



Møtedato: 29.04.2025

Vår ref.:

2025/3521-3

Saksbehandler:

Ingrid Lernes Mathiassen

Dato:

22.04.2025

Styresak 31-2025 Orienteringssaker til styremøte 29.04.2025

Forslag til vedtak

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF tar sakene til orientering:

1. Orientering fra administrerende direktør til styret – *mundlig*
2. Evaluering av sykestuesenger Nord-Troms 2025 – *mundlig og skriftlig*
3. Plan for styresaker 2025 - *skriftlig*

--- slutt på innstillingen ---

Tromsø, 22.04.2025

David Johansen (s.)
administrerende direktør



Møtedato: 29.04.2025

Vår ref.:

2025/661-2

Saksbehandler:

Rumpsfeld/ Hattmann

Dato:

10.04.2025

Styresak 31-2025/2 Evaluering sykestuesenger Nord-Troms 2025

Formål

Orienterer styret i Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) om rapport fra arbeidsgruppe som har evaluert sykestuesengene i Nord-Troms.

Bakgrunn

Styret i UNN vedtok i sak 105/2024 at det skulle gjennomføres en evaluering av sykestuesengene i kommunene Kvæangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord. Evalueringen er gjennomført i samarbeid mellom UNN og de fire kommunene, med deltakelse fra brukere og fastleger.

Evalueringen har hatt som formål å vurdere sengenes funksjon, nåværende økonomiske og organisatoriske bærekraft, samt vurdere ulike alternativer for fremtidig organisering og finansiering.

Saksutredning

Evalueringen viser at kommunene har ulike og til dels uklare rutiner på hvordan pasientene registreres. Felles sykestuesenger mellom UNN og kommunene skilles ikke fra det som er kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD). Det har derfor vært utfordrende å hente ut tydelig effektdata direkte knyttet til sengene rundt pasientforløp, innleggelser og utskrivningsklare pasienter. Dette gjør det utfordrende å vurdere faktisk effekt av sykestuesenger alene. Tallgrunnlaget gir derimot noen indikasjoner:

- Skjervøy og Kåfjord har lavere nivå utskrivningsklare pasienter pr. 1000 innbygger enn sammenlignbare kommuner. Kvæangen ligger høyt over, mens Nordreisa ligger omtrent likt.
- Nordreisa og Skjervøy har lavere grad av registrerte pasientreiser enn snittet i Troms fylke. Kåfjord ligger klart over.
- Nordreisa, Kåfjord og Kvæangen har en høyere grad av registrerte akutte innleggelser og registrerte ambulanseoppdrag enn UNN-gjennomsnittet. Kåfjord er derimot omlastningsplass for ambulanser noe som påvirker statistikken.

Akutte innleggelser til UNN i kommuner med sykestuesenger

Når man sammenligner akuttambulansoppdrag og total ambulanseaktivitet per 1 000 innbyggere i kommunene med sykestuesenger, fremgår det at disse kommunene ikke nødvendigvis har lavere akutt belastning enn gjennomsnittet i UNN. Kåfjord har høyest forekomst med 109,0 akutttoppdrag og 343,0 ambulanseoppdrag per 1 000 innbyggere. Dette kommer av at Kåfjord er omlastningsplass for dagambulans og i tallgrunnlaget vil derfor pasient som omlastes til dagambulans i Kåfjord registreres som to turer

Pasientreiser

Antall pasientreiserekvisisjoner per 1 000 innbyggere i 2024 for kommunene med sykestuesenger til Tromsø. Dette tallgrunnlaget ivaretar også pasientreiser for pasienter til avtalespesialister, samt fristbrudd. Kvæningen hadde ingen registrerte pasienter som reiser med rekvisisjon hvor pasientreiser betaler regningen. Det kan derimot være pasienter hvor det søkes refusjon i etterkant (reiser uten rekvisisjon).

- **Kåfjord:** 273
- **Kvæningen:** Ingen registrerte pasientreiser til Tromsø
- **Skjervøy:** 106
- **Nordreisa:** 132

Kåfjord ligger med 273 pasientreiser klart over gjennomsnittet for utvalget (152), mens Nordreisa og Skjervøy ligger under. Kvæningen hadde ingen registrerte pasienter som reiser med rekvisisjon hvor pasientreiser betaler regningen. Det kan være reiser hvor det søke refusjon i etterkant (reiser uten rekvisisjon).

Tallene indikerer at transportnivået varierer mellom kommuner med sykestuesenger, og at tilstedeværelse av slike senger alene ikke forklarer forskjellene. Ulik bruk, registreringspraksis og organisering av helsetjenesten lokalt kan påvirke omfanget av pasientreiser.

Utskrivningsklare pasienter

Data for 2024 viser store forskjeller mellom kommunene med sykestuesenger i Nord-Troms når det gjelder døgn for utskrivningsklare pasienter (USK) pr 1000 innbyggere:

- **Kvæningen:** 180
- **Nordreisa:** 81
- **Kåfjord:** 34
- **Skjervøy:** 5

Snittet for kommunene i Troms og Ofoten er 40 døgn pr 1000 innbygger, og vi ser da at Kvæningen og Nordreisa skiller seg ut med å ligge godt over dette snittet, mens Kåfjord og Skjervøy ligger under. Ser vi på døgn pr. 1000 innbygger i sammenlignbare kommuner uten sykestuesenger:

- **Kvæningen** 1157 pasienter: (Gratangen, 43, Ibestad 20, Lavangen 7, Dyrøy 2)
- **Nordreisa** 4794 pasienter: (Tjeldsund 9, Målselv 8, Bardu 108, Balsfjord 31)
- **Kåfjord** 1974 pasienter: (Karlsøy 42, Lødingen 38, Ibestad 20, Storfjord 7)
- **Skjervøy** 2794 pasienter: (Sørreisa: 7, Kvæfjord: 5, Lyngen 36, Karlsøy 42)

Her ser vi at Kvæningen, Nordreisa og Kåfjord med sykestueseng, ligger over eller tilnærmet likt kommuner uten sykestueseng. Skjervøy skiller seg ut med å ligge tilnærmet likt eller under. Små pasienttall og det faktum at det ikke er mulig å skille mellom pasienter innlagt i sykestueseng og ØHD-seng gjør det vanskelig å trekke entydige konklusjoner, men det kan være indikasjon på at det er lite som skiller kommunenes evne til å ta imot sine pasienter om de har sykestuesenger.

Utrede alternative

Det er utredet seks alternative modeller:

1. Videreføring av dagens finansieringsmodell
2. Kommunal overtakelse
3. Sentralisering
4. Reduksjon i antall senger
5. Stopp i delfinansiering
6. Videreutvikling med avtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste

Flere av alternativene vurderes som kombinerbare. Dersom tilbudet videreføres, anbefales det at avtaler inngås for å sikre inntektsgrunnlag, måling av aktivitet og faglig forankring, samt at DMS Nord-Troms (Sonjatun) får et særskilt ansvar for oppfølging og koding av spesialisthelsetjenester levert i regionen.

Vurdering

Arbeidsgruppen oppnådde ikke enighet om en anbefaling. Fra UNN anbefales det at dagens finansieringsmodell fases ut og erstattes av forpliktende avtaler om kommunalt utførte spesialisthelsetjenester, kombinert med evaluering og eventuell reduksjon av senger der det ikke foreligger konkret dokumentert effekt.

- **Deltakerne som representerte kommunene Kåfjord, Skjervøy, Kvænangen og Nordreisa** anbefales det at delfinansieringen videreføres ut 2026, samtidig som det etableres en tydelig og forpliktende avtale mellom kommunene og UNN. Dette vil sikre stabilitet og forutsigbarhet for kommunene i forbindelse med innføringen av ISF - refusjonsordningen, forutsatt at kommunene mottar ISF-inntekter. Et eventuelt bortfall av delfinansiering i den videre driften i inneværende år vil medføre en økonomisk risiko for kommunene, da dette ikke er hensyntatt i budsjettet for 2025, eller i kommunenes handlings- og økonomiplan for 2025-2027. En videreføring av delfinansieringen ut 2026 vil gi kommunene nødvendig tid til planlegging og implementering av den nye ISF- kodingsordningen.
- **Fra deltakere som representerte UNN** anbefales det at hvis tilbudet skal videreføres i noen form, at det etableres avtaler om kommunalt utførte spesialisthelsetjenester, og at nåværende finansieringsordning oppfører. Dette alternativet legger til rette for at det kan gjøres evalueringer og korrigeringer, som kan kombineres med en evt. reduksjon av antallet senger der det ikke registreres effekt eller godt nok belegg for desentralisering av kommunalt utførte spesialisthelsetjenester. Det foreslås at dette innføres i en overgangsperiode, med avtaler og rammer på plass innen utgangen av 2025 og evaluering og korrigering i løpet av 2026.

Oppsummert

Det er ulike perspektiv på tempo og virkemidler i anbefalingene, men en felles forståelse av behovet for tydeligere struktur, kvalitet og måling i tjenestetilbud. UNN vurderer at dagens finansieringsmodell fases ut og erstattes av forpliktende avtaler om kommunalt utførte spesialisthelsetjenester, kombinert med evaluering og eventuell reduksjon av senger der det ikke foreligger konkret dokumentert effekt.

Det foreslås at DMS Nord-Troms (Sonjatun) får et særlig ansvar for koordinering og koding av spesialisthelsetjenester levert i regionen. Dette gir grunnlag for differensiering og bedre styring, samtidig som det kan sikre ISF-refusjon og målrettet utvikling.

Rapporten fra evalueringen er sendt til de berørte kommunene for innspill, og beslutningssak vil legges fram for UNN styret 26.mai 2025.

Tromsø, 22.04.2025

David Johansen (s.)
administrerende direktør

Vedlegg:

- Evaluering av sykestuesenger Nord-Troms - rapport

2025

Evaluering av sykestuesenger i Nord-Troms

1. Innholdsfortegnelse

2.	Forkortelser	2
3.	Innledning.....	2
4.	Mandat	4
5.	Bakgrunn.....	4
6.	Tallgrunnlag og analyser.....	11
7.	Pasient- og brukerperspektivet	22
8.	Kompetanse i de fire Nord-Troms-kommunene	23
9.	Økonomisk effekt, pasientforløp og utskrivningsklare pasienter	24
10.	Alternativer til organisering	27
11.	Vurdering av løsningsalternativ.....	31
12.	Konklusjon og anbefaling	41

2. Forkortelser

HF	Helseforetak
RHF	Regionalt helseforetak
UNN	Universitetssykehuset Nord-Norge
ØHD	Øyeblikkelig hjelp døgntilbud
KAD	Kommunalt akutt døgnettenhet
USK	Utskrivningsklar pasient

3. Innledning

Sykestuesengene i Nord-Troms har i lenge vært en viktig del av det desentraliserte helsetilbudet i regionen, og tilbudet har vært delfinansiert av Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). I lys av UNNs pågående omstillingsprosess og behovet for å sikre bærekraftig drift, er det nå gjennomført en ny evaluering for å vurdere om delfinansieringen av sykestuesengene fortsatt er hensiktsmessig, og hvordan tjenestetilbudet eventuelt bør videreutvikles.

Denne evalueringen er forankret i styresak 105/2024, hvor styret ved UNN ga mandat til å gjennomgå dagens organisering, pasientforløp og økonomiske konsekvenser, og samtidig foreslå fremtidige modeller for drift og finansiering. Arbeidet er utført i samarbeid med kommunene i Nord-Troms, Kvæangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord, samt representanter fra fastleger og brukere.

Siden forrige evaluering i 2017 har både rammebetingelser, demografi og helsefaglige behov endret seg. Dette inkluderer blant annet økende andel eldre, endret tilgang på helsepersonell og tydeligere krav til ansvarsavklaring mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Evalueringen har derfor sett bredt på både pasient- og samfunnsperspektivet, samt vurdert hvordan sykestuesengene påvirker forbruk av sykehustjenester, pasientreiser og rekruttering.

Målet med evalueringen er å legge til rette for et godt beslutningsgrunnlag, og sikre et framtidsrettet helsetjenestetilbud i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen og UNNs behov for prioritering og omstilling. Det var en enighet i arbeidsgruppen at kommunalt akutt døgnettenhet (KAD) begrepet ble tatt ut fra evalueringen, da tre ulike begreper (sykestueseng, ØHD og KAD) ble ansett som å bidra til forvirring og uklarhet på hva som menes da tidligere vurderinger har brukt disse begrepene om hverandre.

3.1 Sammendrag

Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) har, i samarbeid med kommunene Kvæangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord, gjennomført en evaluering av sykestuesengene i Nord-Troms. Evalueringen er gjennomført i henhold til mandat gitt i styresak 105-2024, og har hatt som formål å vurdere tilbudets effekt og bærekraft, samt foreslå alternative modeller for organisering og finansiering.

Sykestuesengene fremstår fortsatt som en viktig del av det desentraliserte helsetilbudet i regionen, med potensial til å bidra til helhetlige pasientforløp, avlastning for spesialisthelsetjenesten og tilgjengelig behandling nær pasientens hjemsted. Samtidig identifiseres organisatoriske og økonomiske utfordringer, særlig knyttet til utydelig ansvarsdeling og manglende registreringspraksis som skiller mellom sykestuesenger og ØHD-plasser.

Analyse av pasienttransport og akuttambulanseaktivitet gir et nyansert bilde. Kommuner med sykestuesenger har til dels lavere nivå av pasientreiser til UNN Tromsø enn sammenlignbare kommuner, men variasjonen er stor. Skjervøy og Nordreisa ligger under gjennomsnittet i utvalget, mens Kåfjord ligger over. Når det gjelder akutte innleggelser, viser tallene at kommuner med sykestuesenger ikke nødvendigvis har lavere akuttambulansebelastning per 1 000 innbyggere enn gjennomsnittet i UNN.

Data for utskrivningsklare pasienter viser også betydelig variasjon. Nordreisa og Skjervøy har lavere liggedøgn per 1 000 innbyggere enn sammenlignbare kommuner, mens Kvæangen ligger høyt. Dette indikerer at lokal organisering og kapasitet kan ha betydning for pasientforløp og overføring fra sykehus, men gir ikke grunnlag for å konkludere med direkte effekt.

Demografiske endringer, rekrutteringsutfordringer og UNNs økonomiske situasjon tilsier at dagens modell bør vurderes opp mot alternative løsninger. Det er derfor utredet seks modeller: videreføring av dagens finansieringsmodell, kommunal overtakelse, sentralisering, reduksjon i antall senger, stopp av delfinansiering og videreutvikling med avtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste.

