

## **Vedlegg:**

### **Nasjonal helseplan – høringsuttalelse fra Helse Nord RHF**

#### **Generelt:**

Notatet synes å dekke mange av de mest sentrale utfordringene. Det gis en bred og informert omtale av viktige og aktuelle problemstillinger på en rekke av sektorens tematiske områder. For kapitler som ikke omtales i vårt hørings svar gir vi vår tilslutning til HODs beskrivelse av situasjonen og forslag til strategier.

At de enkelte tema og problemstillinger håndteres enkeltvis og sekvensielt, er antagelig en pedagogisk og fremstillingsmessig nødvendighet. Summen av deler blir likevel ikke alltid det samme som helhet. Det hadde derfor vært ønskelig med mer drøftende og syntetiserende sekvenser, der oppmerksomheten rettes sterkere mot problemstillinger ”på tvers”; mellom mikro- og makro, mellom ulike tjenester, geografiske områder og pasientgrupper. I et slik supplerende perspektiv ville framstillingen av noen av de mange dilemma og konsistensproblemer som kjennetegner styring og drift av helsetjenester vært tydeligere uttrykt. Det ville særlig vært ønskelig med et sterkere fokus på graden av innbyrdes konsistens mellom ulike mål og ulike virkemidler.

Den helt riktige påpekningen av Norge som nasjon nå bruker mer ressurser på helsetjenesten enn andre land (USA unntatt), uten at dette konverteres til noen tilsvarende relativ forbedring av folkehelsen, er en interessant innfallsvinkel; likeså påpekningen av at bedre kvalitet ikke nødvendigvis koster mer. Det hadde imidlertid vært ønskelig at planutkastet hadde invitert til noen mer utdypende resonnementer i forlengelsen av disse konstateringer.

For 30 år siden formulerte Aaron Wildavski tesen om ”Doing Better and Feeling Worse”, en karakteristikk som er like treffende for dagens norske helsetjeneste. Helsereformen har heller ikke endret denne realitet, og som buffer mellom staten og sykehusene møter de regionale helseforetakene mange av de samme utfordringer som gårdagens fylkeskommune. Det er følgelig lite som tyder på at det er mulig å organisere eller ”forvalte” seg ut av problemer som i sin natur må antas å være mer ”generiske”. En nasjonal helseplan med ambisjoner om både konsolidering og videre utvikling av tilbud og kvalitet, bør derfor inneholde noen resonnementer om mulige nye styringsgrep, eventuelt kombinasjon av bruk av ulike virkemidler som kan gjøre det mulig å komme i bedre inngrep med de krefter som virker innen dette feltet. Slike resonnementer bør søkes langs minst tre akser; 1) driverne innen medisinen som fag og som profesjon; 2) befolkningens forventninger, holdninger og krav til helse og helsetjenesten, og 3) styringssystemets evne til å håndtere så vel tilbuds- som etterspørselspress. Noen slike resonnementer er det allerede redegjort for i Nasjonal strategigruppe for prioriteringer (Vorland-utvalget). Disse vil ikke gjentas, men suppleres med noen utdypninger, med særlig vekt på styringsfilosofi/ styringsteknikker.

Fordi de sterkeste driverne i helsetjenesten primært er å finne globalt (medisinsk teknologi) og på mikroplanet (desentralt i de enkelte fagmiljøer), er det mer enn vanskelig å komme i inngrep med disse driverne gjennom tradisjonelle hierarkiske styringsteknikker. I dette perspektivet er det utilstrekkelig med en styringsmodell som så ensidig synes å legge krevende faglige styringsfunksjoner til statlige forvaltningsorganer. Dette innebærer ikke at Helse Nord RHF stiller spørsmål ved behovet for at faglige krav og retningslinjer som for eksempel kvalitet og prioritering formaliseres gjennom beslutninger fattet av et organ med formell kompetanse til å treffe slike beslutninger. Det kritiske spørsmål dreier seg mer om hvordan man organiserer og leder de prosesser som bringer fram det substansielle faglige innhold i de spørsmål som legges fram for formell beslutning.

