespørres deltagelse i arbeidet.

Høringsinnspill fra Regional kompetanseseksjon trekker frem en rekke pasientgrupper som bør få et regionalt tilbud, utover de tre definerte hodeskadesengene (se vedlegg), som kan være bra utgangspunkt å jobbe videre med i et eget utredningsarbeid. Vi mener også de mest komplekse pasientene bør ha regionale vurderings, kontroll og oppfølgingstilbud. Disse tjenestene kan i mange tilfeller gis ved ambulering, poliklinisk og ved bruk av pasienthotell. Av hensyn til bosettings- og kommunestrukturen i landsdelen bør det regionale tilbudet være minst like stort som ellers i landet, nettopp fordi faktorene “sjelden” og “kompleks” vil slå in oftere med mindre befolkningsgrunnlag og små tjenester i kommuner- og spesialisthelsetjeneste.

### Kapittel 5.2.4.1

Det er riktig at forslaget totalt for regionen vil øke kapasitet for tidligrehabilitering ved økt antall rehabiliteringsplasser i sykehus. Vi anser foreslått endring med å bygge opp rehabiliteringssengepost i Nordlandssykehuset Bodø og nedleggelse av rehabiliteringsenhet i Vesterålen som et riktig og nødvendig grep i et regionalt perspektiv.

Særskilt for UNN må vi presisere at forslaget innebærer en netto reduksjon på 4 senger til rehabilitering. Forslaget innebærer å legge ned 6 rehabiliteringssenger på Finnsnes. Øke med 2

rehabiliteringssenger ved UNN Harstad. UNN Tromsø beholder samme antall rehabiliteringssenger, men med økt andel regionale senger.

Tabellen i kapittel 5.2.1 viser forbruk sub-akutte ytelse i private institusjoner pr 2022. Regional vurderingsenhet (RVE) har i årsrapport for 2023 dokumentert en nedgang i forbruk av aktuelle ytelse fra 483 pasienter i 2022, til 374 i 2023.

Tabell 5 Henvisninger direkte fra sengepost til institusjoner

Ytelse/tilbud	Antall 2023	Antall 2022
Y4 Subakutt hjerneslag/ervertet hjerneskade	65	96
Y11 Ortopedi	277	320
Y12 Kompleks og sammensatt sykdom/skade	32	67
Sum	374	483

Vi har studert antall pasienter i UNN området som har vært direktehenvist fra Helseforetakene i Helse Nord til institusjon i de aktuelle ytelsene for 2022 og tom oktober 2023.

17 pasientopphold i Y12 (komplekse og sammensatte)  
19 pasientopphold i Y11 (ortopedi)  
41 pasientopphold i Y4 (subakutt slag)  
Totalt 77 opphold.

I 2023 var det totalt 348 sykehusopphold i rehabiliteringssenger fordelt på UNN Finnsnes, UNN Harstad og UNN Tromsø.

I følge 2022 data vil derfor et opphør av tre aktuelle ytelsene medføre en økning på 22% pasientopphold i sykehussengene dersom ytelsene opphører.

Totalt antall senger i UNN i 2022 var 31. Finnsnes 6, Harstad 11, Tromsø 14.

Om disse data uten videre skal anvendes vil det medføre en 22% økning i behov for sengekapasitet i UNN området, hvilket i 2022 ville medført økning på 6,8 senger.

Alternativ 1 og 2 reduserer vi sengetallet i UNN Området med 4, da vi foreslår nedleggelse av Finnsnes og opprusting med 2 senger i Harstad.

En teoretisk mangel på senger i alternativene vil derfor være 10,8.

Vi mener at 2022 data fra RVE ikke er representativt for fremtidig volum i disse ytelsene. Analysen over vil derfor trolig være misvisende. Det skyldes blant annet at det 31.12.22 var stopp i bruk av beredskaps plasser etter Covid, hvilket følge RVE reduserer volumet. Samtidig ser RVE en reduksjon av pasienter henvist i Y11-ortopedi.

Pr Oktober 2023 fordeler bruken av de tre ytelsene seg på følgende måte:

5 pasientopphold i Y12 (komplekse og sammensatte)  
19 pasientopphold i Y11 (ortopedi)  
17 pasientopphold i Y4 (subakutt slag)

Totalt 41 opphold. Om utviklingen holder seg ut året er det sannsynlig at 2023 ender på totalt ca 50 opphold. Dette utgjør 14% økning i pasientopphold i sykehus dersom ytelsene opphører.

14% økning i antall opphold tilsvarer 4 senger.

I alternativ 1 og 2 er derfor avviket for UNN området redusert til 8 senger.

Vi bør videre ta hensyn til at styrking av UNN Harstad vil medføre helårsåpent, bedre den totale kapasiteten i eksisterende senger, samt forutsetninger for å øke beleggsprosent med krevende pasientsammensetning. Samtidig vil trolig andelen pasienter i Y11 (ortopedi) gå videre ned.

Foreslått styrking av regionale funksjoner vil gi kapasitet til å drifte 10 senger i lavdrift i Tromsø, fremfor 8 slik det er i dag.

Vi mener, basert på antatt pasient-tilstrømning, det vil være risikoreduserende og riktig å øke antall lokalsykehussenger med 4 i UNN Tromsø. Dette er økning på 4 senger sett opp mot foreslått alternativ. De øvrige 4 sengene mener vi kan kompenseres for gjennom helårsåpent, økt sengetall i lavdrift, økt beleggsprosent og videre reduksjon i Y11.

Bekymring knyttet til redusert lokalsykehuskapasitet fremkommer tydelig i interne høringssvar i UNN. Det er også ulike anslag for økning av lokalsykehussenger ved UNN.

### **UNN senger ved DMS Storslett**

Rapporten har ikke beskrevet bruk av 3 UNN senger ved DMS Storslett. Tidligere har disse sengene vært brukt til rehabilitering. Et utredningsarbeid utført ved UNN i 2022 konkluderte med vanskelige forutsetninger for å drive spesialisert rehabilitering, og det ble anbefalt endring av målgruppe. Dette forslaget ble effektivt. Målgruppe i dagens bruk av sengene er:

- Pasienter innlagt ved sykehus og som er i en avsluttende prosess av sykehusoppholdet. Pasientene skal ha fortsatt behov for tilbud i spesialisthelsetjenesten, men på et lavere behandlingsnivå.
- Hjemmeboende pasienter som trenger opphold som ledd i kartlegging, avklaring og et samlet tilbud, inkludert terapeuttjeneste, utover det et kommunalt tilbud kan gi.

Så langt i 2024 er sengene primært brukt til overførte utskrivningsklare pasienter fra UNN Tromsø med bosted i Nord-Troms kommuner. Vi foreslår at disse sengene legges ned, og at frigitte midler brukes til å styrke lokalsykehusstilbudet ved UNN slik som beskrevet over.

Videre mener vi etablert infrastruktur og kompetanse ved DMS er godt tilrettelagt for interkommunale senger i fremtiden, hvor det også kan utvikles gode samarbeidsstrukturer mellom UNN og kommunale døgnplasser. Dette fordrer naturligvis kommunale initiativ, men UNN vil støtte opp, og bidra med de kompetansebehov og samarbeidsstrukturer som vil være hensiktsmessig.

### **Kapittel 7. 3 Behov for videre utredninger**

For funksjonsdelingen mellom nivåene i helsetjenesten, tar arbeidsgruppe 3 utgangspunkt i vektmodellen fra 2012 (Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet). Denne må sees på som idealet, men praksis viser at dette er vanskelig å få til i vår region der kommunestruktur, demografi og mangel på helsepersonell er realiteten. Nye modeller for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten må utvikles. Det vil kreves fagkompetanse, ressurser og alternative organiseringsmodeller for å styrke pasientforløpene til pasienter med kroniske lidelser samt til et økende antall eldre i befolkningen. I dag prøves det ut en sektorovergripende pilot på tvers av nivåene i helsetjenesten for voksne med ervervet hjerneskade (Rehab Los

<https://uit.no/project/rehablos>). Vi trenger å utvikle flere slike modeller for sam-skaping og innovasjon, som tar i bruk ny teknologi, og som tar høyde for variasjonen i hva nord-norske kommuner er i stand til å levere av rehabiliteringstjenester lokalt. Dette må forankres via helsefelleskapene, og være et mer forpliktende samarbeid enn i dag. Her vil de ambulante rehabiliteringsteamene (ART) være viktige deltakere med veiledning som i dag og med nye oppgaver. Det er naturlig at disse prosessene knyttes opp mot forslagene knyttet til samordning av primær- og spesialisthelsetjeneste (arbeidsgruppe 5), der rehabilitering som fagområde er egnet inn i piloter omkring samordning.

#### **Kapittel 7.4**

Nasjonal helse og samhandlingsplan setter politisk retning med å blant annet trekke frem utprøving og innføring av nye organiseringsformer for mer sammenhengende tjenester og bedre bruk av personell. Arbeidsgruppe 5 trekker også frem noen samarbeidsmodeller som anbefales utprøvd. Vi mener den korte beskrivelsen av alternativ 3 delrapporten fra arbeidsgruppe 3 skisserer en interessant modell i lys av både nasjonal helse og samhandlingsplan og arbeidsgruppe 5 sine forslag.

Nord-Norge preges av små kommuner, spredt befolkning og sårbare fagmiljø både i spesialist- og kommunehelsetjeneste. En utprøving av samdrift mellom lokalsykehus og kommuner med bruk av lokalsykehusenes infrastruktur mener vi også bør vurderes pilotert innenfor alternativ 2 som er foreslått av arbeidsgruppen. Døgnbaserte rehabiliteringstilbud er utbygd i et fåtall kommuner. En slik modell vil kunne styrke både kapasitet og fagmiljø innenfor døgnrehabilitering, både på lokalsykehus og i flere kommuner. Konkurransesementet om fagfolk vil reduseres innenfor rehabilitering. Vi mener også incentivene for bedre samarbeid i hvert enkelt forløp vil kunne styrkes, og nivåskillene i helsetjenesten vil i mindre grad være barrierer for gode forløp. Dette vil kreve et nærmere utredningsarbeid vi mener bør initieres av Helse Nord og aktuelle kommuner.

Vedlegg 1: Høringssvar fra Regional kompetanseseksjon

Vedlegg 2: Høringssvar legegruppe ved fysikalsk- og rehabiliteringsmedisinsk seksjon Tromsø

## Høringsuttalelse

### «Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord»

fra Regional Kompetanseseksjon, Rehabiliteringsavdelingen, UNN

Viser til høringsbrev av 1. mars 2024. Våre innspill svarer ut område 3. **Rehabilitering og private tjenester** og område 5. **Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten**, som må sees i sammenheng. Vi har også tatt med innspill til høringsnotatet kap. 4.1 **Pasient og pårørendes involvering og helsekompetanse**.

