

Møte

Regionalt Brukerutvalg i Helse Nord RHF



Saksdokumenter



Dato: 20. januar 2022

Kl.: 08.30-14.00

Sted: Teams

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF

Kopi: Ledergruppen i Helse Nord RHF

Deres ref:

Vår ref:
2022/XX

Saksbehandler
Kari Bøckmann,91196023

Dato:
Bodø, 13. januar 2022

Møte i Regionalt brukerutvalg 20. januar 2022, innkalling og sakspapirer

I samråd med leder for Regionalt brukerutvalg innkalles medlemmer og varamedlemmer til møte i Regionalt brukerutvalg.

20. januar 2022, kl 08.30-14.00

Møtet avholdes på Teams

Medlemmer bes i forkant av møtet sende en datert liste over egen møtevirksomhet i perioden siden siste RBU-møte til sekretariatet. Listen protokollføres under saker til orientering.

Eventuelle forfall bes meldt Helse Nord RHF, ved administrasjonskonsulent Unn Hamran, på tlf 906 904 25, eller pr e-post til unn.hamran@helse-nord.no.

Vedlagt følger saksdokumenter til møtet. Sakspapirene legges også på Helse Nords nettsider: <https://helse-nord.no/om-oss/regionalt-brukerutvalg>

Med vennlig hilsen

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 20. januar 2022

Arkivnr.:
2022/XX

Saksbeh/tlf:
Kari Bøckmann, 75512900

Sted/Dato:
Bodø, 13. januar 2022

RBU-sak 01-2022 Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med leder inviteres det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet 20. januar 2022:

Sak 01-2022	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side 2
Sak 02-2022	Godkjenning av protokoller	Side 3
Sak 03-2022	Oppdragsdokumentet 2022	Side 12
Sak 04-2022	Ny rekvisisjonspraksis, pasientreiser	Side 19
Sak 05-2022	Smittevernstrategien i Helse Nord - innspill til mandat	Side 43
Sak 06-2022	Dokumentdeling i kjernejournal	Side 44
Sak 07-2022	Legemiddelstrategi i Helse Nord- løypemelding	Side 124
Sak 08-2022	Oppnevning; ungdomsrepresentant, Fagråd diabetes	Side 126
Sak 09-2022	Oppnevning; felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern for voksne, prosjektgruppe	Side 127
Sak 10-2022	Oppnevning; vararepresentant til styret, Pasientreiser HF	Side 128
Sak 11-2022	Brukerutvalgets time	Side 129
Sak 12-2022	Brev til RBU fra Brukerutvalg i HF	Side 130
	1. Takstsystem for pasientreiser, BU Finnmarkssykehuset	
	2. Overordnet strategi for pårørende, BU UNN	
Sak 13-2022	Orienteringssaker	Side 133
	1. Informasjon fra RBU-leder – muntlig	
	2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig	
	3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig	
	4. Styremøter i Helse Nord – informasjon om planlagte styresaker	
Sak 14-2022	Referatsaker	Side 136
	1. Referat AU-RBU 120122	
	2. Referat Brukerutvalget, Finnmarkssykehuset 141221	
	3. Protokoll fra Brukerutvalget, Helgelandssykehuset 081221	
	4. Årsrapport Brukerutvalget, Finnmarkssykehuset 2021	
Sak 15-2022	Eventuelt	Side

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

Bodø, 13. november 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 20. januar 2022
Arkivnr.:
2022/XX

Saksbeh/tlf:
Kari Bøckmann, 75512900

Sted/Dato:
Bodø, 13. januar 2022

RBU-sak 02-2021

Godkjenning av protokoller fra møter i det Regionale brukerutvalget 10-11. november 2021 og ekstraordinært møte 10. desember 2021

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 10-11. november 2021 og ekstraordinært møte 10. desember 2021, godkjennes.

Bodø, 13. januar 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: Protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 10-11. november 2021
Protokoll fra ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg 10. desember 2021

Protokoll

Vår ref.:
2021/-1015-8

Referent/tlf.:
Kari Bøckmann, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 10-11. november 2021

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	10-11. november 2021
Møtested:	Radisson Blu, Bodø/Teams
Neste RBU - møte:	22. januar 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Laila Edvardsen	nestleder	FFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Gunnhild Berglen	medlem	FFO
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Barbro Holmstad	medlem	SAFO
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO
Åse Senning	medlem	FFO
Hege Johannesen	møtende vara	FFO
Elen Valborg Voulab	møtende vara	FFO
Geir Tollåli	fagdirektør	Helse Nord RHF
Randi Midtgård Spørck	seksjonsleder	Helse Nord RHF
Erik Arne Hansen	økonomidirektør	Helse Nord RHF
Tove Klæboe Nilsen	forskningsdirektør	Helse Nord RHF
Mette Bakkeli	prosjektdirektør	Helse Nord RHF
Jann-Hårek Reinvik Lillevoll	rådgiver	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Frank Nohr	rådgiver	Helse Nord RHF
Hanne Sigrun Byhring	seksjonsleder	SKDE
Randi Merete Solhaug	Senior kommunikasjonsrådgiver	SKDE

RBU-sak 104-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 104-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 105-2021	Godkjenning av protokoll
Sak 106-2021	Orientering fra SKDE om helseatlas
Sak 107-2021	Budsjett 2022 foretaksgruppen, rammer og føringer
Sak 108-2021	Tertialrapport T2- 2021
Sak 109-2021	Mandat for strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF
Sak 110-2021	Interregionalt prosjekt om samvalg - forslag til områder for utvikling av nye samvalgsverktøy
Sak 111-2021	Anskaffelse rehabilitering. Orientering og oppnevning
Sak 112-2021	Evaluerer av brukererfaringer under pandemien
Sak 113-2021	Oppdragsdokumentet 2022
Sak 114-2021	Oppnevning av brukerrepresentant til KI-løsninger radiologi, samt gjennomgang av mandat for arbeidet
Sak 115-2021	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Informasjon fra RBU-leder – muntlig2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig3. Informasjon fra RHF-ledelsen – muntlig4. Styremøter i Helse Nord – informasjon om planlagte styresaker
Sak 116-2021	Referatsaker <ol style="list-style-type: none">1. Referat AU-RBU 0211212. Protokoll brukerutvalget Helgelandssykehuset 2210213. Referat ungdomsrådet UNN 0909214. Referat ungdomsrådet UNN 2709215. Referat brukerutvalget UNN 14-150921
Sak 117-2021	Eventuelt

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

RBU-sak 105-2021 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 14. oktober 2021

Vedtak:

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 14. oktober 2021 godkjennes.

RBU-sak 106-2021 Orientering fra SKDE om helseatlas

Vedtak:

1. RBU takker for orienteringen og tar informasjonen fra SKDE om helseatlas til etterretning.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til saken:
 - a. RBU ønsker å ha årlige møter med SKDE og også få orientering om nye helseatlas når disse lanseres.
 - b. RBU takker for muligheten til å komme med forslag til nye atlas.

RBU-sak 107-2021 Budsjett 2022 foretaksgruppen, rammer og føringer

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg tar informasjon om forslag til budsjett 2022 foretaksgruppen, rammer og føringer til orientering.

RBU-sak 108-2021 Tertialrapport T2-2021

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar Tertialrapport T2-2021 til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg ønsker en nærmere orientering om arbeidet med og forventningene knyttet til opprettelsen av helsefellesskapene.

RBU-sak 109-2021 Mandat for strategi for intensivmedisin i Helse Nord RHF

Vedtak:

1. RBU tar mandat for Strategi for intensivmedisin i Helse Nord til orientering.
2. RBU oppnevner Arne Vassbotn som representant i arbeidsgruppen i arbeidet med Strategi for intensivmedisin i Helse Nord.

RBU-sak 110-2021 Interregionalt prosjekt om samvalg - forslag til områder for utvikling av nye samvalgsverktøy

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjon om interregionalt prosjekt om samvalg til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg gir tilslutning til foreslåtte områder for utvikling av nye samvalgsverktøy, med følgende innspill:
 - a. Hvis samvalget skal fungere for den samiske befolkningen må det legges til rette for god kommunikasjon, inkludert samiske oversettelser av samvalgsverktøy og bruk av tolk.
 - b. Innhent kunnskap om samvalgsverktøy fra pasient- og brukerorganisasjoner, både erfaringer med og ønske om utvikling av nye verktøy.
3. Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF har følgende forslag til områder for nye samvalgsverktøy:
 - a. Endometriose
 - b. IBS/Fordøyelsesykdommer
 - c. Barn og unge med CFS/ME
 - d. Prevensjon

RBU-sak 111-2021 Anskaffelse rehabilitering. Orientering og oppnevning

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner Laila Edvardsen og Marie Dahlskjær til å sitte i regional arbeidsgruppe som skal arbeide med behovsanalysen til anskaffelse innen tverrfaglige spesialiserte somatiske habiliterings- og rehabiliteringstjenester.

RBU-sak 112-2021 Evaluering av beredskapsarbeidet under Covid -19. Brukerperspektivet

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om delrapport 3 knyttet til evalueringen av beredskapsarbeidet og brukererfaringer i Helse Nord til orientering (Håndtering av Covid-19 pandemien - Brukerperspektivet - Evaluering - delrapport 3).
2. Regionalt brukerutvalg mener at følgende områder også burde vært undersøkt og omtalt i rapporten:
 - a. Har pasienter og pårørende opplevd å få nødvendig og forståelig informasjon under Covid-19?
 - b. Belastninger på pårørende under pandemien.
 - c. Pasienterfaringer om hvordan det påvirker helse og behandling at pårørende ikke fikk være med som ledsager og heller ikke besøke den syke på sykehuset under pandemien.
 - d. Konsekvenser av for tidlig utskriving innen rus og psykisk helse.
3. Regionalt brukerutvalg slutter seg til rapportens læringspunkter og vil i sitt arbeid bidra til implementering av læringspunktene.

RBU-sak 113-2021 Oppdragsdokumentet 2022

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg ønsker at følgende krav kommer inn i oppdragsdokumentet 2022 (uprioritert rekkefølge):

- a. Innføre bedre systemer for pasient- og pårørendetilbakemeldinger
- b. Utvikle rutiner og systemer for brukermedvirkning i byggeprosjekter
- c. Sikre ambulante tjenester til barn og unge innen psykisk helse
- d. Utvikle systemer for samarbeid med frivillige organisasjoner

RBU-sak 114-2021 Oppnevning av brukerrepresentant til KI-løsninger radiologi, samt gjennomgang av mandat for arbeidet

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner Arne Vassbotn til å sitte i arbeidsgruppe som skal utrede muligheter og behov for kunstig intelligens (KI) innen radiologi, fra november 2021 til 1. juli 2022.

RBU-sak 115-2021 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder Knut Georg Hartviksen - muntlig
 - 18.10.2021 Interregionalt RBU-møte
 - 20.10.2021 Gjennomgang saker. Beslutningsforum for nye metoder
 - 25.10.2021 Beslutningsforum for nye metoder
 - 27.10.2021 Styremøte HN RHF/Styreseminar HN
 - 28.10.2021 Styreseminar HN
 - 08.11.2021 Korona-viruset-samordning, planer og tiltak

2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig

Hege Johannessen

14.10.2021 Fagråd for kvinnesykdommen og fødselshjelp

Laila Edvardsen

18.10.2021 Interregionalt brukerutvalg

27.10.2021 Styremøte HN RHF/Styreseminar HN

28.10.2021 Styreseminar HN

Gunhild Berglen

18.10.2021 Brukerutvalg Pasientreiser HF

22.10.2021 Arbeidsgruppe ny rekvisisjonspraksis Pasientreiser

04.11.2021 Arbeidsgruppe ny rekvisisjonspraksis Pasientreiser

28-29.10.2021 Styremøte Pasientreiser HF

02.11.2021 Digitale pasienttenester i nord

05.11.2021 DiN

10.11.2021 Styringsgruppe MKA

Ole-Marius Minde Johnsen

02.11.2021 Digitaliseringstjenester i Nord

Nikolai Raabye Haugen

Programkomite, Regional pasientsikkerhetskonferanse hver onsdag

15-17.10.2021 Regional helgesamling, Ungdomsrådene i Nord-Norge

Åse Senning

06.10.2021 Fagråd reumatologi

Kitt Anne Jorid Hanen

14.10.2021 Workshop om framskrivning, psykisk helse og rus. Kompetansebehov

18.10.2021 AU-møte SANO

3. Informasjon fra RHF-ledelsen

4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

5. Kreftplanen

6. Strategi for prehospitale tjenester

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 116-2021 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Referat AU-RBU 021121

2. Protokoll brukerutvalget Helgelandssykehuset 221021

3. Referat ungdomsrådet UNN 090921

4. Referat ungdomsrådet UNN 270921

5. Referat brukerutvalget UNN 14-150921

Vedtak:

Framlagte referatsaker tas til orientering.

RBU-sak 117-2021 Eventuelt

Ingen saker til eventuelt.

Bodø, den 11. november 2021

Godkjent av Knut Georg Hartviksen
den 14 NOVEMBER 2021

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Protokoll – ekstraordinært møte

Vår ref.:
2021/-1015-8

Referent/tlf.:
Kari Bøckmann, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 10-11. november 2021

Møtetype:	Ekstraordinært møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	10. desember 2021
Møtested:	Teams
Neste RBU - møte:	20. januar 2022

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Laila Edvardsen	nestleder	FFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Gunnhild Berglen	medlem	FFO
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Barbro Holmstad	medlem	SAFO
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO
Åse Senning	medlem	FFO
Hege Johannesen	møtende vara	FFO
Elen Valborg Voulab	møtende vara	FFO
Geir Tollåli	fagdirektør	Helse Nord RHF
Randi Midtgård Spørck	seksjonsleder	Helse Nord RHF
Mette Bakkeli	prosjektleder	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Frank Nohr	rådgiver	Helse Nord RHF

RBU-sak 118-2021 Strategi for prehospitaler tjenester i Helse Nord RHF

Vedtaks:

1. Regionalt brukerutvalg slutter seg til Strategi for prehospitaler tjenester i Helse Nord 2022-2025 og at strategien sendes på høring med seks ukers frist.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til arbeidet:
 - a. Beskrivelser av pasienter som «voldelige og aggressive» bør unngås. Atferd bør omtales som atferd og ikke som trekk hos pasienten. Utagerende atferd skyldes i all hovedsak sykdom og krise, og vil også påvirkes av hvordan pasienten blir møtt av tjenestene.

- b. Vurderinger gjort i ambulansen/ambulansefly med hensyn til hva som skal til for å sikre god transport blir ikke dokumentert i pasientens journal i dag. Utvikling av ordninger som sikrer at personell lærer av tidligere transporter bør framkomme i strategien.
- c. Egen veileder for transport av psykisk syke med psykisk utviklingshemming/nevropsykiatriske lidelser, bør utarbeides.
- d. Strategien bør i større grad vektlegge at det er svært skadelig for pasienter og pårørende med lang ventetid på transport av psykisk syke pasienter.
- e. Regionalt brukerutvalg er tilfreds med at det legges opp til en mer profesjonalsert følgetjeneste av psykisk syke pasienter.

RBU-sak 119-2021 Oppnevning av brukerrepresentant til styringsgruppen – felles henvisningsmottak, psykisk helsevern for voksne

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner Ole-Marius Minde Johnsen som brukerrepresentant i styringsgruppen – felles henvisningsmottak, psykisk helsevern for voksne. RBU ønsker at det også oppnevnes vara for dette arbeidet og foreslår Kitt-Anne Jorid Hansen.
2. Regionalt brukerutvalg imøteser arbeidet med felles henvisningsmottak og mener dette vil bidra til bedre prioritering i framtiden.
3. Regionalt brukerutvalg ønsker at brukerrepresentasjon sikres også i prosjektgruppen.

RBU-sak 120-2021 Orientering – Utfordringsbilde og risiko

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om utfordringsbilde og risiko til orientering og vil komme med innspill ved neste behandling i RBU.

Møtedato: 20. januar 2022

Arkivnr.:
2022/986

Saksbeh/tlf:
Rolandsen/Hansen/Nordmo

Sted/Dato:
Bodø 11. januar 2022

RBU-sak 03-2022

Oppdragsdokument 2022 til helseforetakene

Formål

Formell behandling av oppdragsdokument 2022 (OD 2022).

Problemstillinger

OD 2022 er Helse Nord RHF's formelle krav til egne helseforetak. OD 2022 består av egne krav til helseforetakene, samt videreføring av krav fra Helse- og omsorgsdepartementet som helseforetakene skal følge opp.

Oppdragsdokument fra HOD ble overlevert Helse Nord RHF i foretaksmøtet 10. januar 2022. Dette dokumentet, sammen med protokollen fra foretaksmøtet, gir eiers overordnede styringsbudskap for 2022.

OD 2022 fra Helse Nord RHF til helseforetakene skal behandles i styret i Helse Nord RHF 2. februar 2022.

Styresak 74- 2021 Økonomisk langtidsplan 2022- 2025- inkl. rullering av investeringsplanen 2022-2029 redegjør for Helse Nord's regionale utviklingsplan og tiltak for å nå Helse Nord's overordnede mål. Regional utviklingsplan 2035 anviser tema og problemstillinger som må prioriteres, for å møte behov og oppgaver spesialisthelsetjenesten skal løse på lang sikt.

I møtet med RBU 20. januar 2022 vil kravene fra HOD bli gjennomgått, samt endringer i krav fra Helse Nord RHF. Redegjørelse for innspill RBU har kommet med til OD 2022 fra RBU blir gjennomgått.

Eventuelle endringer i dokumentet fram mot styrebehandling vil bli redegjort for i møtet 20. januar 2022. Dokumentet vil ettersendes til møtet 20. januar 2022. Dette er ikke endelig i forhold til forkortelser og språk. Dette vil gjøres før styrebehandling.