Fra Helse Nord RHF's ståsted, må slike nasjonale prosesser avgrenses til noen utvalgte fagfelt, der særskilte hensyn (praksisvariasjon, volum, kostnader mv) tilsier et samordnende nasjonalt grep, jfr. krav til lik tilgjengelighet til helsetjenester på særlig viktige områder. Det lar seg ganske enkelt ikke gjøre å etablere styrende nasjonale prosesser innen alle de fagområder som i kraft av egen dynamikk hele tiden utvikler egen praksis og eksponeres for og tar i bruk nye metoder. Der det er hensiktsmessig at slike nasjonale prosesser etableres, bør det etter Helse Nord RHF's oppfatning utvikles en modell hvor den konkrete utvikling i stor grad involverer fagmiljøer innen klinikk og forskning, og som i tillegg inkluderer fagovergripende ledelses- og metakompetanse på høyt nivå. Så må dette skje på bestilling fra og med rapportering til det myndighetsorgan som har kompetanse til å treffe beslutninger som regulerer den alminnelig tilgang til sentrale velferdstjenester. I praksis innebærer dette at fagspesialistene både skal få spille ut sitt faglige register og måtte bryne seg på møtet med bredere samfunnsmedisinske og samfunnsmessige hensyn. Å få dette til i praksis, er et særdeles krevende prosjekt, men med antatt bedre odds enn klassisk hierarkiske styringsteknikker, der det organiserende prinsipp ligger i selve myndighetsposisjonen.

De regionale helseforetakene vil i kraft av sitt ansvar og sin større nærhet til fagmiljøene, ha gode forutsetninger til å organisere og lede slike faglige prosesser innen tema som kvalitet og prioritering; dette gjelder ikke minst ift relevans, realisme og sammenheng. Dessuten vil en slik organisering av prosessene bidra til sterkere forankring og dermed forpliktelse ift oppfølgende implementering. Dette er etter vår vurdering et meget avgjørende punkt sett i relasjon til den erfaring vi alle har. Hvert enkelt av de regionale helseforetakene bør dessuten, i samarbeid med fagmiljøene i sine helseforetak, understøtte regionale- og lokale prosesser innen fag- og kvalitetsutvikling.

En slik nasjonal organisering i RHF-regi, av policyrettede fagprosesser knyttet til kvalitet og prioritering, må skje på bestilling fra og med rapportering til det myndighetsorgan som har kompetanse til å treffe beslutninger som regulerer den tilgang til sentrale velferdstjenester.

De problemstillinger som her er reist i denne generelle delen av vår høringsuttalelse, dreier seg om den institusjonelle sammenhengen for styring, utvikling og samhandling innen helsetjenesten, med særlig vekt på premisser fra spesialisthelsetjenesten. Det dreier seg om å åpne landskapet for fagligheten og å kreve en sterkere forpliktelse overfor videre hensyn tilbake. Denne ambisjonen om å forplikte fagligheten må kombineres med en ambisjon om å fagliggjøre myndigheter og lederskap, med en bedre informert og transparent offentlighet innen helsetjenesten som mål.

### **Kap. 3 Strategi for kvalitet og prioritering.**

Strategien tar utgangspunkt i at tjenestene skal være:

- virkningsfulle
- trygge
- basert på god brukerinvolvering
- godt samordnet og preget av kontinuitet
- organisert slik at du gir god ressursutnyttelse
- tilgjengelige og rettferdig fordelt

Det videre resonnementet i høringsnotatet er preget av at disse seks punktene sidestilles. Helse Nord vil peke på at det er en forutsetning for alt arbeid på kvalitetsfeltet at tjenestene er virkningsfulle og trygge. Dokumentert nytte av behandlingen er også en forutsetning for tildeling av Rett til nødvendig helsehjelp etter Prioriteringsforskriften. Styrking av kunnskapsgrunnlaget er altså en forutsetning for bedre kvalitet, og dermed for bedre

prioriteringer. Vi ønsker en kvalitetsstrategi der prosessfokus er noe tonet ned til fordel for en tydeligere satsing på styrking av kunnskapsgrunnet og større vektlegging av resultater (outcomes).