Evalueringen viser at flere av alternativene kan kombineres, og hvis tilbud skal videreføres er det behov for avtaler som gir nødvendig inntekt og datagrunnlag for å evaluere effekt og sikre bærekraftig utvikling. Hvis det besluttet annet alternativ enn stopp av delfinansiering, anbefales det at man bruker eksisterende organisering ved DMS for å sikre nødvendig oppfølging og dokumentering av utførte tjenester.

4. Mandat

Styret i UNN vedtok i styresak 105-2024 at det skulle gjennomføres en ny evaluering av sykestuesengene i Nord-Troms. Evalueringen er gjennomført i samarbeid med kommunene Kvænangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord, og har som formål å vurdere effekter, bærekraft og alternative modeller for drift og finansiering

Evalueringen skal gi et faglig og strategisk grunnlag for videre utvikling av tilbudet, og sikre at ressursene benyttes på en måte som er i tråd med UNNs overordnede målsettinger.

Foreslå løsninger:

Utarbeide og risikovurdere konkrete alternativer for organiseringsmodeller, eksempelvis:

- Stopp av UNNs delfinansiering, og avvikling av sykestuesenger
- Overtakelse av tilbudet i kommunal regi, med faglig støtte fra UNN
- Videreutvikling av tilbud, og herunder forberedelse av søknad

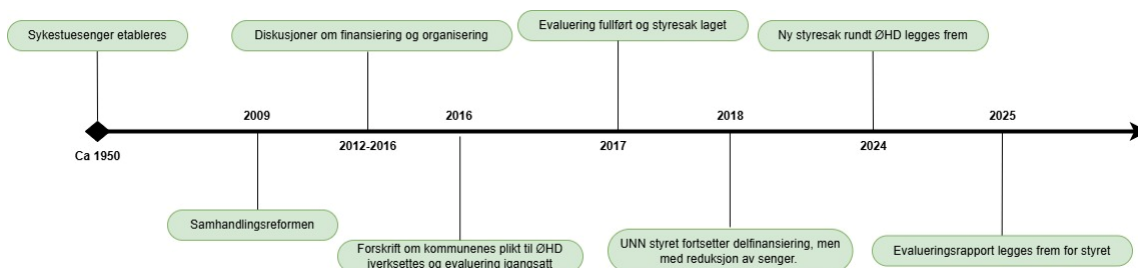
Vurderingene er basert på både kvantitative data og kvalitative innspill fra brukere, fastleger og ledelse i kommunene og UNN.

5. Bakgrunn

Sykestuesengene i Nord-Troms er et desentralisert helsetjenestetilbud som delvis finansieres av Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) med en årlig kostnad på 4,16 millioner kroner. Tilbudet er organisert i samarbeid med kommunene Kvænangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord. Sykestuesengene i Nord-Troms har røtter tilbake til midten av 1900-tallet¹, med en særskilt finansieringsordning fra UNN etablert i forbindelse med Samhandlingsreformen rundt 2012. Delfinansieringen ble formalisert etter evalueringen i 2017 og styrevedtak i 2018.

¹ <https://www.helse-nord.no/499fff/siteassets/dokumenter-og-blokker/4-om-oss/styret/styremoter/styremoter-2017/20170614/styresak-77-2017-3-1-sykestuer-i-nord-troms-evaluering-vedlegg.pdf>

5.1 Tidslinje



I Nord-Troms ble det etablert sykestuesenger som et desentralisert helsetilbud for pasienter med behov for døgntilbud med medisinsk oppfølging. Tilbudet skulle bidra til å forebygge unødvendige sykehusinnleggelser, redusere transportkostnader og forbedre pasientforløp.

Som en del av Samhandlingsreformen (2012) ble finansieringen av helse- og omsorgstjenestene endret for å styrke det kommunale helsetilbudet og avlaste spesialisthelsetjenesten. Dette innebar at pasienter som ikke hadde behov for sykehusinnleggelse, men som likevel trengte døgntilbud med medisinsk oppfølging, skulle få et tilgjengelig og tilpasset tilbud i sin hjemkommune.

For å oppnå dette fikk kommunene et utvidet ansvar for helsetjenester både i forkant av, som alternativ til, og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Som en del av reformen ble det derfor pålagt å etablere kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD-senger). Finansieringen av tilbudet ble sikret gjennom en omfordeling av midler, der kommunenes budsjetter ble styrket samtidig som spesialisthelsetjenestens budsjetter ble redusert tilsvarende.

Evalueringsrapport av sykestuesengene i Nord-Troms i 2017 avdekket flere fordeler ved tilbudet:

- Redusert behov for akuttinnleggelser (18 % lavere enn nabokommuner uten sykestuesenger).
- Reduserte pasientreiser og lavere forbruk av ambulansetjenester.
- Besparelser for UNN på rundt 5 millioner kroner årlig grunnet færre utskrivningsklare pasienter og kortere pasientforløp.

Med bakgrunn i dette ble det i styremøte i UNN i 2018 vedtatt å fortsette delfinansiering, men med en reduksjon fra ni til seks sykestuesenger i Nord-Troms. Dette under forutsetning av at de effekter som ble vist i rapporten «*Evaluering av sykestuene i Nord-Troms*» fortsatt skulle sikres og videreføres.

Dagens situasjon

UNN har igangsatt omstillingsarbeidet «Vi fornyer UNN», med bakgrunn i store og langvarige utfordringer. En analyse gjort i 2024 viser at følgende seks områder innebærer størst risiko for UNN:

- Mangel på helsepersonell
- Begrensede økonomiske ressurser til nye investeringer
- Begrenset tilgjengelighet og lang ventetid
- Høy andel utskrivningsklare pasienter
- For liten aktivitet innen forskning og innovasjon
- Lav gjennomføringsevne og begrenset gevinstrealisering av vedtatte oppdrag og tiltak

I tillegg til UNNs økonomiske situasjon, som forutsetter en grundig evaluering av alle spesialisttjenester og mulige omprioriteringer for å styrke spesialisthelsetjenesten, er det flere andre faktorer som også understøtter behovet for en ny evaluering av UNNs delfinansiering av sykestuesenger.

- **Demografi:** Den demografiske utviklingen, med en økende andel eldre, kan føre til høyere behov for sykestuesenger, da eldre ofte har komplekse helsebehov og flere sykehusinnleggelser.
- **Nye teknologiske muligheter:** Digitale verktøy muliggjør for nytekning i pasientflytorganisering og samordning.
- **Uklar ansvarfordeling:** Det er behov for en tydeligere ansvarsfordeling mellom kommunale ØHD-senger og spesialiserte sykestuesenger. For å kunne optimalisere ressursbruken og sikre best mulige pasientforløp bør det fremkomme klart hvordan de ulike tilbudene kan komplementere hverandre. Videre er det behov for oppdaterte evalueringer som klart belyser sykestuesengenes bidrag til pasientforløp og helsegevinster, slik at kommunenes rolle kan tilpasses fremtidige behov.

5.2 Historisk bakgrunn for sykestuene

Sykestuer har vært omtalt som en mellomform mellom hjem og sykehus, der pasienter med behov for observasjon, diagnostikk eller enklere medisinsk behandling kunne få et tilbud lokalt, uten å måtte innlegges ved sykehus.

«Sykestuene er en halvannenlinjetjeneste med fokus på samhandling om pasientene og faglig utvikling, som gir god samfunnsøkonomi. Sykestuene er særskilt opprustet med personell og

utstyr. Det gis blant annet livreddende behandling for kritisk syke pasienter som befinner seg langt unna sykehus».²

Den mest gyldige definisjonen av en sykestuepasient er: pasient innlagt til diagnostisering, observasjon og behandling, som alternativ til sykehusinnleggelse.³

Sykestuedrift ble formelt hjemlet i sykehusloven av 19. juni 1969, der det ble definert at sykestuer skulle være et lavterskeltilbud for pasienter med behov for kortvarig medisinsk tilsyn og behandling som ikke krevde sykehusinnleggelse.⁴

I 1972 eksisterte det 64 sykestuer med til sammen 1005 senger fordelt på 15 fylker. Fra og med 1970-tallet ble det imidlertid lagt større vekt på sentralisering og utbygging av sykehus, noe som førte til en gradvis nedbygging av sykestuefunksjonen i store deler av landet. I 1988 ble ansvaret for sykehjemmene overført fra fylkeskommunene til kommunene. Dette bidro til at mange sykestuer ble omorganisert, og flere ble avviklet av økonomiske årsaker.⁵

Til tross for denne utviklingen har kommunene i Nord-Troms og Finnmark valgt å videreføre sykestuefunksjonen som en integrert del av sitt helsetilbud. Begrunnelsen har vært både geografisk og faglig: store avstander, værmessige utfordringer, befolkningssammensetning og rekrutteringshensyn som har gjort at det ansees som nødvendig med lokale døgnplasser. Sykestuene i Nord-Troms er derfor fra kommunenes side et viktig supplement til spesialisthelsetjenesten, samt en viktig del av kommunenes beredskap, pasientforløp og helsefaglige kompetansebygging.

² <https://www.helse-nord.no/499fff/siteassets/dokumenter-og-blokker/4-om-oss/styret/styremoter/styremoter-2017/20170614/styresak-77-2017-3-1-sykestuer-i-nord-troms-evaluering-vedlegg.pdf>

³ Sykestueutvalgets rapport, 2013

⁴ Sykehusloven av 19. juni 1969

⁵ <https://www.helse-nord.no/499fff/siteassets/dokumenter-og-blokker/4-om-oss/styret/styremoter/styremoter-2017/20170614/styresak-77-2017-3-1-sykestuer-i-nord-troms-evaluering-vedlegg.pdf>

5.3 Hva er en sykestue?

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

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

En moderne sykestue består som regel av et akuttmottak og en mindre sengepost, ofte samlokalisert med et sykehjem og/eller et helsesenter.

De vanligste pasientgruppene som legges inn på sykestuer, inkluderer personer med kreft, hjerneslag, benbrudd og luftveissykdommer. I tillegg behandles pasienter med besvimelser (synkope), blodforgiftning (sepsis), behov for blodtransfusjon eller cellegift, samt hjertesvikt og akutte magesmerter. Sykestuene tar også imot pasienter med forvirringstilstander eller delirium, psykiske lidelser som angst, depresjon og selvmordsfare, samt personer som trenger avrusning fra alkohol eller narkotika. Omsorg og lindring i livets slutfase er også en viktig del av sykestuens oppgaver.

5.4 Hva er en ØHD-seng?

Fra 1. januar 2016 har kommunene hatt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgntilbud, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5. Tilbudet ble finansiert gjennom rammeoverføringer til kommunene, som følge av en tilsvarende reduksjon i spesialisthelsetjenestens rammer.

Kommunene har ansvar for å vurdere pasientens behov for helsehjelp, og enten gi nødvendig behandling i egen regi eller henvise videre til spesialisthelsetjenesten. Denne plikten er også forankret i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 a, første ledd

Dagens tilbud om øyeblikkelig hjelp dekker hovedsakelig to pasientgrupper:

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

5.5 Tidligere evaluering fra 2017

Konklusjon fra sak 36/2018 - Finansiering og organisering av sykestuesenger i Nord-Troms:

- I rapporten «Evaluering av sykestuene i Nord-Troms» konkluderes det med at en videreføring av ØHD-/sykestuesenger i hver av kommunene er viktig for å videreføre de

positive effektene ØHD/ sykestuesengene har for pasientbehandling og rekruttering av personell i disse kommunene.

- *Direktøren foreslår derfor at UNN viderefører en finansiering som sikrer drift av til sammen seks ØHD-/ sykestuesenger i kommunene Kvænangen, Skjervøy, Nordreisa og Kåfjord. Det forutsettes at driften av ØHD-/ sykestuesengene viderefører de effekter som er vist i rapporten «Evaluerings av sykestuene i Nord-Troms».*
- *Alle senger må tilfredsstillende krav som er beskrevet i Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-5 samt Tjenesteavtale 4 mellom kommunene og UNN. Det foreslås at det utarbeides egen driftsavtale mellom UNN og de aktuelle kommunene som beskriver drift og samarbeid om tilbudet.*

Selv om evalueringen i 2017 identifiserte flere positive effekter av sykestuesengene og dannet grunnlag for styrevedtak om videreføring, har det i liten grad blitt iverksatt systematisk oppfølging i etterkant, verken fra UNN eller kommunene.

Det ble ikke etablert egne driftsavtaler mellom UNN og kommunene slik som foreslått, og det foreligger ikke dokumentasjon som viser en felles plan for hvordan effektene fra 2017 skulle videreføres eller måles. Det er heller ikke gjennomført strukturert gevinstmåling, aktivitetsrapportering eller felles evaluering av tilbudets innhold og kvalitet siden forrige rapport.

Fraværet av en systematisk oppfølging har dermed bidratt til at den uklare ansvarsfordelingen, fraværet av ISF-refusjonsgrunnlag og at manglende avtaler om spesialisthelsetjenester fortsatt er gjeldende i dag. Evaluering i 2025 og påfølgende styrebeslutning, må derfor følges opp med tydelige avtaler og plan for evaluering av effekt.

5.6 Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester

Primærhelsetjenesten i Norge har over tiår gjennomført spesialisthelsetjenester på vegne av spesialisthelsetjenesten. Dette har også vært praktisert i Universitetssykehuset Nord-Norges (UNN) lokalsykehusområde, hvor cytostatikabehandling, blodtransfusjoner, dialysebehandling og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er typiske eksempler.

I tråd med lovkrav om helhetlig ansvar⁶ vil det medisinskfaglige ansvaret for oppgaver som overføres ligge hos spesialisthelsetjenesten, herunder ansvar for ordinasjon og for å sikre at

⁶ [Spesialisthelsetjenesteloven §3-9](#)

nødvendig informasjon og dokumentasjon er tilgjengelig for å kunne utføre oppgaven. Lege i primærhelsetjenesten (for eksempel sykestue, DMS eller legekontor) er ansvarlig for at behandlingen gjennomføres i tråd med ordinasjonen. Som kjent er det også av stor betydning for våre pasienter og pårørende at behandling, når mulig, kan gis nært bosted og pårørende med blant annet redusert reisebelastning.