Hovedmål fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD)

HOD ber Helse Nord RHF om å innrette sin virksomhet i tråd med følgende overordnede styringsmål i 2022:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Vurdering

OD 2022 til helseforetakene ivaretar krav og oppgaver fra Helse- og omsorgsdepartementet, og Helse Nord's strategiske planer og styrevedtak.

Det er gjennomført gode prosesser for utviklingen av dokumentet for å få innspill på retning og innhold. Helseforetakene, brukerutvalg og konserntillitsvalgte/konsernverneombud har bidratt til at dokumentet har fått en form og innhold som utgjør et godt styringsgrunnlag for 2022.

Det er lagt vekt på å redusere antall krav sammenliknet med tidligere år. Vedlagte utkast inneholder til sammen 80 krev, hvilket er 23 færre enn 2021.

Helse Nord RHF vil følge med utviklingen av pandemien, og om nødvendig på senere tidspunkt justere kravene for 2022.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. Regionalt Brukerutvalg slutter seg til de krav og prioriteringer som framgår av utkast til oppdragsdokument 2022 til helseforetakene.
- 2: Regionalt brukerutvalg slutter seg til tilbakemeldingene som er kommet fra Helse Nord RHF på de punkter som ble diskutert i dialogmøtene.

Bodø, den 11. januar 2022

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg: Foreløpig utkast til innledende tekst i oppdragsdokument 2022.

Innledning

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester. Oppdragsdokumentet inneholder de prioriterte kravene for 2022 og inngår i er en del av regionens helhetlige styringsmodell for å sikre en helhetlig og langsiktig utvikling.

Virksomhetsstyringen skal være sammenhengende, forutsigbar og tydelig på kort og lang sikt. Planverket legger til rette for å oppfylle våre lovpålagte hovedoppgaver: pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, utdanning av helsepersonell, forskning og innovasjon, samt utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling.

Virksomhetsstyringen er illustrert i følgende modell (sett inn skarpt bilde):



Figur 1 Helse Nord planlegger og styrer helhetlig og forutsigbart, i tråd med forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Mål og føringer

Helse Nord RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. For å innfri de nasjonale styringsmålene fra Helse- og omsorgsdepartementet, innrettes de regionale styringsmål i samsvar med nasjonale hovedmål:

Helse xxx HF skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende hovedmål:

1. Styrke psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet
3. Sørge for rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp

Det er stor usikkerhet rundt utvikling av Covid-19-pandemien. Sykehusene må videreføre de gode smittevernrutinene som er innarbeidet og fortsette arbeidet med å styrke intensivberedskap. Helseforetakene skal opprettholde mest mulig normal drift gjennom 2022.

Oppdragsdokumentet er bygd opp rundt områdene i regional utviklingsplan 2035 (RU35). Planen skal i løpet av året oppdateres til tidshorisont 2023-2038.

Helse Nord RHF legger til grunn at foretakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene i oppdragsdokumentet innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetaket. Bærekraftig ressursbruk skal betraktes som en forutsetning for virksomheten på lik linje med styringsmålene. Dette gjelder økonomi, miljø og disponering personell.

Andre overordnede føringer er:

- Helse Nords *Strategi Helse Nord RHF 2021-2024*, økonomisk langtidsplan og investeringsplan, jf. figur 1. Planene beskriver utfordringene på lang sikt og hvordan målene skal nås.
- Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet som omfatter hele foretaksgruppen.

Helse Nord RHF's formelle eierstyring rundt IKT er tidligere hjemlet i oppdragsdokument. På vegne av Helse Nord RHF er Helse Nord IKT gitt oppgaven med å sikre at alle endringer i Helse Nords infrastruktur er i tråd med vedtatt styringssystem for informasjonssikkerhet, arkitekturprinsipper samt NSMs anbefalte tiltaksliste (portvaktfunksjon). Dette forutsetter kontroll på applikasjonsporteføljen. Kartleggingen fra 2021 viser at det er nødvendig portvaktfunksjonen utvides til også å gjelde all programvare som kjører på Helse Nords

infrastruktur. På vegne av Helse Nord RHF gis derfor Helse Nord IKT i oppgave å sikre både teknisk og merkantil kontroll over all programvare som kjører på Helse Nord's infrastruktur. Alle helseforetakene skal delta i arbeidet med oppfølging av regional beredskapsplan, og skal samarbeide seg imellom i gjennomføring av egne planer, herunder i revisjon av tjenesteavtaler mellom HN IKT og sykehusforetakene.

Demografisk utvikling viser at befolkningen i Nord-Norge går ned. Ved utgangen av 2021 utgjør Nord-Norges befolkning 8,9% av landets befolkning. Det blir særlig viktig å utvikle tjenestene slik at behovet arbeidskraft kan tas ned til nivået før pandemien, og helst reduseres ytterligere. Dette i tråd med Riksrevisjonens konklusjon etter undersøkelse av helseforetakenes investeringer i bygg og medisinteknisk utstyr som sier *Helsepersonell er en knapp ressurs. Investeringer blir et viktigere virkemiddel for å løse helseforetakenes oppgaver og dempe arbeidskraftbehovet i årene som kommer. Det kan få alvorlige konsekvenser for pasienttilbudet dersom man ikke lykkes med dette.*

Dagens struktur på spesialisthelsetjenesten, som kombinerer desentrale tilbud med høyspesialiserte tilbud i hovedsak ved Universitetssykehuset Nord-Norge og et bredt tilbud ved Nordlandssykehuset, har vært tjenlig for landsdel og befolkning. Helse Nord RHF's strategi forutsetter at foretaksgruppen evner å utvikle seg, styrke samarbeidet i forpliktende faglige nettverk mellom enheter og fagmiljø, og endre seg for å sikre kvaliteten på tilbudet.

For å opprettholde et likeverdig tilbud til befolkningen må helseforetakene styrke arbeidet med å tilby tjenester digitalt. Sykehusene skal legge til grunn at nærmere definerte oppgaver som utgangspunkt skal gjennomføres digitalt, og i større grad benytte ledig kapasitet på de mindre enhetene. Et eksempel kan være å legge elektive tjenester til en eller flere av de mindre enhetene.

Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient. Dette betyr bruk av tolketjenester¹ ved behov. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen og når beslutninger tas.

Pasienter, brukere og pårørende skal oppleve en sammenhengende helse- og omsorgstjeneste på tvers av forvaltningsnivå og fagområder. I helsefelleskapene skal kommuner og helseforetak møtes som likeverdige partnere og kommuneoverlegene skal inviteres inn. Sammen med representanter for brukere og fastleger skal kommuner og helseforetak planlegge og utvikle tjenester til pasienter med behov for tjenester fra begge nivå.

Det viktigste arbeidet for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet skjer lokalt. Systematisk og målrettet arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal være basert på nasjonale

¹ LOV-2021-06-11-79

retningslinjer, bruk av data fra kvalitetsregister, klinisk forskning og medvirkning fra pasient og pårørende.

Samarbeid med utdanningssektoren er viktig for kompetanseutvikling i spesialisthelsetjenesten, og støtter opp om arbeidet med å utdanne, rekruttere, utvikle og beholde personell.

Aktivitet og arbeidsdeltakelse er helsefremmende og bidrar til inkludering. Helse X HF skal bidra til at pasienter i spesialisthelsetjenesten tilbys samtidige helse- og arbeidsrettede tilbud i et samarbeid med NAV, for å bli inkludert i arbeidsliv eller skole.

Utvikling av ny teknologi og mer presis diagnostikk og behandling gjennom innovasjon og næringslivssamarbeid er sentralt for å skape en bærekraftig helsetjeneste.

Prinsippene for prioritering² skal ligge til grunn for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder nye legemidler, teknologi og endring i arbeidsprosesser. Der beslutningssituasjonens tema/karakter tilsier det, skal prioriteringskriteriene inngå i grunnlaget for beslutninger sammen med andre relevante hensyn.

Helse Nord RHF og helseforetak har samarbeidsavtaler med regioner i Nordvest-Russland, Finland og Sverige. Helseforetakene skal bidra til å følge opp regjeringens mål for utviklingen i nordområdene og legge til rette for god beredskap, øvelser og helse-samarbeid mellom helseforetak i regionen og samarbeidspartnere i Barentsregionen.

Følgende nye nasjonale dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

1. Meld. St. 25 (2020-2021) Likeverdsreformen
2. Meld. St. 38 (2020-2021) Nytte, ressurs og alvorlighet
3. Nasjonal strategi for sjeldne diagnoser
4. Nasjonal alkoholstrategi 2021-2025. En helsefremmende og solidarisk alkoholpolitikk
5. Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester
6. Strategi og beredskapsplan for håndteringen av covid-19-pandemien (av 30. november 2021)
7. Trygghet, mangfold og åpenhet. Handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og kjønnskarakteristika 2021-2024
8. Nasjonal plan for å sikre tilstrekkelig tilgang av personell
9. Rapport xx-2022 (usikker og/eller negativ helseeffekt....).
10. Lønnspolitikk statlige selskaper.....

² Spesialisthelsetjenesteloven og prioriteringsforskriften

Helseforetakene skal legge regionalt førende styresaker/dokumenter til grunn for virksomheten:

1. Veileder for styrearbeid, styresak xx-2021
2. Strategi for prehospitale tjenester, styresak xx-2021
3. Strategi for forskning og innovasjon, styresak xx-2021
4. Styringsstruktur for IKT, styresak xx-2021
5. Styringssystem for informasjonssikkerhet, styresak xx-2021
6. Regional plan for informasjonssikkerhet, styresak xx-2021 (endelig versjon datert...)
7. Regionale beredskapsplaner
8. Standard for klima og miljø, styresak xx-2021)
9. Styringsmodell for anskaffelser, styresak xx-2021
10. Oppfølging av internrevisjonens rapporter
11. Oppfølging av Riksrevisjonens rapporter (der det er relevant)

Helseforetakene skal bidra med faglige ressurser i regionale og nasjonale prosjekter og arbeidsgrupper. Utgiftene dekkes av det enkelte helseforetak.

Alle helseforetakene får samme oppdragsdokument, og det er spesifisert hvilke foretak kravene gjelder for. Krav gitt i tidligere oppdragsdokument gjelder fortsatt selv om de ikke gjentas årlig.

Helse Nord RHF vil følge med utviklingen av pandemien, og om nødvendig justere på tidsfrister gitt i Oppdragsdokument for 2022.

Møtedato: 20. januar 2022

Arkivnr.:
2022/XX

Saksbeh/tlf:
Bøckmann, 91196023

Sted/Dato:
Bodø 13. januar 2022

RBU-sak 04-2022

Ny rekvisisjonspraksis for reiser med rekvisisjon

Formål

Orientering om ny rekvisisjonspraksis for reiser med rekvisisjon. Regionalt brukerutvalg inviteres til å komme med innspill.

Problemstillinger

Rekvisisjonspraksis gir retningslinjer for arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient i gjennomføringen av pasientreiser med rekvisisjon, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven og pasientreiseforskriften.

I løpet av 2021 har en arbeidsgruppe bestående av brukerrepresentanter (inkl. Gunhild Berglen fra RBU HN), behandlere og representanter fra pasientreisekontorene og ansatte i pasientreiser arbeidet med et forslag til ny rekvisisjonspraksis for reiser med rekvisisjon. I tillegg har tre kompetansegrupper bistått med sin kompetanse i arbeidet: brukerutvalget til Pasientreiser HF, en kompetansegruppe bestående av behandlere og en kompetansegruppe fra pasientreisekontorene.

Johanne Vaagland jobber i et selskap, Karabin, som bistår Pasientreiser med å utarbeide ny rekvisisjonspraksis for reiser med rekvisisjon. Hun vil presentere arbeidet i RBU.

Nærmere informasjon om saken er vedlagt.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt Brukerutvalg tar informasjon om forslag til ny rekvisisjonspraksis for reiser med rekvisisjon til orientering.

Bodø, den 13. januar 2022

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg:

Rekvisisjonspraksis (3.0)

Implementering, videreutvikling og risikoreduserende tiltak for ny rekvisisjonspraksis

Innhold

1. Innledning	2
1.1 Hovedregel: pasient ordner reise selv - reise uten rekvisisjon	2
1.2 Hvis pasienten ikke kan gjennomføre reisen på egen hånd - reise med rekvisisjon.....	2
1.3 Om rekvisisjonspraksis	2
2. Rekvisisjonspraksis	3
2.1 Innledning.....	3
2.2 Behandler	4
2.2.1 Hvem kan utstede rekvisisjon av helsemessige årsaker	4
2.2.2 Attesting av enkeltrekvisisjoner.....	4
2.2.3 Rekvirering av tur/retur	4
2.2.4 Attesting av behov for en lengre tidsperiode	5
2.2.5 Bruk av egen bil (kjøre selv eller bli kjørt).....	5
2.2.6 Øyeblikkelig hjelp.....	6
2.2.7 Bestillinger foretatt etter kl. 13 virkedagen før reisen.....	6
2.2.8 Reiseledsager	7
2.2.9 Pårørende	7
2.2.10 Spesielle behov.....	8
2.2.11 Delvis rekvirert reise (delreise).....	8
2.2.12 Rød papirrekvisisjon.....	8
2.2.13 Flyreiser	8
2.2.14 Kommunekryssende turer	9
2.2.15 Utenom åpningstider.....	9
2.2.16 Oppsummering av behandlerens ansvar	9
2.3 Pasientreisekontor	11
2.3.1. Rekvisisjon av trafikale årsaker hvor rutegående transport ikke er tilgjengelig	11
2.3.2 Attesting av tidsbestemte behov av trafikale årsaker	11
2.3.3 Oppfølging av endringer i rutegående tilbud	11
2.3.4 Oppsummering av pasientreisekontorenes ansvar	11
2.4 Pasient	12
2.4.1 Bruk av helsenorge.no	12
2.4.2 Bestille, se, bekrefte, endre og avbestille reise.....	12
2.4.3 Oppsummering av pasientens ansvar	13
3 Reise uten rekvisisjon	13
4 Ved avvik	13
Ordliste	14

1. Innledning

Pasienter kan få støtte til pasientreisen når de reiser til eller fra behandling som dekkes av det offentlige. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-6 og [forskrift om rett til dekning av utgifter ved pasienters reise](#) (pasientreiseforskriften) regulerer retten til dekning av nødvendige utgifter når pasienten må reise til og fra behandling.

1.1 Hovedregel: pasient ordner reise selv - reise uten rekvisisjon

Hovedregelen for pasientreiser er at pasienten ordner reisen selv (reise uten rekvisisjon), og søker om støtte til reiseutgifter etter at reisen er gjennomført. Som hovedregel får pasienten dekket utgifter til reisen med et fast beløp per kilometer (standardsats), uansett hvilket transportmiddel som benyttes.

- Unntak: Hvis pasient må bruke fly på reise til behandling, skal dette bestilles via Pasientreiser, Pasienten må kontakte det lokale pasientreisekontoret på 05515 så snart innkallingsbrev mottas ved behov for flyreise.

1.2 Hvis pasienten ikke kan gjennomføre reisen på egen hånd - reise med rekvisisjon

Pasienter som av helsemessige eller trafikale årsaker ikke kan reise med offentlig transport, kjøre selv eller bli kjørt, kan ha rett på en rekvirert reise. Behandler avgjør om pasienten har behov for rekvirert reise av helsemessige årsaker. Mangler det tilbud om rutegående transport, skal rekvisisjonen utstedes av pasientreisekontoret.

1.3 Om rekvisisjonspraksis

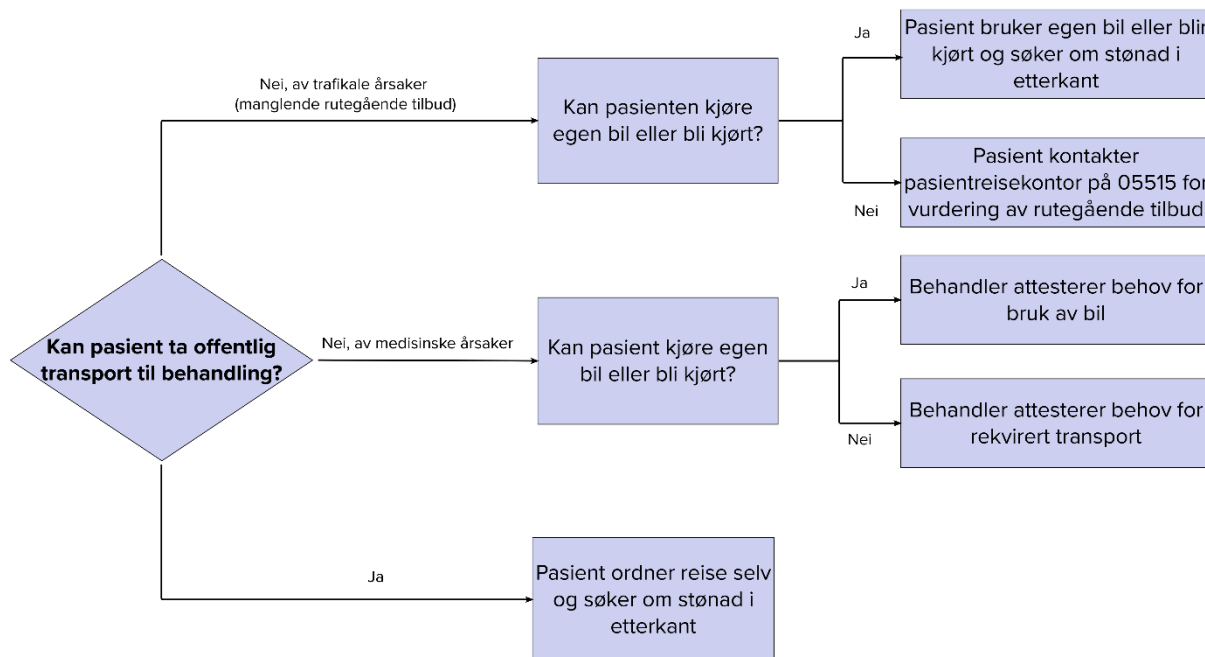
Rekvisisjonspraksis gir retningslinjer for arbeidsfordeling og ansvar mellom behandler, Pasientreiser og pasient i gjennomføringen av pasientreiser med rekvisisjon, i tråd med pasient- og brukerrettighetsloven og pasientreiseforskriften.