**Innledning:** Arbeidsgruppe 3 viser i sin delrapport til evalueringen av Opptappingsplanen for habilitering og rehabilitering (2017 -2019) som KPMG gjorde i 2020, og som konkluderte med at planen ikke hadde ført til noen form for systematiske endringer i hvordan sentrale aktører forholder seg til rehabilitering. En viss styrking av rehabiliteringstjenester i kommunene kan sees på noen områder, men fortsatt mangler tilbud og kompetanse (s. 26). Nylig la Riksrevisjonen fram sin rapport; Riksrevisjonens undersøkelse av rehabilitering i helse- og omsorgstjenestene – Dokument 3:12 (2023-2024). Den viser også at mange pasienter ikke får de rehabiliteringstjenestene de har behov for av kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det er store variasjoner mellom og innad i helseregionene, både når det gjelder andel pasienter som mottar spesialisert rehabilitering og hvilke spesialiserte rehabiliteringstjenester som gis. Det synes tilfeldig om tjenestene samsvarer med behovene til pasientene i opptaksområdet. For område 3 Rehabilitering støtter vi deltakerne i arbeidsgruppen som var bekymret for et mangelfullt kunnskapsgrunnlag. Det mangler data for spesialiserte rehabiliteringstjenester i andre regioner. Videre hvilke pasientgrupper som er komplekse og lavfrekvente og bør ha regionaliserte rehabiliteringstilbud.

**Utfordringene for dette fagfeltet er ikke vesentlig endret siden Riksrevisjonens forrige gjennomgang i 2012.**

I vår egen region har antall rehabiliteringspasienter i spesialisthelsetjenesten per 1000 innbyggere gått ned fra 2017 til 2021 (Helsedirektoratet (2022) Rehabilitering i spesialisthelsetjenesten 2017- 2021 (rapport IS-3052)). Over tid har det foregått en styrking av tilbudet i de private rehabiliteringsinstitusjonene kombinert med en reduksjon av rehabiliteringstilbudet i helseforetakene.

Vi hilser derfor velkommen den foreslåtte styrkingen med flere rehabiliteringsenger i Helgelandssykehuset, Nordlandssykehuset og Finnmarkssykehuset, som et ledd i å gjøre de rehabiliteringsmedisinske miljøer mer robuste og muliggjøre helårdrift. Nord Norge har allerede en desentralisert modell med spesialiserte rehabiliteringssenger på lokalsykehus. Vi mener dette er riktig gitt de små kommunene i vår region, som i mindre grad enn større kommuner kan bygge opp tverrfaglige tilbud. Imidlertid vil funksjonsfordelingen være viktig.



Vi ser med bekymring på en netto reduksjon i sengetallet i UNN Tromsø de siste 15 år.

**Rehabiliteringstilbudet i regionen er i behov av en styrket regional funksjon, på lik linje med det en finner i andre regioner i Norge.**

Delrapporten fra arbeidsgruppe 3 kap 4.4 (s. 27) beskriver situasjonen ved UNN Tromsø, hvor det i dag er 14 senger som foreslås videreført. Tre av disse sengene er dimensjonert for regionale pasienter med traumatisk hodeskade, mens Nasjonal traumeplan angir behovet basert på befolkningstall til å være 9 senger. Rapporten lister på s. 28 flere pasientgrupper som vil ha behov for et regionalt sengetilbud. Hvor stor dette behovet er, er ikke anslått, men det vil ikke være sengeplasser tilbake til lokale pasienter. I praksis har ikke UNN Tromsø lokalsykehus-tilbud i rehabilitering etter at UNN la ned rehabiliteringsplassene ved Geriatrik avdeling. Noen pasienter har fått tilbud på Finnsnes, et tilbud som her foreslås lagt ned.

Det angis i delrapport og høringsnotat at rehabilitering mer og mer dreier seg i subakutt retning, men en kan ikke ha kun subakutt rehabilitering. Denne tankegangen gjør at helseforetakene, særlig på regionalt nivå der det kreves spesialiserte funksjoner, mangler kontroll-, vurderings- og oppfølgingstilbud til komplekse pasientgrupper. Slike tilbud finnes i helseforetak i andre helseregioner, og er ikke overlatt til private institusjoner.

Flere pasientgrupper og tilbud bør innlemmes i listen over pasienter som trenger regionale tilbud, og dette må bygges opp ved UNN Tromsø:

Pasienter med:

- Alvorlig multitraume (skade i to eller flere kroppsdelene). Tidligrehabilitering og tverrfaglige kontrollopphold. Poliklinisk trening (v Sunnaas inntil 12 uker)
- Alvorlige ekstremitetsskader, flere skader
- Traumatisk amputasjoner (tidligrehabilitering, senfølger/ komplikasjoner/ proteseproblemer/ treningsopphold).
- Locked-in syndrom (samarbeid med nasjonal funksjon)
- Unge pasienter med hjerneslag
- Progredierende sykdommer som MS med kognitiv funksjonsnedsettelse
- Alvorlig traumatisk hjerneskade inkludert subaraknoidalblødning, her bør det være tilbud om tidlig-rehabilitering, senfasetilbud, vurderingsopphold, rehabilitering av kognitive følger.
- Intensiv språktrening, intensiv håndtrening.
- Senfasetilbud til pasienter med traumatisk hjerneskade og pårørende
- Komplekse vurderinger av kjøreevne og hjelpemidler
- Poliomyelitt (migrantpopulasjonen) (med senfølger) - vurderingsopphold
- Alvorlige polyneuropatier som Guillan Barre syndrom, Critical illness polyneuropati (rehabilitering, og gruppe)
- Ryggmargsskade når St.Olavs ikke har kapasitet, evt. ikke traumatisk ryggmargsskade
- Cerebral parese: vurderingsopphold og gruppeopphold (finnes på Sunnaas)
- Nevrologiske og nevromuskulære sykdommer: Vurdere rehabiliteringspotensiale
- Arbeidsevne: tverrfaglig vurdering av fysisk og kognitiv funksjon med tanke på arbeid. Helsesørøst har også ved andre institusjoner enn Sunnaas tilbud om opphold for arbeidsrettet rehabilitering.

Dette er i tråd med Brukerperspektivet (Delrapport 3, kap. 4.5) «Best er viktig når ting skjer sjeldent. Nært er viktig når ting skjer ofte».

Vi støtter det beskrevne risikoreduserende tiltaket; øke tilbudet ved UNN Tromsø med 4 senger (kap. 7.2.6), og **foreslår en overføring av de 6 rehabiliterings-sengene ved UNN Finnsnes til UNN Tromsø; en opptrapping til totalt 20 senger, for å ivareta både regionale og lokale pasientgrupper.**

En styrket regional rehabiliteringsavdeling ved UNN Tromsø er essensiell for det faglige økosystemet. Den vil være viktig for at UNN skal kunne ivareta universitetsfunksjonen og bidra til utdanning av helsepersonell. De spesialiserte rehabiliteringsavdelingene i regionen er avdelinger i spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering. Det er kun UNN Tromsø som har gruppe 1 funksjon, og kan ferdig-utdanne legespesialister. En sterk fagavdeling med mange interessante oppgaver vil også bidra til dyktiggjøring av medarbeiderne og gi bred kompetanse innen rehabilitering, noe som er vesentlig for å kunne samhandle med de andre rehabiliteringsavdelingene og kommunene og ivareta veiledningsplikten. Den vil kunne være rekrutterende for nye medarbeidere, og bidra til å beholde spesialistutdanning av leger i FMR-feltet. En større enhet vil kunne ha «muskler» til å være med på en faglig utvikling, både teknologisk og utstyrmessig innen rehabiliteringsfeltet, et felt hvor vi i dag ikke holder tritt.

I dag slipper vi taket i de mest kompliserte pasientene, og pasienter med enklere problemstillinger får et relativt bedre tilbud. For å bygge opp et sterkt offentlig helsevesen er en styrking av de regionale funksjoner veien å gå.

**En robust rehabiliteringsavdeling med regionale funksjoner vil kunne bidra til likeverd i tjenestetilbud både innad i landsdelen og på tvers av landet, i tråd med målsetningen i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024- 2027.**

Andre kommentarer:

Nord Norge har flere ambulante rehabiliteringsteam som et bindeledd mellom helseforetak og kommuner. Disse må videreføres og styrkes, og er ikke nevnt i planen.

Vi registrerer at det foreslås at de private institusjonene skal redusere eller legge ned tilbud til pasienter med sykkelig overvekt. Det mangler kunnskapsgrunnlag for dette, og en vurdering av hvor disse pasientene skal få behandling. Videre foreslås det at institusjonene skal redusere tilbud til lettere ortopediske pasienter. Gruppen er ikke nærmere definert. Også dette må risikovurderes. Derimot bør pasienter i subakutt fase etter hjerneslag få rehabiliteringstilbud ved en spesialisert rehabiliteringsavdeling i helseforetak.

**I høringsnotatet kap. 7. 3 framheves behovet for å avklare roller og ansvar både mellom helseforetakene og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, dette støtter vi.**

For funksjonsdelingen mellom nivåene i helsetjenesten, tar arbeidsgruppe 3 utgangspunkt i vekt-modellen fra 2012 (Avklaring av ansvars- og oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsområdet). Denne må sees på som idealet, men praksis viser at dette er vanskelig å få til i vår region der kommunestruktur, demografi og mangel på helsepersonell er realiteten. Nye modeller for samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten må utvikles. Det vil kreves fagkompetanse, ressurser og alternative organiseringsmodeller for å styrke pasientforløpene til pasienter med kroniske lidelser samt til et

økende antall eldre i befolkningen. I dag prøves det ut en sektorovergrepene pilot på tvers av nivåene i helsetjenesten for voksne med ervervet hjerneskade (Rehab Los <https://uit.no/project/rehablos>). Vi trenger å utvikle flere slike modeller for sam-skaping og innovasjon, som tar i bruk ny teknologi, og som tar høyde for variasjonen i hva nord-norske kommuner er i stand til å levere av rehabiliteringstjenester lokalt. Dette må forankres via helsefellesskapene, og være et mer forpliktende samarbeid enn i dag. Her vil de ambulante rehabiliteringsteamene være viktige deltakere med veiledning som i dag og med nye oppgaver.

## Kapittel 4.1. Pasient og pårørendes involvering og helsekompetanse

Vi har valgt ut noen punkter under kap. 4.1.1 Aktuelle tiltak, med våre kommentarer i kursiv.