En konsekvens av dette er at vi mener at arbeidet med etablering av kliniske kvalitetsregistre og utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer for behandling bør være hovedsatsingsområdet i kvalitetsstrategien. Hvis det skal lykkes å gi dette arbeidet legitimitet i fagmiljøene, må det baseres på en nettverksmodell som involverer allerede etablerte kompetansemiljøer ved universitetene og Kunnskapssenteret.

#### **Kap. 4 Strategi for samhandling**

Mer enn noe annet bør vel samhandlingsperspektivet betones. Dette perspektivet er særlig viktig for håndtering av en rekke sammensatte lidelser, for syke eldre og for kronikere, men det er også viktig i et generelt kvalitets- og effektivitetsperspektiv. Både kvalitet og effektiv ressursforvaltning forutsetter fokus på helhet og forløp.

Dagens organisering i helseforetak innen rammen av regionale helseforetak, har i utgangspunktet styrket samhandlingsmulighetene innen spesialisthelsetjenesten; arbeidet med å ta ut disse gevinstene er imidlertid ikke fullført. Samhandlingsutfordringene overfor førstelinjen er viet betydelig oppmerksomhet, både hos sentrale myndigheter og innen RHF-systemet, ettersom foretaksreformen har forsterket asymmetrien mellom nivåene. De mange og små kommuner med innbyrdes fragmenterte ledelses- og beslutningssystemer er en formidabel utfordring for samhandlingen på tvers. Foretakene har behov for tre kontaktpunkter mot kommunene: ordfører/rådmannsnivå, pleie- og omsorgstjenesten og fastlegene. Det er videre en utfordring at kommunene mangler organisatoriske overbygninger som kunne facilitere samhandlingen på foretaksnivå. Dagens situasjon er ekstremt transaksjonskrevende.

I utkastet til Nasjonal helseplan bygger departementet på eksisterende funksjonsfordeling mellom forvaltningsnivåene, men med vekt på å utvikle rammesettende avtaler som legger føringer for samhandling mellom nivåene. Helse Nord har forståelse for denne strategien, men hadde gjerne sett at det parallelt med dette ble lagt opp til forsøksordninger der det innen et avgrenset geografisk område (for eksempel et foretak) ble lagt opp til forsøk med å organisere første- og andrelinjen under en felles ledelse.

Fastlegeordningen er på mange måter en vellykket reform, men bør vurderes justert på enkelte punkter. Det gjelder særlig tilkoplingen til kommunene, som i dag er for svak. Videre er det en utfordring at fastlegene som klinikere ikke er underlagt noe felles ledelsessystem. Kommunelege I-funksjonen er riktignok administrativt underlagt kommuneledelsen, men utøvelsen av koordinering og ledelse iforhold til "egne" fastleger er svært varierende. I geografiske områder med store geografiske avstander, små kommuner og sårbare fagmiljøer, er savnet av et felles koordineringspunkt merkbart..

Selv om samhandling skal være faglig og ikke økonomisk motivert, er det reist spørsmål om samhandling bør understøttes av økonomiske incitamenter. Det er generelt mange argumenter mot å etablere særskilte finansieringsordninger på siden av de generelle; desto viktigere er det at de generelle ordninger ikke blir til hindre for hensiktsmessig samarbeid. For en takstbasert primærlegeordning er det således en utfordring at det mangler takster for telemedisinske konsultasjoner.

Det er videre viktig at IKT-løsningene understøtter behovet for samhandling, både gjennom sikker tilgang til et felles helsenett og gjensidig elektronisk tilgang til nødvendige journalopplysninger, inkludert medikamentlister.