Rekvisisjonspraksis er inndelt i tre hoveddeler: en del for behandler, en del for pasientreisekontor og en del for pasient. I hver del beskrives hva den enkelte har ansvar for. Den enkeltes ansvar oppsummeres mot slutten av hver del. Avslutningsvis kommer en avviksbestemmelse og en definisjonsliste.

2. Rekvisisjonspraksis

2.1 Innledning

Flytskjemaet viser en forenklet beskrivelse av hva som i hovedregel gjelder når pasient skal reise til behandling:



Flytskjema: hovedregel for pasientreiser

- Reiser under 10 km eller med rutegående transportmiddel til lokal minstetakst/enhetstakst dekkes ikke, med mindre reisen gjelder øyeblikkelig hjelp eller behandler attesterer at pasienten har behov for drosje eller bil av helsemessige årsaker.
- Hvis pasient har helsemessig behov for tilrettelagt transport, kan dette attesteres for én vei, tur/retur eller for en lengre tidsperiode. Nærmere beskrivelse av rutiner og ansvarsfordeling, gis under.

2.2 Behandler

2.2.1 Hvem kan utstede rekvisisjon av helsemessige årsaker

Hvem som kan attestere behov av helsemessige årsaker er beskrevet i pasientreiseforskriften § 22 tredje ledd.

«Pasientens behandler, oversykepleier, avdelingssykepleier og faglig ansvarlig på røntgenavdelingen eller laboratorium i sykehus kan attestere et behov for drosje eller bil etter pasientreiseforskriften § 22 første ledd bokstav b. Ansatte i helse- og omsorgstjenesten kan attestere et slikt behov ved reise til en institusjon som yter tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk.»

Med pasientens behandler menes behandlere på helseinstitusjoner som er nevnt i pasientreiseforskriften § 1, behandlere som er nevnt i folketrygdloven kapittel 5 og hvor reise dekkes etter § 2, samt behandlere ved tjenester som er nevnt i § 3. Dette kan blant annet være lege, tannlege, tannpleier, psykolog, jordmor, helsesøster, fysioterapeut, kiropraktor, logoped, audiopedagog og ortopedist.

2.2.2 Attestering av enkeltrekvisisjoner

- Ved attestering av enkeltrekvisisjoner er det henvisende behandler som har ansvar for å vurdere og attestere pasientens helsemessige behov for tilrettelagt transport i NISSY.
 - Pasient bestiller reise på helsenorge.no eller på telefon 05515 når tidspunkt for behandling er kjent.
- Hvis pasient har et helsemessig behov for tilrettelagt transport, men ikke har fått rekvirert reise av annen behandler, kan fastlege rekvirere transport.
 - Unntak: Hvis det ikke er attestert behov for tilrettelagt transport på returreisen på forhånd, er det behandler ved behandlingsstedet pasienten mottar behandling som skal vurdere helsemessig behov for returreisen. Har ikke pasienten behov for tilrettelagt transport på returreisen, skal pasienten ordne reisen på egenhånd og søke om støtte til utgifter i etterkant.
- Hvis pasienten ikke kan benytte offentlig transport av helsemessige årsaker, kan behandler attestere behov for at pasienten kan kjøre selv eller bli kjørt av en reiseledsager.
- Behandler er ansvarlig for å vurdere om pasienten har behov for tilrettelagt transport på hele eller deler av reisen. Behandler ser på hele reisen (tid og avstand) og vurderer pasientens behov ut ifra det.

2.2.3 Rekvirering av tur/retur

- Hvis det forventes å være et behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker begge veier, kan det attesteres behov både til og fra behandling.
- Behandler som attesterer behov for tilrettelagt transport på reisen til behandling er ansvarlig for å vurdere om pasienten også har behov for tilrettelagt transport på returreisen.
- Returreise bekrefte av pasient så snart pasienten vet når en vil være ferdig med behandling. Pasienten bestiller via helsenorge.no eller på telefon 05515.

- Hvis det ikke er attestert behov for tilrettelagt transport på returreisen på forhånd, er det behandler ved behandlingsstedet pasienten mottar behandling som skal vurdere helsemessig behov for returreisen. Har ikke pasienten behov for tilrettelagt transport på returreisen, skal pasienten ordne reisen på egenhånd og søke om støtte til utgifter i etterkant.
- Hvis pasienten har vært innom flere behandlingssteder er det den siste behandleren pasienten er hos som er ansvarlig for å attestere behov og rekvirere reise.

2.2.4 Attesting av behov for en lengre tidsperiode

- Behandler kan attestere behov for tilrettelagt transport for en lengre tidsperiode til pasienter med tidsbestemt helsemessig behov.
 - Pasientens fastlege kan attestere tidsbestemt helsemessig behov til alle typer behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til behandlinger i spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion.
 - Andre behandlere kan attestere tidsbestemt helsemessig behov for reiser til og fra egne behandlinger/behandlingsstedet behandleren er tilknyttet.
- Pasienter med attestert behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt. Disse pasientene får hele reisen og tilleggsutgifter dekket, forutsatt at eventuell bestilt transport blir avbestilt før reisen gjennomføres. Pasienten er selv ansvarlig for å avbestille reise.
- Behandler vurderer hvor lenge det tidsbestemte behovet skal vare, inntil en periode på maksimalt 1 år.
- Behandler har alltid anledning til å endre eller fjerne attesterte behov for en tidsperiode, for eksempel hvis pasienten sin helsetilstand endrer seg.

2.2.5 Bruk av egen bil (kjøre selv eller bli kjørt)

- Hvis pasienten ikke kan benytte offentlig transport av helsemessige årsaker, kan behandler attestere behov for at pasienten kan benytte egen bil eller bli kjørt av en reiseledsager.
- Behandler vurderer hvor lenge pasienten kommer til å ha behov for å kjøre selv eller bli kjørt til behandling, og legger inn dette i attestasjonen.
- Pasienter med attestert behov for tilrettelagt transport av helsemessige eller trafikale årsaker kan alltid velge å kjøre selv eller bli kjørt av en reiseledsager og få dekket reisen i etterkant.
- Pasienten er ansvarlig for å avbestille eventuell rekvirert transport på helsenorge.no eller på telefon 05515 hvis pasienten velger å kjøre selv eller bli kjørt.
- Hvis pasienten ordner reisen sin selv og ikke avbestiller rekvirert transport, avslås eventuelle søknader om dekning av reiseutgifter i etterkant

2.2.6 Øyeblikkelig hjelp

Øyeblikkelig hjelp er helsehjelp som er «påtrengende nødvendig», dvs. om det er akutt fare for liv eller alvorlig nedsettelse av funksjonsevne, og at rask hjelp innen 24 timer er nødvendig for å avverge denne faren. Øyeblikkelig hjelp skal ikke benyttes i tilfeller der ledig time til behandling åpner seg på kort varsel (se punkt 2.2.7 for rutine i slike tilfeller).

- Ved behov for øyeblikkelig hjelp kontakter pasient behandlingssted for å avklare om det er øyeblikkelig hjelp.
- Behandler avklarer transportbehov og rekvirerer transport.
- Hvis rutinen beskrevet over ikke lar seg gjennomføre:
Pasienten ordner reisen selv og søker om dekning av reiseutgifter i etterkant av reisen. Behandler dokumenterer at reisen gjaldt øyeblikkelig hjelp. Drosjeutgifter til reiser som gjelder øyeblikkelig hjelp, dekkes fullt ut.
- Rekvirenten er ansvarlig for at pasienter som henvender seg til legevakten og legevaktsentralen om øyeblikkelig hjelp, følges opp og kommer seg til behandling. Kommunen er ansvarlig for at legevaktsentralen og legevaktordningen har et system som gjør det mulig for rekvirent å utøve dette ansvaret.

2.2.7 Bestillinger foretatt etter kl. 13 virkedagen før reisen

Bestillinger foretatt tett opp til behandlingstidspunktet for pasient kan for eksempel skje når det på kort varsel åpner seg ledige behandlingstimer for pasient.

Ved reiser bestilt etter klokken 13 virkedagen før reisen:

- Ved bestillinger som foretas etter klokken 13.00 virkedagen før reisen kan det ikke garanteres at pasienter med helsemessig eller trafikalt behov for tilrettelagt transport vil få tilbudt tilstrekkelig servicegrad i henhold til serviceerklæringen. I disse tilfellene vil tilgjengelig kapasitet være avgjørende for om pasienten får tilrettelagt transport.
 - Hvis pasienten har helsemessig behov for tilrettelagt transport er det behandler som attesterer behov og rekvirerer reise.
 - Hvis det er trafikale forhold som utløser behovet for tilrettelegging tar pasienten kontakt på 05515 for rekvirert reise.

Hvis det åpner seg ledige behandlingstimer på kort varsel og pasienten har behov for tilrettelagt transport:

- Hvis pasienten har helsemessig behov for transport: Behandler tar kontakt på 05515 for å høre om pasient kan rekke å komme inn til behandling på kort varsel. Pasientreisekontoret kan oppgi tidsestimat på hvor lang tid det vil ta å få den aktuelle pasient inn til behandling.
- Hvis pasienten har trafikalt behov for transport: Pasient tar kontakt på 05515 for rekvirert reise.

2.2.8 Reiseledsager

Reiseledsager som er nødvendig for å kunne gjennomføre reise til og fra behandlingsstedet kan ha rett til å få støtte til reisen etter samme regelverk som pasienten.

- Behandler er ansvarlig for å attestere pasientens behov for reiseledsager når dette er nødvendig på reisen av helsemessige årsaker. Behovet må være dokumentert for at reiseledsagers utgifter skal dekkes.
 - Unntak: barn under 18 år kan ha med seg reiseledsager uten at dette attesteres av behandler.

Det er viktig at behovet for reiseledsager blir dokumentert slik at vedkommende får refundert de utgiftene en har krav på å få dekket. Ved dokumentert behov for reiseledsager har reiseledsager krav på å få dekket tomkjøring når pasient skal bringes til og hentes etter å ha vært til behandling.

- Hvis pasienten har behov for kvalifisert ledsager som kan gi medisinsk behandling på reisen om nødvendig, må dette attesteres av behandler.
- Hvis reiseledsager har lagt ut for reisen og skal søke om støtte til utgifter i etterkant av reisen, må reiseledsager ha bekreftelse på at pasient har vært til behandling.

2.2.9 Pårørende

Pårørende som følger pasient til eller fra behandling regnes som reiseledsager dersom dette er nødvendig for å kunne gjennomføre reisen. Hvis pårørende er med som pårørende, og ikke dekker et helsemessig behov for reiseledsager på selve reisen, har den pårørende kun rett til å få støtte til reiseutgifter i følgende tilfeller:

- Når barn under 14 år reiser for å besøke foresatt med livstruende sykdom, som ikke klarer å reise hjem fra behandlingsstedet. Behandlende lege må bekrefte at sykdommen er livstruende og at behandlingen varer i minst to uker.
- Når nære pårørende reiser til psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom (BUP) eller familievernkontor. De pårørende må være innkalt av faglig leder.
- Når nære pårørende reiser til kompetansesentre for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger.
- Når nære pårørende reiser til kurs eller opplæring i regi av en helseinstitusjon. For at pårørende skal få støtte til reise til kurs eller opplæring i regi av helseinstitusjonen, må de være innkalt eller henvist, kurset eller opplæringen må ha et medisinsk eller behandlingmessig innhold og kursdeltakelsen må være nødvendig for fremtidig oppfølging av pasienten.
- Når de pårørende er barn under 18 år, og skal reise til helsepersonell for å få informasjon og nødvendig oppfølging fordi søsken eller foreldre er pasient. Dette gjelder ved
 - psykisk sykdom
 - rusmiddelavhengighet
 - alvorlig somatisk sykdom/skade
 - dødsfall

Behandler er ansvarlig for å dokumentere dette.

- Når det er den pårørende som har behov for tilrettelagt transport av helsemessige årsaker, må behandler rekvirere transport.

Med nære pårørende menes ektefelle, samboer, barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre, svigerbarn, svigerforeldre og søsken, samt personer som tilhører samme husstand.

2.2.10 Spesielle behov

Rekvirenten er ansvarlig for å huke av for eventuelle spesielle behov i NISSY basert på dokumentasjon fra behandler. Dette er viktig for at pasienten skal få riktig transport for å unngå bomturer. Hvilke spesielle behov som er tilgjengelig i den enkelte helseregion, samt beskrivelse av disse, fremkommer i NISSY.

I tillegg til spesielle behov er det mulig å legge inn beskrivelser i fritekstfelt i NISSY ved attesting av behov. Denne teksten bør ikke inneholde informasjon om pasientens diagnose eller lignende. Beskriv i stedet hva pasienten har behov for under transporten, ikke hvorfor.

Ved spørsmål om spesielle behov kan det lokale pasientreisekontoret kontaktes på telefon 05515.

2.2.11 Delvis rekvirert reise (delreise)

I enkelte tilfeller kan det være utfordrende for pasient å ta kollektivtransport på hele reisen, eller pasienten kan være i stand til å kjøre bil på deler av strekningen, men ikke på hele.

- Behandler vurderer om pasienten har behov for tilrettelagt transport på hele eller deler av reisen. Behandler ser på hele reisen (tid og avstand) og vurderer pasientens behov ut ifra det.
- Hvis pasienten har helsemessig behov for tilrettelagt transport på deler av reisen, skal det kun attesteres et behov for denne delen.
- Behandler attesterer behov fra adresse til adresse på den strekningen pasient trenger tilrettelagt transport.
- Pasienten ordner reise selv på resten av strekningen, og søker om stønad til disse utgiftene i etterkant av reisen.

2.2.12 Rød papirrekvisisjon

Rød papirrekvisisjon kan benyttes:

- Når elektronisk rekvirering ikke er mulig grunnet nedetid i NISSY eller andre IKT-løsninger. Behandler kan ringe 05515 dersom andre rekvireringsløsninger ikke er tilgjengelig.
- I situasjoner der behandler ikke har umiddelbar tilgang til NISSY. Det kan være hvis behandler er på hjemmebesøk hos pasient som må raskt inn til legevakt og ambulanse ikke er nødvendig.

Transportør registrerer røde papirrekvisisjoner i tråd med rutiner i det enkelte helseforetak.

2.2.13 Flyreiser

- 13.1 Flyreiser skal alltid bestilles på telefon 05515.
- 13.2 Hvis pasienten har behov for flyreise til behandling, er pasienten ansvarlig for å kontakte 05515 for bestilling av flyreise så snart som mulig etter å ha mottatt innkalling til behandling.

2.2.14 Kommunekryssende turer

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen tilbys nødvendige allmennlegetjenester, jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 og § 3-2 første ledd. Kommunen skal ha et dekkende behandlingstilbud, og hovedregelen er at det gis støtte til reiser innad i kommunen.

Pasienter kan i enkelte tilfeller ha behov for å reise ut av kommunen til behandling. Pasienten kan få tilrettelagt transport til behandlinger utenfor kommunen hvis:

- Behandlingsstedet er geografisk nærmest pasientens oppholdssted
 - Pasienten har fastlege i en annen kommune, og det eksisterer et fastlegesamarbeid med bostedskommunen
 - Det er lange ventetider til behandling i bostedskommunen og pasienten trenger behandling raskt
 - Bostedskommunen ikke tilbyr den typen behandling pasienten trenger
-
- Hvis pasienten må krysse kommunegrensen for å motta behandling, og pasienten har behov for rekvirert transport, må behandler sende søknad om dette til pasientreisekontoret.
 - Basert på søknad undersøker pasientreisekontoret opplysningene med pasientens bostedskommune. Det er bostedskommunen som dokumenterer hvorvidt tilbudet mangler i kommunen.

2.2.15 Utenom åpningstider

- Hvis behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker oppstår utenfor åpningstider til pasientreisekontor, ordner pasienten reise selv og søker om å få støtte til utgifter i etterkant av reisen. Drosjeutgifter dekkes fullt ut i slike tilfeller.

2.2.16 Oppsummering av behandlers ansvar

- Ved attestering av enkeltrekvisisjoner er det henvisende behandler som har ansvar for å vurdere og attestere pasientens helsemessige behov for tilrettelagt transport i NISSY.
- Behandler som rekvirerer reise til behandling er ansvarlig for å vurdere om pasienten også har helsemessig behov for transport på retur. Dersom det er forventet å være helsemessig behov for tilrettelagt transport begge veier, attesteres det behov for tur/retur.
- Hvis det ikke er attestert behov for tilrettelagt transport på returreisen på forhånd, er det behandler ved behandlingsstedet pasienten mottar behandling som skal vurdere helsemessig behov for returreisen. Har ikke pasienten behov for tilrettelagt transport på returreisen, skal pasienten ordne reisen på egenhånd og søke om støtte til utgifter i etterkant.
- Hvis pasienten har vært innom flere behandlingssteder er det den siste behandleren pasienten er hos som er ansvarlig for å attestere behov og rekvirere reise.
- Behandler kan attestere behov for tilrettelagt transport for en lengre tidsperiode til pasienter med tidsbestemt helsemessig behov, inntil en periode på maksimalt 1 år.