Det er også en økonomisk faktor for UNN som vil være viktig å ivareta, og i regelverket for Innsatsstyrt finansiering (ISF) kapittel 4.2.1 fremkommer det hvilke tjenester som kan inngå i Innsatsstyrt finansiering og i kapittel 4.3.5 heter det:

«Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester kan kun inngå i beregningsgrunnlaget for ISF når tjenestetilbudet er regulert i avtale mellom tjenestenivåene. Hovedinnholdet i tjenestene skal være velavgrensede spesialisthelsetjenester og kodes etter samme regler som for annen spesialisthelsetjenester. Aktuelle avtaler skal være forankret i generell samarbeidsavtalestruktur mellom tjenestenivåene, og skal inneholde bestemmelser som sikrer tilstrekkelig aktivitetsrapportering til NPR (saksbehandlers tillegg: Norsk Pasientregister - som kun registrerer behandling i spesialist-helsetjenesten). I øvrige tilfeller forutsetter inklusjon i beregningsgrunnlaget særskilt godkjenning etter søknad til Helsedirektoratet».

Oppgaver som utføres av primærhelsetjenesten genererer ikke ISF-inntekter for UNN uten en formell avtale. Kun de regionale helseforetakene (RHF) har mulighet til å sende inn søknader om særskilt godkjenning. Det finnes flere eksempler på at pasienter skrives ut fra UNN, men får videre behandling i primærhelsetjenesten, noe som medfører at UNN ikke mottar inntekter..

I strategisk samarbeidsutvalg 8.11.2023 (sak 53/23) ble det fremlagt forslag til avtalemal for kommunalt utførte spesialisthelsetjenester. Forslaget ble godkjent med følgende vedtak:

- 1. «SSU godkjenner forslag til avtalemal for kommunalt utført spesialisthelsetjeneste i helsefelleskapet Troms og Ofoten med de innspill som fremkom i møtet*
- 2. SSU vedtar at avtalemalen skal benyttes for å regulere samarbeidet når en kommune utfører spesialisert pasientbehandling på vegne av UNN».*

Kommunalt utførte spesialisthelsetjenester foregår allerede i UNNs lokalsykehusområder og bidrar til å redusere andelen pasientreiser ettersom pasienters ellers ville måttet reise til nærmeste lokalsykehus. Inngåtte avtaler vil også kunne gi insentiver til primærhelsetjenesten for å utføre spesialisthelsetjenesteoppgaver, og ikke minst gi UNN nødvendige ISF inntekter.

Oppgavene utføres i dag flere steder i UNNs område, uten at det er regulert i avtaler. Det kan skape uklarhet både omkring ansvarsforhold og økonomi, og videre merarbeid og utfordringer

for pasienter, pårørende og samarbeidspartnere. Uklare økonomiske forhold er uheldig for UNN, da det ikke gir ISF finansiering, og det er uheldig for kommunene som ikke får godtgjort merutgifter.

Pasientreiser HF sparer transportkostnader ved utførelse av spesialisthelsetjenester i distrikt. Avtaler som regulerer disse oppgavene, vil ikke ha noen innvirkning på dette. Det er trolig kun HELFO som tjener på at avtaler ikke er på plass for å regulere denne virksomheten.

Flere kommuner har påtatt seg å utføre spesialisthelsetjenester uten avtale med UNN, primært fordi dette tradisjonelt ikke har vært avtaleregulert, men også fordi de ønsker å imøtekomme at egen befolkning kan få behandling nærmest mulig hjemmet og av hensyn til pårørende. Dette er også i tråd med mange av vår tids helsereformer, og i tråd med satsingen «Helt hjem» i «Vi fornyer UNN».

6. Tallgrunnlag og analyser

Dette kapittelet presenterer det tallgrunnlag som er brukt for å vurdere behov, belastning og effekt knyttet til sykestuesenger i Nord-Troms. Datagrunnlaget omfatter demografisk utvikling, bemanning, akuttinnleggelser, pasienttransporter og antall utskrivningsklare pasienter. Kildene inkluderer SSB, UNN, kommunene og Pasientreiser HF.

Nordreisa har gjort 50 stikkprøver på hvilke pasienter som bruker ØHD-sengene i kommunene. Kvæangen, Skjervøy og Kåfjord har gjort 20 stikk prøver hver. Totalt 110 stikkprøver.

6.1 Metodikk for å svare ut oppdrag

Mandatet er løst ved at det er tatt en gjennomgang av sykestuesengenes rolle, økonomiske konsekvenser og organisatoriske utfordringer. Et viktig punkt har vært å synliggjøre overlappet mellom sykestuesenger og øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD), samt grunnlaget for kommunalt utførte spesialisthelsetjenester for å vise ansvarsfordelingen mellom kommunene og UNN.

For å foreslå bærekraftige løsninger har det blitt utarbeidet og vurdert ulike organiseringsmodeller. Alternativene er vurdert med tanke på økonomisk bærekraft, pasientforløp og konsekvenser for samhandling mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. For å evaluere sykestuesengenes effekt i Nord-Troms er det benyttet SWOT-analyse som verktøy for å identifisere styrker, svakheter, muligheter og trusler ved de ulike alternativene.

Det er tatt utgangspunkt i Statistisk sentralbyrås (SSB) Hovedalternativ. Utgangspunktet er tabell 07459 (Befolkningstall) og 14288 (Befolkningsframskriving). Vi har sett på de eldste eldre (80 år og eldre), da det forventes at disse vil være de største brukerne av helsetjenester.

6.2 Demografisk utvikling – Historisk siste 10 år og framskrevet til 2035 (80 år+)

Det har vært en betydelig vekst i andelen eldre over 80 år i alle kommuner med sykestuesenger i perioden 2015–2025. Framskrivninger viser at veksten vil fortsette frem til 2035. Dette øker behovet for tilgjengelige helsetjenester lokalt.

Historisk 2015-2025:

Hvis man har opplevd at andelen av de eldste eldre har økt de siste 10 årene, så stemmer det godt. Nordreisa har hatt lav vekst med 17% (41 innbyggere). Mens Kvæningen har hatt høyest, med 40% (29 innbyggere). Skjervøy har økt fra 137 til 180 innbyggere over 80 år (31%), mens Kåfjord har fått 32% flere (fra 128 i 2015 til 169 innbyggere i 2025)

Framskrevet fra "i dag" (2025) og 10 år frem i tid (2035):

I tiden fremover har SSB beregnet at det er Nordreisa som øker mest i andelen eldre over 80 år. De neste 10 årene viser prognosen at man vil få 147 flere av de eldste eldre, samtidig som totalbefolkningen, hvor man normalt rekrutterer helsepersonell fra, er beregnet å synke med omtrent 30 mennesker. Ser man lenger frem forsterker denne trenden seg ytterligere.

Eldre over 80 år	Kvæningen		Nordreisa		Skjervøy		Kåfjord	
	Personer	Endring %	Personer	Endring %	Personer	Endring %	Personer	Endring %
2015	73	0%	240	0%	137	0%	128	0%
2020	96	+ 32%	238	- 1%	142	+ 4%	157	+ 23%
2025	102	+ 40%	281	+ 17%	180	+ 31%	169	+ 32%
2030	114	+ 56%	369	+ 54%	238	+ 74%	202	+ 58%
2035	124	+ 70%	428	+ 78%	235	+ 72%	239	+ 87%

(SSB 07459 og 14288)

NÅ-bildet. Endring fra «i dag» og frem til 2035. (2025 = 0):

Endring 2025-2035	+ 22	+ 22%	+ 147	+ 52%	+ 55	+ 31%	+ 70	+ 41%
------------------------------	-------------	--------------	--------------	--------------	-------------	--------------	-------------	--------------

Rekruttering i lokalområdet:

Hvis man fortrinnsvis ønsker rekruttere arbeidskraft i nærområdet, vil det kunne bli utfordrende for kommunene i fremtiden. I snitt vil Nord-Troms ha en nedgang i de årsklassene (20-66 år) man normalt henter arbeidskraft fra på 3,4 prosent. Kåfjord vil ha størst utfordringer i forhold til at denne gruppen synker med 110 personer (-10,2%). Tilsvarende vil Nordreisa ha en nedgang på -103 innbyggere (3,7%) og Skjervøy -29 personer (1,8%). Kvæningen er eneste kommune som har en positiv vekst i potensiell arbeidsstyrke +32 innbyggere (5,0%). Samlet vil årsklassen 20-66 år synke med 210 mennesker i Nord-Troms ifølge SSB.

Innbyggere 20-66 år, Nord-Troms

Kommune	2025	2035	Endring %	Endring (absolutt)
5540 Kåfjord	1 078	968	-10,2	-110
5542 Skjervøy	1 638	1 609	-1,8	-29
5544 Nordreisa	2 799	2 696	-3,7	-103
5546 Kvæningen	640	672	5,0	32
Totalt	6 155	5 945	-3,4	-210

6.3 Stillinger tilknyttet sykestuesenger

Alle de fire kommunene har etablert egne stillinger knyttet til sykestuefunksjonene, men bemanningen varierer. Felles utfordringer er sårbarhet ved fravær og små fagmiljø, noe som understreker behovet for regionalt samarbeid og kompetansedeling.

NORDREISA

Ved beregning av bemanningsbehov for sykestuesenger tas det utgangspunkt i en bemanningsnorm hvor to senger bemannes med én helsearbeider per vakt (dag, aften og natt). På natt benyttes en sambruksmodell, der én nattevakt (tilsvarende 2 årsverk) dekker flere senger. For de to sykestuesengene i Nordreisa er det beregnet et direkte bemanningsbehov på om lag 5 årsverk for dag- og aftenvakter, med et tillegg på 0,5 årsverk for å ivareta et høyere oppfølgingsbehov enn øvrige senger. Det totale bemanningsbehovet for sykestuesengene i Nordreisa utgjør dermed 5,5 årsverk. Det var i Nordreisa kommune ingen ubesatte stillinger tilknyttet sykestuesenger i 2024.

Sykepleierne tilknyttet sykestuesengene arbeider i en samlokalisert enhet med rehabiliteringsenheten og øyeblikkelig hjelp sengene. Deres ansvarsområde er bredt og omfatter også dialysen, hudpoliklinikken, ortopedisk poliklinikk. Dialysen og hudpoliklinikken er åpne tre dager per uke, mens ortopedisk poliklinikk har drift to halve dager per uke. I tillegg bistår personalet fødestuen ved behov. Sykepleierne innehar en kompetanse opparbeidet over år. Sykestuesengene er tilknyttet DMS Nord-Troms, men er ikke regulert i egne underavtaler.

De ulike spesialisthelsetjenestene (rehabilitering/PSHT, dialyse, hudpoliklinikk og ortopedisk poliklinikk) stiller særskilte krav til opplæring og kompetanse. Det er faste sykepleiere med dedikerte stillingsandeler innenfor hvert fagområde, samtidig som de også har en andel av sin stilling knyttet til sykestuen. Alle ressurser inngår i en felles turnusplan, strukturert slik at bemanningen er optimalisert og tjenestene alltid er dekket av kvalifisert personell.

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Sykepleier	4,5	1 master Avansert Klinisk Sykepleie
Helsefagarbeider/fagarbeider	1	
Lege	0,18	Tilsynslege

KÅFJORD

Kåfjord har ubesatte stillinger, men sykepleier prioriteres alltid på korttidsavdeling hvor man har 8 sengeplasser hvor 1 seng er tilknyttet sykestueseng samt 1 KAD plass. Det er 1 sykepleier på vakt + 1 helsefag både dag og aften, samt 1 sykepleier på natt. I tillegg 1 dag sykepleier på "topp" pr uke (20 %). Sykepleier på vakt assisterer tidvis legevakt ved behov.

Ved ubesatte stillinger benyttes vikarbyrå for å sikre kompetansen på de aktuelle sengene tilknyttet korttidsavdelingen.

Kåfjord har pr tiden 2 geriatriske sykepleiere, 2 kreftsykepleiere samt 2 diabetessykepleiere i tillegg til sykepleiere med grunnutdanning. For å dekke institusjonens behov kreves 8 årsverk sykepleiere som fordeles å de ulike avdelingene, men fortrinnsvis tilknyttet korttidsavdeling hvor behov for sykepleierkompetansen er i forhold til både sykestueseng, KAD- plass, samt korttidsplasser med behov for tettere oppfølging og kompetanse i form av sykepleier.

Det beregnes 0,2 årsverk på legetjeneste, dette inkludere visitt, forarbeid, etterarbeid samt veiledning av sykepleiere og annet fagpersonell tilknyttet sykestueseng. Legetjenesten har samhandlingsøvelser en gang i måneden sammen med ambulanse og sykehjem for å opprettholde kompetanse i forbindelse med KAD og sykestueseng.

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Sykepleier	3	
Helsefagarbeider/fagarbeider	1	
Spesialsykepleier		Inngår i sykepleierstaben
Lege	0,2	Tilsynslege /legevakt

KVÆNANGEN

I bemanningsplanen for sykestue og sykehjem har vi 9 årsverk for sykepleiere. Kompetansen fordeles på sykestue, sykehjem (somatisk) og skjermet avdeling.

Sykepleierne er alltid lokalisert på avdelingen med sykestueseng, ØHD sengene og akuttrommet/legevakt. De bistår også lege på utrykning når ambulansen ikke er til stede i kommunen. Sykepleiere ved virksomheten opprettholder høy kompetanse for å kunne bistå lege og ambulanse i varierte sykdomsforløp og akutte situasjoner, og alle sykepleierne er kjent med arbeidet på sykestua. Ved perioder med ubesatte sykepleierstillinger dekkes behovet opp med vikarbyråtenester, så avdelingen er aldri uten sykepleier.

Ved beregning av bemanningsbehov for sykestuesenger tas det utgangspunkt i en bemanningsnorm hvor to senger bemannes med én helsearbeider per vakt (dag, aften og natt). På natt benyttes en sambruksmodell, der én nattevakt (tilsvarende 2 årsverk) dekker flere senger. For 1 sykestueseng i Kvæningen beregnes det et direkte bemanningsbehov på om lag 2,5 årsverk for dag- og aftenvakter, med et tillegg på 0,5 årsverk for å ivareta et høyere oppfølgingsbehov enn øvrige senger. Det totale bemanningsbehovet for sykestuesenga utgjør dermed 3 årsverk.

Det beregnes inntil 0,20 % lege, med oppgaver som visitt og tilsyn av pasienter, samt opplæring og veiledning til annet helsepersonell i tilknytning til pasienter i sykestueseng. Det er alltid minimum 1 sykepleier på alle vakter i døgnet, i tillegg til 1 stk helsefagarbeider/assistent på avdelingen.

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Sykepleier	3	0,6 akutt sykepleier.
Helsefagarbeider	1	
Lege	0,2	Tilsynslege

SKJERVØY

I bemanningsplanen for sykestue og sykehjem er det 12,5 årsverk for sykepleiere, hvor flere av disse er besatt av spesialsykepleiere. Kompetansen fordeles på sykestue, sykehjem (somatisk) og skjermet avdeling. Alle stillingene er per i dag besatt. I utfordrende perioder prioriteres sykepleiere til sykestua, men må også da dekke sykepleieansvar ved sykehjemsavdelingene.