## **Kap. 5. Psykisk helse**

Satsingen på psykisk helse er det viktigste løftet som foregår for å sikre et likeverdig tilbud til en stor pasientgruppe. Satsingen har vært sentralt og ideologisk styrt i retning av distriktpspsykiatriske sentra som en hovedpillars i det psykiske helsevern. Helse Nord RHF stiller spørsmål ved om forutsetningene for å legge slike enhetlige og standardiserte nasjonale strategier til grunn for utforming av tjenestetilbudet, er forenlig med denne landsdelens geografi, befolkningsgrunnlag, økonomi og - ikke minst - tilgang på kvalifisert og høyspesialisert kompetanse. Etter vår vurdering vil det ikke være mulig å utvikle en likeverdig spesialisthelsetjeneste i psykiatri med god tilgjengelighet dersom viktige tjenester til alvorlig psykiatrisk syke i så stor grad skal baseres på tilbudet i de distriktpspsykiatriske sentra. Til det er mangelen på lege- og psykologspesialister som kan komplettere eksisterende team alt for stor. Det antas å ta flere tiår å utdanne/rekruttere dette personellet i et arbeidsmarked hvor det er stort underskudd på denne gruppen personell. Utdanning av høyt spesialisert personell må være et nasjonalt ansvar fordi dette er en av de viktigste flaskehalsene for å oppnå mer lik tilgjengelighet til kvalifiserte spesialisttjenester. En differensiert strategi må anvendes i en oppbygingsfase av tjenestene slik at vi ikke utvikler en struktureutfordring lik den vi har i enkelte områder innen somatikk.

## **Kap. 6 IKT**

Det foregår mye godt arbeid på dette feltet, både i den enkelte region og gjennom Nasjonal IKT. I løpet av foretaksreformens første år det gjort betydelige framskritt mht å styrke infrastrukturen og standardisere applikasjonene. Hovedfokus i årene som kommer må rettes mer mot å ta ut gevinstene, både i forhold til kvalitet og økonomi.

Fra Helse Nord RHF's side vil vi særlig understreke betydningen av å utvikle og ta i bruk EPJ-systemer, både for å ivareta pasientsikkerhet, sikre kvalitetsarbeidet, legge til rette for dokumentasjon og forskning, og for å styrke informasjonsutveksling på tvers av helseforetak. Like viktig er det å foreta de nødvendige justeringer av lover og forskrifter som må til for å kunne følge pasientforløp på tvers av helseforetak. I tillegg bør det – med statlig medvirkning – tas krafttak for å knytte pleie- og omsorgstjenestene i kommunene til Norsk Helsenett. Disse tiltak bør gis høyeste prioritet.

## **Kap. 9 Den kommunale helse- og sosialtjenesten**

Disse problemstillinger er omtalt i ovennevnte avsnitt om samhandling.

## **Kap 10. Organisering og styring**

Hovedutfordringen i håndtering av styringsutfordringene er å forholde seg til:

- Det faglige og organisatoriske "trykk" som kommer nedenfra i organisasjonen
- Eiers bestilling i form av styringsdokument, økonomiske rammer, vilkår satt til bevilgninger og prioriteringer
- Forventninger og "press"

Helseforetaksmodellen, slik den er blitt praktisert til nå, synes rimelig egnet til å håndtere de styringsutfordringene. Det er imidlertid avgjørende at mellomnivået, de regionale helseforetak, har de virkemidler som skal til for å ivareta den komplette ansvarsposisjon som

”eier og sørge for ansvarlig”, på vegne av staten. Med styrer på to nivå i denne modellen vil det noen ganger kunne bli ”trangt”, men samlet sett er dette en god løsning.

Målet er at felles krav og målsettinger skal kunne oppfylles, kvalitet utvikles, god kostnadskontroll og bedre kostnadseffektivitet fremmes. Med de svært sterke krefter som rår er det avgjørende at det enkelte regionalt helseforetak har et repertoar av styringsvirkemidler og teknikker som kan brukes i bevissthet om forholdet til helseforetakenes egen autonomi og det regionale styringsbehovet. Dette gjelder særlig i en situasjon hvor mange problemstillinger skal løses på tvers av helseforetak. Ansvarsposisjonen må forvaltes med klokskap og forutsigbarhet.

