

Til Helse Nord RHF

sendt kun per e-post til postmottak@helse-nord.no

Deres ref.: 2024/388

Vår ref: HSAK202400433

Dato: 19.04.24

Legeforeningens høringsuttalelse til høring av "Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord"

Legeforeningen viser til høringsbrev av 1. mars 2024, "Tiltak for å sikre bærekraft i Helse Nord." Legeforeningen takker for muligheten til å sende innspill. Høringsuttalelsen er vedtatt av sentralstyret i Legeforeningen, etter bred høring internt i organisasjonen. Legeforeningen vil gi noen generelle kommentarer og i tillegg gi innspill knyttet til de fire tiltaksområdene.

Generelle kommentarer

Legeforeningen ser at Helse Nord står i en krevende situasjon, særlig med hensyn til økonomi og personell, og anerkjenner at det er behov for omstillinger i regionen for å sikre gode helsetjenester til hele befolkningen.

De foreslåtte tiltakene, dersom de følges opp til punkt og prikke, anslås å kun dekke 7% av Helse Nord's totale omstillingsbehov på 1,3 mrd. kr mot 2027. Samtidig skriver Helse Nord selv i høringsnotatet at foretaksgruppen historisk kun har oppnådd om lag 50% av sine omstillingsmål. Siden de foreslåtte tiltakene kan synes å få marginal betydning for økonomien i Helse Nord, må de i hovedsak begrunnes med at de vil føre til bedre rekruttering og et bedre helsetilbud til befolkningen. Legeforeningen kan imidlertid ikke se at tiltakene foreslått i høringsnotatet samlet sett hverken vil bidra til et bedre helsetilbud til pasientene i Nord-Norge eller en bedre bemanningssituasjon i regionen.

En omstillingsprosess av så omfattende karakter krever, selv med de beste forutsetninger, tilstrekkelig med tid og mulighet for å sikre tilfredsstillende involvering for å ha legitimitet. Selv om oppdraget ble gitt i november 2022, ble ikke arbeidsgruppene nedsatt før i mai 2023 og var ikke operative før i slutten av juni 2023. Arbeidsgruppene rapporter ble levert til Helse Nord RHF i november 2023 – knappe 5 måneder, inkludert sommerferie, etter at gruppene hadde sine første møter. Tidsrammen har ikke stått i forhold til omfanget av oppdraget. Det er grunn til å tro at det har påvirket gruppenes mulighet til å overskue både muligheter og uheldige effekter av de foreslåtte tiltak, i tillegg til at det utvilsomt har påvirket muligheten for bred involvering og derigjennom god forankring.

I en omstilling med så store konsekvenser for både fagfolk og pasienter er det viktig for legitimiteten at ansatte og tillitsvalgte har blitt tatt med på råd og drøftinger.

Legeforeningen erfarer at selv om dette fremstilles som godt ivaretatt i høringsnotatet, har det vært utfordrende for medlemmer av arbeidsgruppen å rekke over arbeidet, gitt de premisene de har fått for arbeidet. Det kommer frem i dokumenter og merknader vedlagt arbeidsgruppens rapporter at flere medlemmer hverken har fått lov eller mulighet til å forankre innspill blant tillitsvalgte og ansatte i de berørte tjenestene. Dette skyldes enten at dokumenter ble hemmeligholdt eller at tidsrammene var for korte. Dette er etter Legeforeningens syn svært alvorlig, og er med på å tegne et bilde av et hurtigtogsarbeid med usikker måloppnåelse. Den gjennomgående tilbakemeldingen Legeforeningen har fått fra sine tillitsvalgte, så vel som fra øvrige ansatte i regionen, er at involvering av berørte parter har vært utilstrekkelig, noe som ble løftet gjentatte ganger fra Legeforeningen, fra Akademikerne, Unio og LO¹.

God og korrekt involvering av tillitsvalgte, berørte ansatte, ledere og befolkningen er en forutsetning for legitimitet og lojalitet til de avgjørelser som tas. Det er sjelden alle blir helt fornøyde i et omstillingsarbeid av så omfattende karakter. Det er likevel mulig å oppnå både et godt utfall og større tilfredshet gjennom grundig forarbeid, ærlig og åpen informasjon om positive og negative konsekvenser av endringene, samt reell involvering av alle berørte parter.