For sykestua tar bemanningsnormen utgangspunkt i at to sengeplasser bemannes med én sykepleier per vakt, dag, aften og natt. På natt fordeles denne ressursen på sykehjemsavdelingene også, men helsefagarbeiderressurs fordeles også på natt. Fordi sykestua totalt har seks sengeplasser, inkludert ø-hjelp sengene jobber også helsefagarbeidere i virksomheten her. Totalt bemanningsbehov for to sykestuesenger er beregnet til 5,5 årsverk, inkludert 0,5 årsverk som tillegg for høyere oppfølgingsbehov ved sykestua.

Sykepleiere ved virksomheten opprettholder høy kompetanse for å kunne bistå lege og ambulanse i varierte sykdomsforløp og akutte situasjoner, og alle sykepleierne er kjent med arbeidet på sykestua. Sykepleierne ved sykestua og sykehjemmet samarbeider tett med hjemmetjenesten og sykepleierne der, og bistår kreftsykepleier i hennes arbeid.

Fagprofesjon	Stillinger	Merknader
Sykepleier/spesialsykepleier	4,5	*Flere av stillingene er besatt av sykepleiere med spesial-/ eller videreutdanning
Helsefagarbeider/fagarbeider	1	
Lege	0,18	

6.4 Reisevei fra legekantoret i kommunene til akuttmottaket UNN Tromsø

Kommune	Avstand	Kjøretid
Kvænangen	296 km	4t 24min
Storslett	226 km	3t 27 min
Skjervøy	248 km	3t 48 min
Kåfjord	162 km	2t 20 min

Tallene viser at innbyggere i Nord-Troms har en lengre reisevei ved behov for akutt innleggelse i sykehus. Reisetiden er flere timer i alle kommunene, og bør ses i lys av vær- og føreforhold som kan påvirke fremkommeligheten.

6.5 Registrering av ø-Hjelp

Kommune	Antall plasser	Kapasitet - døgn/år	SSB 11642 ⁷ Antall brukere 2024	SSB 11644 ⁸ Antall døgn 2024
Nordreisa	2	732	168	1382
Kåfjord	1	366	23	73
Skjervøy	2	732	*Ikke innrapporterte data	*Ikke innrapporterte data
Kvænangen	1	366	35	247

Det har vist seg at alle kommunene har ulike og til dels uklare rutiner på hvordan pasientene registreres. Sykestuesenger skilles ikke fra ØHD tilbudet i kommunen.

Antall døgn registrert i sykestuesengene betyr at etterspørselen etter disse sengene overstiger den ordinære kapasiteten, samt at kommunene ikke skiller mellom ØHD og sykestuesenger. For å håndtere dette, benytter kommunen andre sengeplasser for å avlaste sykestuesengene, samtidig som øyeblikkelig hjelp registreres noe som gjør at belegget overstiger kapasitet i denne tabellen

For en grundigere analyse av tilbudet som gis i sykestuesengene er det gjennomført stikkprøvekontroller:

⁷ SSB 11642 og 11644: Tjenestetype "kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold"

⁸ SSB 11642 og 11644: Tjenestetype "kommunal øyeblikkelig hjelp - døgnopphold"

Nordreisa

I Nordreisa kommune er det utført 50 tilfeldige stikkprøver av pasienter innlagt som øyeblikkelig hjelp. Av innleggelsesårsak og utførte spesialisthelsetjeneste oppgaver fremkommer det at 15 av de 50 pasientene fikk utført spesialistoppgaver, som infusjoner og antibiotika behandling. I tillegg var det 5 som ble lagt inn til observasjon for å unngå sykehusopphold. Gjennomsnittsalder på de som var innlagt var 76 år.

Kåfjord

De 20 stikkprøvene ble hentet ut med utgangspunkt i pasienter som fikk nye tjenester i 2024, utvalget ble hentet ut på løpenummer og tok utgangspunkt i øyeblikkelig hjelp + oppdrag fra lege, og skal være representativt i forhold til bredde på stikkprøvene.

Skjervøy

I Skjervøy kommune er det gjennomført 20 tilfeldige stikkprøver av pasienter som ble innlagt som øyeblikkelig hjelp. Basert på innleggelsesårsak og utførte oppgaver innen spesialisthelsetjenesten, viser det seg at 10 av de 20 pasientene mottok behandling som vanligvis hører til spesialisthelsetjenesten, slik som infusjoner og antibiotikabehandling. I tillegg ble 7 pasienter innlagt for observasjon med mål om å unngå sykehusinnleggelse.

Kvæangen

I Kvæangen kommune er det gjennomført 20 tilfeldige stikkprøver av pasienter som ble innlagt som øyeblikkelig hjelp. På bakgrunn av innleggelsesårsak og utførte spesialisttjenesteoppgaver, viser stikkprøvetabellen at 15 av de 20 pasientene mottok behandling som vanligvis hører til spesialisthelsetjenesten, slik som infusjoner og antibiotikabehandling. Resterende 5 pasienter ble innlagt for observasjon, fraktur/gips- og sårbehandling med mål om å unngå sykehusinnleggelse.

Akutte innleggelser til UNN i kommuner med sykestuesenger

Kommune	Antall akuttoppdrag per 1 000 innbyggere (2023 – siste hele år)	Antall ambulanseoppdrag (Alle hastegrader) 2023 per 1000 innb.
Nordreisa	63,3	188,4
Skjervøy	58,4	164,9
Kåfjord	109,0	343,0
Kvæningen	99,3	293,4
Total	74,3	222,2
UNN (-TR/HA/NA)	73,2	216,7
UNN (Alle)	59,0	165,9

Når man sammenligner akuttambulanseoppdrag og total ambulanseaktivitet per 1 000 innbyggere i kommunene med sykestuesenger, fremgår det at disse kommunene ikke nødvendigvis har lavere akutt belastning enn gjennomsnittet i UNN.

Kåfjord har høyest forekomst med 109,0 akuttoppdrag og 343,0 ambulanseoppdrag per 1 000 innbyggere. Dette kommer av at Kåfjord er omlastningsplass for dagambulanse og i tallgrunnlaget vil derfor pasient som omlastes til dagambulanse i Kåfjord registreres som to turer. Det kan derfor antas at Kåfjord vil være på linje med de andre kommunene. Kvæningen har også høye tall med 99,3 og 293,4 per 1 000 innbyggere. Nordreisa og Skjervøy ligger noe lavere, med henholdsvis 63,3 og 58,4 akuttoppdrag per 1 000, og er nær eller under UNNs gjennomsnitt.

Ser man på gjennomsnittet for kommunene med sykestuesenger samlet, er nivået for både akuttoppdrag (74,3) og ambulanseoppdrag (222,2) høyere enn snittet for UNN totalt (59,0 og 165,9 per 1 000 innbyggere).

Dette viser at tilstedeværelse av sykestuesenger i seg selv ikke er forbundet med lavere prehospital aktivitet, da kommuner ligger på linje med eller over snittet i UNN.

Pasientreiser

Pasientreiserekvisisjoner fra kommuner, til Tromsø	Antall rekvisisjoner 2024	Befolkningstall 2024	Rekvisisjoner per 1000 innbyggere
BALSFJORD	1401	5571	251,5
MÅLSELV	1218	6714	181,4
SENJA	1190	14894	79,9
LYNGEN	660	2743	240,6
NORDREISA - RÁISA - RAISI	634	4794	132,2
KARLSØY	606	2237	270,9
GÁIVUOTNA - KÅFJORD - KAIVUONO	539	1974	273
BARDU	391	3986	98,1
SKJERVØY	296	2794	105,9
STORFJORD - OMASVUOTNA - OMASVUONO	284	1825	155,6
Total og snitt	7219	47532	151,9

Tabellen viser antall pasientreiserekvisisjoner per 1 000 innbyggere i 2024 for kommunene med sykestuesenger til Tromsø. Dette tallgrunnlaget ivaretar også pasientreiser for pasienter til avtalespesialister, samt fristbrudd. Kvæningen hadde ingen registrerte pasienter som reiser med rekvisisjon hvor pasientreiser betaler regningen. Det kan derimot være pasienter hvor det søkes refusjon i etterkant (reiser uten rekvisisjon):

- **Kåfjord:** 273
- **Kvæningen:** Ingen registrerte pasientreiser til Tromsø
- **Skjervøy:** 106
- **Nordreisa:** 132

Kåfjord ligger med 273 pasientreiser klart over gjennomsnittet for utvalget (152), mens Nordreisa og Skjervøy ligger under. Kvæningen hadde ingen registrerte pasienter som reiser med rekvisisjon hvor pasientreiser betaler regningen. Det kan være reiser hvor det søke refusjon i etterkant (Reiser uten rekvisisjon)

Tallene indikerer at transportnivået varierer mellom kommuner med sykestuesenger, og at tilstedeværelse av slike senger alene ikke forklarer forskjellene. Ulik bruk, registreringspraksis og organisering av helsetjenesten lokalt kan påvirke omfanget av pasientreiser

Utskrivningsklare pasienter og døgn fakturert i 2024

Det er hentet ut data for antall utskrivningsklare pasienter (USK) som er grunnlag for fakturering av kommunene av UNN i 2024. Det er viktig å merke seg at man bruker fakturerbare liggedøgn i kommunikasjon med kommunene, siden det første døgnet (ofte omtalt som "betalingsfritt døgn") er trukket fra. Senere kan klinikkene også korrigere antall fakturerbare døgn, hvis man ikke har etterlevd tjenesteavtale. Korrigeringer og innsigelser er ofte marginale, og kan komme lenge i etterkant, de er derfor ikke tatt med her.

Fakturerbare døgn er forskjellig fra driftsrapportene som leveres ukentlig internt i UNN, siden disse omhandler kapasitet inne i sykehuset, og ikke viser hva vi til slutt fakturerer for. Det er også viktig å merke seg at kommunene ikke skiller mellom pasienter som skrives ut til sykestuesenger og til kommunalt ØHD-tilbud, da dette ikke registreres separat.

Kommune	USK-døgn 2024	USK per 1000 innb	Pasienter	Snitt USK-døgn/pas	Pas.grunnlag 2024
KVÆNANGEN	208	179,8	23	9,0	1157
NORDREISA	386	80,5	54	7,1	4794
KÅFJORD	68	34,4	19	3,6	1974
SKJERVØY	14	5,0	3	4,7	2794
Kommunene i Nord Troms	676	63,1	99	6,8	10719

Resterende Troms Ofoten	14352	78,1	1504	9,5	183861
Hele Troms Ofoten	15028	77,2	1603	9,4	194580
Bals-Karl-Storfj-Lyngen	377	30,5	50	7,5	12376

Kommune	USK-døgn 2024	USK-døgn per 1000 innb	Pasienter	Snitt USK-døgn/pas	Pas.grunnlag 2024
KVÆNANGEN	208	179,8	23	9,0	1157
TROMSØ	10231	129,9	796	12,9	78745
BARDU	430	107,9	35	12,3	3986
NORDREISA	386	80,5	54	7,1	4794
HARSTAD	1546	61,7	261	5,9	25056
GRATANGEN	46	43,0	9	5,1	1070
KARLSØY	94	42,0	17	5,5	2237
NARVIK	905	41,9	194	4,7	21580
LØDINGEN	79	38,3	12	6,6	2060

LYNGEN	99	36,1	10	9,9	2743
SENJA	524	35,2	87	6,0	14894
KÅFJORD	68	34,4	19	3,6	1974
BALSFJORD	171	30,7	17	10,1	5571
IBESTAD	26	19,8	4	6,5	1311
SALANGEN	37	17,9	10	3,7	2069
TJELDSUND	39	9,1	13	3,0	4281
MÅLSELV	55	8,2	18	3,1	6714
STORFJORD	13	7,1	6	2,2	1825
LAVANGEN	7	7,1	2	3,5	986
SØRREISA	24	6,9	5	4,8	3485
EVENES	9	6,8	3	3,0	1330
KVÆFJORD	15	5,3	3	5,0	2845
SKJERVØY	14	5,0	3	4,7	2794
DYRØY	2	1,9	2	1,0	1073
Troms Ofoten	15028	39,9	1603	9,4	194580

Data for 2024 viser store forskjeller mellom kommunene med sykestuesenger i Nord-Troms når det gjelder døgn for utskrivningsklare pasienter (USK). Kvæningen har det høyeste nivået med 180 USK døgn per 1 000 innbyggere, klart over gjennomsnittet for både regionen og sammenlignbare kommuner. Nordreisa har 81 døgn per 1 000, også over snittet i Troms og Ofoten (77 døgn per 1 000). Kåfjord (34) og Skjervøy (5) ligger betydelig lavere.

Ved sammenligning med kommuner med tilnærmet samme folketall, viser tallene at Kåfjord og Skjervøy har lavere nivåer av både USK-døgn og antall pasienter per 1 000 innbyggere. Nordreisa har et moderat forbruk, mens Kvæningen utmerker seg med høyt liggedøgn per innbygger og høyt snitt per pasient (9 døgn), til tross for lavt pasientgrunnlag.

Dette kan tyde på at enkelte kommuner med sykestuesenger, spesielt Skjervøy og Kåfjord, håndterer utskrivningsklare pasienter effektivt lokalt. Samtidig gjør små pasienttall det vanskelig å trekke entydige konklusjoner. Det er heller ikke mulig å skille mellom pasienter innlagt i sykestueseng og ØHD-seng, noe som reduserer presisjonen i analysen. Lokale rutiner og forskjeller i registreringspraksis kan også påvirke tallene.

7. Pasient- og brukerperspektivet

Pasienten er ikke opptatt av organisering, men av resultat og opplevelse. Den siste tidens oppmerksomhet på omstilling i Helse Nord og UNN har skapt større bevissthet i befolkningen på at sykestuetilbudet og DMS (og DPS) er UNN- tjenester og dermed økt redsel for nedleggelse.

BU er allikevel opptatt av at evalueringen kan bidra til økt fokus på driften av sykestuesengene i Nord Troms, både med tanke på kvalitet og nyttenking.