Den nye sammensetningen av styrene med et flertall av de eieroppnevnte fra foreslåtte folkevalgte skal bidra til å forankre og legitimere beslutninger samtidig som geografi som dimensjon tyngre kommer inn i styrene. I en slik situasjon er det viktig at det er anledning til å oppnevne eierrepresentanter som har som sin fremste kompetanse å ha oversikt over det regionale helseforetakets strategier og tiltak. Begrensninger i oppnevning av styrer utover det som foreligger nå synes ikke hensiktsmessig ut fra de komplekse problemstillinger som skal håndteres i den regionale ansvars- og styringsposisjonen.

## **11. Kapasitet og struktur**

Helse Nord RHF gir sin tilslutning til vurderingene omkring kapasitetsbehov for helseplanperioden.

I spørsmålet om struktur på tilbudet er skissen av pasientforløpet en konstruktiv tilnærming til de utfordringer spørsmålet om struktur på behandlingstilbudet representerer. For Helse Nord gir denne mening i forhold til hva som er god organisering av spesialisthelsetjenestens ressurser i forhold til de faglige problemstillinger.

I en situasjon hvor behovet for økt kapasitet er til stede på nye og høyt prioriterte områder må ressursbruken til beredskap på områder med mindre volum og alternative faglig gode løsninger kunne vurderes. Bare slik kan ny kapasitet skapes og nye tilbud implementeres bl.a. ved å redusere behovet for personell i beredskap. Alternativt må det tilføres ytterligere økte ressurser.

Avgjørende for om denne forståelsen skal ”stå seg” og vinne gehør i ulike sammenhenger er hvorvidt den konsekvent blir kommunisert og anvendt i enkeltsaker hvor systemet utfordres på struktur. Det forhold det her særlig vil være diskusjon om er spørsmålet om akutt kirurgisk beredskap og måten dette omtales på i forhold til tilgjengelighet til prehospitale tjenester. Så lenge dette spørsmålet oppfattes som så vesentlig for folks trygghet og oppfatningen av hva som er et sykehus er det også politisk kontroversielt. Det er slik sett mange usikkerhetsfaktorer med å starte denne diskusjonen knyttet til et enkelt helseforetak uten den nødvendige nasjonale avklaring i form av faglig dokumentasjon og politiske veivalg basert på dette.

Analysen av kapasitetsbehov fokuserer på at et økende antall eldre over 80 år vil ha behov for døgnbehandling i sykehus, mens man for yngre pasienter fortsatt påregner en dreining mot mer dagbehandling. Siden antall eldre øker, antar man likevel at behovet for somatiske sykehussenger vil forbli uendret.

Vi savner en vurdering av hvilke konsekvenser denne dreiningen forventes å få for de sengene som skal være i drift. Er det grunn til å forvente omfordelinger av kapasitet mellom de store

spesialitetene? Er det grunn til å forvente at pleietyngden vil øke i en slik grad at helseforetakene må påregne å etablere en økende andel "high-dependency" eller intensivsenger? Kommer antall pasienter med alvorlige infeksjonssykdommer til å øke slik at det oppstår et økende behov for isolater? Oppsummert, kan det hende at fremtidens somatiske sykehussenger må ha en annen profil enn i dag?

Vi savner også en nærmere omtale av intermediærnivået (sykestuene, utvidede sykehjemsfunksjoner og lignende). Det kan hende at en betydelig andel av de gamle med sammensatte sykdommer kan få et like godt eller bedre tilbud på dette nivået. Det bør drøftes hvordan dette kan tenkes å påvirke lokalsykehusene og behovet for senger ved lokalsykehus. Det bør også vurderes om lokalsykehusfunksjonen ved de største sykehusene i større grad kan ivaretas av denne typen enheter.

Vi savner også en analyse av hvorvidt andel pasienter som passerer gjennom hele behandlingsskjeden kommer til å endre seg. Må man regne med at en økende andel av dem som blir lagt inn på 1.linje sykehus vil trenge endelig behandling på 2. linje sykehus? Hvilke konsekvenser vil dette i så fall få for fremtidig dimensjonering av luftambulansetjenesten og fordeling av kapasitet mellom sykehusene?

## **12. Investeringer**

Helse Nord RHF mener at utkastet til tekst slik det foreligger viser at det er en forskjell i oppfatningen mellom helseforetakene og HOD om kompleksitet og utfordringer knyttet til finansiering og betjening av kapital i helsesektoren.