Underveis i arbeidet har det kommet flere meldinger til Stortinget som har konsekvenser for arbeidet med omstilling i regionen. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027² legger føringer for helsetjenesten i stort. Opptappingsplanen for psykisk helse³, Helseberedskapsmeldingen⁴ og Stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester⁵ legger også føringer for organisering av helsetjenesten i de nordligste fylkene. Omstillingen i Helse Nord vil måtte harmonisere med disse. Legeforeningen vil derfor vise til våre innspill til arbeidet med disse meldingene.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I forslaget til Helse Nord legges det opp til at døgnkapasiteten i Tromsø og Bodø skal utvides gjennom å redusere døgnkapasiteten ved distriktpsikiatriske sentre (DPS) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i regionen. Dette begrunnes blant annet i en generell overkapasitet i Helse Nord sammenlignet med øvrige regioner. Legeforeningen mener det er nødvendig å styrke det sentrale tilbudet, men er bekymret for konsekvensene dersom forslaget blir stående slik det nå er skissert. Helse Nord ville vært tjent med å i større grad vurdere behovet i hvert enkelt fylke i regionen. Nordland har andre behov enn Troms, og Troms har andre behov enn Finnmark. De tre fylkene har ulik geografi, infrastruktur og

¹ [LO, Unio og Akademikerne roper varsku om... | Akademikerne](#)

² [Legeforeningens innspill til Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027](#)

³ [Legeforeningens innspill til Meld. St. 23 \(2022 -2023\) – Opptappingsplan for psykisk helse](#)

⁴ [Legeforeningens innspill til Meld. St. 5 \(2023-2024\) – En motstandsdyktig helseberedskap](#)

⁵ [Legeforeningens innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester](#)

befolkningstetthet. At det er større kapasitet i noen deler av regionen enn i landet for øvrig betyr ikke nødvendigvis at tilbudet er overdimensjonert. Både demografi, geografi og befolkningens risikoprofil hva gjelder sykdom og helse må hensyntas.

For Finnmark vil det foreliggende forslaget innebære en oppstyking av tjenestene for somatikk, psykisk helsevern og TSB. Personer med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusmiddellidelser og avhengighet har økt forekomst av en rekke somatiske sykdommer som kardiovaskulære lidelser, leversykdom, nyresykdom m.m. Det er behov for et større fokus på en helhetlig oppfølging av denne pasientgruppen⁶ med bedre samhandling mellom fastleger, psykisk helsevern, rusbehandling og somatiske spesialisthelsetjenester.

Forslagene om nedlegging av de desentraliserte døgntilbudene medfører svært lang reisevei for en stor andel av pasientene i Helse Nord's opptaksområde. Legeforeningen er opptatt av at det skal være mulig bli innlagt i psykisk helsevern uten å være så syk at det må brukes tvang. Med sengeplasser kun i Bodø og Tromsø kan terskelen for å få til frivillige innleggelses heves. Pasienter med alvorlige psykiske lidelser og ruslidelser har ofte økonomiske utfordringer⁷. For mange av disse pasientene er det allerede stor belastning knyttet til egenandeler til behandling, gebyr ved manglende oppmøte og utgifter tilknyttet medikamentell behandling. Mange er heller ikke aktive brukere av digitale verktøy. Helsetilbudet til denne pasientgruppen må sikres. Med større reiseavstand øker også terskelen for å oppsøke helsetjenestene. Legeforeningen mener verdien av å ha et tilbud i rimelig reiseavstand til der pasienten bor ikke må undervurderes.

Legeforeningen anerkjenner utfordringene med å beholde og rekruttere personell til flere av DPSene. Det er likevel ikke slik at alle DPSer har slike utfordringer. Det fremkommer ikke av høringsnotatet fra Helse Nord eller i rapporten fra Arbeidsgruppe 2 at dette er vurdert. Legeforeningen stiller seg spørrende til hvorfor Helse Nord ikke har vurdert hvert enkelt fagmiljø med hensyn til bemanning, aktivitet, kvalitet og rekruttering. Om formålet er å beholde og bevare robuste fagmiljøer ville dette vært en gylden mulighet til å lære av nettopp de fagmiljøene som er gode og robuste. Samtidig har forslagene bygget på at ansatte på de berørte enhetene vil forbli i regionen, enten ved å bli værende på samme enhet med en annen funksjon, eller på en annen arbeidsplass. Det er ikke gitt at fagfolkene ved et DPS vil ønske å fortsette å jobbe der hvis døgntilbudene forsvinner. Legeforeningen anbefaler at omstillingen på DPS-nivå gjennomgås på nytt. Aktuelle spørsmål å se på er hvor det kan være mulig å beholde døgnplasser, samt hva kan gjøres for å styrke rekrutteringen der den er svak.