Økt helsekompetanse i befolkningen og bedre involvering av pårørende kan påvirke kvalitet på og forbruk av tjenester. Dette kan understøttes gjennom:

- Bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om pasient- og pårørendeopplæring i helhetlige pasientforløp
  - *Forskning viser at pasient- og pårørendeopplæring har [helseøkonomisk gevinst](#). Dette fordrer at det i større grad enn i dag systematiseres hvilke diagnosegrupper som skal gis tilbud og at det integreres i behandlingsforløp. Vi mener dette kan gjøres gjennom standardisering av hvilke tilbud som skal gis som hhv nasjonale, regionale og lokale tilbud med utgangspunkt i pasientgrunnlaget til de ulike diagnosene. Samhandling og ansvarsområde for spesialist- og kommunehelsetjenesten bør konkretiseres. Helsefellesskapene kan brukes til å bedre samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet arbeider med å videreutvikle en veileder for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Denne vil blant annet omtale oppgavedeling og samarbeid mellom kommuner og helseforetak.*
- Utvikling av gode digitale tjenester og verktøy som understøtter god kommunikasjon, egenovervåkning, tidlig oppdagelse av forverring samt opplæring og mestring.
  - *I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-27 pekes det på at per i dag er oversikten over, og informasjon om, frisklivs-, lærings- og mestringstilbud fragmentert og mangelfull. Tilbudene er ofte ikke kjent for verken brukere/pasienter eller ansatte i helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å starte et utredningsarbeid hvor målet er en trinnvis utvikling av helsenorge slik at siden inneholder samlet og oppdatert informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud, selvhjelpsverktøy og pasient- og pårørendetilbud. Vi mener at en utvikling av digitale tjenester bør innebære en bedre oversikt over både eksisterende fysiske tilbud, samt digitale tilbud.*
- Videreutvikling av læring og mestringskurs, inkludert utvikling og evaluering av heldigitale, hybride og fysiske kurs
  - *Videreutvikling av heldigitale og hybride kurs krever tilstrekkelig digital kompetanse hos både helsepersonell og kursdeltakere. En forutsetning for videre utvikling er at tilgang på teknisk støtte til de som skal gjennomføre digitale kurs.*

- *Grupper som i dag har begrenset tilbud bør satses på. Eksempelvis: Rus og psykisk helse, ungdom, minoritetsgrupper, herunder tilbud til samisk befolkning.*
- Økt fokus på prerrehabilitering; bedre og mer effektiv forberedelse, både mentalt og fysisk, gir bedre behandlingsresultater og raskere rehabilitering etter behandling
  - *Lærings- og mestringstilbud kan i større grad benyttes tidligere i hele pasientforløpet. Opplæring kan skje gjennom e-læring og fysiske kurs. Eksempelvis: Preoperative kurs.*
- Bedre systematikk i og kompetanse om involveringen av pårørende
  - *Flere tilbud om lærings- og mestringstilbud til pårørende kan være aktuelt tiltak.*

*Ytterligere tiltak:*

- *Helsepedagogisk kompetanse hos helsepersonell er avgjørende for å styrke pasienter og pårørendes helsekompetanse, jfr Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024-2027 som fokuser på en helse- og omsorgstjeneste som fremmer forebygging og mestring (kap. 3.1). Vi savner derfor et tiltak med fokus på å øke den helsepedagogiske kompetansen hos helsepersonell. Selv om helsepedagogikk har fått økt fokus i grunnutdanningene, er det behov for kompetansehevende tilbud i helsepedagogikk som gjennomføres i helse- og omsorgstjenesten. Lærings- og mestringssentrene posisjon som helsepedagogisk ressurscenter bør styrkes.*

Tromsø 8. april 2024

På vegne av medarbeidere i RVE, ReFF og LMS

Med vennlig hilsen

**Anne Winther**

Seksjonsleder

Regional kompetanseseksjon

**Tlf: +47 776 69 779**

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Nevro-, ortopedi og rehabiliteringsklinikken  
Rehabiliteringsavdelingen

**Mobil: +47 996 44 540**

Med pasienten – for pasienten



## UTKAST

### Hørings svar fra legegruppen FRMT til kapittel 3.3 «Rehabilitering og private tjenester» i høringsutkastet «Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord»

#### Hovedpunktene fra Høringsutkastet

Arbeidsgruppens oppdrag: Utrede endring av tjenestetilbud til egne sykehus med mer spesialisert rehabilitering

Arbeidsgruppens beskrivelse av utfordringer i nåsituasjonen: Manglende rehabilitering i akuttfasen kan redusere muligheten for å gjenvinne funksjoner • Uklar oppgavedeling mellom helseforetakene mht. hvilke pasientgrupper som bør få et tilbud i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten • Det mangler en tydelig definisjon på hva som skal være regionale oppgaver • Krevende å rekruttere og stabilisere kvalifisert personell til små, sårbare enheter

#### ROS-analysen

0-alternativet har fire av seks risikoområder i rød sone, og høy risiko. Det er derfor ikke et reelt alternativ å videreføre dagens organisering, særlig av hensyn til risikoen for å ikke kunne tilby likeverdige helsetjenester. Pasientenes behov for tidligfaserehabilitering etter akutt sykdom og skade har høy risiko. Flere pasienter ligger i dag i sykehus i påvente av rehabilitering i feriestengte- og lavdriftsperioder, med fare for prognosetap og lavere livskvalitet.

Det anbefalte alternativ medfører moderat risiko på tvers av risikoområdene. Det er høyest gjennomsnittlig risiko forbundet med «kapasitet», og lavest risiko forbundet med «behandlingstilbudet» i forslaget. Risikoen for ineffektiv ressursutnyttelse i eget helseforetak sammen med risiko for at det ikke er tilstrekkelige med lokaler og sengekapasitet er vurdert som høy. Innen rehabilitering er det høy grad av overtid og små enheter, ofte med lavt belegg. Arbeidsgruppe 3 vurderer ikke at anbefalt alternativ vil redusere risikoen, heller ikke ved innføring av risikoreduserende tiltak. Å sikre et høyt faglig nivå, kompetanseløft, lik praksis og god kvalitet ble holdt fram som risikoreduserende tiltak. Å hente tilbake pasienter fra private aktører ble vurdert som et risikoreduserende tiltak med tanke på effektiv ressursutnyttelse. Høy risiko for utilstrekkelig med lokaler og sengekapasitet beror på usikkerhet om hvorvidt en har tilstrekkelig areal forslaget. At risikoområdet «behandlingstilbud» har en lav gjennomsnittlig risikoprofil begrunnes med at man i det foreslåtte alternativet har bedre forutsetninger for å lykkes med sømløse pasientforløp ved at flere rehabiliteringspasienter behandles i primærhelsetjenesten. Under risikoområdet «bemanning» var også risikoen for å ikke rekruttere og beholde relevant kompetanse vurdert som høy. Arbeidsgruppe 3 peker blant annet på at rekrutteringen kan bli krevende ved oppbygging av et nytt miljø. Arbeidsgruppe 3 vurderte at risikoen for å ikke rekruttere og beholde relevant kompetanse vil kunne reduseres til moderat gjennom risikoreduserende tiltak som rekrutteringsprogram for sårbare spesialiteter, stimuleringstiltak for LIS, oppbygging av større fagmiljø, og god grunnbemanning. Et risikoreduserende tiltak med antatt stor effekt er å la eksisterende tilbud bestå inntil nye tilbud er i full drift.



**Arbeidsgruppens anbefaling**

<b>Alternativ 2</b>		
Alternativ 2 bygger på alternativ 1		
Endring i sykehus/private institusjoner/kommuner		
Private rehabiliterings-institusjoner	Redusere dagens kjøp av ytelsene <ul style="list-style-type: none"> <li>- Subakutt hjerneslag/ervert hjerneskade</li> <li>- Brudd og slitasjeskader i skjelett</li> <li>- Kompleks og sammensatt sykdom/skade</li> </ul>	Redusere dagens kjøp av ytelsene <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muskel/skjelett</li> <li>- Ortopedi</li> <li>- Sykelig overvekt</li> </ul>
Finmarkssykehuset	Styrke Kirkenes	
Universitetssykehuset Nord- Norge	Styrke UNN Tromsø og Harstad. Avvikle tilbudet på Finnsnes	
Nordlandssykehuset	Bygge opp rehabiliteringsavdeling i Bodø	Avvikle tilbudet i Vesterålen
Helgelandssykehuset	Styrke Sandnessjøen	

Kommunene		Større ansvar for en andel av pasientene i ytelsene <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muskel/skjelett</li> <li>- Ortopedi</li> <li>- Sykelig overvekt</li> </ul>
Samhandling med kommuner	Forsterke kompetanseoverføringen fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjenesten	Etablere mer forpliktende samarbeidsavtaler som forutsetning for å utføre rehabilitering i kommunene

Flertallet i arbeidsgruppen anbefaler å øke kapasiteten i egne helseforetak for å ta hånd om tidligfaserehabilitering etter akutte hendelser, alternativ 2. Arbeidsgruppen anbefaler også å kjøpe mindre spesialisert rehabilitering hos private leverandører for pasientgruppene muskel og skjelett, sykkelig overvekt og lettere ortopediske tilstander.

**Mindretalls vurdering:**

Konserntillitsvalgtmedlemmet i arbeidsgruppen ønsker ikke å ta stilling til alternativet på nåværende tidspunkt, men vil avvente til helhetlig plan er ROS-analysert og foreligger til drøfting mellom partene i Helse Nord RHF

Et mindretall på fire gruppedeltakere fra kommunehelsetjenesten har anført følgende: Anbefalingene i rapporten svarer ikke ut hovedutfordringene i mandatet. De viktigste premissene som flertallet har lagt til grunn i rapporten er verken faglig godt nok fundamentert, eller godt nok utredet til å gi et forsvarlig grunnlag for å vurdere hvilke endringer som bør anbefales. Det er grunn til å tro at et bedre faglig og økonomisk kunnskapsgrunnlag der også kommuneperspektivet hadde blitt hensyntatt i større grad, ville bidratt til andre vurderinger og anbefalinger i tråd med Helse Nord's hovedmål for ny funksjons- og oppgavedeling fra et samlet utvalg.

Kostnader for økt areal behov i HF er usikkert.

### **Direktørens vurdering**

Den spesialiserte rehabiliteringen som foregår i helseforetakene, er for oppdelt og i liten grad tilpasset behovet til pasientene og den øvrige driften. Pasientenes behov for tidligfaserehabilitering etter akutt sykdom og skade vurderes å ha for høy risiko slik den er organisert i dag på grunn av manglende kapasitet og kompetanse. Dette gir fare tap av funksjoner og livskvalitet hos den enkelte pasient. Med et mål om likeverdig tilgang på rehabiliteringstjenester, er videreføring av dagens organisering derfor ikke et reelt alternativ.

Helse Nord må styrke den eksisterende spesialiserte rehabiliteringen og bygge ytterligere kapasitet hos oss selv for å redusere kjøp fra private tilbydere. Som ROS-analysen viser vil endringene gi et faglig bedre tjenestetilbud, redusere regional variasjon og bidra til mer likeverdig tilgang på spesialisert rehabilitering.