Opplegget for likviditetsmessig håndtering av selve investeringsfasen som beskrives, fungerer tilfredsstillende. Men den store utfordringen er knyttet til helseforetakenes økonomiske bæreevne, det vil si evnen til å betjene de fremtidige kostnadene som investeringene medfører.

Manglende prinsipielle avklaringer av og forståelse for hva omleggingen til et resultatorientert regnskapsregime innebærer, reiser en rekke problemstillinger. I utgangspunktet er Helse Nord RHF satt opp med inntekter som gjør regionen i stand til å vedlikeholde og fornye 57% av den kapitalen som ble overført fra fylkeskommunene. (Helse Nord RHF har fått 331 mill kroner i årlig inntekt mens avskrivningskostnadene av den korrigerede åpningsbalansen var 582 mill kroner). Dette gir et årlig avvik mellom inntekter og kostnader på 251 mill kroner bare for Helse Nord RHF. I tillegg er det slik at alle nye prosjekter, standardhevinger og nytt kostbart medisinskteknisk utstyr (med unntak av de tre prosjektene som frem til nå har fått særskilt tilleggsfinansiering) medfører økte kostnader som må finansieres gjennom effektivisering av den daglige sykehusdrift. I sum innebærer denne måten å håndtere kapitalkostnadene på et årlig effektiviseringskrav til Helse Nord RHF på flere hundre millioner kroner. I teorien kunne dette løses helt eller delvis gjennom å redusere kapitalbruken i eksisterende anlegg, bygge ned eller legge ned sykehus og andre institusjoner. En slik strategi ligger ikke til grunn for utvikling av spesialisthelsetjenesten verken nasjonalt eller regionalt. I sum innebærer dette at Helse Nord RHF må effektivisere den daglige drift både for å kunne vedlikeholde og fornye den eksisterende kapital og for å kunne investere i nye anlegg og nytt kostbart utstyr.

Ved å korrigere resultat mot strukturfond og effekt av kortere levetider har en lagt opp til en teknisk løsning som utsetter synliggjøringen av disse effektiviseringskravene. Men de økonomiske realitetene er at helseregionene tærer på kapitalen og vil gradvis måtte ta inn over seg de store økonomiske utfordringene som avviket mellom inntekter og kostnader innebærer.

Dagens regime for tilførsel av inntekter til helseforetakene for å betjene kapital er ikke bærekraftig i et langsiktig perspektiv.

Derfor hilser vi velkommen den varslede avklaring av hvordan investeringer skal håndteres i helsesektoren og hvilke styringsmessige og resultatmessige krav som skal stilles til helseforetakene.

Dagens regime med "lovlige" underskudd vanskeliggjør i tillegg økonomistyring internt og kommunikasjon eksternt.

#### Langsiktighet

Investeringer er tiltak som foregår over flere år og som vil ha effekt på tilbud og økonomi i svært mange år. Det er derfor nødvendig at forutsetningene for investeringer avklares i god tid før gjennomføring. Lånerammer og tilskott til investeringer bør derfor gis for perioder på 5 år. Dette er enkle tiltak for å redusere usikkerhet og derved bidra til bedre kvalitet på beslutningsgrunnlag og gjennomføring av investeringsprogram.

#### Forskudd på basisramme/investeringstilskott.

Helse Nord RHF mener at det regimet som er etablert ved at det gis tilkott (forskudd på basisramme) til enkelte større investeringsprosjekter er et viktig virkemiddel som bør utvikles. Helse Nord RHF viser til de signaler som ble gitt i tilknytning til RNB 2002 vedrørende investeringer i Stokmarknes sykehus og Nordlandssykehuset Bodø og ber om at dette følges opp i statsbudsjettet for 2007.