ROS-analysene er gjort på et overordnet nivå med det som fremstår som for dårlig informasjonsgrunnlag. Hverken rapporten fra Arbeidsgruppe 2 eller høringsnotatet går tilstrekkelig gjennom hva konsekvensene vil bli for spesialistutdanningen av leger. For

⁶ ["Bedre helse, lengre liv", Legeforeningen \(2023\)](#)

⁷ ["Betalingsvansker – en pasientrisiko", UKOM \(2022\)](#)

eksempel vil det for spesialistutdanningen i rus- og avhengighetsmedisin i Finnmark føre til at LIS vil måtte forholde seg til 3 istedenfor 2 utdanningssteder. Rus- og avhengighetsmedisin er en egen medisinsk spesialitet, men er avhengig av et nært og godt samarbeid med både psykisk helsevern og somatiske helsetjenester. At LIS vil måtte flytte mellom behandlingssteder i større grad enn hva som er tilfellet i dag vil trolig svekke rekrutteringen, noe det må tas høyde for i organiseringen av helsetjenesten. Det er bemanningsutfordringer i helsetjenesten mange steder i landet. De nordligste fylkene har dessuten en generell fraflytting. Helse Nord må ta disse realitetene inn over seg og ikke legge opp til utdanningsløp som blir unødig kompliserte.

Regjeringen har ambisjoner om en opptrapping av psykisk helsevern. Styrking av sengekapasiteten på de største sykehusene er i samsvar med disse ambisjonene. Nedleggelse av alle DPS-døgnsenger mener vi derimot ikke bidrar til en styrking og vil på lenger sikt kunne bidra til at robuste fagmiljø på velfungerende DPS forvitrer.

Diagnostiske funksjoner

Anbefalingene fra Arbeidsgruppe 3, diagnostiske funksjoner, er i utgangspunktet tatt ut av denne høringen. Den er likevel kort beskrevet i høringsnotatet. Det kommer frem at tiltakene som berører diagnostiske funksjoner vil bli iverksatt etter en intern høringsrunde i helseforetakene som går parallelt med denne høringen. Legeforeningen vil likevel bruke denne høringen til å påpeke at Helse Nord må sikre at helseforetakene sikrer god involvering av tillitsvalgte og ansatte i dette arbeidet. I tillegg er det uklart hvor godt fastlegenes behov blir ivaretatt av mulige endringstiltak. Legeforeningen vil oppfordre Helse Nord til å sikre god involvering og medvirkning også fra kommunene.

Rehabilitering og private tjenester

Legeforeningen deler Helse Nords vurdering om at helseforetakenes egne fagmiljøer innen rehabilitering må styrkes og at kjøp fra private tjenesteytere etter hvert kan trappes ned. At pasienter får rask tilgang til rehabiliteringstjenester er viktig for å unngå prognosetap. Tidligrehabilitering er i hovedsak en spesialisthelsetjenesteoppgave og Helse Nord skriver at grunnet avtaler med private rehabiliteringstjenester som løper ut 2027 er det ikke mulig på nåværende tidspunkt å gjennomføre en omstilling før midlene er frigitt. Tilbud om tidligrehabilitering i den offentlige helsetjenesten kan ikke vente til 2027.

Utredning av hvilke rehabiliteringstilbud regionen skal ha og hvor de skal ligge må begynne allerede nå. Etablering og styrking av fagmiljøer, rekruttering av kompetent personell og opprusting/etablering av egnet areal tar tid. Som for øvrige fagfelt, er det ikke gitt at spesialistkompetanse innen rehabilitering vil forbli i regionen når fagmiljø omstruktureres eller flyttes. Det er kostnader knyttet til å opprette og drifte et rehabiliteringstilbud.

Legeforeningen forventer at det gjøres grundige vurderinger av behov for både bemanning og areal.