- Pasientens fastlege kan attestere tidsbestemt helsemessig behov til alle typer behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til behandlinger i spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion.
- Andre behandlere kan attestere tidsbestemt helsemessig behov for reiser til og fra egne behandlinger/behandlingsstedet behandleren er tilknyttet.
- Behandler har alltid anledning til å endre eller fjerne attesterte behov for en tidsperiode, for eksempel hvis pasienten sin helsetilstand endrer seg.
- Behandler er ansvarlig for å vurdere og attestere hvorvidt pasient har helsemessig behov for transport på hele eller deler av reisen. Behandler ser på hele reisen (tid og avstand) og vurderer pasientens behov ut ifra det.
- Behandler er ansvarlig for å dokumentere eventuelle spesielle behov pasienten har på reisen. Rekvirenten er ansvarlig for å huke av for eventuelle spesielle behov i NISSY basert på dokumentasjon fra behandler.
- Hvis pasienten ikke kan benytte offentlig transport av helsemessige årsaker, kan behandler attestere behov for at pasienten kan benytte egen bil eller blir kjørt av en reiseledsager.
- Behandler er ansvarlig for å attestere pasientens behov for reiseledsager når dette er nødvendig på reisen av helsemessige årsaker. Behovet må være dokumentert for at reiseledsagers utgifter skal dekkes.
 - Unntak: barn under 18 år kan ha med seg reiseledsager uten at dette attesteres av behandler.
- Hvis den pårørende har rett til støtte til reiseutgifter, er behandler ansvarlig for å dokumentere dette (se punkt 2.2.9 i rekvisisjonspraksis for nærmere beskrivelse).
- Ved øyeblikkelig hjelp er behandler ansvarlig for å dokumentere at pasienten har mottatt øyeblikkelig hjelp når pasienten legger ut for reisen selv.
- Rekvirenten er ansvarlig for at pasienter som henvender seg til legevakten og legevaktsentralen om øyeblikkelig hjelp, følges opp og kommer seg til behandling. Kommunen er ansvarlig for at legevaktsentralen og legevaktordningen har et system som gjør det mulig for rekvirent å utøve dette ansvaret.
- Ved kommunekryssende turer har behandler ansvar for å dokumentere og sende søknad til pasientreisekontoret om at pasienten trenger rekvirert transport til behandling i en annen kommune (se punkt 14 i rekvisisjonspraksis for nærmere beskrivelse).

2.3 Pasientreisekontor

2.3.1. Rekvisisjon av trafikale årsaker hvor rutegående transport ikke er tilgjengelig

- Pasientreisekontoret attesterer behov for tilrettelagt transport til og fra behandling når rutegående transport ikke er tilgjengelig. Ved reiser under 10 km eller med rutegående transportmiddel til lokal minstetakst/enhetstakst dekkes ikke transport.

2.3.2 Attestering av tidsbestemte behov av trafikale årsaker

- Pasientreisekontoret kan attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med tidsbestemt behov for tilrettelagt transport ved manglende rutegående tilbud.
- Pasienter med attestert behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt. Disse pasientene får hele reisen og tilleggsutgifter dekket, forutsatt at eventuell bestilt transport blir avbestilt før reisen gjennomføres. Pasienten er selv ansvarlig for å avbestille reise.

2.3.3 Oppfølging av endringer i rutegående tilbud

- Hvis pasient får ny folkeregistrert bostedsadresse, må vurderingen om pasient har rett på tilrettelagt transport av trafikale årsaker gjøres på nytt.
- Endringer i rutegående transport kan medføre at pasienter får sitt behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker vurdert på nytt.
- Pasientreisekontorene skal ha oversikt over endringer i det rutegående tilbudet i sitt ansvarsområde som kan påvirke pasienters behov for tilrettelagt transport.

2.3.4 Oppsummering av pasientreisekontorenes ansvar

Pasientreisekontorene har ansvar for:

- planlegging og bestilling av rekvirerte pasientreiser.
- å attestere transport på trafikalt grunnlag (én gangs attest eller for et gitt tidsrom på inntil ett år).
- å bestille, endre og avbestille reiser for pasienter som ikke benytter helsenorge.no.
- å bistå med brukerstøtte til rekvirenter, pasienter og transportører. Brukerstøtte omfatter for eksempel hjelp til elektronisk rekvirering, spørsmål knyttet til rekvisisjonspraksis og regelverk, bestille, bekrefte, endre og avbestille reise for pasienter som ikke benytter helsenorge.no.
- å attestere tidsbestemte behov til pasienter med behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker.
- å motta og behandle søknad om kommunekryssende turer.

2.4 Pasient

2.4.1 Bruk av helsenorge.no

- Som hovedregel skal pasienten bestille, se, bekrefte, endre og avbestille reisen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter 05515.
 - Unntak: Kun pasienter med attestert tidsbestemt behov kan bestille reise via helsenorge.no.
 - Unntak: Flyreiser bestilles alltid via 05515

2.4.2 Bestille, se, bekrefte, endre og avbestille reise

- Bestille reise
 - Pasienter med attestert tidsbestemt helsemessig eller trafikalt behov kan bestille reise via helsenorge.no.
 - Pasient kan som hovedregel kun bestille reise til primærhelsetjenesten i egen kommune og til spesialisthelsetjenesten i egen helseregion.
 - Det kan gjøres unntak fra dette i enkelte tilfeller. Se punkt 2.2.14 i rekvisisjonspraksis for unntak.
 - Når pasienten har startet en bestilling av reise på helsenorge.no blir reisene planlagt og bestilt av pasientreisekontor.
- Se reise:
 - Pasienten kan se reiser som er rekvirert seks måneder frem i tid på helsenorge.no.
 - På hver rekvisisjon kan pasienten se til- og fra-adresse, dato, omtrentlig klokkeslett for henting, oppmøtetidspunkt for behandling og informasjon om eventuelle registrerte spesielle behov eller reiseledsager(e).
- Bekrefte reise:
 - I noen tilfeller legger behandlere inn rekvisisjoner som må bekreftes av pasienten for at reise skal bli bestilt. Pasienten kan bekrefte disse reisene via helsenorge.no. Reiser som må bekreftes har et varsel om dette på helsenorge.no.
 - Eksempelvis kan en returreise måtte bekreftes av pasient. En returreise bekreftes så snart pasienten kjenner tidspunktet for retur.
- Endring av reise:
 - Pasient er ansvarlig for å endre en reise hvis dato, behandlingstidspunkt, adresse eller spesielle behov endrer seg. Pasienten må gi beskjed om endring så snart behovet for å endre reisen oppstår. Dette er viktig for å unngå bomturer.
 - På helsenorge.no kan pasienten se hvilke reiser som kan endres digitalt, og hva som kan endres.
- Avbestilling av reise:
 - Hvis pasient av ulike grunner ikke kan reise til en planlagt behandling, eller pasienten velger å benytte egen bil eller bli kjørt, er det viktig at en bestilt reise blir avbestilt.
 - Pasienten kan velge å avbestille både reisen til og fra behandling, kun reisen til behandling eller kun reisen fra behandling.

2.4.3 Oppsummering av pasientens ansvar

Pasient er selv ansvarlig for å:

- bekrefte, endre og avbestille enkeltrekvisisjoner via helsenorge.no eller ved å ringe 05515, når det er behov for det.
- bestille reise via helsenorge.no eller ved å ringe 05515, når pasienten har et attestert behov for en lengre tidsperiode.
 - Unntak: Flyreiser skal alltid bestilles via 05515
- endre en reise hvis behandlingstidspunkt, adresse eller spesielle behov endrer seg. Dette må gjøres så snart behovet for å endre reisen oppstår.
- avbestille en bestilt reise hvis pasienten velger å benytte egen bil eller blir kjørt. Reise kan avbestilles på helsenorge.no eller ved å ringe 05515.
 - Pasienten kan velge å avbestille både reisen til og fra behandling, kun reisen til behandling eller kun reisen fra behandling.
- gi beskjed til behandler hvis helsetilstanden endrer seg og dermed også behovet for tilrettelagt transport.
- søke om støtte for reiseutgifter som pasient har lagt ut for selv. Det kan gjøres på helsenorge.no eller ved å sende søknadsskjema til Pasientreiser HF, Postboks 2533 Kjørbekk, 3702 Skien.
- ordne reise selv på resten av reisen, når kun deler av reisen er rekvirert. Pasienten kan benytte egen bil eller bli kjørt og søke refusjon i etterkant, eller ringe 05515 hvis det er manglende rutegående transport på strekningen.
- bestille returreise så snart pasienten vet når pasienten vil være ferdig til behandling. Det kan gjøres på helsenorge.no eller på telefon 05515.

3 Reise uten rekvisisjon

Når pasient, reiseledsager, pårørende eller noen som representerer disse legger ut for reiseutgifter selv, skal det søkes om støtte for dette i etterkant. Slik søknad kan sendes inn via helsenorge.no eller i posten til Pasientreiser HF, Postboks 2533 Kjørbekk, 3702 Skien.

Søknadene behandles av Pasientreiser HF, som fatter vedtak om støtte til reiseutgifter for reiser uten rekvisisjon.

4 Ved avvik

- Hvis løsningene beskrevet i rekvisisjonspraksis ikke ivaretar sørge for-ansvaret, kan praksis fravikes.
- Behandler kan under særskilte omstendigheter, for eksempel når pasient ikke kommer seg av gårde med annet transportmiddel enn drosje, utstede rekvisisjon når rutegående transport ikke er tilgjengelig for å sikre at pasient kommer seg til nødvendig behandling. Med særskilte omstendigheter menes her tilfeller utenfor pasientreisekontorets åpningstid, nedetid i systemer eller andre omstendigheter hvor det er umulig å komme i kontakt med pasientreisekontoret.

Ordliste

Begreper	Definisjon
Reiser uten rekvisisjon	Ved dekning av utgifter ved reiser uten rekvisisjon reiser pasienten normalt uten rekvisisjon. Pasienten legger selv ut for reisen og søker deretter om stønad til reiseutgiftene.
Reiser med rekvisisjon	Ved reiser med rekvisisjon reiser pasienten med en rekvisisjon som er utstedt på helsemessig/medisinsk og/eller trafikalt grunnlag.
Rekvisisjon	En bekreftelse på at pasienten får dekket utgiftene til den aktuelle pasientreisen som følge av helsemessige eller trafikale årsaker.
Enkeltrekvisisjon	En rekvirert reise som gjelder for én tur.
Tidsbestemt attestasjon	En rekvisisjon som varer over en gitt tidsperiode og som gjelder for reiser innenfor denne tidsperioden.
Serierekvisisjon	Rekvisisjon utstedt til en serie behandlinger.
Seriebehandlinger	Når pasienten er innkalt til en rekke behandlinger fremover i tid.
Rekvirering av reise	Rekvisisjonen registreres i forkant av reisen ved elektronisk rekvirering eller ved å ringe 05515.
Pasientreiser HF	Et nasjonalt foretak, eid av de regionale helseforetakene, som ivaretar transaksjonstunge og koordinerende oppgaver for pasientreiser.
NISSY	NISSY (Nasjonalt informasjonssystem for syketransport) er et system for rekvirering, bestilling, planlegging og gjennomføring av pasientreiser med rekvisisjon. Systemet brukes av alle pasientreisekontorene.
Brukerstøtte	Brukerstøtte omfattes eksempelvis av hjelp til elektronisk rekvirering, besvare spørsmål knyttet til rekvisisjonspraksis og regelverk, bestille, bekrefte, endre og avbestille reise for pasienter som ikke benytter helsenorge.no.
Trafikalt grunnlag	Når det ikke finnes rutegående transport og strekningen er 10 km eller mer én vei.
Rutegående transport	Med rutegående transport menes buss, tog, fly og båt som går i fast rute.
Delvis rekvirert reise (delreise)	Når pasienten har helsemessig eller trafikalt behov for rekvirert reise på deler av strekningen, men ikke på hele.
Øyeblikkelig hjelp	Øyeblikkelig hjelp er helsehjelp som er «påtrengende nødvendig», dvs. om det er akutt fare for liv eller alvorlig nedsettelse av funksjonsevne, og at rask hjelp innen 24 timer er nødvendig for å avverge denne faren. Øyeblikkelig hjelp skal ikke benyttes i tilfeller der ledig time til behandling åpner seg på kort varsel.
Ikke planlagt time	Når det på kort varsel åpner seg en time til behandling.
Serviceparameter	Standardiserte måleparameter som pasientenes tjenester måles etter.

Serviceerklæringen	Serviceerklæringen oppsummerer hva brukerne kan forvente seg i møte med pasientreiseordningen.
Rød papirrekvisisjon	Røde papirrekvisisjon er en blokk med rekvisisjoner der behandler/rekvirent fyller inn opplysninger om pasienten, behandler, dato for reise og eventuelle spesielle behov for reisen. Rekvirent/behandler signerer på at pasienten av helsemessige årsaker ikke kan bruke rutegående transport.
Pårørende	<p>Pårørende er en person som er med pasient til behandling, men som ikke er nødvendig for å kunne gjennomføre selve reisen. Pårørende som av helsemessige årsaker er nødvendig for å gjennomføre selve reisen regnes som reiseledsager.</p> <p>Med nære pårørende menes ektefelle, samboer, barn, barnebarn, foreldre, besteforeldre, svigerbarn, svigerforeldre og søsken, samt personer som tilhører samme husstand.</p>
Reiseledsager	Person som av helsemessige årsaker er nødvendig for at pasienten skal være i stand til å gjennomføre selve reisen.

Implementering, videreutvikling og risikoreduserende tiltak for ny rekvisisjonspraksis

Vedlegg: Skisse til implementeringsplan

Innledning

Dette dokumentet skisserer arbeidet med implementering, videreutvikling av rekvisisjonspraksis for reiser med rekvisisjon og risikoreduserende tiltak. Dagens rekvisisjonspraksis regulerer arbeidsdeling, roller og ansvar i gjennomføringen av pasientreiser med rekvisisjon. Det er foreslått endringer i dagens rekvisisjonspraksis som vil forenkle arbeidsbyrden og oppgavene til behandler, og overføre mer av bestillingsansvaret fra behandler til pasient. Endringene som foreslås er i tråd med målbildet for pasientreiser med rekvisisjon, og ny rekvisisjonspraksis er et steg i retningen av å nå dette målbildet.

Under ses en kortfattet oversikt over endringene i rekvisisjonspraksis:



Behandler gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med varige helsemessige behov. Fastlege kan attestere til alle behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. Andre behandlere kan attestere til egen virksomhet.



Det kan rekvireres tur/retur dersom det forventes å være et helsemessig behov for tilrettelagt transport begge veier.



Bruk av egen bil av helsemessige årsaker kan attesteres av behandler.



Pasienter som har fått innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt i stedet.



Pasienter kan se, endre, avbestille, og bekrefte reisen selv i selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter seg av 05515. Pasienter med attestert tidsbestemt behov kan bestille reise via helsenorge.no eller 05515.



Betydningen av begrepet «øyeblikkelig hjelp» i pasientreiseforskriften presiseres, og ansvaret for at pasient kommer frem til behandling legges til rekvirent.



Håndtering av reiser bestilt etter kl. 13:00 siste virkedag før behandling presiseres.



Pasientreisekontor gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker.

Ved implementering av ny rekvisisjonspraksis legges det opp til at utarbeidelse av informasjonsmateriell, opplæringsmateriell og teknisk utvikling foregår parallelt. Som et risikoreduserende tiltak, anbefales det at ny rekvisisjonspraksis innføres i en pilotperiode høsten 2022. Dette gir muligheter for å høste erfaringer, og se hvilke kontroller som bør innføres, men også for å avdekke eventuelle konsekvenser for helseforetakene. Det legges opp til at ny rekvisisjonspraksis implementeres fullt ut i løpet av første halvår 2023.

En sentral del av implementeringen er å kommunisere endringene til behandlere, rekvirenter og pasienter. Det er viktig å sikre at alle mottar den informasjonen de trenger, og at denne er utarbeidet på en måte som er enkel for mottakeren å forstå. Det er ikke hensikten at dokumentet «Rekvisisjonspraksis» i sin helhet skal benyttes til å kommunisere ut mot behandler, rekvirent og pasient, men er utarbeidet med formål om å fungere som et oppslagsverk for behandler og rekvirent.

For å kommunisere innholdet i ny rekvisisjonspraksis vil det bli utarbeidet informasjonsmateriell som er tilpasset de ulike målgruppene. I implementeringen blir det også viktig å oppdatere rekvirentveilederen, helsenorge.no og eventuelt andre kilder til informasjon for behandler, rekvirenter og pasienter. Det vil også bli utarbeidet opplæringsmateriell for pasientreisekontor og brukerstøtte.

En annen viktig oppgave i implementeringen vil være å utarbeide retningslinjer for behandlere ved attestering av helsemessige behov for en lengre tidsperiode. Dette arbeidet bør komme i gang snarlig.

Det vil alltid være mulig for helseforetakene å revidere den enkelte beholders praksis og fjerne rett til å attestere tidsbestemte behov, tur/retur og bruk av egen bil på medisinsk grunnlag. Muligheten til å attestere enkeltrekvisisjoner vil uansett alltid være til stede.

Hvis pasienten har bestilt tilrettelagt transport uten at det er innkalt til behandling er det ønskelig å kunne fremføre krav om tilbakebetaling for transportkostnad. Dette er noen av de risikoreduserende tiltakene som arbeidsgruppen mener er viktige. Risikoreduserende tiltak beskrives nærmere senere i dette dokumentet.

Andre momenter:

I arbeidet med ny rekvisisjonspraksis har arbeidsgruppen fått tilbakemeldinger på at det forekommer lokale variasjoner i åpningstidene til pasientreisekontorene som påvirker pasienter som reiser med rekvisisjon. Prosesskartleggingen som arbeidsgruppen har gjennomført bekrefter dette inntrykket. I forslaget til ny rekvisisjonspraksis legges mer ansvar til pasienten selv. Selvbetjeningsløsningen muliggjør denne endringen i ansvarsfordeling, og rekvisisjonspraksis omtaler hva pasienten selv har ansvar for. Eksempelvis er pasienten selv ansvarlig for å avbestille en reise, noe som er viktig for å unngå bomturer. I lys av dette er det viktig at pasientene har en reell mulighet til å utøve dette ansvaret uavhengig av eventuelle lokale variasjoner. Dette bør ivaretas i utvikling av selvbetjeningsløsningen og i tiltaket for brukerstøtte.