### **13. Lokalsykehus**

Helse Nord RHF gir sin tilslutning til framstillingen av overordnede rammer og innhold i lokalsykehusene. I en langstrakt landsdel med spredt bosetting og kommunikasjonsmessige utfordringer vil de tradisjonelle lokalsykehusene spille en særlig viktig rolle. I den offentlige debatt er dette særlig relatert til befolkningens opplevelse av trygghet som historisk har vært knyttet til (lokal)sykehuset som institusjon. Vi gir vår tilslutning til et perspektiv hvor behovet for og kvaliteten på tjenester ikke ensidig henger sammen med organisering av tjenesten, men er dynamiske størrelser som påvirkes av en rekke forhold, bl.a. utviklingen i medisinsk teknologi, kommunikasjonsforhold, økonomi mv.

Når det gjelder fødetilbud stiller Helse Nord spørsmål ved om de formuleringer som er brukt kommer til erstatning for tidligere stortingsbeslutninger om organiseringen av fødselsomsorgen, eller om de nye formuleringer er å betrakte som et tillegg. Med dagens situasjon har vi et stortingsvedtak som gir klare retningslinjer for kvinneklinikk, fødeavdeling og fødestue. Det har imidlertid vist seg vanskelig å gjennomføre en praktisk politikk basert på disse retningslinjene.

Helse Nord er enige i de vurderinger som er gjort omkring akuttberedskap. Etter vår vurdering er det imidlertid viktig å være konsekvent i omtalen av den akuttmedisinske behandlingsskjede; denne omfatter legevakt, lokalsykehusenes akuttberedskap og prehospitaltjenester samt mer spesialiserte sykehus. Videre kunne det være viktig å få fram omfanget av den genuint tidskritiske akutfunksjonen, særlig innen kirurgi, siden dette er et så sentralt tema i den offentlige debatt.

Et aspekt som ikke er omtalt i kapitlet om lokalsykehus, er forholdet mellom dagens spesialitetsstruktur og den kirurgiske akuttberedskap i lokalsykehus uten seksjonerte bakvaksordninger. Denne problemstilling er det et snarlig behov for å adressere på nasjonalt nivå. Den har særlig aktualitet og relevans for Nord-Norge og Vestlandet, men også for enkelte småsykehus i øvrige landsdeler. I løpet av kort tid vil det ikke lenger være generelle kirurger som kan dekke en generell bakvakt og håndtere både generell kirurgi, gastrokirurgi og ortopedi. Dette spørsmålet kan tenkes løst på flere måter.

- All ortopedi skal håndteres på sykehus med ortopedisk vakt
- Den generelle ordning ved lokalsykehus uten seksjonert bakvakt er at dette ivaretas av en gastrokirurg
- ”Etterutdanning” som gjør spesialister i gastrokirurgi/ortopedi kompetente til å håndtere en generell bakvakt
- Ved mindre sykehus uten kirurgisk akuttberedskap kan et alternativ være å utvikle ytterligere stabiliseringskompetanse hos anestesilege/indremedisiner som har vakt.

#### **14. Utdanning av helsepersonell**

På dette feltet er det behov for bedre modeller og analyser av fremtidig tilbud- og etterspørsel. Dette er ikke begrunnet i noen overdreven tro på at det er mulig å utarbeide treffsikre prognoser, men fordi det er behov for verktøy og data som kan bidra til en mer informert drøftelse og planlegging på personellsiden. Mangel på helsepersonell har kritisk betydning både for mulighetene til å tilby nødvendige tjenester av forsvarlig kvalitet, og for lønnspresset innen sektoren. Her er Nord-Norge særlig utsatt, når tilgangen på personell er svak i det nasjonale markedet. På kort- og mellomlang sikt er det av særlig stor betydning å få kartlagt det erstatningsbehovet som følger av naturlig avgang.

Helse Nord RHF vil generelt understreke det nasjonale ansvaret våre myndigheter har for å sikre tilstrekkelig tilgang til kvalifisert helsepersonell. Det er derfor behov for oppdaterte vurderinger av dette behovet, med de konsekvenser det bør få for dimensjonering av utdanningskapasiteten. Dette gjelder også i forhold til videreutdanninger, både for leger og annet helsepersonell. Helse Nord RHF vil særlig påpeke betydningen av at tilgangen på legespesialister ivaretas.