Det fremkommer ikke tydelig hvordan Helse Nord mener arbeidsfordelingen skal foregå mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er ikke i posisjon til å pålegge kommunene å opprette tilbud. Ei heller kan det forventes at små kommuner har mulighet til å opprette nye tilbud uten at det tilføres økonomi, overføring av kompetanse og personell⁸. Legeforeningen støtter prinsippet om at habilitering og rehabilitering i størst mulig grad skal foregå nært pasientene. Mange av kommunene i Helse Nord opptaksområde er likevel så små at det er urealistisk at de skal kunne ha egne fagmiljøer innen rehabilitering. Her ligger en betydelig risiko for at pasientene ikke får likeverdige helsetjenester.

Det finnes flere eksempler på kommunale samarbeidsprosjekt som med støtte og veiledning fra spesialisthelsetjenesten gir gode tjenester desentralt. Slike tjenester kan være tilknyttet distriktsmedisinske senter eller lokale sykestuer. Lokale forhold avgjør ofte hva som er den mest hensiktsmessige organiseringen.

Legeforeningen forutsetter at lokale tilbud sikres i samråd med kommunene før Helse Nord avslutter eller trapper ned avtalene med private tjenestetilbydere. Befolkningen må være trygge på at de får tilgang til gode og forutsigbare pasientforløp.

Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Det fremgår av høringsnotatet at flere oppgaver skal overflyttes til kommunen fra spesialisthelsetjenesten. Fastlegeordningen er under press også i nord, og det er utfordrende å se hvor kapasiteten til å overta oppgaver skal hentes fra. Arbeidsgruppe 5 har landet på fire utviklingsområder (A-D) som den mener bør prøves ut i samarbeid med kommuner som ønsker å være med.

Legeforeningen støtter en styrking av samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Vi mener imidlertid at det ikke er grunnlag for å si at en samordning av helsetjenesten til ett nivå vil bli billigere eller bedre (utviklingsområde A).

Gode digitale tjenester er verktøy som brukt riktig kan bidra til å bedre samhandling på tvers av nivåer (Utviklingsområde D og felles satsingsområde 1). Innføring av digitale verktøy for å lette samhandling må baseres på en grundig kost-nytte-vurdering der det legges vesentlig vekt på i hvilken grad systemer eller tjenester legger beslag på helsepersonellens tid. Digitalisering må i tillegg til å gi god pasientbehandling være brukervennlig for helsepersonell.

⁸ Se også delrapport fra Arbeidsgruppe 3 punkt 7.2.7.3

Flere tiltak knyttet til allmennlegetjenesten ble annonsert i Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027. Regjeringen vil også legge frem en ny stortingsmelding om allmennlegetjenesten som skal omtale og ha effekt på samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Føringer i meldingen vil ha konsekvenser for hvordan samhandlingen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste skal foregå, og tiltak fra Helse Nord må harmonisere med disse.

Beholde og rekruttere personell

Helse Nord omtaler det å beholde og rekruttere personell som det "viktigste innsatsområdet for å sikre en bærekraftig spesialisthelsetjeneste med god kvalitet i framtiden". Helse Nord mangler på fagfolk er referert til på overordnet nivå og er direkte knyttet til den kritiske situasjonen Helse Nord befinner seg i. Til rapporten til Arbeidsgruppe 1 er helseforetakene bedt om å gi en oversikt over egen bemanningssituasjon og rekrutteringsbehov.

Legeforeningen savner imidlertid en analyse av rotårsakene til de store bemanningsutfordringene regionen står ovenfor. Dette inkluderer svar på hvorfor noen klinikker og spesialiteter har god rekruttering og andre ikke. Hvorfor slutter fagfolkene? Hvor blir de av; flytter de til bykommuner i Sør-Norge eller forblir de i regionen på andre arbeidsplasser? Er det områder hvor bemanningsveksten har vært sterkere enn behovsveksten?

Skal bemanningsutfordringene løses må Helse Nord vite hvorfor de har oppstått. Legeforeningen mener det er en stor svakhet ved arbeidet at dette aspektet ikke er utdypet, og stiller seg tvilende til at tiltakene foreslått i høringsnotatet vil bidra til å bedre bemanningssituasjonen.