Med bakgrunn i behov for ytterligere avklaringer må arbeidet for å styrke spesialisert rehabilitering i egen regi, planlegges godt. Helse Nord RHF har nettopp inngått nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner. Avtalene løper tidligst ut i 2027. Opprusting av egne rehabiliteringsenheter er avhengig av at midler som brukes til kjøp hos private blir frigjort. anbefalte endringer kan derfor tidligst iverksettes i 2028. Det foreslås på denne bakgrunn at planleggingen starter opp rundt årsskiftet 2024-25.

### **Legegruppens Høringsinnspill**

Vi anser dagens struktur med mange små enheter og uklar oppgave- og ansvarsfordeling som lite framtidsrettet og med høy risiko for forverring av tilbudet over tid. I tillegg vil økt forventet levealder og flere eldre totalt medfører at flere vil oppleve funksjonssvikt i framtiden som kan utløse behov for rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. I dagens struktur opplever vi flere utfordringer over tid: Begrenset total kapasitet i regionen og begrenset kapasitet til regionale funksjoner, konflikt mellom lokalsykehustilbud og regionale funksjoner i Tromsø, varierende forventninger til avdelingen fra andre avdelinger internt i UNN og i det rehabiliteringsmedisinske fagmiljø i regionen. Høyere forventninger til regionale funksjoner UNN Tromsø skal tilby enn det som er besluttet av HN. Stagnasjon i utvikling av rehabiliteringstilbud sammenlignet med de andre helseregioner i landet.

I Helse Nord mangler det tilbud som er vel etablert i andre RHF som medfører at pasienter enten må reise til andre deler av landet eller at de ikke får et tilbud i det hele tatt. Bla. blir kravene i nasjonal traumeplan ikke oppfylt både med tanke på totalkapasitet og pasientgrupper som får tilbud i subakutfasen men også når det gjelder senfase rehabilitering. Det mangler også et strukturert tilbud for pasienter med post-commotio syndrom og lettere hjerneskader. Om en først går i gang med strukturtiltak bør en ha utredet udekkede behov i regionen og ta de med i vurderingen for å sikre langsiktig utvikling i rett retning.

Omstillingstiltak kan etter vår vurdering ikke gjøres uten at en regional funksjonsfordeling beskriver tydelig og utdypende hva som skal være sentraliserte regionale funksjoner og hva som skal være basisfunksjoner som skal tilbys i alle foretak. Dette arbeidet kan iverksettes umiddelbart og skal være

grunnlag for dimensjonering av enhetene. Av denne grunnen er det derfor også vanskelig på nåværende tidspunkt å ta stilling til konkrete forslag til dimensjonering av de enkelte enhetene.

Det er foreslått å overføre et ikke ubetydelig pasientvolum til sykehusavdelingene. Det må sikres at det ikke oppstår en midlertidig eller varig forverring av det totale tilbudet under og etter overgangen. I UNN må det sørges for totalkapasiteten for lokalsykehusrehabilitering ikke svekkes gjennom omstillingen, samt at de regionale funksjoner styrkes. Færre enheter som tilbyr subakutt behandling året rundt gir mer forutsigbar og stabilt drift og kan totalt sett være personal- og kostnadsbesparende. Det betyr mindre behov for vaktordninger. Tydelig skille mellom subakutte og elektive/senfasetilbud kan legge til rette for mer spesialiserte funksjoner.

Oppbygging av en robust rehabiliteringssengepost i Nordlandssykehuset anser vi som et hensiktsmessig og nødvendig tiltak. Opprettelse av en helt ny sengepost er ressurskrevende og beheftet med høy risiko og må planlegges nøye. I prosessen må det sikres at utbyggingen kan skje i forkant eller samtidig med nedbygging i Vesterålen og i de private rehabiliteringsinstitusjoner.

Selv ved styrking av eksisterende enheter etter forslaget vil enhetene være relativt små og det er risiko for at en ikke oppnår den tilgjengeligheten og robustheten som er ønsket.

Fokus på rekruttering av nødvendig personal vil være svært viktig.

På lokalsykehusnivå kan direkte samarbeid/felles enheter med kommunehelsetjenesten være nyttig og framtidsrettet.

I dette arbeidet har det ikke vært fokus på det fysikalsk medisinske tilbud i regionen, f. eks. tilbudet til pasienter med kroniske muskelskjelettplager eller langvarig utmattelse (CFS/ME, post-covid). Dette bør suppleres på et senere tidspunkt.

## Mal for høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

Helse Nord RHF ber om at høringsvarene struktureres ut fra fire hovedområder.

Frist for å sende høringsinnspill er 25. april 2024.

Høringsvarene er offentlige og vil bli publisert på våre nettsider.

[Mer informasjon om høringen på helse-nord.no](#)

Dato: 09.04.2024

Høringsinstans: ESI

Navn: Markus Rumpsfeld (senterleder ESI), Glenn-Helge Hattmann (samhandlingssjef og avdelingsleder PTU) og Per Erlend Hasvold (fungerende seksjonsleder SamUt) og Gry Andersen, (konst. klinikkssjef BUK)

### 1. Psykisk helsevern og TSB

Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Innspill:

Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

Innspill:

### 2. Rehabilitering og private tjenester

Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

Innspill:

Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

Innspill:

### 3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:

A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

B: Fleksibel bruk av senger i døgneheter på tvers av tjenester

C: Kommunale døgneheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

Innspill:

## Innledning

Ny Nasjonal helse og samhandlingsplan er også nylig publisert med åpning til å tenke felles systemer for spesialist- og primærhelsetjenesten. I tillegg beskrives det i rapporten fra arbeidsgruppe 5 i Helse Nord «Tiltak for å sikre bærekraft i regionen» ulike mulige samarbeidsmodeller mellom foretak og kommuner. Disse dokumentene, sammen med arbeid med «team og digitalisering» legger et godt grunnlag for at vi sammen med brukere

og primærhelsetjenesten kan utrede og implementere aktuelle tjenester som bidrar til bærekraftig utvikling.

Det vil i forbindelse med innføring av tiltak for å sikre bærekraft, være nødvendig og også adressere de potensielle og aktuelle utfordringene adressert i Rapport fra arbeidsgruppe 5 Helse Nord.

Det vil i tillegg være nødvendig å se på eksisterende ledelsesstrukturer og hvordan beslutning om tildeling og bruk av ressurser gjøres, for å unngå at tverretatlige og tverrfaglige ressurser blir hentet inn i tradisjonell struktur.

RHF spiller også en nøkkelrolle i å fasilitere samarbeid og sikre en helhetlig tilnærming til bærekraftige helsetjenester i regionen. Det vil derfor være viktig at RHF tar en aktiv rolle i å forebygge gjentakelse av de kjente utfordringene som eksisterte fra før foretaksreformen. Dette kan blant annet gjøres gjennom å aktivt styrke, fremme og ha tydelige oppdragsmål for helhetlig innovasjon i helsetjenesten.

Situasjonen vi har med utskrivningsklare pasienter er et symptom eller et mønster på tidligere vurderinger som ikke har vist seg å gi den kapasiteten man trenger i kommunene. Det er viktig å ha felles forståelse for at vi kan og må gjøre noe med dette mønsteret og endre måten vi jobber på. UNN og kommunene jobber godt sammen på flere områder. Dette gjør vi gjennom FACT-samarbeidet og gjennom pasientsentrerte helsetjenesteteteam, men vi ønsker å fremheve spesielt de mulighetene som ligger i samarbeidet mellom det nye UNN Narvik og Narvik kommunes nye og samlokaliserte Helsehus. Videre planene for UNN Harstad og Harstad kommunes helsehus.

I det fremtidige innovasjon- og utviklingsarbeidet som gjøres i regionen vil det være nødvendig å ha fokus på prinsippene personsentrert, helhetlig og proaktiv slik at disse blir bygget inn i de ulike modellene som utvikles. Her vil spesielt forebyggende tiltak og tiltak med mål om å forberede og ha stort potensial for styrking gjennom samordning av helsetjenestene.

For å redusere ressursbruk og øke gevinstrealisering av innovasjon- og utviklingsarbeidet vil bruk av metodikk beregnet for dette, være nødvendig. Det anbefales derfor at regional felles metodikk for gevinstavtrykk implementeres for å sikre felles forståelse. Step Up metodikk for tidlig metodevurdering vil i kombinasjon med annen velkjent metodikk, være kritisk for å sikre bærekraft og høyest grad av gevinstrealisering. For mer informasjon om Step Up se Håndbok i helseinnovasjon, Kari J. Kværner og Thomas Hoholm, 2023.

Vi bør ikke undervurdere verdien av skrivebordsøvelser for å simulere komplekse pasientforløp, da disse kan gi verdifulle innsikter og læringspunkter for justering og forbedring av både den operative og den juridiske/finansielle modellen. Skrivebordsøvelser vil også bidra til å adressere de ulike hindringene og utfordringene som oppdages innenfor lov og avtaleverk, ved at disse fanges opp og videreformidles.

Vi ønsker også å påpeke gevinstene av fokus på helhetlige tjenester, som sikrer overganger og prosesser på tvers av fag og nivå. Her bør det være forventinger med å unngå raske

reinnleggelser, og gjennom dialog sikre at neste ledd i pasientforløpet er godt forberedt. Gjennom et personsentrert fokus kan vi tillegg bidra til å sikre at det som er viktig for pasient (og pårørende der det er relevant og riktig) prioriteres. Dette fører igjen til bedre koordinering og prioritering og gir utgangspunkt for felles planer når flere tjenesteytere er involvert. Forebygging og godt forberedte tjenester (proaktiv) sikrer at man unngår unødvendige innleggelser, dvs. de som kan forebygges eller fanges opp så tidlig at pasient ikke må legges inn som reaksjon på krise. Til sammen utgjør disse tre prinsippene en modell for en mer personsentrert og effektiv helsetjeneste. Dette har som effekt at samlet antall transaksjoner (i spesialist- og primærhelsetjenesten) i et pasientforløp reduseres.

## Beskrivelse av pilot

I likhet med behovet for felles forståelse av gevinstrealisering, ønsker UNN å utvikle i samarbeid med kommunene en felles regional piloteringsmodell som støtter opp om det felles innovasjon- og utviklingsarbeidet som skal gjøres og som støtter opp om arbeidsgruppe 5 sin rapport.

## Formål

Piloten skal gi kunnskap og erfaringer med geografisk samlokalisert og samordning av helse- og omsorgstjenester med felles faglig og administrativ ledelse for å identifisere mulige gevinster og avdekke praktiske, juridiske og avtalemessige hindringer.

Piloten skal foreslå en operativ modell for felles faglig og administrativ ledelse som kan skales opp til full drift.

Piloten skal nå trinn 5 i forhold til trappetrinns modellen (fullt integrerte tjenester innenfor ett fagområde) fra Rapport fra arbeidsgruppe 5.