Videreutvikling

Rekvisisjonspraksis bør følges opp og videreutvikles innen allerede eksisterende samhandlingsmodell og nettverk på pasientreiseområdet. Det er viktig å involvere bruker- og behandlerorganisasjonene i dette arbeidet.

Forslagene til ny rekvisisjonspraksis er et steg i retning av å nå det overordnede målbildet på pasientreiseområdet. Det vil bli behov for å revidere rekvisisjonspraksisen i tråd med den tekniske utviklingen, og behov for revidering vurderes fortløpende. Det kan også oppstå behov for revideringer etter hvert som det høstes erfaringer med ny rekvisisjonspraksis, eller ved eventuelle endringer i pasientreiseforskriften.

Risikoreduserende tiltak

Gjennomføring av pilot

Ved å gjennomføre en pilot innen et bestemt område vil det gis anledning til å synliggjøre risikomomenter og usikkerheter. Det vil bli arbeidet med detaljering av kontrollstrategi for å svare på disse risikomomentene.

Gjennomføring av pilot gir også mulighet til å følge med på eventuelle endringer i pasientenes reisemønstre.

Et viktig formål med piloteringen vil være å måle utviklingen i pilotområdet sammenlignet med andre lignende områder i et normalår. I dette arbeidet er det viktig å skille på hvorvidt en endring i pasientens reisemønster skjer som følge av ny rekvisisjonspraksis, eller om det er andre forhold som kan forklare denne endringen.

Kontrollstrategi

For å detaljere hvordan de risikoreduserende tiltakene skal følges opp og hvem som har ansvar for dette, vil det bli utarbeidet en kontrollstrategi. Formålet med strategien vil blant annet være å sikre internkontroll i hvordan rekvisisjonspraksis utøves.

Kontrollstrategien vil legge vekt på de endringene der risikoen anses som størst, med detaljering av risikovurderinger og kontrollaktiviteter. Dette kan følges opp med stikkprøver for å avdekke hvor det eventuelt bør settes inn ekstra kontrollpunkter.

Kontrollstrategien bør særlig fokusere på forhold som innebærer en økonomisk risiko. Det er usikkerhet knyttet til om og hvordan reisemønsteret for pasienter med attestert tidsbestemt behov eventuelt endrer seg, og hvordan økt fleksibilitet for bruk av egen bil vil gi utslag.

Det er per i dag ikke mulig å få opplysninger om pasient via et innkallingsregister. Selv om pasientreiseordningen er tillitsbasert, må det utføres stikkprøvekontroller for å bekrefte oppmøte i etterkant. Dette er viktig av preventive hensyn. Det kan være en form for oppmøtekontroll på samme måte som hos reiser uten rekvisisjon. Det bør lages gode rapporter i Radar som raskt fanger opp avvik dersom forbruket skulle eskalere, eller dersom enkelte rekvirenter plutselig skulle rekvirere oftere enn før. Det kan også vurderes å gjøre sjekk i oppmøtereregistre, KUHR og NPR, for saker der pasienten har bestilt reise selv.

Beskrivelse av risikoreducerende tiltak

Tiltak 1: Forenklinger i reiser uten rekvisisjon (RUR)	
Endring i rekvisisjonspraksis	Ikke knyttet til en spesiell endring i rekvisisjonspraksis.
Risiko	
Risikoreduksjon	<p>En generell tilbakemelding som har kommet frem i arbeidet med ny rekvisisjonspraksis er at en forenkling innen RUR vil gjøre at flere som i dag reiser med rekvisisjon vil kunne reise uten rekvisisjon.</p> <p>Utfordringene handler i stor grad om å fremskaffe rett dokumentasjon, for eksempel behov for reiseledsager eller behov for bruk av egen bil. Pasienten skal nå i større grad slippe å innhente papirdokumentasjon for disse behovene til sine søknader om stønad til reiseutgifter i reiser uten rekvisisjon. I rekvisisjonspraksis er nå attestering av bruk av egen bil og reiseledsager inkludert, og det er tenkt at denne vurderingen blir inkludert i prosessen for behandleres vurdering av rekvirert transport for pasient. Det vil også si at behandler kan merke av for dette i systemet, i stedet for å utstede papirdokumentasjon. I tillegg vil det være en deling av informasjon på tvers av prosessene for reiser med og uten rekvisisjon, slik at også reiser uten rekvisisjon for eksempel har informasjon om pasienten har hatt et behov for en rekvirert reise og avbestilt denne for i stedet å bli kjørt. I tillegg kan pasient alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt, når pasienten har et attestert tidsbestemt behov for tilrettelagt transport, uten å måtte innhente dokumentasjon på behov for bruk av egen bil.</p>

Tiltak 2: Kommunikasjon, informasjon og opplæring. Sørg for god dialog med behandlere og rekvirenter under implementering.	
Endring i rekvisisjonspraksis	Gjelder generelt da ny rekvisisjonspraksis innebærer flere endringer som gjør at kommunikasjon og opplæring blir viktig.
Risiko	Uklart for behandler og rekvirent hva ny rekvisisjonspraksis åpner for og hvem som har ansvar i de ulike tilfellene.
Risikoreduksjon	God dialog med behandlere og rekvirenter under utrulling av ny rekvisisjonspraksis. Målrrettede informasjonstiltak, utarbeidelse av godt kommunikasjonsmateriell, og oppdatering av informasjon der dette trengs. Benytte ulike kanaler for å nå målgruppene med informasjon om ny rekvisisjonspraksis.

Tiltak 3: retningslinjer for attesting av tidsbestemte helsemessige behov, øvre grense på varigheten av tidsbestemt behov og begrensning i område	
Endring i rekvisisjonspraksis	Behandler gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessige behov i inntil ett år. Fastlege gis anledning til å attestere for alle reiser til alle typer behandlinger i primærhelsetjenesten i pasientens hjemkommune og til behandlinger i spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. Andre behandlere kan attestere til egen institusjon.
Risiko	Ukjent økonomisk risiko: I tilfelle en behandler gjør en feilvurdering og attesterer noen tilrettelagt transport hvor det ikke er reelt grunnlag for det, vil feilen gjelde for flere reiser enn tilfellet i dag, og utløse kostnader for helseforetak. Endringen gir også mer tillit til pasient, som med et attestert tidsbestemt behov vil kunne bestille en rekvirert reise selv om pasienten kanskje er i stand til å komme seg til behandling på egenhånd akkurat den dagen.
Risikoreduksjon	<p>Foretakene vil lage tydelige retningslinjer og krav til for hva som skal vektlegges når en behandler attesterer tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessige behov. Det skal være mer omfattende å gjøre en slik attestasjon enn en enkeltrekvisisjon, men til gjengjeld vil attestasjonen gjelde for flere rekvisisjoner.</p> <p>Siden vi ikke kjenner de økonomiske utslagene av endringen settes det i første omgang en begrensning på hvor lenge behandlere kan attestere tidsbestemt behov. Grensen settes på inntil ett år, og dette tas opp til vurdering ved neste revisjon av rekvisisjonspraksis. I tillegg legges det inn en begrensning på at fastlege kan attestere behov til behandlinger i primærhelsetjenesten og til spesialisthelsetjenesten i pasientens egen helseregion. I tillegg kan det legges inn begrensninger i selvbetjeningsløsningen på hvilke reiser pasienten kan bestille på bakgrunn av attestasjonen. På den måten ivaretas regelverket for hvilke reiser pasienten har rett til å få dekket. Dette reduserer risikoen for at pasienten bestiller potensielt dyre reiser til behandling andre steder enn i egen kommune/helseregion.</p> <p>Det utarbeides en tydelig kontrollstrategi for å følge opp tidsbestemte behov for tilrettelagt transport. Foretakene skal ha mulighet til å revidere den enkelte behandler praksis og fjerne retten til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med helsemessig behov. Muligheten til å attestere enkeltrekvisisjoner vil uansett alltid være til stede. Dersom endringen fører til store økonomiske konsekvenser kan et risikoreducerende tiltak være å gi behandler mulighet til å attestere behov for et gitt antall behandlinger. Dette kan vurderes ved revidering av rekvisisjonspraksis.</p> <p>Det er viktig å være tydelig på at behandler skal gjøre en grundig vurdering av pasientens helsemessige behov, og at dette må gjøres sett i lys av hele reisen under ett (inkludert reisetid og avstand).</p> <p>Når tekniske løsninger muliggjør det er det ønskelig å kunne koble reisebestillinger mot et innkallingsregister for behandlingstimer.</p>

Tiltak 4: Tydelige retningslinjer for rekvirering av tur/retur	
Endring i rekvisisjonspraksis	Ved henvisning kan det rekvireres tur/retur dersom det forventes å være et helsemessig behov for tilrettelagt transport begge veier.
Risiko	Risiko for overforbruk av tjenesten ved at rekvirent i primærhelsetjenesten ikke bærer kostnaden for tjenesten. Videre kan det tenkes tilfeller med overforbruk av tjenesten dersom henvisende behandler rekvirerer begge veier uten at det er grunnlag for det. Utover dette vil det være mindre risiko knyttet til denne endringen ettersom det alltid vil være den som kjenner pasienten best som tar beslutningen om rekvirering av reise.
Risikoreduksjon	Foretakene vil lage tydelige retningslinjer for hva som skal vektlegges av behandler som rekvirerer tur/retur når det er medisinsk behov for tilrettelagt transport begge veier. Arbeidsdelingen er i tråd med avtale som er inngått mellom Allmennlegeforeningen og de fire regionale helseforetakene.

Tiltak 5: Tydelige retningslinjer for bruk av egen bil på helsemessig grunnlag	
Endring i rekvisisjonspraksis	Bruk av egen bil av helsemessige årsaker kan attesteres av behandler.
Risiko	Ordningen kan fremstå som mer attraktiv enn å benytte kollektivtransport og dermed bevege enkelte brukere over til reiser uten rekvisisjon.
Risikoreduksjon	Foretakene vil lage tydelige retningslinjer for hva som skal vektlegges av behandler som rekvirerer bruk av egen bil på helsemessig grunnlag, og dermed gi støtte til behandleres vurderinger. Det skal være enklere for behandlere å attestere behov for bruk av egen bil, ved at også dette kan registreres i systemet i stedet for ved papirdokumentasjon. Foretakene skal ha mulighet til å revidere behandleres praksis og fjerne retten til å attestere bruk av egen bil på helsemessig grunnlag.

Tiltak 6: Tydeliggjøre konsekvensene ved manglende avbestilling av transport	
Endring i rekvisisjonspraksis	Pasienter som har fått innvilget tilrettelagt transport kan alltid velge å benytte egen bil eller bli kjørt i stedet.
Risiko	Risiko for bomturer dersom det blir bestilt tilrettelagt transport og pasienten velger å kjøre egen bil, men glemmer å avbestille tilrettelagt transport. Det kan være risiko for økte kostnader dersom pasienten var planlagt samkjørt, eller transportert med fast rute/helseekspress, hvor marginalkostnaden ved den tilrettelagte transporten var lavere enn kostnad for å kjøre egen bil.
Risikoreduksjon	Klargjøre overfor pasient at dersom det blir bestilt en tilrettelagt transport som ikke blir avbestilt og pasienten velger å kjøre egen bil, så gis det ikke dekning til reiseutgifter. Alle pasienter må ha reell mulighet til å kunne avbestille en transport, også på kort varsel.

Tiltak 7: God brukerstøtte, tydeliggjøre konsekvenser for pasient, kontrollere opp mot oppmøtere register	
Endring i rekvisisjonspraksis	Pasienter kan se, endre, bestille, avbestille, og bekrefte reisen selv i selvbetjeningsløsningen på helsenorge.no. Øvrige pasienter benytter seg av 05515.
Risiko	<p>Nedetid på plattformen kan gi problemer for brukere.</p> <p>Pasient kan gjøre feil inne på helsenorge.no.</p> <p>Pasient kan av ulike grunner ikke få endret eller avbestilt reise (kan være pga tekniske problemer, ikke mulig å kontakte/få kontakt med 05515 eller lignende).</p> <p>Pt. finnes det ikke et time-/innkallingsregister som det kan gjøres oppslag mot. Dette må gjøres i etterkant opp mot oppmøtere registeret. Oppmøtere registeret opplyses å oppdateres sent og ha noe varierende kvalitet.</p> <p>Pasient som misbruker en attestert rettighet til tilrettelagt transport til andre formål enn transport til og fra behandling. Ved oppstart av ny rekvisisjonspraksis er det ikke mulig å forhånds-kontrollere om pasienten er innkalt til time den dagen det bestilles transport for. Det er kun mulig å gjennomføre kontroller i etterkant ved bruk av oppmøtere registeret.</p>
Risikoreduksjon	<p>Sikres på samme måte som andre tjenester levert via helsenorge.no, samt ved å sikre opplæring og oppfølging av brukerstøtte.</p> <p>Det gjennomføres kontroller i etterkant opp mot oppmøtere registeret.</p> <p>Det klargjøres overfor pasient at dersom det blir bestilt en tilrettelagt transport uten at det er innkalt til behandling, så kan det fremføres et krav om tilbakebetaling for transportkostnadene.</p> <p>Når tekniske løsninger muliggjør det er det ønskelig å koble bestillinger til et innkallingsregister.</p>

Tiltak 8: Retningslinjer for attestering av tidsbestemte behov på trafikkert grunnlag	
Endring i rekvisisjonspraksis	Pasientreisekontor gis anledning til å attestere tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter med behov for tilrettelagt transport av trafikale årsaker.
Risiko	Ved endringer i tilgjengelige transport i det geografiske området hvor pasienten er bosatt kan vilkåret for rettigheten falle bort uten at det fanges opp av lokalt pasientreisekontor.
Risikoreduksjon	<p>Foretakene utarbeider tydelige retningslinjer for hva som skal vektlegges når et pasientreisekontor attesterer tidsbestemte behov for tilrettelagt transport til pasienter på trafikkert grunnlag.</p> <p>Pasientreisekontor utarbeider retningslinjer for å ha kontroll på endringer i rutegående transport i sitt ansvarsområde og fjerne attest på tidsbestemte behov for tilrettelagt transport dersom det ikke lenger er grunnlag for en slik rettighet.</p>

Vedlegg: Skisse til implementeringsplan rekvisisjonspraksis

Aktivitet	Frist
Informasjon/kommunikasjon	Mars 2022
Utarbeide kommunikasjonsplan	
Utarbeide informasjonsmateriell rettet mot den enkelte målgruppe	
Teste infomateriell på målgrupper	
Oppdatere nettsider	
Kontakt med kommunikasjon hos helseforetakene	
Utsending av nyhetsbrev	
Oppdatere info på helsenorge	
Oppdatere rekvirentveileder	
Utsending av informasjon til målgrupper	
Opplæring	Mars 2022
Utarbeide opplæringsmateriell	
Opplæring til brukerstøtte	
Forberede opplæringsplan til utrulling i pilotområde	
Forberede opplæringsplan til utrulling i resterende område	
Utvikle kontrollstrategi	Mars 2022
Utarbeide manuelle kontrollrutiner	
Undersøke muligheten for å utvikle automatiske kontrollpunkt	
Utarbeide retningslinjer for varige medisinske behov	
Teknisk utvikling	September 2022
Utarbeide tekniske justeringer i Nissy	
Utarbeide tekniske justeringer i rekvirentmodul	
Utarbeide tekniske justeringer på helsenorge	
Utarbeide tilpasninger i RUR	
Utrulling pilotområde	Q4 2022
Planlegge og detaljere utrullingsfase i pilotområde	
Gi pilotområde tilgang til nye tekniske løsninger	
Distribuere informasjonsmateriell i pilotområde	
Opplæring behandlere/rekvirenter i pilotområde	
Foreta justeringer basert på erfaringer fra pilotområde	
Utrulling resterende område	Q1/Q2 2023
Planlegge og detaljere utrullingsfase i resterende område	
Distribuere informasjonsmateriell	Februar 2023
Opplæring behandlere/rekvirenter	
Videreutvikling av rekvisisjonspraksis	Vurderes fortløpende
Revidere i tråd med videreutvikling av tekniske løsninger	
Revidere i tråd med endringer i pasientreiseforskrift	
Revidere basert på erfaring med ny praksis	

Møtedato: 20. januar 2022
Arkivnr.:
2022/XX

Saksbeh/tlf:
Synøve Kalstad, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 12. januar 2022

RBU-sak 05-2022

Mandat for delstrategi: Strategi for smittevern i Helse Nord RHF, inkludert tuberkulosekontrollprogram

Formål

Saken har to formål:

1. Orienterer Regionalt brukerutvalg om status for arbeidet med Strategi for smittevern i Helse Nord RHF, inkludert tuberkulosekontrollprogram
2. Innhente innspill til ordlyden i mandatet for arbeidet, med særlig vekt på hva Regionalt brukerutvalg mener strategien bør omhandle for å sikre og fremme pasientenes/pårørendes helsekompetanse om smittevern.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Godt smittevern bidrar til bedre pasientsikkerhet og er en forutsetning for å begrense utbrudd og spredning av smittsomme sykdommer i helsetjenesten og samfunnet.

Smittevernplan Helse Nord 2016-2020 definerer strategiske mål for smittevernarbeidet i helseforetakene i regionen og er gjeldende inntil ny smittevernstrategi er vedtatt. Tuberkuloseprogrammet er en del av smittevernplan 2016-2020. Smittevernplanen inkludert tuberkulosekontrollprogrammet skal oppdateres og i tråd med Helse Nord RHF's strategiarbeid vil arbeidet gjennomføres med sikte på å utarbeide en delstrategi innenfor fagområdet.

Smittevernstrategien skal være retningsgivende for smitteverntiltak og smittevernarbeidet i Helse Nord for tidsperioden 2022-2026. Smittevernstrategien skal være en delstrategi for Helse Nord RHF.

Foreløpig utkast til mandat legges fram i møtet.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. RBU tar informasjon om arbeidet med delstrategi: Strategi for smittevern i Helse Nord RHF, inkludert tuberkulosekontrollprogram til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til mandatet:
 - a. ...
 - b. ...