Pasientene ønsker å bli lagt inn på sykestuen fremfor å bli fraktet inn til sykehus, og i praksis vil det være uinteressant for en pasient om sykestuen er kommune- eller spesialisthelsetjeneste. Det viktigste er at en ser dette som en totalhelsetjeneste hvor pasienten får startet med behandling så snart som mulig. Lange avstander til sykehus og relativt hyppige stengninger av veiforbindelser, spesielt vinterstid, gjør det nødvendig med lokal beredskap. Pasientene vektlegger å få behandling i kjente omgivelser, og pårørende har kort vei ved behov for støtte og besøk. Sykestuesenger anses derfor som et viktig kompenserende tiltak for å sikre et likeverdig helsetilbud sammenlignet med områder som har nærhet til sykehus.

Brukerne uttrykker også at tilgjengelighet til kompetent personell lokalt gir trygghet, og at tilliten til helsepersonellet i kommunene er høy. Pasienten er ikke opptatt av organisering, men av resultat og opplevelse.

Sykestuesengene erfares av brukere som et tiltak for å redusere behovet for sykehusinnleggelser og legger til rette for tidligere utskriving fra UNN. Samtidig trekkes det frem at tilbudet har betydning for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i regionen, da det gir mulighet for faglige utfordringer og teamarbeid i et bredt pasientgrunnlag.

8. Kompetanse i de fire Nord-Troms-kommunene

For å sikre tilstrekkelig personell i framtiden, må helsetjenesten arbeide målrettet med å utdanne, rekruttere, beholde og utvikle medarbeidere. Kompetanseløft 2025 (K2025) er en plan for rekruttering, kompetanseheving og fagutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Kommunene i Nord-Troms (Kvæangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Lyngen og Storfjord) opplever et behov for styrket regionalt samarbeid om rekruttering og kompetanseutvikling i helse- og omsorgssektoren, og har i 2024 samarbeidet om en ny felles strategisk kompetanse- og rekrutteringsplan for 2025–2030, finansiert av Statsforvalteren. Planen er ute på høring og skal behandles politisk i juni 2025.

Kommunene har de siste årene iverksatt en rekke tiltak for å styrke rekrutteringen, blant annet innføring av fleksible turnusordninger. I tillegg jobbes det aktivt med å utvikle en heltidskultur for å sikre stabilitet i arbeidsstokken. Som en del av rekrutteringsstrategien er det også etablert et trainee-program for helse og omsorg gjennom Arena Nord-Troms, hvor unge nyutdannede får 12 måneders arbeid i regionen.

Sykestuene er viktig for stabilitet og rekruttering av helsepersonell i regionen. De tilbyr varierte oppgaver innen akuttmedisin, rehabilitering og oppfølging, noe som gir faglig utvikling og øker attraktiviteten. Bortfall av sykestuer i den enkelte kommune kan derfor tentativt svekke det faglige miljøet ved at rekrutteringssituasjonen forverres. For kommunene er det derfor av stor betydning å opprettholde og styrke sykestuefunksjonen, både for å sikre robuste helsetjenester og for å tiltrekke og beholde kompetente fagfolk i regionen. En satsing på sykestuesenger kan med andre ord være et strategisk grep for å sikre flere kompetente helsearbeidere i Nord-Troms.

9. Økonomisk effekt, pasientforløp og utskrivningsklare pasienter

9.1 Sammenheng mellom pasientforløp, økonomi og organisering

Pasientforløp og samhandling

Sykestuesengene inngår som en del av det samlede helsetilbudet i kommunene og kan benyttes som alternativ til innleggelse i sykehus eller for oppfølging etter utskrivning. Innspill fra brukere og helsepersonell viser til at tilbudet kan bidra til økt trygghet for pasientene og bedre kontinuitet i behandlingen. Sykestuesengene beskrives som en lavterskelarena for behandling nær pasientens hjem, hvor lokal kompetanse og tett kontakt med fastlege og pårørende gir mer sammenhengende pasientforløp.

Økonomiske vurderinger

Det er ikke etablert ISF-ordninger eller avtalefestet rapportering som skiller sykestuesenger fra ØHD-senger. Dermed er det vanskelig å måle faktisk aktivitet, ressursbruk eller effekter på liggedøgn, innleggesrate eller reinnleggelser i UNN.

Pasienttransport er en økonomisk utgiftspost for helseforetaket, og muligheten for å redusere både antall og lengde på slike reiser er derfor viktig å se på i vurderingen av sykestuesengenes økonomiske effekt. Data viser at kommunene med sykestuesenger i snitt har lavere antall pasientreiserekvisisjoner til UNN Tromsø per 1 000 innbyggere enn sammenlignbare kommuner. Kåfjord har høyest nivå med 273 rekvisisjoner per 1 000 innbyggere, mens Nordreisa og Skjervøy ligger lavere enn gjennomsnittet (132 og 106). Kvæangen hadde ingen registrerte pasientreiser, men det kan ikke utelukkes reiser uten rekvisisjon. Det kan antas at tilstedeværelse av sykestuesenger bidrar positivt til at Nordreisa og Skjervøy ligger under gjennomsnittet av

pasientreiser, og lavere enn sammenlignbare kommuner som eksempelvis Lyngen og Karlsøy (241 og 271).

Det sees at kommuner med sykestuesenger har betydelige forskjeller i forbruk av døgn knyttet til utskrivningsklare pasienter. Kåfjord og Skjervøy har lavt antall USK-døgn per 1 000 innbyggere sammenlignet med både snittet for Troms og Ofoten og kommuner med tilsvarende folketall. Nordreisa har et moderat nivå, mens Kvænangen skiller seg ut med høyt antall USK-døgn per 1 000 innbyggere, til tross for lavt pasientvolum.

Dette kan indikere at sykestuesengene i enkelte kommuner, særlig Kåfjord og Skjervøy, bidrar til raskere lokal oppfølging og mottak etter sykehusopphold. Samtidig gjør små pasienttall og manglende mulighet til å skille mellom bruk av sykestuesenger og ØHD-senger det vanskelig å fastslå eksakt årsak til variasjonene.

Det vil være en mulighet for at styrket samarbeid med kommunene om desentralisering av tjenester har potensial til å avlaste spesialisthelsetjenesten, men uten tydelig avtaleverk eller kodepraksis er dette ikke synlig i økonomiske modeller. Dette innebærer også at UNN ikke kan kreve ISF-refusjon for spesialisthelsetjenester som utføres av kommunene.

Pasienttransport og akuttinnleggelser

Pasientreiserdata viser variasjon mellom kommunene. I 2024 hadde Nordreisa og Skjervøy henholdsvis 132 og 106 rekvisisjoner per 1 000 innbyggere til Tromsø, noe som er under snittet på 152 for sammenlignbare kommuner. Kåfjord hadde det høyeste nivået med 273 per 1 000.

Når det gjelder akutte ambulanseoppdrag (alle hastegrader), ligger samlet nivå for kommunene med sykestuesenger (222,2 per 1 000) noe over gjennomsnittet for UNN totalt (165,9 per 1 000). Det er med andre ord ikke dokumentert at tilstedeværelse av sykestuesenger i seg selv reduserer behovet for akuttinnleggelser eller transport, men dette kan være påvirket av demografi, geografi og lokale rutiner. Samlet nivå for kommunene vil også antas være noe lavere grunnet omlastning i Kåfjord til dagambulanse, for videre transport inn til UNN, og at dette da vil registreres som to turer og ikke bare en.

Pasientforløp og brukererfaringer

Erfaringer og innspill fra brukere og helsepersonell peker på at sykestuesengene kan bidra til mer helhetlige og koordinerte pasientforløp. De fungerer som mellomstasjon ved utskrivning fra sykehus og gir et lokalt tilbud i stedet for innleggelse. Dette reduserer reisebelastning og styrker pasientsikkerhet gjennom bedre lokal oppfølging.

Sykestuene brukes både som alternativ til sykehusinnleggelse og som mellomstasjon etter utskriving, men det er ikke etablert rutiner for å skille aktiviteten fra ØHD-senger eller annen kommunal drift. Dette svekker muligheten til å måle faktisk effekt på pasientforløp og ressursbruk.

Organisatoriske utfordringer

Evalueringen peker på flere forhold som vanskeliggjør vurdering og utvikling av sykestuesengene:

- Ingen felles kodepraksis eller registreringssystem for å skille ØHD og sykestuesenger.
- Fravær av formelle sykestueavtaler mellom UNN og kommunene.
- Ulik tjenesteprofil og registreringspraksis mellom kommunene.

Disse forholdene gjør det utfordrende å dokumentere effekter og følge opp økonomiske effekter.

9.2 Identifisere overlapp mellom sykestuesenger og ØHD-tilbud, og tydeliggjøring av ansvarsfordeling

Hvordan er sengene fordelt i de ulike kommunene. Er det et skille mellom sengene?

Nordreisa kommune har to sykestuesenger for pasienter som trenger observasjon eller videre spesialisert behandling etter sykehusopphold. I tillegg har kommunen to kommunale akutte døgn-senger for pasienter med en akutt, men avklart medisinsk tilstand, som ellers ville blitt innlagt på sykehus. Mens sykestuesengene brukes til etterbehandling og oppfølging, skal de kommunale akutte døgn-sengene tilby kortvarig behandling for akutte tilstander, slik at sykehusinnleggelse kan unngås. Begge tilbudene kan imidlertid kodes som øyeblikkelig hjelp, og i praksis kan det være utfordrende å skille tilbudene fra hverandre. Overlappet oppstår særlig når pasienter i sykestuesengene har akutte forverringer, eller når ØHD-sengene brukes til behandling som strekker seg utover det som tradisjonelt faller innenfor kortvarig akutt døgnbehandling. Dette kan eksempelvis gjelde pasienter med komplekse tilstander der både akutt behandling og videre oppfølging er nødvendig. Samlokalisering av sengene og felles bemanning kan bidra til fleksibilitet og effektiv utnyttelse av kapasiteten, men det kan også gjøre det utfordrende å opprettholde et tydelig skille mellom tilbudene.

Kåfjord har ikke et klart skille mellom sykestue og ØHD, sengene er organisert på korttidsavdeling hvor sykepleier på vakt alltid er lokalisert på institusjon. På denne avdelingen kan det tidvis være flere pasienter tilknyttet sykestue og eller korttid, og alle pasienter skrives inn på korttid eller ØHD (ikke merket sykestue).

Pasienter er registrert inn i Kåfjord på følgende måte i 2024; dagopphold 4, korttidsopphold annet 36, kreftsykepleie institusjon lindrende behandling 4, korttid rehabilitering 23, korttid utredning og behandling 16, oppdrag på institusjon fra lege 48, øyeblikkelig hjelp døgn 100. Det er nok ikke kvalitetssikret hvordan man registrerer innleggelsene.

Ved cytostatikabehandling er det kreftsykepleier som administrerer dette. I tillegg ytes også lindrende behandling i hjemmet som organiseres av kreftsykepleier, men da organiseres tjenesten gjennom egen vaktplan med tilgjengelig sykepleier på gjennom hele natten, denne tjenesten kommer i tillegg til sykestuesengene/ØHD

10. Alternativer til organisering

Dette kapittelet vurderer seks alternativer for videre organisering og finansiering av sykestuesengene i Nord-Troms. Hvert alternativ drøftes med utgangspunkt i datagrunnlaget og vurderes opp mot faktorer som økonomi, pasientforløp, kvalitet, organisering og bærekraft. Analysen bygger på tall fra UNN og kommunene, inkludert data om utskrivningsklare pasienter, pasienttransport og akuttinnleggelser.

Flere av alternativene kan kombineres. For eksempel kan sentralisering eller reduksjon i antall senger kombineres med avtaler om kommunalt utførte spesialisthelsetjenester i de kommunene som viderefører tilbudet. En slik kombinasjon kan gi rom for differensiering og målrettet prioritering basert på dokumentert effekt og lokal kapasitet.

10.1 Stopp av UNNs delfinansiering

Et alternativ er å avvikle UNNs delfinansiering og la kommunene selv organisere og finansiere hele tilbudet. Dette vil i praksis bety en full kommunal drift av funksjonen, hvor kommunene kan videreføre tilbudet innenfor sine ordinære ØHD-plasser eller etablere nye løsninger etter eget behov og økonomiske forutsetninger.

Analyser viser at kommunene med sykestuesenger i noen tilfeller har lavere nivå av pasientreiser og færre liggedøgn blant utskrivningsklare pasienter sammenlignet med kommuner med tilsvarende folketall. En stopp av delfinansieringen kan dermed få konsekvenser for pasientforløp, kapasitetsbelastning i UNN og transportbehov.

Avvikling av UNNs delfinansiering vil kunne svekke samarbeidet og redusere fleksibiliteten i det lokale tilbudet. Samtidig vil det fjerne behovet for økonomisk og administrativ samordning.

10.2 Overtakelse av tilbudet i kommunal regi, med faglig støtte fra UNN

Et annet alternativ er at kommunene overtar full drift og finansiering av sengene, men med systematisk støtte fra UNN. Dette kan organiseres gjennom tydelige samarbeidsavtaler, veiledning, hospitering eller felles kompetansehevende tiltak.

Samtidig er det i dag ikke etablert ordninger som gir UNN ISF-refusjon for spesialisthelsetjenester levert i kommunal regi. Kommunene har heller ikke dedikerte kompensasjonsordninger for å dekke ansvar for spesialisthelsetjeneste. Dette øker den økonomiske usikkerheten ved løsningen.

Løsningen vil kunne fungere dersom kommunene har tilstrekkelig fagmiljø og kapasitet, men forutsetter en klar rollefordeling og at pasientsikkerhet og kvalitet ivaretas.

10.3 Omstrukturering og sentralisering (kan kombineres med avtaler om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste)

Dette alternativet innebærer at UNN viderefører delfinansiering, men konsentrerer tilbudet til færre lokasjoner – eksempelvis til én eller to kommuner. Formålet er å samle kompetanse, effektivisere ressursbruk og styrke kvaliteten gjennom tydeligere faglig organisering og høyere pasientgrunnlag per enhet.

Samtidig er reiseavstandene i Nord-Troms betydelige inn til UNN Tromsø:

Kommune	Avstand til UNN Tromsø	Pasientreise – Taxi en vei	Kjøretid
Kvæangen	296 km	8880,-	4t 24min
Storslett	226 km	6780,-	3t 27 min
Skjervøy	248 km	7440,-	3t 48 min
Kåfjord	162 km	4860,-	2t 20 min

Slike reiser er særlig krevende vinterstid, og kan utgjøre en betydelig belastning for pasient, pårørende og sjåførere. I tillegg representerer de en kostnadsutfordring for helsetjenesten. Ifølge Pasientreiser kan en taxitur estimeres til ca. 30 kroner per kilometer, noe som tilsier kostnader på opptil 7 000–9 000 kroner én vei for enkelte pasienter. Økt reiseavstand kan også øke behovet for ambulansetransport.