Å styrke lønns- og arbeidsbetingelsene til helsepersonell er et viktig tiltak for å beholde, rekruttere og redusere turnover i helseforetakene. Likevel avvises dette av Helse Nord, som skriver i høringsnotatet at "spesialisthelsetjenesten har de rammebetingelsene de har med hensyn til lønn, arbeidstid og bruk av insentiver i arbeidet med å beholde og rekruttere personell." Legeforeningen mener Helse Nord må kunne ha mulighet til å bruke gunstigere lønns- og arbeidsbetingelser som et verktøy der det er nødvendig for å rekruttere og stabilisere en tjeneste. De kollektive avtalene i helseforetakene gir rom for dette.

Å sikre god bemanning handler ikke bare om rekruttering til utdanningsstillinger og ledige stillinger. Det handler like mye om å beholde det helsepersonellet som allerede er ansatt. Nye, og i mange tilfeller nylig utdannet helsepersonell trenger erfarne kollegaer å lene seg på, for trygghet i arbeidshverdagen og for faglig utvikling. En av oppgavene til helseforetakene er å utdanne leger til spesialister. Dette vil ikke være mulig dersom det ikke er erfarne overleger blant de ansatte. Begge deler er avgjørende for å holde på gode fagfolk.

Arbeidssteder som blir kjent for å ha dårlig arbeidsmiljø og sviktende ledelse rekrutterer dårlig. På samme vis vil ordet spre seg når et arbeidssted er kjent som et godt sted å jobbe for fagfolk. Ledere har et ansvar for å ha god og ærlig dialog med sine ansatte om det som påvirker deres arbeidshverdag. Det er et lederansvar å sikre et godt og forsvarlig arbeidsmiljø, at lovverk blir fulgt og at ansatte føler seg sett og støttet.

Etter Legeforeningens oppfatning står utfordringene med å beholde og rekruttere helsepersonell i nær sammenheng med å skape gode arbeidsmiljøer hvor de ansatte blir ivaretatt, verdsatt og får utvikle seg. En fornuftig arbeidsbelastning, opplevd autonomi, arbeidstidsordninger som er forenlig med å ha familie og barn, velfungerende ledelse, faglig progresjon og tilfredsstillende lønnsvilkår vil her være nøkkelfaktorer.

Økonomiske forutsetninger

Det er kjent at Helse Nord har store økonomiske problemer. I Helse Nords økonomiske langtidsplaner (ØLP) har det blitt referert til et økende økonomisk omstillingsbehov i regionen. De siste årene før pandemien så det ut som helseregionen var på riktig vei.

Siden 2014 har regionen gjennomført en rekke investeringsprosjekt til en samlet verdi av mer enn 15 mrd.kr. Ved ferdigstilling og aktivering av investeringene vil dette gi vesentlig høyere kapitalkostnader, i størrelsesorden 800 mill. kroner årlig. Samtidig skriver Helse Nord i høringsnotatet at de legger til grunn et behov for å øke den økonomiske rammen for årlige investeringer til et årlig nivå på om lag 1 mrd.kr. utover det som er fastsatt i ØLP.

Legeforeningen ser behovet for å oppdatere bygningsmassen i regionen, men stiller spørsmål ved hvorvidt dette er realistisk å gjennomføre gitt Helse Nords økonomiske situasjon.

Menon Economics, på oppdrag fra Legeforeningen, kom høsten 2023 med en rapport som har analysert investeringsbehovet i spesialisthelsetjenesten⁹. Rapporten peker på at spesialisthelsetjenesten over tid har havnet i en negativ spiral hvor begrenset økonomisk handlingsrom har ført til systematisk utsettelse av nødvendige investeringer – som igjen har ført til lavere produktivitet, økte driftskostnader og dyrere helsetjenester. Menon har beregnet at det er behov for en investeringspakke på 110 milliarder kr., fordelt over årene fram til 2030, for å bryte ut av den negative spiralen og stimulere til en bærekraftig økonomi i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen mener kostnadene knyttet til å oppdatere bygningsmassen, for Helse Nord RF og de andre RHFene, må dekkes over statsbudsjettet og komme i tillegg til de ordinære overføringene. Legeforeningen har følgelig spilt inn til arbeidet med statsbudsjettet for 2025 at det er behov for en ekstraordinær investeringspakke for å gjøre sykehusene i stand til å dekke inn investeringsetterslepet.

⁹ [investeringsetterslepet-i-spesialisthelsetjenesten.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

Hva er et akuttpsykehus?