## Leveranser

- Gjennomført pilot som inkluderer minst en vertskommune og en mindre kommune og UNN/sykehus i Helse Nord
- Etablert en modell for faglig ledelse av en samordnet helse- og omsorgstjeneste og høstet erfaringer fra denne i gjennomført pilot
- Etablert en modell for administrativ ledelse av geografisk samlokalisert og samordnet helse- og omsorgstjeneste og høstet erfaring fra denne i gjennomført pilot
- Etablert evalueringskriterier og systemer for å samle de nødvendige dataene
- Analyse av erfaringene basert på innsamlede data med anbefalinger til forbedring av modell og nødvendige justeringer av juridiske og avtalemessige ordninger, faglig og administrativ ledelse og justering av gevinstavtrykk og realistisk gevinstrealisering
- Gjennomføring av Step Up-prosess gjennom hele piloten for identifisering av gevinstavtrykk og som underlag for vurdering av modellen

## Gjennomføring

Piloten organiseres gjennom en egen styringsgruppe med mandat fra Helsefelleskapet Troms og Ofoten (HTO) strategisk samarbeidsutvalg (SSU). Styringsgruppen har ansvaret for gjennomføring av piloten.

Piloten gjennomføres i perioden dd.mm.yy til dd.mm.yy.

Følgende ressurser skal finansieres:

- Ledelse av pilot (prosjektledere) fra kommune og sykehus
  - o Ansvarlig for gjennomføring av piloten og dialog med styringsgruppen
  - o Organiserer og koordinerer arbeidspakkene
- Lederteam for piloten. Består av adm. og faglig leder fra sykehus, faglig leder fra fastlege, tildelingskontor-faglig leder, helsearbeider sykehus og helsearbeider kommune
  - o Ansvarlig for ledelse av tjenestene
- Operative tverrfaglige team
  - o Kommune 1(vertskommune)
  - o Kommune 2 (kommune med DMS)
  - o Kommune 3 (kommune uten DMS)

## Arbeidspakker

Arbeidspakke 1 – Etablering av pilot med identifisering av pasienter og kommuner

Arbeidspakke 2 – Juridiske vurderinger og avtaler

Arbeidspakke 3 – Pasientforløp og prosesser, helt hjem, helt digital, helt trygt

Arbeidspakke 4 – Gevinster, evaluering, KPI, analyser av erfaringer

Arbeidspakke 5 – Økonomisk modell

Arbeidspakke 6 – Teammodell støttet av digitale verktøy

Arbeidspakke 7 – Fleksibel bruk av senger i døgneheter på tvers av tjenester

Arbeidspakke 8 – Kommunale døgneheter med støtte fra spesialisthelsetjenesten

## Økonomi for pilot

### Finansiering

- Rekrutterings- og samhandlingstilskudd, forvaltes av Helsefelleskapet gjennom strategisk samarbeidsutvalg. UNN foreslår å bruke Helsefelleskapet Troms og Ofoten.

### Budsjett

Frikjøp heltid/deltid:

- fastlege
- sykehuslege
- tildelingsleder
- helsearbeider sykehus

- helsearbeider kommune
- administrativt team
- medarbeidere arbeidspakke

Annet personell som må inngå og finansieres

- Følgeforskere
- Juridisk rådgiver
- Økonomi og analyse
- Tjenestedesigner

## Innspill på aktuelle piloter fra UNN innenfor områdene:

### A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

- **Avklaringsenger, Kartleggingsenger, etablering av helsehus sammen med/eller nært sykehus – eller etablere felles helsehus**
  - Ett samarbeid mellom ambulante tjenester og kliniske enheter/sengeposter i sykehus og kommune om tilgang til senger som kan bidra til å avklare ting som krever døgnobservasjon, hvile mellom undersøkelser i sykehus eller annet. Situasjoner hvor det ikke nødvendigvis er behov for innleggelse.
  - Kan også bidra til å avklare problemstillinger lokalt og unngå belastende transport til lokal-/regionsykehus som kunne vært unngått.
  - Nødvendig med tilgang til nødvendige spesialiteter. Evt. ambulerer, bruk av digitale konsultasjoner/rådgivning gjennom video eller andre løsninger
  - For palliative pasienter kan det være viktig med mulighet for tilgjengelig seng for rask hjelp ved akutt forverring/smerteproblematikk.
  - Vurdere samordning med hjemmetjenesten for å sikre og muliggjør optimaliserte pasientforløp til pasientens hjem

### B: Fleksibel bruk av senger i døgneheter på tvers av tjenester

- Det må gjøres opp status for prosjektet om fleksibelt bruk av senger i interregionalt samarbeid med kommunene tilknyttet DMS Nord Troms. Basert på erfaringene må videre drift vurderes.



## C: Kommunale døgneheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

- **Den eldre pasient med funksjonssvikt**
  - Pasienter som ikke vil inngå i ett rehabiliteringsforløp, eller det kan også være pasienten som har fallert i hjemmet over tid men som ikke trenger sykehusinnleggelse. Utvikle felles prosesser mellom sykehus og kommunenes helse- og omsorgstjenester for å etablere godt forberedte helsetjenester som jobber ut ifra en felles plan basert på hva som er viktig for pasienten (og pårørende, der det er relevant). Med sykehus i hjemmet og digital hjemmeoppfølging kan man fange opp endringer i helsetilstand og sette inn tidlige tiltak før kriser utvikler seg. Det må også avklares hvilke behov det er for å gjøre kompetanse tilgjengelig der og når den trengs. Dette er også en del av godt forberedte helsetjenester. Hjemmerehabilitering i kommunal regi blir også et viktig element i en slik pilot.
  
- **Samordning av pasientforløp for kroniske sykdommer:**
  - I første omgang for eksempel KOLS da det ofte er reinnleggelser grunnet angst. Reinnleggelser med bakgrunn av angstutvikling i hjemmet medfører ofte behov for korttidsopphold ved utskrivelse og derav lengre liggetid i UNN
  - Opprett pilotprosjekter der spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten samarbeider tett om oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, hjertesykdom eller KOLS. Bruke erfaringer fra f.eks St.Olavs og omliggende kommuner i utviklingen og bruk av velferdsteknologi.
  - Grad av integrering kan variere fra å dele elektroniske pasientjournaler og samarbeide om utviklingen av individuelle omsorgsplaner til å opprette felles klinikker eller behandlingsteam.
  - Forslag om å sette sammen team som ser på poliklinisk/digital oppfølging og trygging/kunnskapsoverføring for å forhindre angstutvikling og innleggelse i UNN.
  
- **Digitale team på tvers av nivåer**
  - Nærmere samarbeid mellom fagmiljø vil kunne bidra til bedre tilgang til nøkkelpersonell som er utfordrende å rekruttere (stabilisere) for team i sykehus/kommune.
  - Unngå singelspesialister - må ha faglig tilhørighet.

## D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

- **Samarbeid om palliativ oppfølging og eventuelt hjemme død (både for barn/unge og voksne)** Med palliative pas det vil si pasienter med alvorlig sykdom som ikke kan kureres, og som fokuserer på lindring av symptomer og livskvalitet.
  - Det er allerede etablert palliativt team for barn og unge, samt voksne internt i sykehusene. Kan det samorganiseres med kommunene for å sikre gode palliative forløp uten behov for sykehusinnleggelse?
  - Se på muligheten for felles palliative team på tvers av kommuner og sykehus. Det vil styrke kompetansen ut i kommunene, bidra til økt trygghet for både pasienter og hjelpeapparat. Viktig å sikre rett kompetanse i teamet. Se på mulighet for at lege i teamet kan være fastlege som har interesse og kunnskap om palliasjon. Kan også prøve ut modell hvor sykepleier jobbet på tvers av helsehus/sykehus
  - Felles ressursutnyttelse på tvers for å styrke forløp for palliative pasienter. Pilot mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for pasienter med palliative problemstillinger som kan avhjelpest i hjemmet. Det kan bidra til mer "hjemmetid" for pasienter i livets slutfase. Dette inkluderer utprøving av felles team. Ambulering på tvers av organisasjonsnivå samt bruk av teknologi og samhandling/tilgang til felles journal- og plansystemer.
  - Mer utadrettet virksomhet vil kunne bidra til å styrke og trygge tilbudet til de alvorligst syke pasientene som oppholder seg i hjemmet.
  - Det kan bidra til å forebygge innleggelse på akuttavdelingen på UNN samt gjøre tilbudet mer tilgjengelig for flere pasienter med behov for et palliativt tilbud.
  - Bruke erfaringer fra kommuner som har erfaring med felles team innen palliative tjenester.
  
- **Forebyggende prosjekt rundt stormottakere av helsetjenesten innen psykisk helse og rus (PHR)**
  - Forebygge reinnleggelse. Med bakgrunn i statistikk uthentet for psykisk helse og rus (PHR) med pas inneliggende 600 døgn på noen år vises det til hyppige innleggelse av lengre varighet. Foreslår felles prosjekt for å se på stormottakere i PHR og hvordan innleggelse kan forebygges. Det finnes allerede eksisterende møtepunkter og ambulering team som kan kobles på.
  
- **Pasientens team – tilpasset aktuell situasjon**
  - Etablere pasientens team, team som kan variere med hensyn til fagressurser, men tar utgangspunkt i pasientens behov, og inkluderer pårørende og helsesystemene som er involvert rundt pasienten.

- Pasient kan etter innleggelse, eller poliklinisk konsultasjon følges opp av et ambulerende team, satt sammen av det som er riktig kompetanse og individuelt vurdert for aktuell pasient sitt utfordringsbilde, pasientens team. Samarbeid om utarbeidelse av pasientens plan er også i denne modellen viktig for å bidra til forutsigbarhet og trygghet.
- Bruke metodikken fra pasientsentrerte helsetjenesteteteam (PSHT) for systematisk kartlegging både på individ- og systemnivå som har vist seg å ha gode resultater (Gro Berntsen, et al, Person-centred, integrated and proactive care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial : BMC Health Services Research volume 19, 682 (2019)).
- Kan knyttes til eksisterende tverrfaglige team, eks. PSHT og FACT som styrkes i sak vedrørende aktuelt behov

Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.  
Innspill:

- **Øke fokus på felles opplæring og kompetanseutvikling:**
  - Pilot som arbeider med økt tilgang til felles opplæring og kompetanseutvikling for helsepersonell fra begge nivåer av helsetjenesten. Tilby økt grad av e-læringskurs, felles plattformer mm. Dette kan hjelpe til med å standardisere praksis, forbedre kommunikasjonen og fremme en felles forståelse av målene for bærekraftig helseomsorg.
  - LMS organiseres som felles lærings og mestringssenter, med ansatte fra begge nivåer, med ett LMS på hvert sykehus med ansvar for kommuner på linje med pasientsentrerte helsetjenesteteteam nettverket.
- **Samarbeid om forebygging og helsefremming**
  - Utvikle programmer som fokuserer på helsefremmende aktiviteter og forebygging av sykdommer, der både spesialist- og kommunehelsetjenesten deltar. Dette kan omfatte initiativer som vaksinasjon, tobakksavvenning, kostholdsveiledning og fysisk aktivitet.
- **Tilgang til EPJ på tvers av nivåer**
  - Kommuner og UNN kan søke fritak og pilotere tilgang til hverandres EPJ på f.eks helsehus, hjemmetjeneste og ambulerende team slik beskrevet i Nasjonal helse- og samhandlingsplan.
- **Ved etablering av nye bygg**
  - Etablere prosjekt med fokus på integrerte tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, både for lettere å kunne kommunisere og samhandle fysisk underveis i byggeprosess, og overføre tanker til praksis når nybygg står ferdig.
  - Nærhet mellom HH og sykehus må resultere i mer samdrift for bedre og mer helhetlige forløp og pasientopplevelser.