Bodø, den 12. januar 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 20. januar 2022

Arkivnr.:

Saksbeh/tlf.:

Roger Slettli Nymo, 99 23 45 40,

Sted/Dato:

Tromsø, 12. januar 2022

RBU Sak 06-2022

Dokumentdeling via kjernejournal – Innføring av tjenesten

Formål

Delprosjektet «*Dokumentdeling*» i prosjektet *Digitale pasient- og samhandlings tjenester* vil i denne saken orientere Regionalt Brukerutvalg om planer for hvordan innføring av tjenesten dokumentdeling via Kjernejournal er planlagt å gjennomføres, samt erfaringer og innsikt som er innhentet gjennom utprøving og evaluering av tjenesten. RBU inviteres til å stille spørsmål og komme med innspill til tjenesten. Orienteringen er en oppfølging av sak 84-2020.

Bakgrunn

Bakgrunnen for denne tjenesten knyttes til stortingsmelding 9 av 2012-2013, «Én innbygger – én journal», der enklere tilgang på helseopplysninger mellom helseaktører er hovedbudskapet.

Samhandlings- og informasjonsbehovet i helsetjenesten øker kontinuerlig og pasientforløpene på tvers av spesialist- og primærhelsetjenestene fører til at systemene for dokumentasjon om pasienten gjennom forløpet stadig blir mer omfattende. Mange helseaktører sitter på store mengder viktige opplysninger om pasientene sine. For å støtte opp under helsebehandlingen, og for å bidra til at pasienter får best mulig behandling og oppfølging, er det nødvendig for behandlere å få tilgang til nødvendig og relevant informasjon, uavhengig av hvor opplysningene er samlet inn og lagret. Dette krever gode løsninger for deling av informasjon som er relevant for pasientbehandlingen.

Dokumentdeling i kjernejournal har som hensikt å bidra til å **øke pasientsikkerheten, redusere administrativ byrde og styrke personvernet** ved å dele dokumenter mellom helsepersonell på tvers av regioner, virksomheter og omsorgsnivåer. I pasientens kjernejournal kan helsepersonell se de samme opplysningene uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp.

Tjenesten

Tilgang til innhold i journaldokumenter vil representere en utvidelse av innholdet som i dag formidles i Kjernejournalen. Utvidelse med journaldokumenter vil være en utvidelse av funksjonaliteten i dagens Kjernejournal, og vil i utgangspunktet gjøres tilgjengelig for eksisterende brukere (brukertyper/roller) av Kjernejournal.

Dette er i hovedsak:

- fastleger og legevakt (primærhelsetjeneste)
- helsepersonell i kommunehelsetjenesten (KAD, Sykehjem, mm)
- leger i sykehus (spesialisthelsetjeneste)
- utvalgt personell i akuttkjeden (sykepleiere i legevakt eller akuttmottak).

Felles for disse gruppene har i utgangspunktet vært at de potensielt har tjenstlig behov for sentral pasientinformasjon fra alle relevante kilder i forbindelse med akutt helsehjelp til pasient de ikke har et etablert behandlerforhold til. I tillegg vil legegruppene i mange tilfeller ha vesentlig nytte av tilgang til informasjon fra andre virksomheter ved samhandling om pasienter i

ulike typer pasientforløp. Evaluering av gjennomført utprøving av tjenesten viser at helsepersonell har stor klinisk nytte av løsningen.

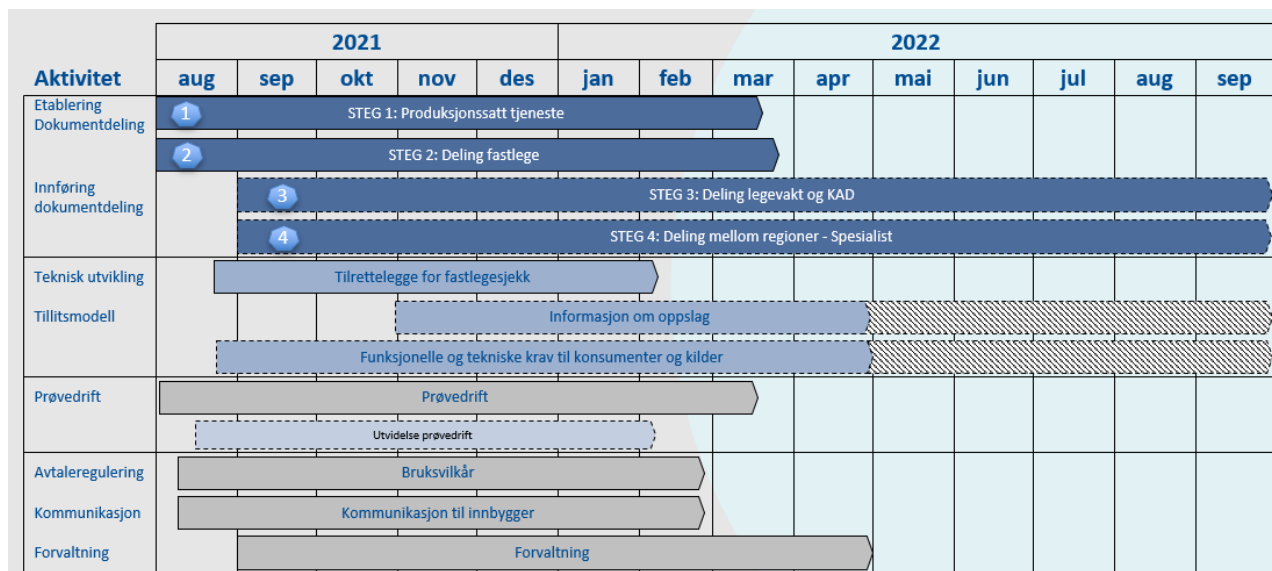
Status

Prosjektet har gjennom 2021 gjennomført en utprøving der regionale helsevirksomheter har kunnet søke og hente definerte journaldokumenter fra Helse Nords DIPS-EPJ. I utprøvingen har det vært ett samarbeid med Bodø Kommune der et utvalg av helsepersonell innen pleie og omsorg, legevakt og fastleger i Bodø kommune har hatt tilgang til dokumenter for sine pasienter. Det er i tilknytning til denne utprøvingen gjennomført en nasjonal evaluering av tjenesten i regi av Norsk Helsenet (NHN) (*vedlegg*). Det planlegges tilknytning til andre helseregioner, da først Helse Sør-Øst (HSØ) som har ett tilsvarende prosjekt for å tilrettelegge for deling av journaldokumenter.

Erfaringene fra utprøvingen av dokumentdeling via kjernejournal er gode. På nasjonal og regional basis er det tydelige ambisjoner om at løsningen skal videreutvikles på identifiserte områder. Det ønskes høyt trykk på innføring av tjenesten.

Prosjektet har definert følgende innføringssteg for tjenesten.

- Steg 1: Etablering av tjenesten i produksjon
- Steg 2: Deling av journaldokumenter til fastleger
- Steg 3: Deling av journaldokumenter til KAD og Legevakt
- Steg 4: Tilrettelagt for deling av til andre sykehus



Fremdriftsplan for innføring av dokumentdeling. Per. 14.12.21

Prosjektet har det siden våren 2021 jobbet med å legge til rette for produksjonssetting av løsningen (*Innføringssteg 1*) og innføre dokumentdeling til flere grupper av helsepersonell (*Innføringssteg 2 - 4*). Prosjektet er påvirket av en betydelig forsinkelse hos NHN i forhold til opprinnelige planer, og per nå er målsetningen å gjennomføre stegene i slutten av Q1 – 2022. Parallelt jobbes det for å implementere Vågan kommune og Fauske kommune i prøvedriften. Prosjektet planlegger for at prøvedrift opprettholdes inntil det er grunnlag for å innføre tjenesten i regionen. Tjenesten *Dokumentdeling via Kjernejournal* fungerer tilfredstillende i prøvedrift med det begrensede utvalget konsumenter som har deltatt i utprøvingen

Prosjektet har siden oppstart samarbeidet med Helse Sør-Øst (HSØ), det nasjonale dokumentdelingsprosjektet organisert i NHN og Direktoratet for e-helse (E-Helse). Det nasjonale prosjektet for dokumentdeling via Kjernejournal ble av NHN besluttet avsluttet tidlig høst 2021. Ansvaret for tjenesten og videre fremdrift er overført til interne linjeressurser i NHN.

Prosjektet har pekt på flere viktige områder som må håndteres nasjonalt før dokumentdeling via Kjernejournal kan innføres til flere grupper helsepersonell.

Først og fremst er det sentralt at innbyggere som kan bli påvirket av at tjenesten innføres får tilstrekkelig og god informasjon om innføring av tjenesten. Prosjektet etablerer en kommunikasjonsplan som skal underbygge de nasjonale tiltakene, samt ivareta regionale interessenter med informasjonsbehov ved innføring av tjenesten. Bakgrunnen for dette er behov for å informere pasienter og berørte innbyggere om deling av helseopplysninger som de kan bli berørt av. Dette for å sikre at personer som har behov for å skjerme informasjon om seg selv, får anledning til å gjøre vurderinger hvorvidt det er behov for å reservere seg mot tjenesten. Dette påpekes også i regional risikovurdering.

I evalueringen av utprøvingen som er gjennomført i Helse Nord og i Helse Sør-øst har det blitt innhentet erfaringer som gir grunnlag for videre innføring av tjenesten. Se vedlagte evalueringsrapport for mer detaljert informasjon,

- **Helsepersonell har tatt svært godt imot tjenesten dokumentdeling.** De forteller at de har savnet en tjeneste som gir digital tilgang til pasientens viktigste journaldokumenter og at pasienter ofte forventer at de har tilgang til nødvendige pasientjournaler. Generelle tilbakemeldinger er at de har god bruk for dokumentdeling på ulike institusjoner og i ulike roller. Dette gjelder både leger og sykepleiere i primær -og spesialisthelsetjenesten.
- **Dokumentdeling effektiviserer samhandling mellom helsepersonell** på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer. Blant annet ved å redusere behovet for å innhente opplysninger via konferering og dermed raskere fatte beslutninger. Bedre beslutningsgrunnlag gjennom enklere tilgang til pasientens journaldokumenter og muligheten til å raskt danne seg et overblikk over sykdomshistorikk eller studere vurderinger fra andre institusjoner. Det går også smidigere å bekrefte opplysninger som deles løpende fra kolleger, pasient eller pårørende.
- **Dokumentdeling gir høy nytte ved behandling av ukjente pasienter med komplisert sykdomshistorikk eller som befinner seg i tverrfaglige behandlingsløp** Behandling av pasienter med flere ulike lidelser eller kompliserte sykdommer involverer gjerne flere institusjoner og omsorgsnivåer i helsevesenet. Årsaken til at nytten er høy ved slike pasientforløp forklarer helsepersonell ved at dokumentdeling hjelper dem med å raskere skaffe seg et overblikk over lengre og kompliserte sykdomsforløp og bygge videre på tidligere vurderinger som er gjort av annet helsepersonell. Legevakten møter eksempelvis en del pasienter i akutte situasjoner der beslutningsgrunnlaget er avgjørende for utfall.
- **Dokumentdeling gir helsepersonell trygghet når de møter pasienter som ikke klarer å gi opplysninger om egen helsetilstand** Når helsepersonell behandler pasienter som ikke er i stand til å oppgi riktige opplysninger, eksempelvis kognitivt svekkete, barn, pasienter med rusproblemer eller alvorlig syke pasienter, er det svært nyttig for å raskt slå opp i en oversikt over sykdomshistorikken

Overordnet bekrefter utprøving og evaluering av tjenesten at helsepersonell kan gi mer målrettet behandling og tjenesten bidrar til bedre personvern gjennom mulighet for skjerming av informasjon og logging av innsyn som gjøres i pasientens sykdomshistorikk.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

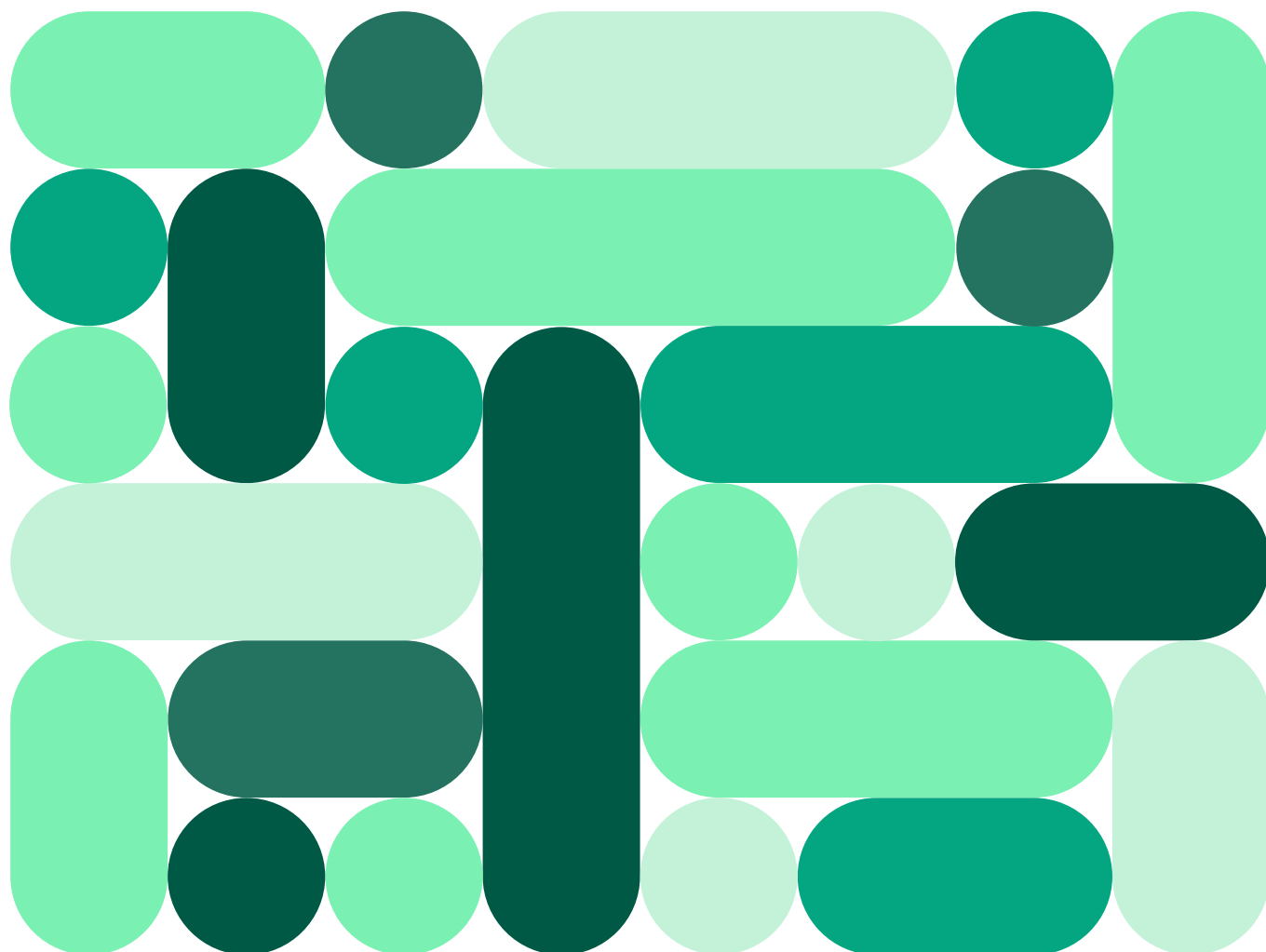
1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om dokumentdeling via kjernejournal til orientering.

Bodø 12.januar

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

- **Evalueringsrapport** for dokumentdeling i Kjernejournal v1.0



Evalueringsrapport for utprøving av dokumentdeling i kjernejournal

30. april 2021

Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	4
1.1. Dagens situasjon	4
1.2. Om utprøvingen og aktørene	4
1.3. Formålet med dokumentdeling i kjernejournal	5
1.4. Formålet med utprøving av dokumentdeling	5
2. Gjennomføring av utprøving	7
2.1. Kommunikasjon og opplæring	7
2.2. Erfaringsinnhenting og metoder	10
3. Resultater	10
3.1. Hovedfunn	10
3.2. Mål 1: Helsepersonell har god nytte av dokumentdeling	11
3.3. Mål 2: Innbyggere forstår informasjon og personverninnstillinger	22
3.4. Mål 3: Løsningen kan forvaltes på en ansvarlig måte	25
4. Konklusjon - vurdering av måloppnåelse	31
4.1. Vurdering av mål og delmål for utprøvingen	31
4.2. Vurdering av løsningen i utprøving opp mot hovedmål for prosjektet	32
4.3. Anbefaling	33
4.4. Veien videre	34

Bilag ligger i bunnen av dokumentet

Sammendrag

Dokumentdeling i kjernejournal har som hensikt å bidra til å øke pasientsikkerheten, redusere administrativ byrde og styrke personvernet ved å dele dokumenter mellom helsepersonell på tvers av regioner, virksomheter og omsorgsnivåer. I pasientens kjernejournal kan helsepersonell se de samme opplysningene uavhengig av hvor pasienten har mottatt helsehjelp.

Utprøving av tjenesten dokumentdeling er gjennomført av Norsk Helsenett (NHN) i tett samarbeid med Helse Sør-Øst og Helse Nord som delte journaldokumenter til andre deler av sektoren. Utprøvingen inkluderte 239 brukere, både leger og sykepleiere fra ulike virksomheter. Denne rapporten sammenfatter erfaringer fra utprøvingen og inkluderer en anbefaling om veien videre for bredding av tjenesten.

Erfaringer og opplysninger er samlet inn gjennom intervjuer, spørreundersøkelser, bruksstatistikk og dialog med sluttbrukere. Hovedfunnene fra utprøvingen er at helsepersonell er svært positive og har høy nytte av løsningen. Dokumentdeling bidrar både til å effektivisere arbeidsprosesser og gi bedre beslutningsgrunnlag for behandling av pasienter. Helsepersonell uttrykker samtidig at de ønsker ytterligere dokumenter og at det er forbedringspotensial når det gjelder brukervennligheten. Brukertesting med innbyggere har avdekket at det er nødvendig med bedre informasjon og bedre brukervennlighet for at innbyggerne enklere skal kunne forstå både personvernsinnstillinger og logginnslag.