Med de nye føringene fra Helse- og omsorgsministeren fra januar 2024 ble tiltak knyttet til Arbeidsgruppe 1 tatt ut av dokumentet som nå er på høring. Legeforeningen vil likevel benytte denne anledningen til igjen å vise til vår definisjon av hva et akuttpsykehus skal inneholde, vedtatt av Legeforeningens landsstyre i 2015:

- *Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttprosienter i sykehus.*
- *Akuttfunksjon forutsetter døgkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.*
- *Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.*
- *Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid, geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap.*

Befolkningen inkluderer også barn. De akuttpsykehusene som ikke har barneavdeling må ha akuttberedskap til å håndtere øyeblikkelig-hjelp-situasjoner også hos denne gruppen.

Helsehjelp til den samiske befolkningen

Helse Nord har et særlig ansvar for helsetjenester til den samiske befolkning. Vi støtter sterkere samarbeid med samiske organisasjoner for å adressere kulturelle og språklige behov i helsetjenesten, samt sikre opplæring i samisk kulturforståelse for helsepersonell.

Avsluttende kommentarer

Likeverdige helsetjenester, uavhengig av hvem du er og hvor du bor, er et uttalt mål for norske myndigheter og norsk offentlig helsetjeneste. Med ulik demografi, geografi og sykkelighet i ulike deler av landet vil helsetjenesten også måtte se noe ulik ut for å sikre likeverdighet. Legeforeningen savner en refleksjon rundt hvordan tjenesten skulle sett ut for å være best tilpasset den befolkningen tjenesten er til for.

Omstillingsoppdraget Helse Nord har fått er svært utfordrende, gitt regionens lave folketall, vedvarende fraflytting, og store geografiske områder. Legeforeningen anerkjenner at oppdraget fra helse- og omsorgsministeren i tillegg er gitt med svært stram tidsramme. Det er desto viktigere i en slik situasjon å sikre god involvering og forankring blant tillitsvalgte og andre ansatte. Både for å finne de gode løsningene og for å sikre legitimitet til arbeidet og de avgjørelsene som må tas. Dette fremstår ikke oppfylt i Helse Nord's omstillingsarbeid.

Alle omstillingsprosesser krever et godt forarbeid og solid fundament. Legeforeningen savner en analyse av rotårsakene til utfordringene regionene har, særlig knyttet til bemanningsutfordringer.

Den antatte økonomiske gevinsten av de foreslåtte strukturelle endringene er svært begrenset. Det må derfor ikke være tvil om at foreslåtte endringer i det minste vil gi bedre helsetjenester til befolkningen. Styrking av rehabiliteringstilbudet i sykehus, særlig tidligrehabilitering, vil representere en faglig forbedring av pasienttilbudet. Å styrke døgntilbudet innen psykisk helsevern i de store byene er positivt, men å fjerne alle døgnplasser, også ved godt fungerende DPS tror vi ikke bedrer tilbudet til den aktuelle pasientgruppen.

Endring og omstilling i spesialisthelsetjenesten angår primærhelsetjenesten og påvirker deres måte å arbeide på. Primærhelsetjenesten er sentral for at befolkningen i nord skal være inkludert i visjonen om likeverdige helse- og omsorgstjenester i hele landet. Flere ganger, enten implisitt eller konkret, legges det i høringsnotatet opp til at kommunene skal ivareta flere oppgaver. Samarbeid og involvering av fastleger og kommuner er en forutsetning i slike diskusjoner, og lenge før endringer vedtas og iverksettes.

Legeforeningen vurderer totalt sett at måloppnåelsen for de foreslåtte omstillingstiltakene er svært usikker. Det har vært gjennomført et stort arbeid på svært kort tid på det som i mange tilfeller fremstår som usikkert grunnlag. Etter nye føringer fra helse- og omsorgsministeren i januar 2024 er de tiltakene som ville gitt størst effekt tatt ut. I høringsnotatet er det heller ikke beskrevet hvordan Helse Nord vil bruke tiden frem mot 2027.

Avslutningsvis vil vi understreke at helsetjenestens mest grunnleggende funksjon er å behandle pasienter. Legeforeningen mener det ikke er gitt at tiltakene foreslått i høringsnotatet samlet sett vil bidra til et bedre tilbud til pasientene i Nord-Norge.

Med hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Marit Randsborg
avdelingsdirektør

Marlene Havn Sæther
rådgiver helsepolitikk