- **Hindringer og begrensninger**

- Etablere samarbeidsprosjekt som ser til hvor regelverk, retningslinjer og rutiner er til hinder for god koordinering og samhandling. Fanger opp hvor det gjøres mangelfull bruk av faglig skjønn i håndtering av regelverk, ser etter løsninger, både innenfor somatikk og psykiatri. Identifisere og ta tak i hindre i regelverk.
- Det er en gjensidig avhengighet i at begge parter ønsker et samarbeid og at det er tillit til hverandre gjennom prosessen med å utvikle løsninger og utfordre hverandres roller og arbeidsformer. Dette kan forebygges gjennom prosesser som også legger vekt på tillitsbygging gjennom omforent ansvars- og rolleforståelse og kontinuerlig dialog og transparens.
- Manglende politisk støtte og vilje. Tiltak for å forebygge dette kan være å etablere felles kriseforståelse mellom etater og på den måten forsterke forståelsen av at samarbeide om helhetlige pasientforløp kan bedre utfordringsbildet og bidra til bærekraft.

#### 4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.

Innspill:

## Mal for høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

### Helse Nord RHF ber om at høringsvarene struktureres ut fra fire hovedområder.

Fyll inn svarene i feltene under hvert spørsmål. Feltet vil tilpasse seg lengden på teksten.

Høringsuttalelser sendes til [postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no) og merkes «2024/388 Høringsuttalelse Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Frist for å sende høringsinnspill er 25. april 2024.

Høringsvarene er offentlige og vil bli publisert på våre nettsider.

[Mer informasjon om høringen på helse-nord.no](#)

Dato: 9.4.2024

Høringsinstans: Medisinsk klinikk

Navn: David Johansen, klinikkssjef

### 1. Psykisk helsevern og TSB

- Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

#### *Innspill:*

Tiltakene innen PHV og TSB består primært av å sentralisere sengepostene fra DPS til sentralsykehusfunksjoner. Det står at man skal styrke polikliniske tilbud, og det fremkommer verken med hvor mange stillinger, hvordan de skal fordeles, eller hvilken fagspesifikk kompetanse de må ha for at man skal oppnå effektene og gevinstene man legger til grunn. Det er derfor vanskelig å uttale seg om effekten og gevinster av at man legger ned DPS-sengeposter.

Denne dreiningen der man sentraliserer sengepostene kan få konsekvenser for somatisk spesialisthelsetjenester som man må vurdere. Man kan forvente at somatiske akuttmottak, og særlig akuttmottak i lokalsykehus i hele regionen, vil få økte innleggelser der psykisk lidelse er hovedårsak for innleggelse. Man må derfor ta stilling til hvilke effekter dette får på ambulansetjenester, somatiske akuttmottak, og hvordan man skal imøtekomme behovene disse pasientgruppene har, og hvilken kompetanse somatisk helsepersonell kommer til å måtte tilegne seg som følge av strukturendringene. Videre kommer denne strukturendringen til å gjøre at kommunene må være bedre utrustet til å håndtere flere pasienter i denne pasientgrupper, og man risikerer at pasientene som kommer til sentralsykehusfunksjonene er/blir sykere og dermed også at tvangsbruk øker. Videre ser man fra somatisk spesialisthelsetjeneste at PHV og TSB er svært tilbakeholdne med å ta imot pasienter som har trenger forholdsvis enkle somatiske prosedyrer som eks i.v. og sårstell, og man må uavhengig av organisering få til at PHV og TSB kan ta imot disse pasientene, når de ellers er somatisk avklart.

Det er uklart hva man tenker om det kommunale tilbudet til disse pasientene, eks. Psykiatrisk hjemmetjeneste.

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helse

*Innspill: Ingen innspill*

---

## 2. Rehabilitering og private tjenester

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

*Innspill:* Ved endringer av senger innen rehabilitering bør det sees ut over HF-grensene. F.eks når man foreslår å legge ned rehabiliteringssenger i Stokmarknes burde man vurdert å styrke rehabiliteringstilbudet i Harstad. Dette vil kunne gi kortere reisevei for pasientene som sokner til Vesterålen og styrket rehabiliteringstilbudet og fagmiljøet i Hålogaland.

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:* Ingen innspill.

---

## 3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

---

- Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:
  - A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
  - B: Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester
  - C: Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
  - D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

*Innspill:* Ingen innspill.

- Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.

*Innspill: Ingen innspill.*

---

#### ***4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.***

---

*Innspill: Ingen innspill.*



## Mal for høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

### Helse Nord RHF ber om at høringsvarene struktureres ut fra fire hovedområder.

Fyll inn svarene i feltene under hvert spørsmål. Feltet vil tilpasse seg lengden på teksten.

Høringsuttalelser sendes til [postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no) og merkes «2024/388 Høringsuttalelse Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Frist for å sende høringsinnspill er 25. april 2024.

Høringsvarene er offentlige og vil bli publisert på våre nettsider.

[Mer informasjon om høringen på helse-nord.no](#)

Dato: 5.4.24

Høringsinstans: Kirurgi-, -kreft- og kvinnehelseklinikken, Universitetssykehuset Nord Norge

Navn: Klinikksjef Rolf-Ole Lindsetmo

Uttalelsen er basert på innspill fra ledergruppen i K3K

Høringsdokumentet beskriver og fremskriver en spennende utvikling hvor de store linjene har fokus på pasienten.

Bemanningsutfordringene, sett fra golvets ståsted» krever en atskillig større sentral og nasjonal føring, og ikke minst beslutning. Slik dokumentet leses legges det føringer for små lokale prosjekter som gir liten forskjell i det store bildet.

---

### 1. Psykisk helsevern og TSB

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

*Innspill:*

Deler av gruppen uttrykker bekymring rundt nedbygging av senger DPS., samtidig som Åsgård har hatt gul beredskap over lengre tid på grunn av fulle sengeposter.. Konsekvenser rundt dette bes utredet nærmere, endringsmodellen bes beskrevet nærmere.

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*

I et forebyggende perspektiv spilles inn behovet for avklaring av ansvar mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten rund ernæring. Forkorta levetid rapportert for rus- og psykiatriske pasienter krever at ernæring og ernæringsspesialister må inn i pasientforløpene i et forebyggende perspektiv, også med tanke på livskvalitet.

---

## 2. Rehabilitering og private tjenester

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

**Innspill:**

Det spilles inn et behov for at HN ser på pasientforløpene og om bruk av private kjøp av rehabiliteringstjenester er lik i hele Helse Nord.

Det fremkommer som uklart hva som er planlagt bygd i Bodø mtp privat tilbud, og offentlig kjøp av tjenester.

Det meldes et behov for en tydeliggjøring av HNs definisjon rundt forpliktelsene avtalespesialistene har i samarbeid med sykehusene. Dette for lik praksis, og for en avklart praksis og forventninger til tjenesten.

HN sees som premissleverandør i det å kunne bygge et fellesskap og en samarbeidskultur rundt felles tjenester.

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

**Innspill:**

---

## 3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

---

- Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:
-

A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse

B: Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester

C: Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten

D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

*Innspill:*

- Samordning mellom primær- og spesialisthelsetjenesten krever en juridisk endring mtp forvaltningsnivå. Behov for å motvirke barrieren mht digitale løsninger og personvern gjennom et felles nasjonalt administrativt /IKT system understrekes
- PSHT-modellen støttes i videre utvikling i Helse Nord

- Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.

*Innspill:*

- Definisjonen på «generalistkompetanse» anbefales beskrevet mtp spesialistutdanningen.
- Karantenetid dobbelkompetanse anbefales fjernet.
- Utdanningsløp bør beskrives med en dreining mot at lokalsykehusene kan få utdanne sine egne mot eget behov for generalistkompetanse.
- Samtidig understrekes behovet for spisskompetanse inne i de store sykehusene.

---

#### **4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.**

---

**Innspill:**

- Dreining mot økt bruk av ledsager som bistand til pasient inn i sykehus støttes. Det krever imidlertid en utredning og ny beskrivelse av ledsagers rettigheter rundt reise og opphold (Pasientreiser)
- Administrative stillinger som andre største gruppe kommenteres på som paradoks. Det er behov for en definisjon på hva som er lagt til en administrativ stilling. Det samme gjelder «pasientretta stillinger», det er behov for en redegjørelse av begrepet for å kunne finne en endringsretning.
- Det spilles inn et behov for at HN beslutter en felles overordnet policy rundt bruk av vikarer, stipender, rekrutteringstillegg mv. Slik det er dd så praktiseres avtaler lokalt og ulikt innad i sykehus og innad i foretaket - man konkurrerer om samme folk og skrur opp forventninger og lønnsspiraler.
- HELFO-politikken har dd ordninger som undergraver en offentlig helsepolitikk. Skal det offentlige ta tilbake HELFO-pasientene så kreves en forsterkning og et løft innad i sykehusene. Nasjonal innsats og politisk styring/juss kreves for at sykehusene kan ta tilbake Helfo pasientene.
- Fastlegens rolle er sentral i all pasientbehandling. De fleste fastlegene er privatpraktiserende og kan være utfordrende å få «med på lag». Det er behov for en overordna styringsstruktur og modell-tanke, ex å se på andre typer ansettelse for å få en sømløs overgang mellom tjenestenivåene. Evt avtaler om hospiteringsordninger hvor man kan re-skape fastlegens aktiviteter i primærhelsetjenesten og slik redusere polikliniske konsultasjoner i sykehuset.
- Det understrekes et behov for en strukturell endring knyttet til utdanningsinstitusjonene for økt generalistkompetanse. Slik det fremstår dd er det lite å gå på mtp praksisplasser. Det meldes behov for at HN initierer øket kontakt med universitetene for å samordne utdanningsløp og praksis primet mot fremtidens helsetjeneste.
- Oppgavedeling krever oppgavekompetanse som krever øket fokus fra HN rettet mot utdanningene. Dagens utdanning er rettet mot helhetlig primærsykepleie. Nye arbeidsformer i samarbeid med annet helsepersonell må tematiseres inn i utdanningen. Færre sykepleiere krever dreining tilbake til fortidens «rundesykepleie» og fokus på teamkompetanse.
- Det savnes i rapporten en beskrivelse av finansieringsordninger som kan bidra til gjennomføring av de positive tiltakene som er foreslått for samordning mellom tjenestenivåene. Erfaringer har vist at gode løsninger kan strande når den økonomiske kostnaden skal deles mellom forvaltningsnivåene. Eksempel er den prisbelønte

Samhandlingsmodellen «Jormorsenteret» i Tromsø som ble avviklet grunnet uenighet om økonomisk dekning av jordmortjenesten. (2005-2014)

## Mal for høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

**Helse Nord RHF ber om at høringsvarene struktureres ut fra fire hovedområder.**

Fyll inn svarene i feltene under hvert spørsmål. Feltet vil tilpasse seg lengden på teksten.