I løpet av utprøvingen har det kommet frem at som dataansvarlig har kilden (virksomheten som deler dokumenter) behov for rikere informasjon om oppslaget som er gjort av konsumenten. Kildene stiller krav om at dette må løses før videre bredding.

Utprøvingen gir et begrenset grunnlag for å vurdere om håndtering av hendelser knyttet til dokumentdelingsløsningen er god nok. Dette er et av områdene som det anbefales å gå opp ytterligere for å sikre gode prosesser for både feil- og hendelseshåndtering når tredjepartsleverandører må involveres. Prosjektet anbefaler at ansvarsforhold avklares i steg 1 av trinnvis innføring av løsningen.

Prosjektet anbefaler videreutvikling av løsningen, og at krav om rikere informasjon i sikkerhetsbilletten vurderes, herunder også hvilke konsekvenser dette vil ha for behov for videreutvikling hos EPJ-leverandørene. Videre anbefaler prosjektet at vurderingene som er gjort av nytte og bruk av løsningen legges til grunn som føringer for videre bredding. For å skalere løsningen foreslås flere tiltak som er beskrevet i slutten av kapittel 4.

1. Innledning

1.1. Dagens situasjon

I dag finnes det ingen digital nasjonal løsning for innsyn i journal på tvers av behandlingssteder i ulike regioner og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette medfører at helsepersonell mangler nødvendig informasjon i mange behandlingssituasjoner og at man blir nødt til å innhente informasjonen gjennom manuelle rutiner.

Manuelle rutiner som benyttes i dag er blant annet bruk av telefon, hvor helsepersonell kan ringe virksomheten der pasienten fikk behandling sist. Basert på kollegial tillitt utleveres opplysninger per telefon, faks eller budbil. Dette er usikre rutiner med tanke på innhenting av pasientens samtykke og loggføring av utleveringen.

Utlevering skjer også ved hjelp av meldingsbasert kommunikasjon, men kun når pasienten er i et planlagt behandlingsforløp. Meldingsbasert kommunikasjon krever at avsender har en kjent mottaker for meldingen. En behandler som møter en pasient i en akutt situasjon, kjenner ikke til hvem som har utvekslet meldinger om tidligere behandlinger og har ikke selv direkte tilgang til meldingene.

Konsekvensene av dagens situasjon er redusert pasientsikkerhet, tidstap ved informasjonsinnhenting og eventuelle dobbeltundersøkelser. Personvern og informasjonssikkerheten er heller ikke tilstrekkelig ivaretatt.

Kjernejournalforskriften § 4, punkt 7 setter rammene for hvilke journalgrupper som kan gjøres tilgjengelig i kjernejournalen: epikriser (og sammenfatninger), billedundersøkelser, henvisninger og prøvesvar. Det er den enkelte virksomheten som deler journaldokumenter som er dataansvarlig (*kilder*).

1.2. Om utprøvingen og aktørene

Utprøving av dokumentdeling i kjernejournal (*utprøving*) er gjennomført av Norsk Helsenett (NHN) i samarbeid med to regionale helseforetak, Helse Sør-Øst og Helse Nord. I tillegg har prosjektet samarbeidet med andre deler av sektoren i en referansegruppe. Denne har bestått av deltakere av interne og eksterne interessenter i helsesektoren, deriblant de to andre helseforetakene Helse Vest og Helse Midt, samt KS, Legeforeningen og Direktoratet for e-helse. Formålet med samarbeidet har vært å innarbeide brukernes behov i løsningen fra start.

Aktørene har vært med på å definere innhold og omfang av utprøvingen. Dette legges til grunn for utprøving og dens målsettinger, men må sees i sammenheng med NHN sitt overordnede mål med dokumentdeling om styrket pasientsikkerhet, informasjonssikkerhet og personvern, i tillegg til redusert administrativ byrde for helsepersonell nasjonalt.

Helse Sør-Øst har gjennom prosjektet Kjernejournal Dokumentinnsyn underlagt programmet for Regional Klinisk Løsning vært hovedsamarbeidspart med NHN. Oslo Universitetssykehus er kilden som har delt dokumenter fra regionen.

Helse Nord IKT har gjennom prosjektet *Data og dokumentdeling – Digitale Pasienttjenester* og Bodø Kommune samarbeidet tett med prosjektet i NHN. Bodø IKT etablerte en ansvarlig ressurs for dialog og opplæringsstøtte av helsepersonell i Bodø. Dette er en aktør som normalt har ansvar for innføring av ny teknologi hos helsepersonell i kommunehelsesektoren og i praksis fungerer som en supportkanal.

Helsepersonellet som prøver ut dokumentdeling gir viktig innsikt i brukerens nytte av løsningen og hvilke barrierer som eventuelt står i veien for å realisere gevinster ved dokumentdeling. Tilbakemeldinger kan bidra til å forklare om løsningen bidrar til bedre behandlingsgrunnlag, enklere samhandling og redusert administrativ byrde for leger og sykepleiere.

Kilden gir innsikt i hvordan feil, ytelse og responstid hos tredjepart påvirker dokumentdeling og i hvilken grad de kan utøve sitt dataansvar med oppfølging av loggoppslag. De gir også innsikt i hvordan samarbeid om systemforvaltning og ivaretagelse av sikkerheten med NHN eller andre kilder og konsumenter oppleves med dokumentdelingstjenesten. Dette kan særlig knyttes til det overordnede målet om økt informasjonssikkerhet.

Innbyggere. Kjernejournal er hovedsakelig til for helsepersonell, men også innbyggere. Derfor inkluderer også utprøvingen erfaringer fra innbyggere gjennom deres relasjon til dokumentdeling via Helsenorge og dialog med behandler.

NHN ivaretar tekniske komponenter for deling av journaldokumenter; knutepunkt for dokumentdeling (XCA), fellestjeneste for autentisering (HelseID) og er dataansvarlig for kjernejournal. NHN vil derfor måtte håndtere feil og hendelser i tjenesten, samt bidra til å avklare feilsituasjoner mellom aktørene når det er uklart hvor feilen har oppstått. Flere interne funksjoner, slik som veiledningstjenesten for innbyggere og kunde- og driftssenteret, vil berøres av dokumentdeling gjennom håndtering av innbyggere og kunder. Det nasjonale prosjektet for dokumentdeling har ansvaret for gjennomføringen og vurderingen av utprøvingen. I tillegg har prosjektet ansvaret for å gjennomføre de oppdragene som det inngås oppdragsavtale om, etter utprøvingsfasen.

1.3. Formålet med dokumentdeling i kjernejournal

Det overordnede formålet med dokumentdeling er å øke pasientsikkerheten, redusere den administrative byrden for helsepersonell i tillegg til å styrke personvernet og informasjonssikkerheten for innbygger. Kjernejournal vil bidra til å muliggjøre dette gjennom innsyn i journaldokumenter til helsepersonell på tvers av omsorgsnivåer, helseregioner og virksomheter.

1.4. Formålet med utprøving av dokumentdeling

Formålet med utprøving av dokumentdeling har vært å samle inn viktig kunnskap om hvordan dokumentdeling i kjernejournal fungerer i praksis. I hovedsak hvilken verdi tjenesten gir brukerne, og om det er nødvendig med endringer i forbindelse med en innføring for å oppnå nasjonale mål for dokumentdeling, samt vurdere løsningens tekniske ytelse. Ulike målsettinger er utarbeidet i samarbeid med referansegruppen og beskrevet nedenfor.

1.4.1. Målsettinger for utprøving

Prosjektet har i samarbeid med Helse Sør-Øst, Helse Nord og referansegruppen utarbeidet noen mål med tilhørende hypoteser som er interessante å undersøke i utprøvingen. Disse er valgt ut med tanke på å sikre en løsning som er egnet for å nå målene med utprøving og tilfredsstillende sentrale aktører som vil påvirkes av løsningen.

1. Helsepersonell har god nytte av dokumentdeling

- a. Dokumentdeling er brukervennlig
- b. Dokumentdeling gir bedre beslutningsgrunnlag
- c. Dokumentdeling bidrar til mer effektive arbeidsprosesser ved å redusere administrasjon og enklere samhandling på tvers av omsorgsnivåer og virksomheter
- d. Opplæring og informasjonstiltak er tilstrekkelig

2. Innbyggere forstår informasjon om dokumentdeling og personvernmekanismer

- a. Informasjonen på nettsiden til Helsenorge om dokumentdeling er tilstrekkelig og forståelig
- b. Innsynsloggen på nettsiden til Helsenorge er forståelig
- c. Personverninnstillinger for dokumentdeling er forståelig
- d. Annet: Innbyggere får nødvendig veiledning ved spørsmål om dokumentdeling og loggoppslag

3. Løsningen kan forvaltes på en ansvarlig måte

- a. Prosess og ansvarsfordeling ved feil og hendelser er kjent for aktørene
- b. Kundesenteret og kundedrift i NHN har tilstrekkelig informasjon om prosessen og løsningen til at de kan håndtere feil og hendelser
- c. Prosess for oppfølging av logginnslag understøtter dataansvarliges plikter
- d. Innhold i sikkerhetsbeviset er tilstrekkelig for at dataansvarlig kan ivareta sine plikter

1.4.2. Formålet med evalueringsrapporten

Rapporten skal gi

1. anbefaling om videre bredding av løsningen til flere sluttbrukere (konsumenter) samt anbefale oppkobling av flere dokumentkilder
2. vurdering av om utprøvingen ga tilstrekkelig måloppnåelse
3. retning for prioritet og strategi ved bredding
4. vurdering av om informasjon til innbyggere er god nok
5. vurdering av om informasjon og opplæringsmateriellet for helsepersonell er god nok

2. Gjennomføring av utprøving

Tjenesten dokumentdeling ble satt i produksjon i november 2020. Et begrenset utvalg helsepersonell ved ulike behandlingssteder i Helse Sør-Øst og Helse Nord fikk da tilgang til dokumentdeling i kjernejournal. Tjenesten dokumentdeling i kjernejournal er tilgjengelig for helsepersonell via deres lokale EPJ (Elektronisk pasient journal). Når helsepersonell åpner pasientens kjernejournal og åpner fanen *journaldokumenter*, gis det tilgang til de referansene til journaldokumenter som kildene har tilgjengeliggjort, i en sammenstilt referanseliste (dokumentliste).

Referansene består av en lenke og metadata som er nyttig informasjon for helsepersonells vurdering av hvorvidt innholdet i selve journaldokumentet det refereres til er nødvendig og relevant for å yte helsehjelp til pasienten. Den enkelte virksomhetens tilgjengeliggjøring av referanser og selve journaldokumentet det refereres til skjer gjennom knutepunktet for dokumentdeling (XCA). Helsepersonell som bruker kjernejournal som en integrert del av sitt pasientjournalssystem, kan be om å få framvist et journaldokument fra annen virksomhet basert på referansen. Det er kilden som autoriserer innsynsforespørselen.

NHN kontrollerte deltakelse i utprøvingen gjennom tilgangsstyring på organisasjon og HPR-nummer. Brukerne skal ha tjenstlig behov og kildene fører kontroll over oppslag i tillegg til at alle oppslag logges i kjernejournal. Loggen framvises for innbygger på Helsenorge.

I Helse Sør-Øst har OUS delt journaldokumenter med både offentlig og privat-ideelle virksomheter internt i regionen som samarbeider nært med Oslo Universitetssykehus i dag. Dette inkluderer Oslo kommunale legevakt og KAD, Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, A-hus og tre fastlegekontor.

I fase to ble dokumentdeling tilgjengelig *på tvers av regioner* ved at OUS. Fra januar 2021 delte de journaldokumenter med et mindre utvalg barneonkologer ansatt ved fem store sykehus i landet deriblant to utenfor regionen, UNN i Helse Nord og St.Olavs hospital i Helse Midt.

I Helse Nord delte alle sykehusene dokumenter med Legevakten i Bodø, Sølvsuper Helse og Velferdssenter (KAD/Korttid) og Mørkved Fastlegesenter, som alle samarbeider tett med Bodø Kommune i dag.

Det ble samlet inn erfaringer fra alle aktører i utprøving for å kunne besvare de ulike hypotesene til prosjektet. Mer om dette i kapittel 3.

2.1. Kommunikasjon og opplæring

Det har vært nødvendig å koordinere ulike informasjons- og opplæringstiltak for å sikre en vellykket utprøving med helsepersonell og ivareta innbyggers personvern. Formålet med informasjonsarbeidet har vært å skape bevissthet rundt dokumentdeling som tjeneste i helsesektoren og hos befolkningen, motivere helsepersonell til å ta løsningen i bruk og gi opplæring som sikrer effektiv bruk av dokumentdeling. I tillegg vil erfaringer fra dette området

bidra med viktig informasjon til utforming av tiltak for opplæring ved videre bredding av løsningen.

2.1.1. Ansvarsfordeling for kommunikasjon og opplæring

Kommunikasjon

NHN og representanter fra regionene Helse Nord og Helse Sør-Øst samt Oslo Universitetssykehus, Sykehuspartner og Helse Nord IKT har samarbeidet om planlegging og gjennomføring av kommunikasjonsaktiviteter i forbindelse med utprøvingen mot både innbyggere og helsepersonell.

Aktørene har hatt ansvar for å informere egen virksomhet om løsningen. Dataansvarlig virksomhet (OUS og sykehusene i Nord) har hatt ansvar for å vurdere nødvendige informasjonstiltak til innbyggere om tilgjengeliggjøring av journaldokumenter fra sine journalsystemer. NHN har dataansvar for kjernejournal og er ansvarlig for informasjonstiltak knyttet til kjernejournal. NHNs strategi er at innbyggerrettet informasjon primært skal gis via den åpne kanalen helsenorge.no.

Opplæring

Opplæring i forbindelse med utprøving har i hovedsak vært NHNs ansvar. Dette gjelder opplæring av interne aktører som NHN sitt kundesenter og veiledningstjenesten på Helsenorge, men også helsepersonell som har deltatt i utprøvingen. Helse Nord har gjennom prosjektleder i Bodø IKT deltatt aktivt i planlegging og gjennomføring av opplæring og informasjon til helsepersonell i regionen. Erfaring fra denne opplæringen brukes som grunnlag for å foreslå opplæringstiltak ved en videre bredding.

2.1.2. Gjennomførte kommunikasjons- og opplæringstiltak

Det forelå en kommunikasjonsplan som sikret god gjennomføring og tydelig ansvarsdeling for kommunikasjonsaktiviteter både mot innbyggere og helsepersonell før dokumentdeling startet. Det ble også gjennomført en rekke aktiviteter underveis i utprøving.

Informasjon til innbyggere

- NHN har i samarbeid med de regionale helseforetakene utarbeidet informasjon om innbyggers rettigheter på Helsenorge og hensikten med dokumentdeling i en artikkel ([Dokumentdeling via kjernejournal - helsenorge.no](#)).
- NHN har produsert og publisert en film om dokumentdeling til innbygger på Facebooksiden til Helsenorge og videre i sosiale medier fra samarbeidsparter.
- Prosjektet har informert profesjonsorganisasjoner om oppstart utprøving av dokumentdeling via e-post.
- NHN har informert pasientorganisasjoner om oppstart utprøving av dokumentdeling via e-post.
- Kildene har publisert informasjon til innbyggere på sine nettsider.
- Helse Sør-Øst fikk publisert to positive saker om dokumentdeling i Dagens Medisin, samt et lengre innslag på Dagsrevyen 21 med en fastlege som deltok i utprøving, helseministeren og en pasient.

- Helse Nord publiserte to fine mediasaker om dokumentdeling i Nordlys med en lege som deltok ved KAD i Bodø og prosjektleder ved Bodø IKT.
- Kildene har utarbeidet rutiner for informasjon om pasientens rett til å motsette seg at opplysninger gis til annet helsepersonell.

Informasjon og opplæring av helsepersonell

- Kontinuerlig dialog med kontaktperson og IKT-ansvarlig hos konsument om tekniske avhengigheter ved deltakelse i utprøving, påkobling av deltakere og signatur av avtaletekster før oppstart.
- Informert helsepersonell før oppstart av utprøving om formålet med dokumentdeling og hvordan deltakelse og erfaringsinnhenting i utprøving ville foregå i tillegg til detaljer om henvendelser ved feil eller spørsmål. Materialet ble distribuert på e-post.
- FAQ publisert til helsepersonell på nettsidene til NHN inkludert instruksjonsfilm for bruk av dokumentdeling.
- Prosjektet har holdt opplæringsprosesser med demo av tjenesten og spørsmålssesjon med medisinsk fagansvarlig i NHN for institusjonene som ønsket dette, Legevakten i Oslo og KAD, pluss Legevakten i Bodø. Brukere uten tidligere kjennskap til kjernejournal fikk tilbud om flere opplæringsprosesser. I Helse Nord ble det derfor avholdt en rekke digitale opplæringsmøter.
- Behandlingssteder med kontaktperson som ikke ønsket opplæringsprosessen, delte internt informasjonsmateriale med lenke til FAQ og instruksjonsfilm til sine deltakende helsepersonell.
- Prosjektet har brukt tid på å etablere lokale ambassadører som bidro til å formidle informasjon lokalt og sikre økt og god bruk av tjenesten eller formidle barrierer som oppstår.

Informasjon og opplæring av interne aktører

- Arbeidsgruppen har utarbeidet et felles beredskapsnotat for medie henvendelser og henvendelser fra helsepersonell og innbyggere.
- Kildene orienterte egne ansatte om dokumentdeling.
- Prosjektet informerte veiledningstjenesten og drift/kundesenter i NHN om dokumentdeling før utprøving og økte kommunikasjon ved oppstartstidspunkt og oppdatere underveis i utprøving.
- Prosjektet arrangerte dialog- og opplæringsprosesser for å sikre kunnskap hos veiledningstjenesten og kundesenteret om den tjenesten og åpne for diskusjon rundt nye forhold som må håndteres eller rutiner som må endres.