Dette alternativet kan kombineres med avtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste med kommunene som beholder tilbudet. Her bør UNN definere hvilke tjenester som inngår som spesialisthelsetjeneste i kommunal regi, med klare krav til kompetanse, dokumentasjon, ansvar og finansiering.

UNN kan da prioritere ressursene til kommuner der det dokumenteres effekt, samtidig som man formelt styrker det faglige samarbeidet og gir mulighet for mer målrettet utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester.

10.4 Videreutvikling med avtaler om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste

Et fjerde alternativ er å inngå avtaler med kommuner om kommunalt utførte spesialisthelsetjenester. Dette vil innebærer at kommunene mister sin fastsatte rammefinansiering, men får dekt sine merutgifter ved utførelse av spesialisthelsetjenester, men det etableres en modell basert på klart definert tjenesteinnhold, ansvarsforhold, dokumentasjonskrav og kvalitetskriterier. For å sikre oppfølging, dokumentasjon og innhenting av ISF inntekter bør denne modellen lene seg på etablert organisering ved DMS, og interkommunalt samarbeid.

Formålet vil være å styrke samarbeidet, tydeliggjøre ansvar, og sikre at UNNs ressurser benyttes i kommuner der tilbudet gir dokumentert effekt. Dette gir også grunnlag for oppfølging av aktiviteten, og åpner for differensiering dersom bruken eller effekten avviker vesentlig mellom kommunene.

Løsningen forutsetter kapasitets- og kompetansekartlegging, og enighet om hva som inngår som spesialisthelsetjeneste.

10.5 Videreføring av dagens modell

Et femte alternativ er å videreføre dagens modell med delt ansvar og delfinansiering fra UNN, uten strukturelle eller organisatoriske endringer. Ordningen har vært i bruk over flere år og er godt innarbeidet i både kommuner og UNN. Den gir lokal forankring og fleksibilitet, og bygger videre på etablerte samarbeidsformer.

Samtidig viser evalueringen at det er betydelige variasjoner i bruk, registreringspraksis og dokumentert effekt mellom kommunene. Fravær av avtaler, manglende kodepraksis og svakheter i datagrunnlaget gjør det vanskelig å følge opp kvalitet og økonomi på en systematisk måte.

En videreføring uten justeringer vil i liten grad legge til rette for differensierte løsninger, og gjør det krevende å tilpasse eller differensiere finansieringen basert på faktisk bruk og dokumentert effekt. Dette svekker styringsmulighetene for UNN og gjør det vanskeligere å utvikle modellen videre.

10.6 Reduksjon i antall senger

Et alternativ som har vært vurdert, er å redusere antallet sykestuesenger, samtidig som dagens modell med delfinansiering videreføres i utvalgte kommuner. Dette vil innebære at UNN prioriterer å videreføre tilbudet der det foreligger datagrunnlag som tyder på effekt, og at delfinansiering opphører i kommuner med lavt volum eller lav dokumentert nytte.

Alternativet kan bidra til bedre ressursutnyttelse, økt faglig robusthet og styrket målretting av midler. Det kan kombineres med forpliktende avtaler om tjenesteinnhold og kvalitetskrav i de kommunene som beholder tilbudet.

Samtidig kan en reduksjon føre til at pasienter får lengre reisevei og svekket tilgang til helsehjelp nært hjemmet og økte utgifter relatert til transport. Kommunene har også uttrykt bekymring for at en reduksjon i antall senger kan svekke regionens beredskap, binde opp ambulansetransport og redusere fleksibiliteten i håndtering av uforutsette hendelser.

10.7 Videreutvikling av tilbud, og herunder forberedelse av søknad om rekrutterings- og samhandlingsmidler

Nord- Troms kommune har i forbindelse med Helse- Nords utlysning av rekrutterings- og samhandlingsmidler med frist 01.03.25 søkt, i samarbeid med UNN, om finansiering av flere samhandlingsprosjekter. Kompenserende tiltak til eventuell stopp av delfinansiering av sykestuesenger er det imidlertid ikke søkt om.

Til Helse- Nords vurdering av samhandlingsmidler i oktober, er det et pågående arbeid med mål om å søke midler til etablering av CT maskin, utvidede jordmortjenester og gynekolog. Dersom disse tiltakene realiseres, kan de bidra til å øke sykestuesengenes funksjonalitet.

11. Vurdering av løsningsalternativ

Basert på analysene og gjennomgangen av fire mulige modeller for videre organisering, vurderes alternativene nedenfor. For hvert alternativ er det inkludert en SWOT-analyse og vurdering av økonomiske og organisatoriske konsekvenser.

Alternativ Videreutvikling av tilbud, og herunder forberedelse av søknad om rekrutterings- og samhandlingsmidler er ikke vurdert da dette ikke er aktuelt

11.1 Stopp av UNNs delfinansiering

Analyser viser at kommuner som Skjervøy og Nordreisa har relativt lav pasienttransport og lave tall for utskrivningsklare pasienter. Dersom tilbudet faller bort i slike kommuner, kan det føre til økt press på sykehuset og svekket samhandling. Det er heller ikke gjennomført analyser av hvordan kommunene vil kompensere for bortfallet, eller om de vil opprettholde tilbudet innenfor ØHD.

Økonomi

Dersom UNN stanser delfinansieringen, vil kommunene stå igjen med hele det økonomiske ansvaret for drift av sengene. Dette kan føre til at tilbudet reduseres eller avvikles, særlig i kommuner med lavt pasientgrunnlag eller begrensede ressurser. For UNN vil det gi en direkte innsparing, men kan også medføre økte utgifter til pasienttransport, liggedøgn og akuttinnleggelser dersom kommunene ikke opprettholder et lokalt tilbud.

Vurdering

Stopp i delfinansiering gir UNN mulighet til å prioritere andre satsinger og redusere forpliktelser i et uensartet tilbud. Samtidig er det risiko for at pasienter mister et nært og lavterskel helsetilbud, og at kapasiteten ved UNN svekkes ved flere innleggelser og forsinket utskriving.

Dette alternativet krever derfor vurdering av beredskapsmessige konsekvenser i tillegg til de faglige og økonomiske

SWOT – Stopp av UNNs delfinansiering

STYRKER	SVAKHETER
Økt budsjettflexibilitet for UNN – Midler kan omdisponeres til andre prioriterte områder.	Risiko for bortfall av lokale helsetjenester – Kommunene kan mangle midler til videreføring.

Klargjør ansvarsforhold – Kommunene må vurdere behov og prioriteringer uten avhengighet av UNN. Administrative besparelser – Reduserer behovet for forvaltning av tilskudd.	Økte innleggelser og liggedøgn – UNN kan få økt belastning ved manglende kommunal oppfølging. Tap av lokalt forankret tilbud – Svekker tilgjengelighet og pasientopplevelse.
MULIGHETER Kommunene kan utvikle egne modeller – Integrering med ØHD eller samlokalisering med andre tjenester. Insentiv for nasjonal modell – Kan bidra til avklaring av statlig ansvar og finansiering. Mulighet for omstrukturering – UNN kan vurdere ny strategi for samarbeid i regionen.	TRUSLER Økte kostnader til pasienttransport – Lang reisevei og hyppigere innleggelse. Redusert rekruttering og kompetanse i distriktene – Svekket lokal kapasitet. Tap av pasientsikkerhet og helhetlige forløp – Risiko ved redusert lokal kapasitet uten forpliktelser.

11.2 Kommunal overtakelse av drift

Kommunal overtakelse innebærer at UNNs finansieringsansvar opphører, men at det fortsatt gis faglig støtte gjennom samarbeid om kompetanse, hospitering og veiledning. Data fra kapittel 10 viser at kommunene i dag har ulik kapasitet og kompetanse, og at enkelte har utfordringer med små pasientvolum. Dette har betydning for muligheten til å opprettholde kvalitet og bærekraft ved en overtakelse. Samtidig gir modellen større lokal frihet og ansvar.

Økonomi

Ved en full kommunal overtakelse vil UNNs delfinansiering opphøre. Kommunene må selv bære utgifter til drift, personell, utstyr og eventuelt kompetanseutvikling. Det finnes per i dag ingen ISF-refusjonsordning for spesialisthelsetjenester levert i kommunal regi, og det er heller ikke etablert kompensasjonsmodeller fra nasjonalt hold. Dette gir en økonomisk usikkerhet for kommunene. For UNN vil dette alternativet kunne redusere kostnader, men også innebære tap av pasientflyt- og samhandlingsdata.

Vurdering

Modellen gir kommunene større autonomi og fleksibilitet til å tilpasse tilbudet til lokale behov, og kan fungere godt i kommuner med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. Samtidig stiller løsningen høye krav til personell og medisinsk-faglig kvalitet, og kan gi større variasjoner i tilbudet. For å fungere forsvarlig, må det etableres systematisk faglig støtte fra UNN, herunder avtaler om veiledning, kompetanse og samhandling.

SWOT kommunal overtakelse av drift

STYRKER Bedre tilpasning til lokale behov – Kommunene får større fleksibilitet til å tilpasse driften etter egne pasientgrupper og behov. Helhetlige pasientforløp – Lokal forankring kan gi mer sammenhengende tjenester og bedre samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene. Faglig støtte fra UNN – Selv om finansieringen faller bort, kan tilgang til faglig veiledning fra spesialistkompetanse styrke kvaliteten på tilbudet. Mulighet for innovasjon – Kommunene kan utvikle nye arbeidsmodeller, f.eks. ved bruk av velferdsteknologi og tverrfaglige team, herunder digital hjemmeoppfølging.	SVAKHETER Økonomisk krevende for kommunene – Drift innebærer kostnader til bemanning, utstyr og infrastruktur. Avhengig av faglig støtte fra UNN – Hvis spesialisthelsetjenestens støtte svekkes, kan kvaliteten på tjenestene reduseres. Kompetanse- og rekrutteringsutfordringer – Behovet for spesialisert kompetanse kan være utfordrende å dekke i små kommuner. Variasjon i kommunal kapasitet: Små kommuner kan ha begrenset mulighet til å drifte et robust tilbud på samme nivå som i dag.
MULIGHETER Mer robust kommunal helsetjeneste Økt ansvar kan styrke kommunenes akuttberedskap og kompetanse innen avansert pasientbehandling. Bedre ressursutnyttelse – Kommunene kan organisere tjenesten mer effektivt og hindre unødvendige sykehusinnleggelser.	TRUSLER Finansieringsrisiko – Uten støtte fra UNN kan driften bli økonomisk krevende, spesielt for mindre kommuner. Økt belastning på kommunale tjenester – Pasienter med komplekse behov kan øke belastningen på en allerede presset kommunal helse- og omsorgstjenestene.

Avtale om spesialisthelsetjenester i kommunene – Åpner for ny finansiering og bedre samhandling med sykehuset. Utvikling av nye tjenestemodeller: For eksempel hybridløsninger hvor spesialisthelsetjenesten bistår gjennom telemedisin og kompetanseutveksling. Interkommunalt samarbeid: Samarbeid mellom flere kommuner kan muliggjøre deling av ressurser og spesialkompetanse.	Mangel på helsepersonell – Rekruttering av kvalifisert personell kan bli en utfordring, særlig i distriktene. Fare for svekket spesialistoppfølging – Dersom faglig støtte fra UNN reduseres, kan kvaliteten på tjenestene forringes. Ulik utvikling mellom kommunene: Ulik ressurskapasitet og vilje til investeringer kan føre til ulik tilgang til tjenester på tvers av kommunene
---	---

11.3 Omstrukturering og sentralisering (kan kombineres med avtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste)

Analysene viser at kommuner med sykestuesenger har ulikt nivå på pasientreiser, liggedøgn og akuttinnleggelser. Nordreisa og Skjervøy ligger under snittet i pasientreiser til UNN Tromsø, mens Kåfjord ligger over. Når det gjelder akuttinnleggelser, ligger kommunene samlet noe over snittet for UNN. Det er derfor ikke dokumentert at tilstedeværelse av sykestuesenger i seg selv gir redusert bruk av transport eller innleggelser, men lokale forskjeller bør inngå i beslutningsgrunnlaget.

Økonomi

Dette alternativet kan gi UNN bedre ressursutnyttelse ved å samle aktivitet og fagmiljø til færre enheter. Driftskostnader kan reduseres gjennom større pasientgrunnlag per sted, og økt faglig robusthet kan minske behovet for støtte. Samtidig kan økt reiseavstand føre til høyere transportkostnader for pasientreiser og akuttambulans. Ved taxitransport estimeres pasientreiser til ca. 30 kroner per kilometer – noe som kan gi kostnader opp mot 7 000–9 000 kroner én vei for enkelte pasienter. Det kan også føre til økt ambulansebelastning.

Vurdering

Sentralisering gir mulighet for å heve kvalitet, styrke rekruttering og oppnå bedre økonomisk kontroll, men reduserer tilgjengeligheten i kommuner som mister tilbudet. Dette kan føre til økt reisebelastning, særlig i områder med dårlig fremkommelighet. Kombinasjon med avtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste gir mulighet for differensiering: UNN kan videreføre tilbudet i kommuner som dokumenterer effekt, og avslutte det der nytteverdien er lav.

SWOT Omstrukturering og sentralisering

STYRKER Bedre ressursutnyttelse – Samling av drift kan gi bedre utnyttelse av fagpersonell og utstyr. Styrket kompetansemiljø – Samling av ressurser ved DMS Nord-Troms kan bidra til et mer robust fagmiljø og høyere kvalitet i pasientbehandlingen. Kompetansefordelingen til spesialisttjenestene styrkes. Økt bruk av digitale verktøy – Avstandsoppfølging kan gi pasientene trygghet hjemme og redusere behovet for fysisk oppmøte. Økonomiske besparelser – Færre senger og mer digital oppfølging kan redusere driftskostnader over tid. Bedre styring og kontroll – UNN kan målrette innsatsen og følge opp kvalitet mer systematisk ved å kombinere med avtale i kommuner som dokumenterer effekt.	SVAKHETER Lengre reisevei for pasienter – Sentralisering kan føre til økt reisebelastning for pasienter og pårørende. Omstillingsutfordringer – Endringen krever tilpasning i arbeidsrutiner, omfordeling av ressurser. Avhengighet av teknologi – Økt bruk av digitale verktøy krever stabil infrastruktur, god teknologikompetanse og pasientenes evne til å bruke løsningene. Risiko for redusert lokalt behandlingstilbud – sentralisering av senger kan svekke beredskapen og tilgjengeligheten av akutte tjenester lokalt.
MULIGHETER Innovasjon og teknologiutvikling – Digital fjernoppfølging kan gi nye behandlingsmuligheter og mer fleksible tjenester. Bedre pasientforløp – Strukturerte pasientforløp mellom kommunene og DMS Nord-Troms kan sikre raskere og mer målrettet behandling. Kompetanseutvikling i DMS Nord-Troms – Samling av fagressurser kan gi mer spesialisert opplæring og faglig utvikling.	TRUSLER Svekket desentralisert helsetilbud – Færre lokale senger kan redusere beredskapen i distriktene og øke belastningen på hjemmebaserte tjenester. Digital ekskludering – Ulike pasientgrupper kan ha utfordringer med å benytte seg av digitale løsninger. Økt belastning på transporttjenester – Flere pasientreiser til DMS Nord-Troms kan føre til økte transportkostnader og lengre ventetider.