Høringsuttalelser sendes til [postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no) og merkes «2024/388 Høringsuttalelse Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Frist for å sende høringsinnspill er 25. april 2024.

Høringsvarene er offentlige og vil bli publisert på våre nettsider.

[Mer informasjon om høringen på helse-nord.no](#)

Dato:

Høringsinstans:

Navn:

---

### 1. Psykisk helsevern og TSB

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

*Innspill:*

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*

---

## **2. Rehabilitering og private tjenester**

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

*Innspill:*

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*

---

## **3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten**

---

- Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:
  - A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
  - B: Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester
  - C: Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
  - D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

*Innspill:*



- Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.

*Innspill:*

---

#### **4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.**

---

*Innspill:*

**Forskning:**

Forsknings- og utdanningscenteret er enige i de foreslåtte anbefalinger og ser at dette kan bidra til å styrke UNN som Universitetssykehus og regionssykehus. De foreslåtte tiltakene kan bidra til at vi får bedre rammer for klinisk forskning, utdanning og fagutvikling.

**Utdanning:**

Gjennom omstillingsprosessen i Helse Nord er det viktig å analysere og identifisere konsekvensene for utdanningen av den fremtidige kompetanse som er nødvendig for landsdelen. Den største rekrutteringen av fagfolk skjer gjennom samarbeid med utdanninginstitusjonene samt foretakenes egne bidrag i å utdanne selv. Det er høye krav til kvalitet og kunnskapsbasert nivå innen utdanning, inklusive gjennomføring av praksisstudier. UNN HF er den største praksisstudieleverandøren i regionen for UiT-Norges arktiske universitet i tillegg til utstrakt samarbeid med videregående skoler og fagskoleutdanninger. Dette fordrer mye ressurser fra UNN i form av antall praksisplasser og kvalifiserte praksisveiledere.

Pga. endringer i spesialistehelsetjenesten har antall praksisplasser stått under press gjennom de siste årene. Samtidig har kullstørrelsen på høyere utdanning økt.

En foreslått endring innenfor fagområde psykisk helse og rus, vil mest sannsynlig ha en direkte konsekvens på antall relevante praksisplasser. Psykisk helse – og rusklinikken i UNN, tilbyr et høyt kvantum av praksisplasser for de fleste utdanningsprogram både ved høyere yrkesfaglig utdanning og høyrere utdanning, eks. utdanning av helsefagarbeider med videreutdanning innen psykisk helse, vernepleiere, sykepleiere, psykologer og leger. En mulighet og gevinst ift. omstillingsprosessen, er at UiT og UNN sammen utarbeider mere tverrprofesjonelle veiledningsmodeller der ulike studentgrupper har samtidighet i praksisstudier. Her kan forslag til tiltak innenfor TSB i høringsutkastet danne rammene for det, samt være en innovativ mulighet for kapasitet på antall praksisplasser med kvalitet.

Utdanning av fysioterapeuter, ergoterapeuter og psykologer er eksempel på utdanninger som gjennomfører praksisstudier innenfor rehabiliteringsenhetene. En endring her innenfor funksjon- og oppgavedelingen fordrer nyteknisk og utvikling innenfor veiledningsmodeller for å sikre antall praksisplasser som innfri studienes læringsutbytter gjennom alle taksonomiske trinn av utdanningen.

## Mal for høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

**Helse Nord RHF ber om at høringsvarene struktureres ut fra fire hovedområder.**

Fyll inn svarene i feltene under hvert spørsmål. Feltet vil tilpasse seg lengden på teksten.

Høringsuttalelser sendes til [postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no) og merkes «2024/388 Høringsuttalelse Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Frist for å sende høringsinnspill er 25. april 2024.

Høringsvarene er offentlige og vil bli publisert på våre nettsider.

[Mer informasjon om høringen på helse-nord.no](#)

Dato: 2/4-24

Høringsinstans: Diagnostisk klinikk

Navn: Grete Åsvang

---

### 1. Psykisk helsevern og TSB

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

*Innspill:*

*Støtter arbeidsgruppens forslag*

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*

*Ingen ytterligere forslag*

---

## 2. Rehabilitering og private tjenester

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

*Innspill:*

*Støtter arbeidsgruppens forslag*

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*

*Ingen ytterligere forslag*

---

## 3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

---

- Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:
  - A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
  - B: Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester
  - C: Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
  - D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

*Innspill:*

- Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.

**Innspill:**

Behandlingshjelpemidler (BHM) er organisert i Diagnostisk klinikk og yter tjenester til hjemmeboende pasienter som er under behandling i spesialisthelsetjenesten.

Tjenestene fra BHM har økt med ca. 10 % årlig over mange år og videre økning forventes. Det er derfor nødvendig at BHM rustes for fremtiden. I strategidokument 2038 står det at 30 % av all behandling skal skje utenfor sykehusene. BHM vil måtte være en stor del av dette.

Den teknologiske utviklingen går raskt fremover og det meste av utstyr til hjemmebehandling kan nå leses av på avstand. Det vil bety at mye av utstyret som brukes i dag må byttes ut, og personvern og IKT-sikkerheten må ivaretas sammen med opplæring av brukere, pårørende/foresatte og kommunale helsetjeneste. Den teknologiske utviklingen vil kunne bety færre reiser til sykehuset for korte konsultasjoner og en innsparing på pasientreiser.

Det må sørges for samsvar mellom antall pasienter, oppgaver og utstyr som skal håndteres i forhold til bemanningen. Videre må det også sørges for nødvendige investeringer, fasiliteter og areal til tjenesten. Det er et samlet ønske om at behandlinger kan skje i større grad hos hjemmeboende pasienter. Det medfører økt behov for utstyr og tjenester fra BHM.

Henviser ellers til det arbeidet som foregår i Helse Nord rundt Behandlingshjelpemidler og organiseringen av dette. Her treng man å få en økt fremdrift. Kan forsynings- og logistikkfunksjonen samlokaliseres?

---

#### **4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.**

---

**Innspill:**

Det er viktig å vurdere hvilke diagnostiske funksjoner som kan bidra i prehospitale tjenester. Her bør en se på radiologi, BHM (behandlingshjelpemidler), transfusjonsmedisin (eks. fullblod på ambulansestasjoner og vandrende blodbank), blodprøver (eks. opplæring og veiledning i prøvetaking samt preanalytisk behandling og forsendelse av prøvemateriale og oppsett av analysepakker) og pasient nære analyser (PNA) (eks. valg av utstyr, opplæring, veiledning og kvalitetssikring).

**Radiologi.**

Det henvises til samarbeid mellom UNN og Senja kommune i forhold til radiologi, og at det på mange måter er et mønstersamarbeid. Likevel er det potensiale til å kunne utnytte labene på Finnsnes enda bedre dersom man ansetter 1,4 radiograf til og får totalt 4 radiografer her. CT-maskinen blir ikke utnyttet maksimalt slik det er nå.

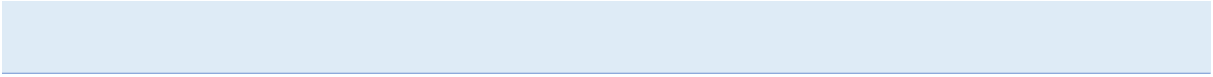
I forhold til å utvide denne typen samarbeid mot andre geografiske områder foreligger det flere tanker om dette i forhold til den akutte slagbehandlingen. Per i dag jobber man med ett ganske likt tilbud på Helgeland hvor Sandnessjøen sykehus skal kunne fjernstyre CT på DMS i Brønnøysund. Ut over dette har det vært helt konkrete møter om at man bør ha en slik løsning i Longyearbyen. I Finnmark er det helt konkrete planer om kjøp av CT i Karasjok. Andre områder som har vært diskutert er Sonjatun i Nord- Troms og Steigen i Nordland.

En faktor i forhold til kost/nytte når man vurderer slike grep er at CT-maskiner er dyre i innkjøp, og har ganske dyre vedlikeholdskostnader. En annen faktor er at skal man utnytte potensiale til maskinene bør man ha lokalt ansatte radiografer som tar seg av elektiv drift. Man kan ikke belage seg på bruk av fjernstyring som primærdrift, men som en øyeblikkelig hjelp funksjon utenom arbeidstid. Innsparingspotensialet vil her være på pasientreiser og pasientbelastning ved slike reiser.

Dersom man ser for seg at man skal øke antall CT-maskiner i distriktene rundt omkring bør man også vurdere om det er hensiktsmessig at en enhet står for all fjernstyring av disse maskinene. Kvalitetsmessig vil det nok være mest hensiktsmessig. Så må man også huske på at programvaren som brukes også kan brukes på MR, og at man ser for seg at de to store sykehusene kan drive mer support mot de små sykehusene, og dermed unngå pasientreiser mot de to store sykehusene.

LIS-utdanninger i små og sårbare medisinske spesialiteter må styrkes, slik at Helse Nord ikke risikerer å miste LIS-utdanninger i enkelte spesialiteter, samt å utdanne nok spesialister til å dekke hele Helse Nord. Dette gjelder alle spesialiteter innenfor diagnostiske funksjoner.

Diagnostiske funksjoner vil besvares via egen høring «Diagnostiske funksjoner».



## Høringsinnspill – Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord

**Helse Nord RHF ber om at høringssvarene struktureres ut fra fire hovedområder.**

Fyll inn svarene i feltene under hvert spørsmål. Feltet vil tilpasse seg lengden på teksten.

Høringsuttalelser sendes til [postmottak@helse-nord.no](mailto:postmottak@helse-nord.no) og merkes «2024/388 Høringsuttalelse Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Frist for å sende høringssinnspill er 25. april 2024.

Høringssvarene er offentlige og vil bli publisert på våre nettsider.