Mer effektiv utnyttelse av helsepersonell – Større enheter kan gi bedre arbeidsflyt og ressursallokering, herunder styrket pasientbehandling. Kombinasjon med avtale – Kan gi fleksibel og målrettet modell basert på lokale forhold basert på effekt	Kombinasjon med avtale – Kan gi fleksibel og målrettet modell basert på lokale forhold
---	--

11.4 Videreføring av dagens finansiering

Data viser at enkelte kommuner med sykestuesenger har lavere nivåer av pasientreiser og liggedøgn blant utskrivningsklare pasienter enn sammenlignbare kommuner. Dette danner grunnlag for flere av styrkene og mulighetene i analysen

Økonomi

Dagens modell med delfinansiering fra UNN gir et visst økonomisk løft til kommunene, men innebærer utfordringer med utydelig ansvarsfordeling og fravær av formelle avtaler og kodeverk. Modellens bærekraft er avhengig av fortsatt finansiering fra UNN uten at effekter systematisk dokumenteres.

Vurdering

Modellen kan fungere dersom det etableres klare avtaler og krav til dokumentasjon. Det bør også vurderes differensiering av støtte, basert på effekt og faktisk bruk i kommunene.

SWOT videreføring av dagens finansiering

STYRKER Forebygger sykehusinnleggelser – Reduserer belastningen på sykehusene og bidrar til mer effektiv ressursbruk. Lokal oppfølging – Pasientene får behandling nærmere hjemmet. Gir økt trygghet og reduserer reisebelastning. Økonomisk bærekraftig for kommunene – Finansiering fra sykehuset bidrar til å opprettholde driften av sykestuesenger. Styrket kommunal kompetanse – Økt spesialisthelsekompetanse i kommunene gir	SVAKHETER Avhengighet av ekstern finansiering – Modellen er sårbar ved endringer i UNNs prioriteringer. Kompetanseutfordringer – Videre drift krever at kommunene har tilstrekkelig kompetanse for å utføre spesialisthelsetjenesteoppgaver. Ressurskrevende – Behov for investering i utstyr, kompetanseheving og bemanning kan utfordre kommunens økonomi. Pasientsikkerhet – Økt ansvar for
--	--

bedre behandlingstilbud lokalt. Raskere utskrivning fra sykehus – Kommunene kan ta imot pasienter tidligere, og frigjøre kapasitet i sykehusene.	spesialisthelsetjenester i kommunene kan gi risiko dersom kompetanse eller kapasitet er utilstrekkelig.
MULIGHETER Videreutvikling av tjenestetilbudet – Kommunene kan bygge opp mer avanserte helsetjenester lokalt. Bedre samhandling mellom nivåene – Økt samarbeid mellom sykehus og kommuner kan gi mer helhetlige pasientforløp. Innovasjon og velferdsteknologi – Samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste kan muliggjøre bedre bruk av teknologi, som telemedisin, fjernovervåkning og automatiserte løsninger. Dette kan styrke kommunale helsetjenester, gi raskere tilgang til spesialistkompetanse og redusere behovet for sykehusinnleggelser. Økt pasienttilfredshet – Pasienter kan få behandling i kjente omgivelser, noe som kan øke opplevd kvalitet. Rekruttering og kompetanseheving – Attraktive stillinger for helsepersonell i kommunene kan styrke lokal helsekompetanse.	TRUSLER Endret finansieringsmodell – Dersom sykehuset kutter tilskuddet, kan det true drift og videreføring av ordningen. Mangel på helsepersonell – Kommunene vil konkurrere om samme kompetanse, og kan ha utfordringer med å rekruttere og beholde nødvendig kompetanse Økte kostnader – Dersom kommunen skal tilby mer spesialisert behandling lokalt, kan det medføre økonomiske investeringer i utstyr, kompetanse og bemanning. Ulik praksis mellom kommuner – Ulik kapasitet og kompetanse kan føre til variasjoner i tilbudet og ulik tjenestekvalitet. Pasientforløp som blir for komplekse – Noen pasienter kan ha så omfattende medisinske behov at kommunens ressurser og kompetanse ikke er tilstrekkelige for å sikre forsvarlig behandling.

11.5 Videreutvikling med avtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste

Analyser viser at det er variasjon i hvordan sykestuesengene benyttes og hvilken effekt de har. Kommuner som Skjervøy og Nordreisa har lavere antall av pasientreiser og utskrivningsklare pasienter per 1 000 innbyggere enn sammenlignbare kommuner. Et avtaleverk gir mulighet til å belønne slike resultater og følge opp kvalitet mer systematisk.

Økonomi

Dette alternativet innebærer at UNN fortsatt finansierer deler av driften, men basert på en tydelig avtale som spesifiserer hvilke tjenester som skal leveres som spesialisthelsetjeneste i kommunal regi. Kommunene kan da få kompensert sine merutgifter, samtidig som UNN får bedre grunnlag for styring, kvalitetssikring og eventuell ISF-refusjon. Modellen gir bedre forutsigbarhet og dokumentasjonsgrunnlag for begge parter, men krever utvikling av rapporteringssystemer og kapasitetskartlegging.

Vurdering

Dette er en modell som legger til rette for differensiering og styrket samhandling. Ved å stille krav til kompetanse, tjenesteinnhold og rapportering, kan UNN sikre at midlene brukes der det gir effekt, og kommunene får tydelig ansvar. Modellen egner seg særlig der det allerede er etablert praksis og kapasitet, og kan kombineres med andre tiltak som CT, jordmortjenester eller telemedisin.

SWOT – Videreutvikling med avtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste

STYRKER Tydelige roller – Klart ansvar og krav til innhold styrker kvalitet og pasientsikkerhet. Økt forutsigbarhet – UNN kan følge opp innsats og resultater gjennom avtale. Mulighet for ISF-refusjon – Kan gjøre spesialisttjenester i kommune mer bærekraftige. Tilrettelegger for differensiering – Midler og ansvar kan målrettes dit det fungerer.	SVAKHETER Krever kapasitetskartlegging og utvikling av avtaleverk. Administrative kostnader – Krever ressursbruk til oppfølging og kontroll. Ulik evne til å levere – Ikke alle kommuner har kapasitet til å inngå i modellen. Risiko for kompleksitet – Flere avtaler kan gjøre samhandlingen mer krevende.
MULIGHETER Mer likeverdig samarbeid – Styrker kommune som partner.	TRUSLER Manglende enighet – Uenighet om avgrensning og finansiering kan forsinke implementering.

Samspill med andre tiltak – Kan kombineres med teknologiske og faglige utvidelser av tilbudet. Tydeligere gevinstrealisering – UNN kan følge opp og evaluere effekt bedre enn i dagens modell.	Kompetansekrav – Kommuner som faller utenfor kan få svekket tilbud. Avtalebrudd eller lav etterlevelse kan svekke tillit og drift.
--	---

11.6 Reduksjon av senger i kommunene innen dagens modell

Datagrunnlaget viser at kommunene har varierende nivå på pasientreiser, utskrivningsklare pasienter og akuttinnleggelser. Dette gir grunnlag for å vurdere reduksjon eller justering i kommuner der effekten er lavere eller der volumene er små.

Økonomi

Reduksjon i antall senger kan gi UNN innsparing samtidig som deler av modellen opprettholdes. Ved å videreføre finansiering i kommuner som dokumenterer effekt, kan midlene målrettes bedre. Kostnadene reduseres, samtidig som muligheten for lokal pasientoppfølging opprettholdes der det er mest behov.

Vurdering

Reduksjon i antall senger gir UNN mulighet til å prioritere kommuner der dokumentert nytteverdi er høyest. Dette kan være en kostnadseffektiv løsning som fortsatt ivaretar deler av tilbudet. Samtidig peker kommunene på at sykestuesengene har en viktig rolle i helseberedskapen, særlig på grunn av store avstander og begrenset tilgjengelighet til sykehus.

Helsepersonell i disse enhetene har bred og spesialisert kompetanse, og kan håndtere medisinske tilstander og akutte hendelser uten behov for innleggelse ved sykehus. Dette gir både pasientnær behandling og avlastning for spesialisthelsetjenesten – og er særlig viktig ved uforutsette situasjoner eller i kriser.

En reduksjon i antall senger kan dermed få konsekvenser for både helsefaglig beredskap og fleksibilitet i håndtering av svingninger i pasientpågang. Risikoen øker for at ambulanser bindes opp i lengre transporter, og at lokaler og ressurser som i dag er tilgjengelige i kritesituasjoner, svekkes eller forsvinner.

Dette alternativet krever derfor vurdering av beredskapsmessige konsekvenser i tillegg til de faglige og økonomiske på linje med stopp av delfinansieringen.

SWOT - Reduksjon av senger i kommunene innen dagens modell

STYRKER Ressurser - Kommunene kan omprioritere ressurser internt og styrke andre helsetjenester, som hjemmetjenester og forebyggende tiltak. Økonomiske besparelser på drift - Et lavere antall senger kan gi lavere faste driftskostnader knyttet til bemanning og utstyr. Styrket samarbeid - Reduksjonen av sykestuesenger kan skape et behov for mer strukturerte og forpliktende samarbeidsmodeller mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Innovasjonsmuligheter - Kan drive fram økt bruk av velferdsteknologi, polikliniske tilbud og nye behandlingsmodeller som reduserer behovet for innleggelse.	SVAKHETER Økt pasientbelegg og redusert kapasitet - Øvrige senger i kommunen vil få en økt belastning som kan påvirke pasientflyt og gi lengre ventetid for utskrivningsklare pasienter ved UNN. Økt belastning på andre tjenester - Flere pasienter må behandles i hjemmet og det øker belastningen på fastlegene, hjemmesykepleien og øvrige helseinstitusjoner. Reisevei - Lang reisevei til sykehus kan føre til forsinkelser for å få nødvendig medisinsk behandling. Uforutsigbart vær og føreforhold kan gjøre reisen til sykehus ekstra utfordrende. Økt belastning på ambulansetjenetjenester - Det er lang avstand fra Nord-Troms kommunen til UNN, det kan bli brukt mer tid på transporter og mindre tilgjengelighet til andre akutte oppdrag. Press på UNN- Tromsø - Sykestuesengene avlaster i dag sykehuset ved å tilby observasjon og behandling lokalt. En reduksjon vil føre til økt innleggelse på UNN og økt overbelegg Uforutsette økonomiske konsekvenser - Selv om reduksjonen kan gi besparelser, kan det også føre til økte kostnader knyttet til, utskrivningsklare, transport og behov for mer hjemmesykepleie
MULIGHETER Samarbeide - Et tettere samarbeide mellom sykehus og kommunene for å opprettholde	TRUSLER Demografi - Nord-Troms har en aldrende befolkning med økende behov for

og videreutvikle gode pasientforløp, som for eksempel stormottakersatsingen. Innovasjon - Økt mulighet for nye samhandlingsformer med spesialisthelsetjenesten som ulike team samarbeid. Noe som kan redusere behovet for sykehusinnleggelser og kan være en mulighet for at pasienter blir behandlet i hjemmet eller lokalt. Økt bruk av velferdsteknologi og digitale helsetjenester - Telemedisin og digitale konsultasjoner kan styrke lokal behandling og redusere behovet for sykehusinnleggelse. Øke polikliniske tjenester - Kan gi mulighet for å etablere flere polikliniske tjenester lokalt. Økt helsekompetanse i befolkningen - Forebyggende tiltak og økt bevissthet rundt egen helse kan bidra til å redusere behovet for innleggelse.	helsetjenester. Redusert kapasitet kan forverre helsetilbudet. Svekket rekruttering og kompetanseutvikling - Sykestuesengene tilbyr faglige utfordringer som gjør primærhelsetjenesten mer attraktiv. Reduksjon kan gjøre det vanskeligere å rekruttere og beholde helsepersonell. Overbelastning på UNN Tromsø - Reduksjon av sykestuesenger vil trolig føre til flere sykehusinnleggelser, noe som øker presset på allerede belastede sykehusavdelinger. Pasientsikkerhet - Pasienter med akutte behov kan risikere forsinket behandling og dårligere oppfølging, noe som kan gi alvorlige konsekvenser.
---	---

12. Konklusjon og anbefaling

Denne rapporten har vurdert seks alternative løsninger for organisering og finansiering av sykestuesengene i Nord-Troms:

1. Stopp av UNNs delfinansiering
2. Kommunal overtakelse
3. Sentralisering
4. Reduksjon i antall senger
5. Videreutvikling med avtale om kommunalt utført spesialisthelsetjeneste
6. Videreføring av **dagens** modell

Hvert alternativ har ulike økonomiske, organisatoriske og helsefaglige konsekvenser. Evalueringen viser at det finnes styrker og svakheter i alle modellene, og at den beste løsningen trolig ligger i en kombinasjon av avtalefestet ansvar, differensiert bruk og fortsatt samarbeid.