[Mer informasjon om høringen på helse-nord.no](#)

Dato: **02.04.2024**

Høringsinstans: **Operasjon- og intensivklinikken, UNN**

Navn: **Stein Roald Bolle, klinikkoverlege og Rita Pernille Martnes, konstituert klinikk sjef**

---

### ***1. Psykisk helsevern og TSB***

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

*Innspill:*

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen psykisk helsevern og TSB, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*

---

### ***2. Rehabilitering og private tjenester***

---

- Innspill på forslagene til tiltak innen rehabilitering og private tjenester.

*Innspill:*

- Forslag til andre endringer i funksjons- og oppgavedeling innen rehabilitering og private tjenester, som kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste.

*Innspill:*



---

### 3. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

---

- Kommuner og helseforetaks innspill til foreslåtte modeller for samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten. Vi ber spesielt om konkrete forslag til piloter innen områdene:
  - A: Geografisk samlokalisering og samordning av helse- og omsorgstjenesten med felles faglig og administrativ ledelse
  - B: Fleksibel bruk av senger i døgnenheter på tvers av tjenester
  - C: Kommunale døgnenheter med økt støtte fra spesialisthelsetjenesten
  - D: Teammodeller som i større grad understøttes av digitale verktøy

*Innspill:*

- Andre forslag til tiltak og utviklingsområder som kan sikre bærekraft i vår felles helsetjeneste.

*Innspill:*

---

### 4. Andre innspill til tiltak som kan gi økt bærekraft i vår felles helsetjeneste.

---

*Innspill:*

**Operasjon- og intensivklinikken, UNN, ser de samme utfordringene som er beskrevet i høringsnotatet «Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord». Det er personellmangel, etterslep av vedlikehold av bygg, og behov for utskifting og nyinnkjøp av medisinsk teknisk utstyr. Enkelte tiltak er nevnt spesielt. Vi ønsker å legge til at de fleste av operasjonsstuene ved regionens universitetssykehus er gamle og små. Utnyttelsesgraden er høy, men kapasiteten likevel for lav. Gamle og trange lokaler, og manglende utstyr, gjør det utfordrende å drifte effektivt.**

**Nord-Norge trenger et høyspesialisert operasjonsmiljø, blant annet for nevrokirurgi, kreftkirurgi, hjertekirurgi og store traumer, med oppdatert utstyr og moderne operasjonsstuer som har plass til utstyret. Dette blir enda viktigere med en aldrende befolkning. Spesialsykepleiere (som det er mangel på), bruker mye unødig tid på grunn av gammelt og mangelfullt operasjonsutstyr.**

**Vi mener det er nødvendig å løfte behovet for omfattende oppgradering og utvidelse av operasjonsarealene ved universitetssykehuset. Dette vil komme innbyggerne i hele landsdelen til gode. For å utnytte personellet bedre, og for å øke kvaliteten på kirurgiske inngrep, er det også nødvendig med betydelige oppgraderinger i operasjonsbrikker og annet medisinsk teknisk utstyr.**

Fra: Grongstad Turi[Turi.Grongstad@unn.no]  
Sendt: 02.04.2024 14:38:29  
Til: UNN-FagKval-Sekretariat[UNN-FAGKVAL-Sekretariat@unn.no]  
Kopi: Mathiesen Pål Schreiner[Pal.Schreiner.Mathiesen@unn.no];Kristiansen Line[Line.Kristiansen@unn.no];Wang Geir[Geir.Wang@unn.no];  
Tittel: «2024/388 Høringsuttalelse Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord»

---

Plasstillitsvalgt NPF, ved DPS Storslett ønsker å gi dette høringssvaret:  
Angående forslaget om ned-/omlegging av drift i DPS døgnenheter i distriktene:

*Det er vanskelig å forstå en argumentasjon om at nedleggelse av døgnenheter i distriktene skal bidra til bedre og likeverdig behandling for befolkningen. Heller ikke om en ser på distrikt og sentrale strøk hver for seg, vil det kunne gagne noen av partene. Om måten en skal lappe på prekære behov for døgnplasser i sentrale strøk, er ved å legge ned døgntilbud i distriktene, er det grunn til å tro at vinninga fort vil gå opp i spinninga.*

*En vesentlig andel av pasientene ved DPS Storslett har sammensatte og alvorlige psykiske lidelser med bl.a. psykoselidelser, alvorlige relasjons- og utviklingstraumer, og omfattende personlighetsproblematikk. Det vil medføre en økt belastning på en allerede svært sårbar gruppe, ikke å ha tryggheten i en tilgjengelig døgnenhet med spesialisert kompetanse for ivaretagelse og behandling.*

*Behandling i poliklinikk/FACT og døgnbehandling ses som gjensidig avhengig av hverandre. For pasienter med behov for behandlingstilbud på flere nivåer er det åpenbart et behov for tett samarbeide ved overganger imellom. Et samarbeide ved store geografiske avstander kan godt fungere i det omfang som er per i dag, men hvordan skal sengeposter i Tromsø kunne ivareta samarbeidsbehov ut til alle poliklinikker/FACT-team med tilhørende kommuner, og ikke minst oppfølging av pårørende under innleggelsene?*

*Om døgntilbud for pasienter i psykisk helsevern skal slås sammen med/ivaretas på et kommunalt nivå, vil det også ta lang tid å bygge opp en tilsvarende kompetanse som eksisterende døgnenhet har bygd opp. Klart kan en sammenslåing/tettere samarbeide ha positive effekter med gjensidig tilføring av kompetanse mellom kommune og DPS, som tross alt skal gi et behandlingstilbud til noen av de samme pasientene. Risikoen er imidlertid at der kommunene allerede mangler kapasitet til å ta imot pasienter fra sykehusnivå, vil pasienter i psykisk helsevern stille bakerst i køen.*

*Nedleggelse av døgntilbudet på Storslett vil medføre en risiko for at pasienter som tilhører regionen, med en enda mer presset kapasitet kommunalt eller sentralt i Tromsø/Alta, enten ikke får et tilbud om innleggelse, eller at avstanden blir for stor for å kunne ta imot et tilbud utenfor regionen. Innleggelse med større avstander enn det allerede er i regionen, vil også vanskeliggjøre oppfølging av og kontakt med barn som pårørende og familie før/under/etter innleggelsene.*

*Døgntilbudet har også en klar støttefunksjon til polikliniske behandlingsforløp - både ved behov for planlagte innleggelser, men også særlig ved akutte forverringer. Stående uten mulighet for innleggelser av pasienter i samlokalisert døgnenhet, vil det ikke bare gi en manglende trygghet for pasientene, men også medføre en uforutsigbar og enda mer presset arbeidshverdag for polikliniske behandlere. Akutte forverringer i polikliniske behandlingsforløp vil medføre tidkrevende forhandlinger om knappe ressurser, og/eller omprioriteringer og endringer i avtaler som i større omfang vil ramme også andre pasienter. Det er vanskelig å se, at det vil være mulig å organisere seg bort fra, det som mest iøynefallende synes å ha gitt den vanskelige situasjonen sykehuset er i, både hva gjelder mangel på helsepersonell og økonomi, som ikke kan forstås som annet enn en flukt av helsepersonell ut av spesialisthelsetjenesten til private aktører. For det virker ikke som det egentlig er en generell mangel på helsepersonell, bare at de velger*

andre arbeidsgivere, eller blir sin egen. Høy sirkulasjon og ubesatte stillinger i blant annet poliklinikker har klart bidratt til lange ventetider og fristbruddsituasjonen i helseforetaket.

Omorganisering for å spare penger, og som ikke er forankret i solide faglige begrunnelser, vil aldri kunne bli egentlig effektiviserende eller besparende, da det kun vil bidra til sementering av det underliggende, både i organisasjonen og for den enkelte pasient. I alle henseende vil fokus kun på symptomlindring, være som å flikke på overflaten, mens reisverket morkner, og regningen bli desto større i etterkant - både på det økonomiske og menneskelige plan, med fare for ytterligere svingdørsproblematikk, men også for mer fatale utfall.

Forslag til effektivisering:

1) Stabilisering av helsepersonell i polikliniske stillinger, vil være helt avgjørende for å komme ut av negativ spiral med fristbrudd og også på lengre sikt kunne forebygge eventuelt «overforbruk» av døgninnleggelse. Imidlertid, er det neppe slik at verken FACT eller ordinær poliklinikk vil kunne demme opp for at mennesker i krise eller i faser med forverring vil være i behov for døgninnleggelse.

2) Det må søkes å finne måter som rekrutterer og beholder helsepersonell som ønsker å jobbe i spesialisthelsetjenesten, som i utgangspunktet har potensiale for å være en veldig bra og spennende arbeidsplass - med muligheter for arbeide og faglig utvikling i et bredt faglig fellesskap. Det som kan bidra til stabilisering, er et godt arbeidsmiljø der innsats blir anerkjent og verdsatt, og der det er et fokus på oppbygging av kompetanse som gir faglig trygghet til å takle de utfordringene som en blir stilt overfor. Det vil igjen kunne beskytte for utbrenthet og sykemeldinger, og motsatt heller bidra til engasjement og arbeidsglede.

3) Økt satsing på og utvikling av FACT-team kan gi «behandling som mønner» for de mest alvorlig syke med hjelpebehov på flere områder.

4) Økt satsing på polikliniske gruppetilbud, og utvikling av DIPS-journalsystem som effektiviserer journalføring for gruppebehandling på linje med det som er mulig i andre journalsystemer.

5) Økt satsing på forebygging ved helhetlig tilnærming med hjelp til kosthold, trening, søvn, mm, gjerne i form av digitale kurs/undervisning, men også fellesaktiviteter i grupper der mange kan trenge konkret, praktisk hjelp til å komme i gang, særlig med det å lage sunn og næringsriktig kost, og med trening, som i tilbudet «trening som medisin» som eksisterer i Tromsø. Forebyggingsperspektivet kan klart utvikles på kommunalt nivå, men det er også pasienter som ikke vil kunne nås gjennom f.eks. ROP-tjeneste. Det er et fokus som trengs og skulle hatt prioritet på alle nivåer i helsetjenesten.

6) Opprette vurderingsteam, kanskje som et samarbeid mellom DPS og kommunale tjenester, for bedre kartlegging, avklaring og igangsetting av mer praktiske hjelpebehov, i forkant av eller ved henvisning til spesialisthelsetjenesten. Ved en betydelig andel av henvisninger er det ofte manglende kommunal oppfølging fra ROP-tjenester eller NAV, og hvor eksempelvis vansker med økonomi og bosituasjon kommer i veien for igangstart av utredning og terapi.

7) Opprette spesialiserte nevropsykologiske poliklinikker/team (?) for utredning av nevroutviklingsforstyrrelser og autisme spektrum. Det er en stor økning/andel av henvisninger til poliklinikker for utredning av ADHD/ADD og autismespektrum, som både er tidkrevende og krever særskilt kompetanse, og som kanskje mer effektivt kunne la seg gjennomføre ved éndags-utredninger.