- **Stopp av UNNs delfinansiering** vil innebære en strukturell endring i dagens organisering. Uten økonomisk støtte fra UNN vil det økonomiske ansvaret fullt ut falle på kommunene, noe som kan svekke forutsigbarheten og stabiliteten i tjenestetilbudet. Dette øker risikoen for nedleggelse eller redusert kapasitet. Samtidig svekkes samhandlingen mellom nivåene. En avvikling vil kunne føre til økt press på både primærhelsetjenesten, UNN, samt pasienter.
- **Kommunal overtakelse med faglig støtte fra UNN** gir mulighet for lokal tilpasning og fleksibilitet, men innebærer også økonomisk risiko og krav til kompetanse og kapasitet. Dette kan være krevende å opprettholde over tid i små kommuner med begrensede ressurser.
- **Sentralisering** av tilbudet hvor antallet senger lik i dag beholdes, men sentraliseres til en eller to lokasjoner kan gi bedre ressursutnyttelse og høyere faglig kvalitet, men medfører økt reisebelastning for pasientene, reduserer lokal beredskap og kan gi dårligere tilgjengelighet for befolkningen. Økte transportkostnader og ambulansebruk er også relevante konsekvenser.
- **Reduksjon i antall senger**, med videreføring av tilbudet i enkelte kommuner, vurderes som et differensiert alternativ. Det kan bidra til bedre målretting av ressurser, men svekker fleksibilitet og beredskap lokalt. Kommunene har uttrykt bekymring for svekket responstid og omdisponering av lokaler, reisebelastning for pasienter og ambulanseberedskap.
- **Videreutvikling med avtaler om kommunalt utførte spesialisthelsetjenester** fremstår som et bærekraftig og balansert alternativ og legger til rette for oppfølging og evaluering. Her defineres hvilke tjenester som skal leveres i kommunal regi på vegne av spesialisthelsetjenesten, med krav til kvalitet, kompetanse, rapportering og ansvar. Dette gir mulighet for ISF-refusjon, dokumentasjon av aktivitet og bedre styring for UNN. Løsningen kan tilpasses etter kommunenes kapasitet og dokumentert effekt.
- **Videreføring av dagens modell uten endringer** gir stabilitet og lokal fleksibilitet, men vil videreføre utfordringer med manglende datagrunnlag, ulik praksis og svak styrbarhet. Det gir liten mulighet for differensiering mellom kommuner og hindrer målrettet utvikling.

Evalueringen viser at sykestuesengene i Nord-Troms har positiv effekt på pasientforløp, rekruttering og ressursbruk, men at dagens modell mangler klare avtaler, ISF-refusjonsgrunnlag og ansvarsavklaringer. En videreføring forutsetter at dette er på plass.

Flere av de oppgavene kommunene i Nord-Troms i dag utfører, faller inn under spesialisthelsetjenesteoppgaver. For at slike tjenester skal kunne inngå i innsatsstyrt finansiering (ISF) for UNN, må det foreligge formelle avtaler som regulerer tjenesten mellom nivåene. Uten dette mister UNN både finansiering og mulighet til å føre opp aktiviteten som spesialisthelsetjeneste, noe som gjelder for eksempel cytostatikabehandling og infusjoner.

Bærekraftsperspektiv

I en tid med økende krav til effektiv ressursbruk, mangel på helsepersonell og stramme økonomiske rammer, er det nødvendig å vurdere hvilke modeller som gir mest mulig helsetjeneste med lavest mulig samlet ressursinnsats.

Fra et bærekraftsperspektiv, der målet er å levere stabile og forsvarlige tjenester med lavere eller lik bemanning, fremstår alternativet med sentralisering og omstrukturering som det mest effektive. Ved å samle drift i færre enheter kan man oppnå stordriftsfordeler, sikre bredere fagmiljøer og redusere sårbarhet knyttet til vaktordninger, rekruttering og kompetanse.

Samtidig er det godt kjente negative konsekvenser ved en slik modell. En slik løsning reduserer tilgangen på tjenester i de enkelte kommuner, og vil gi kunne økt behov for pasienttransport og redusert ambulanseberedskap. Dette understreker behovet for å vurdere bærekraft i bred forstand, ikke bare som økonomisk effektivitet, men også med hensyn til pasientnærhet, tilgjengelighet og beredskap.

Anbefaling

Evalueringen viser at sykestuesengene fortsatt kan ha funksjon i å avlaste UNN og bidra til mer desentraliserte helsetjenester i Nord-Troms. Samtidig peker funnene på at dagens modell mangler formelle avtaler, datagrunnlag på effekt og insentiver som muliggjør god styring og oppfølging.

Uavhengig av hvilket alternativ som velges (stopp av delfinansiering, kommunal overtagelse, sentralisering, reduksjon, videreføring), vil det være viktig med evaluering og korrigering av alternativet. Ettersom DMS Nord-Troms allerede har inngått avtaler, og det er eksisterende organisering som ivaretar ansvar og koding av utførte tjenester foreslås det at ved en evt. Inngåelse av avtaler at DMS Nord-Troms gis ansvar for oppfølging, rapportering og koding av aktiviteten i nabokommunene. Det anbefales at avtaleverket utformes i tråd med malen for

kommunalt utførte spesialisthelsetjenester. Evt. Avtaler og effekt av disse bør evalueres etter ett år.

Hva anbefaler prosjektgruppen – Todelt anbefaling

Deltakerkommunene, Kåfjord, Skjervøy, Kvænanen og Nordreisa anbefaler at delfinansieringen videreføres ut 2026, samtidig som det etableres en tydelig og forpliktende avtale mellom kommunene og UNN. Dette vil sikre stabilitet og forutsigbarhet for kommunene i forbindelse med innføringen av ISF- refusjonsordningen, forutsatt at kommunene mottar ISF-inntekter. Et eventuelt bortfall av delfinansiering i den videre driften i inneværende år vil medføre en økonomisk risiko for kommunene, da dette ikke er hensyntatt i budsjettet for 2025, eller i kommunenes handlings- og økonomiplan for 2025-2027. En videreføring av delfinansieringen ut 2026 vil gi kommunene nødvendig tid til planlegging og implementering av den nye ISF- kodingsordningen.

Fra deltakere i spesialisthelsetjenesten anbefales det at det hvis tilbudet skal videreføres i noen form, at det etableres avtaler om kommunalt utførte spesialisthelsetjenester, og at nåværende finansieringsordning oppfører. Dette alternativet legger til rette for at det kan gjøres evalueringer og korrigeringer, som kan kombineres med en evt. reduksjon av antallet senger der det ikke registreres effekt eller godt nok belegg for desentralisering av kommunalt utførte spesialisthelsetjenester. Det foreslås at dette innføres i en overgangsperiode, med avtaler og rammer på plass innen utgangen av 2025 og evaluering og korrigering i løpet av 2026.

13. Vedlegg – Stikkprøver innleggelser sykestue/ØHD

Kommune	Innleggelsesårsak	Spesialisthelsetjenesteoppgave som definert av kommunen
Skjervøy	Pneumoni	AB IV
Skjervøy	Pneumoni	AB IV
Skjervøy	Komplikasjoner etter kreftkur	Kreft
Skjervøy	Pneumoni	AB IV
Skjervøy	Kols/hoste/tungpust	O2. Observasjon
Skjervøy	Hypoglykemi	Observasjon diabetes.
Skjervøy	SAG infusjon	SAG infusjon
Skjervøy	Akutt svimmelhet	Slag/observasjon
Skjervøy	Kolsforverring	Observasjon. Forstøverbehandling.
Skjervøy	Fall	Observasjon.
Skjervøy	Korttidsopphold etter UNN	
Skjervøy	Hodeskade	Observasjon
Skjervøy	Kols/hoste/tungpust	O2. Observasjon
Skjervøy	Hjertesvikt, leggsår	Furix IV, Observasjon
Skjervøy	Aspirasjonspneumoni, urinretensjon	IV antibiotika
Skjervøy	Høyt blodsukker	Insulin, observasjon
Skjervøy	Pneumoni	AB IV
Skjervøy	Magesmerter	Observasjoner. Injeksjoner.
Skjervøy	Smerter og hevelse i kne	Observasjoner, medikamenter.
Skjervøy	Svimmelhet, væskebehandling	Væskebehandling IV
Nordreisa	infeksjon	AB IV
Nordreisa	Fall	
Nordreisa	Observasjon pga alkohol og sentralstimulerende	
Nordreisa	Væskebehandling og ernæring	
Nordreisa	Fall	
Nordreisa	Avrusning	
Nordreisa	Fall	
Nordreisa	Akutte ryggsmertor	Morfin IV
Nordreisa	Funksjonssvikt	
Nordreisa	Fall	
Nordreisa	Fall	
Nordreisa	Pneumoni	AB IV og Væske IV
Nordreisa	Fall	AB IV og Væske IV

Nordreisa	Akutte smerter	
Nordreisa	Epilepsianfall	Væske IV
Nordreisa	Kreftbehandling	IV kreftmedisin
Nordreisa	Funksjonssvikt	
Nordreisa	Overdosert medisin	
Nordreisa	Pneumoni	AB IV
Nordreisa	Erysipelas	AB IV
Nordreisa	Akutt svimmelhet	
Nordreisa	Akutte rygg smerter	
Nordreisa	Brudd	
Nordreisa	Synkope	
Nordreisa	Akutt svimmelhet	
Nordreisa	Angstproblematikk	
Nordreisa	Nedsatt allmenntilstand og hjerteflimmer	AB IV
Nordreisa	Fall	
Nordreisa	Infeksjon	
Nordreisa	Atrieflimmer	
Nordreisa	Svimmelhet	
Nordreisa	Bipolar lidelse	
Nordreisa	Infeksjon	AB IV
Nordreisa	Cystitt, pneumoni	
Nordreisa	Natrium-mangel	Infusjon NaCl
Nordreisa	Mistanke DVT	
Nordreisa	Akutte rygg smerter	
Nordreisa	Fall	NaCl IV, paracet IV.
Nordreisa	Atrieflimmer	
Nordreisa	Sepsis	AB IV
Nordreisa	Synkope	
Nordreisa	Forvirringstilstand	
Nordreisa	Pneumoni	AB IV
Nordreisa	Fall	
Nordreisa	Svimmelhet	
Nordreisa	Brystsmerter,hodepine	
Nordreisa	Nedsatt allmenntilstand og hjerteflimmer	Væske IV
Nordreisa	Leddgikt	
Nordreisa	Legemiddelforgiftning	

Nordreisa	Obstipasjon	
Kvæningen	Erysipelas	Antibiotika iv
Kvæningen	Fall. Pneumoni.	
Kvæningen	Brudd håndledd	
Kvæningen	Illebefinnende. Viral infeksjon	Væske iv
Kvæningen	Depresjon. Suicidale tanker.	
Kvæningen	Sepsis.	Antibiotika iv. Væske iv
Kvæningen	Nyresvikt pga bivirkning medisiner	Væskebehandling. Elektrolyttoppfølging
Kvæningen	Overdosert hurtigvirkende insulin	Glucose iv
Kvæningen	Angst. Amfetaminmisbruk	
Kvæningen	Kraftig ryggsmarter	
Kvæningen	Fall ned trapp. Alkohol. Sårskader.	
Kvæningen	Fall. Pyleonefritt	
Kvæningen	Infeksjon. Dehydrering.	Antibiotika iv og væske iv
Kvæningen	Septisk sjokk. Pneumoni.	Antibiotika iv og væske iv. Observasjon.
Kvæningen	Pneumoni.	Antibiotika iv
Kvæningen	Covid i etterkant av hjerteroperasjon	Observasjon
Kvæningen	Pneumoni.	Antibiotika iv og væske iv
Kvæningen	Pneumoni.	Antibiotika iv
Kvæningen	Nyrestein	Smertestillende iv.
Kvæningen	Cellulitt	Antibiotika iv
Kåfjord	Lav jernverdi	Ferrinject inf.
Kåfjord	Pneumoni	Ab tbl og O2
Kåfjord	Ryggsmarter	Smertelindring/ observasjon
Kåfjord	Pneumoni	Ab iv
Kåfjord	Alkohol intox	Observasjon, væske iv
Kåfjord	Fall, mistanke benbrudd	Observasjon
Kåfjord	AF og tungpustethet	Tbl beh og observasjon, O2
Kåfjord	Pneumoni	Ab iv
Kåfjord	Medikament overdose	Observasjon
Kåfjord	Lav Hb	Blodtransfusjon
Kåfjord	Angst problematikk	Medisinering, observasjon
Kåfjord	Synkope	Observasjon og nevro us
Kåfjord	Pneumoni	Ab iv
Kåfjord	Ødematøs, obstrukt.pulm	Furix iv, urin kat., observasjon
Kåfjord	Fall, slag mot hodet	Observasjon, hjernerystelse?

Kåfjord	Magesmerter, urinretensjon	Medisinering, observasjon
Kåfjord	Fall, smerter i hofte	Observasjon, smertelindring
Kåfjord	Lav jernverdi	Ferrinject inf.
Kåfjord	Akutt abdomen, kjent kreftsykdom	Symptomlindr. beh.iv, observasjon
Kåfjord	Cytostatika inj. dgl, avtale m/UNN. Kjent kreftsykdom	Daglig inj. m/cytostatika



Møtedato: 29.04.2025

Vår ref.:

2025/2911-2

Saksbehandler:

Ingrid Lernes Mathiasen

Dato:

09.04.2025

Styresak 31-2025/3 Plan for styresaker 2025

Formål

Plan for styresaker 2025 (tentativ) til orientering.

Møtedato/sted	Vedtakssaker	Orienteringssaker/temasaker
26. mai 2025 Kl. 08.30 Digitalt møte via Teams	Kvalitets- og virksomhetsrapport april 2025 Tertialrapport nr. 1-2025 for byggeprosjekter ved UNN Tilsynsrapport eksterne tilsyn og revisjoner 1. tertial 2025 Renovering av operasjonsstuer UNN Breivika Evaluering av sykestuesenger Nord-Troms 2025	Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF Ledelsens gjennomgang Plan for styresaker 2025
18. juni 2025 Kl. 08.30 Digitalt møte via Teams	Kvalitets- og virksomhetsrapport mai 2025 Status omstillingsarbeid og prognose 2025 Halvårsrapport 2025 Møteplan 2026 for styret	Oppdaterte resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer Informasjonssikkerhet- status (<i>u.off jf. offl § 24, 3 ledd</i>) Plan for styresaker 2025
23. sept. 2025 Kl. 08.30 Tromsø	Kvalitets- og virksomhetsrapport juli og august 2025 Status omstillingsarbeid og prognose 2025 Tertialrapport nr.2-2025 for byggeprosjekter ved UNN	Møte med Brukerutvalget og Ungdomsrådet Orientering om § 3-3a varsler til Statens helsetilsyn fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF Plan for styresaker 2025
29. okt. 2025 ¹ Tentativt evt. Bodø	Kvalitets- og virksomhetsrapport september 2025	Plan for styresaker 2025
25. nov. 2025 ² Tromsø	Kvalitets- og virksomhetsrapport oktober 2025	Plan for styresaker 2025
16. des. 2025 Tromsø	Kvalitets- og virksomhetsrapport november 2025 Budsjett 2026	Evaluering av styrets arbeid Plan for styresaker 2025/2026

¹ I forbindelse med Regionalt styreseminar Bodø 29-30.10.2025

² Styreseminar UNN Tromsø 24. november 2025

Tromsø, 22.04.2025

David Johansen (s.)
administrerende direktør