Annet

- Det ble gjennomført ulike informasjonstiltak for å øke bruk hos deltakere i Helse Nord på tvers av berørte aktører, blant annet gjennom informasjon i lokal Facebookgruppe for ansatte og via SMS fra kommunen.
- Informasjon fra prosjektet til kontaktpersoner om status for utprøving og planlegging av deltakelse i intervjuer og svar på spørreskjema.

2.2. Erfaringsinnhenting og metoder

Det er samlet inn erfaringer fra helsepersonell, innbyggere, NHN og kildene gjennom utprøvingen. Prosjektet ønsker å forstå om dokumentdeling bidrar til å nå effektmålene for løsningen.

Det er gjennomført en spørreundersøkelse og intervjuer av helsepersonell samtidig som det ble samlet inn statistikk over bruk og responstid. Gjennom disse metodene ønsker prosjektet å besvare hypotesen om at løsningen gir verdi til helsepersonell – herunder god brukervennlighet, bedre beslutningsgrunnlag og effektivisering av arbeidsprosesser.

Erfaringer fra kildene og NHN har også vært viktig for å kunne besvare målsettingen om forsvarlig forvaltning og god teknisk ytelse. Erfaringsinnhenting har foregått gjennom regelmessige statusmøter og intervjuer med sentrale aktører hos NHN som veiledningstjenesten og kundesenteret. I tillegg ble det samlet inn data om tjenestens ytelse og feilhendelser, innkommende saker til kundesenter og veiledning om dokumentdeling m.m.

Det er gjennomført brukertester med innbyggere for å kunne besvare målsettingen om hvorvidt de får tilstrekkelig informasjon om dokumentdeling og om personvernmekanismer er forståelige. Pasientene er indirekte brukere av tjenesten gjennom kontakt med helsepersonell eller ved innsyn i sin kjernejournal på Helsenorge der de kan endre personverninnstillinger eller følge med på logg over besøk og oppslag i journaldokumentene sine. Det er også gjennomført webanalyser og task analytics på Helsenorge.

Se *Bilag A1 Metode og erfaringsinnhenting* for ytterligere detaljer om metode for innhenting av erfaringer og informasjon.

3. Resultater

I dette kapitlet fremstilles funn fra spørreundersøkelsen, intervjuer, statistikk og møter. Funnene er sammenstilt på kryss av metodene og sortert etter målsettingene for utprøving presentert i 1.4.1. Se *Bilag A2 Spørreundersøkelse* og *Bilag B Statistikk over bruk* for detaljer.

3.1. Hovedfunn

Helsepersonell har tatt svært godt imot tjenesten dokumentdeling. De forteller at de har savnet en tjeneste som gir digital tilgang til pasientens viktigste journaldokumenter og at pasientene forventer at de har tilgang til nødvendige pasientjournaler. De forteller at de har god bruk for dokumentdeling på ulike institusjoner og i ulike roller. Dette gjelder både leger og sykepleiere i primær -og spesialisthelsetjenesten.

Brukervennligheten er relativt god, men funksjonalitet for å effektivt manøvrere seg frem til relevant journaldokument kan forbedres.

Dokumentdeling effektiviserer samhandling mellom helsepersonell på tvers av virksomheter og omsorgsnivåer. Blant annet ved å redusere behovet for å innhente opplysninger via konferering og dermed raskere fatte beslutninger.

Bedre beslutningsgrunnlag gjennom enklere tilgang til pasientens journaldokumenter og muligheten til å raskt danne seg et overblikk over sykdomshistorikk eller studere vurderinger fra andre institusjoner. Det går også smidigere å bekrefte opplysninger som deles løpende fra kolleger, pasient eller pårørende.

Informasjon om dokumentdeling på helsenorge.no er vanskelig å forstå for innbyggere. Teksten er for omfangsrik og det viser seg også å være utfordrende å finne frem til ulike personverninnstillinger og å forstå konsekvensen av de ulike valgalternativene.

Forvaltning av tjenesten har vært preget av relativt få feil og hendelser. Derfor gir ikke utprøvingen et tilstrekkelig grunnlag for å evaluere om prosessen for feil- og hendelseshåndtering utføres på en ansvarlig måte. Det ser likevel ut til å være et behov for å nærmere fastsette rutiner for håndtering av hendelser som involverer tredjeparter.

Kildene har ikke gjennomført stikkprøver med forespørsel om logginnsyn hos en konsument under utprøvingen. Det er likevel avdekket et behov for å øke informasjonen i sikkerhetsbilletten for at kildene skal motta tilstrekkelig informasjon om oppslag og kunne ivareta sitt kontrollansvar. I tillegg bør det etableres en sikker kommunikasjonskanal for gjennomføring av forespørsler om innsyn fra kilde til konsument.

3.2. Mål 1: Helsepersonell har god nytte av dokumentdeling

Utfyllende informasjon om funnene ligger i bilag A2 og B.

3.2.1. Helsepersonell er positive til dokumentdeling

Dokumentdeling er svært etterlengtet

Leger ved sykehusene, KAD og Legevakten i Oslo uttrykker at de lenge har savnet en tjeneste som dokumentdeling. En sykepleier ved KAD i Bodø forteller at hun gjerne skulle hatt dette for ti år siden og legene har også ønsket seg dokumentdeling. En fastlege i samme region mener at kjernejournal først nå begynner å bli nyttig for helsepersonell. Ifølge lege på legevakten i Bodø har de historisk sett ikke brukt kjernejournal så ofte, i motsetning til i Oslo. Iveren etter å komme i gang med dokumentdeling har derfor ikke vært like stor som hos Legevakten i hovedstaden.

Variierende bruk

Legene ved legevakten og KAD i Oslo så raskt at dokumentdeling er nyttig i sitt arbeid. Statistikk over bruk bekrefter at nettopp disse gjør flest oppslag i journaldokumenter via kjernejournal, og tidlig adopterte tjenesten. Det har også vært høy aktivitet fra sykepleiere på akutt enhet ved sykehus i Oslo¹. Tall over antall brukere viser at omtrent alle deltakere i

¹ Bilag B Statistikk over bruk

utprøving fra disse enhetene aktivt benytter løsningen. De angir også høy klinisk nytte og fra samtaler gir de inntrykk av at institusjonene benytter dokumentdeling på en svært god måte. Noen slår for eksempel opp konsekvent ved behandling av nye pasienter og har innarbeidet dokumentdeling som en rutine i sitt arbeid.

Andre bruker løsningen mer ad hoc og må venne seg til å ha kjernejournal tilgjengelig - og å ta i bruk dokumentdeling. Dette ser ut til å gjelde spesielt legevakten i Bodø som har brukt dokumentdeling lite sammenliknet med legene ved legevakten i Oslo. Sykepleierne der har knapt testet ut tjenesten og det har vært liten respons og deltakelse på informasjons- og opplæringsmøter for denne institusjonen. Sykepleierne ved KAD i Bodø viser ikke høy bruk, men vi ser derimot at de likevel opplever stor nytte og forteller at de må venne seg til å bruke løsningen.

Noen få av de vi intervjuer, også fastleger og enkelte sykehusleger, har ikke kommet helt i gang eller forklarer at de ikke ser behov for å slå opp mer enn en gang i uken eller to. Flere av disse forteller at de normalt sett ikke bruker mye tid på å konferere og derfor ikke har hatt så stor bruk for dokumentdeling. Enten fordi andre innhenter slike opplysninger for dem, eller at de allerede har tilgang til det viktigste for pasientene sine lokalt. Andre savner primærsykehuset som kilde.

3.2.2. Dokumentdeling kan bli mer brukervennlig

Leger og sykepleiere med og uten kjennskap til kjernejournal fra før oppgir at det er intuitivt og enkelt å bruke. Når helsepersonell sier at dokumentdeling er enkelt å bruke forklarer de dette med at det i liten grad krever forberedelser selv for dem som bruker kjernejournal for første gang. De som kjenner kjernejournal fra før opplever at dokumentdeling er ryddig og som forventet. Men helsepersonell kommer også med innspill som forteller oss at det kan bli enda enklere å bruke dokumentdeling.

Legene på legevakten og KAD i Oslo kom svært raskt i gang og har benyttet seg av løsningen mest av alle. Det er overraskende for prosjektet at legene på legevakten i Bodø ikke viste tilsvarende aktivitet. En av legene som setter svært stor pris på dokumentdeling kan selv ikke forstå at kolleger ikke ser den samme nytten, men forventer at bruken vil øke fordi det definitivt gir verdi. Det er færre på vakt og færre pasienter ved Legevakten i Bodø slik at volumet ikke er direkte sammenlignbart med volumet ved legevakten i Oslo, men i gjennomsnitt bruker kun et par leger løsningen hver uke og det er lavere enn det antall som antas å ha utbytte av løsningen. Lederen for legevakten er overrasket over liten aktivitet, og nevner at han tror det handler om at kjernejournal i utgangspunktet ikke er innarbeidet som verktøy. I tillegg er det noen utfordringer med å innføre nye løsninger, som ikke legene er vant med å bruke, i pandemien..

Figur 3-1



Innlogging og autentisering byr på utfordringer for enkelte helsepersonell lokalt

Det finnes ulike metoder for innlogging til dokumentdeling i kjernejournal, enten Buypass, Commfides eller BankID. Alle benyttet Buypass eller Commfides utenom KAD i Bodø som brukte BankID. En del nevner at pålogging kunne gått enklere. Dette gjelder i hovedsak forsinkelser i **lokale** autentiseringsløsninger eller manglende lokale installasjoner. Særlig ansatte ved sykehus som benytter Commfides, fortalte i intervju at de bruker lang tid på å logge seg inn i kjernejournal første gang på dagen, flere minutter. Vi erfarer at jo hyppigere intervjuobjektene har benyttet kjernejournal rutinemessig før dokumentdeling ble lansert, jo færre utfordringer opplever de med pålogging i utprøving eksempelvis ved Legevakten og KAD i Oslo.

Sykepleiere uten tidligere tilgang til kjernejournal på Legevakten i Bodø og Oslo synes Buypass er bra, men under pandemi savner både noen leger og sykepleiere mulighet til å logge seg inn hjemmefra. Dette vil kreve at helsepersonell får mulighet til å bruke EPJ hjemme, (samt mulighet for nivå 4-autentisering), siden tilgang til kjernejournal skjer via pasientjournal på helsenettet.

Tilbakemeldingene på bruk av BankID har variert hos de ansatte som deltok i utprøving der. Et par sykepleiere har forklart at det oppleves uhøflig å ta opp privat enhet som mobiltelefon for å gjennomføre innlogging og at du er avhengig av å ha batteri på enheten din. Andre poengterer at det er enkelt å bruke ettersom man ofte benytter denne påloggingsmetoden privat.

Funksjonalitet for å vise dokumentoversikten og navigere seg raskt frem til bestemte dokumenter misforstås eller registreres ikke av brukeren

- **Sortering brukes av mange og filtrering av få fordi de ikke var klar over funksjonen:** Mange leger benyttet seg kun av sortering på dokumentnavn, avdeling eller rulle gjennom dokumentlisten. De som ikke hadde sett opplæringsfilm hadde sjeldent forstått funksjonalitet for filtrering på underdokumenter, men et par hadde funnet ut av dette og fant det svært effektivt for å raskt slå opp i et dokument. Når vi i intervju forklarer at det er mulig å eksempelvis filtrere ut spesifikke dokumenter på undertype som en spesiell type sammenfatning, blir mange veldig glade. Det løser utfordringen med at kategorien "epikriser og sammenfatninger" favner relativt bredt og at noen derfor ønsket at de skulle være to separate kategorier i listen. Også flere helsepersonell som så opplæringsfilmen har gått glipp av filtreringsmuligheten.
- **Søk brukes av få og fritekstsøk ønskes av noen, men ikke på bekostning av responstid:** Det er mulig å søke i dokumentenes beskrivelse eller metadata, men ikke i dokumentenes innhold som fritekst. Noen vi snakket med bruker søkefunksjonen. Enkelte ønsker å kunne søke etter et bestemt ord i et dokument, mens andre synes det blir rotete. De fleste understreker at de ikke ønsker slikt søk dersom det vil medføre tregere respons. Omtrent halvparten bruker hele historikken og ruller over, andre er kun interessert i siste dokumenter.
- **Datovelgeren er litt vanskelig å forstå for de som ikke har sett opplæringsfilmen og noen forstår ikke at dokumenter utover siste 12 mnd. er tilgjengelig for dem i oversikten:** Noen forstod selv at dokumenter for kun det siste året vises automatisk og at man manuelt må utvide søket slik at dokumenter lengre tilbake i tid vises i

dokumentlisten. Leger kjent med kjernejournal fortalte at legemiddeloversikten på samme måte kun viser siste 12 måneder og at de kjente igjen konseptet derfra. Det kom flere tips til hvordan funksjonaliteten kunne bli mer forståelig for brukerne. Blant annet at det burde være mer synlige alternativer for å utvide historikken for å bevisstgjøre om at den kun viser siste år og gjøre det lettere å øke listen. I dag må man først klikke på datosymbolet før man ser alternativ for å utvide 3/5/flere år, dette opplever mange som godt skjult. Å ha alternativene synlig et steg lengre frem og et alternativ i bunn av listen med "vis alle eller flere dokumenter" hadde vært hjelpsomt når man har dårlig tid. Flere leger sier de uansett har nytte av å rulle over hele historikken for å danne seg en oversikt over pasientens sykdomshistorie, da er siste løsning spesielt nyttig. Visning av alle pasientens dokumenter samtidig ønskes kun dersom det ikke går utover responstiden.

- **Noen har bare bruk for de nyeste dokumentene mens andre ønsker å se hele historikken:** Skiftleder på Legevakten i Oslo forteller at det er like interessant at pasient har vært inne til psykiatrisk behandling for 6 mnd. siden som at den har hatt hjerteinfarkt for 5 år siden, som et eksempel. I tillegg gir det god informasjon om en pasient har en lang rekke dokumenter og andre ikke. En operasjonslege på sykehus er mest interessert i seneste dokumenter, men synes det er nyttig med tilgang til alt for å kunne bekrefte opplysninger fra pasient. Legene på KAD opplever at det er enklere å danne seg et overblikk over pasienter med ulike lidelser.
- **Åpne dokument ønskes som synlig knapp uten at man må klikke på emneraden:** Flere fortalte at de hadde klikket på emnerad og forventet at dokumentet åpnet seg, det ville spart dem for noen klikk, ettersom informasjonen der oppleves som tilstrekkelig for de fleste til å vurdere om et dokument er relevant eller ikke. Eksempelvis institusjon, dokumenttype og dato.

Visning av flere journaldokument samtidig fungerer greit

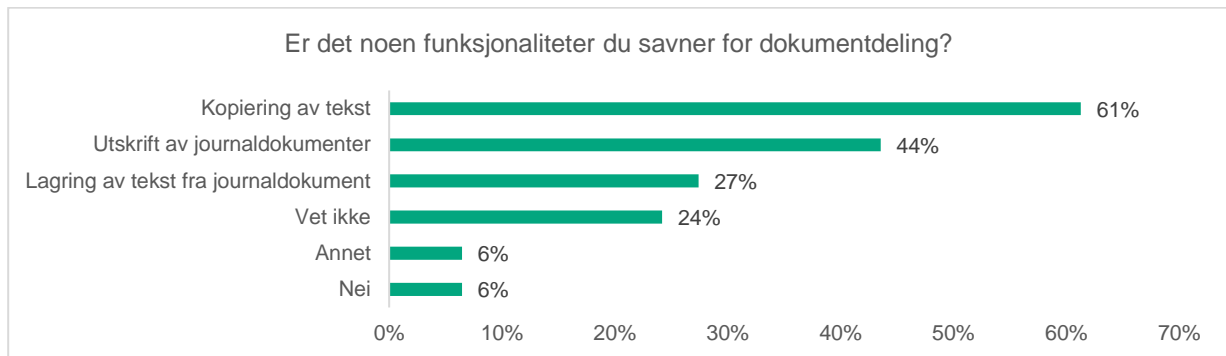
Flere av deltakerne i utprøvingen er fornøyde med at dokumenter vises i egen fane inni kjernejournal og at de sorteres i fliker etter hverandre, fordi de lettere kan holde styr på hvor de har slått opp ulik informasjon. Andre ønsker seg dokumentvisning i eget vindu for å lette journalskriving i et annet system, men det er rimelig å anta at kopieringsfunksjon kan løse denne utfordringen. Spørreundersøkelsen viser at brukerne hverken er veldig misfornøyde eller veldig fornøyde med funksjonaliteten, 25 % er positive eller mener funksjonaliteten for dette er midt på treet og mange vet ikke.

Nesten alle vi pratet med synes det er tungvint at man ikke kan kopiere innhold og ønsker en slik funksjon

Alle utenom to av intervjuobjektene i utprøving forteller at de behøver å kunne kopiere deler av dokumentet for å benytte i effektiv journalføring. Spesielt på KAD er helsepersonellet tydelige på at dette ville redusert administrativ byrde, og både i Oslo og Bodø har helsepersonell presisert at kopiering av tekst fra journaldokumenter er ønsket, i spørreundersøkelse og intervju. Uten mulighet for å kopiere tekst må helsepersonell ta notater, stenge ned kjernejournal og gå tilbake til EPJ for å journalføre. Lege på sykehus bekrefter behovet og forteller at siden de ikke får kopiert innhold så brukes fortsatt faks slik at dokumenter kan skannes og legges inn i EPJ i sin helhet, uten at man manuelt trenger å skrive inn

informasjonen. Spørreundersøkelsen understøtter dette, der svarer 61 % av respondentene at de ønsker å kunne kopiere hele eller deler av teksten i et dokument, og halvparten synes også det ville vært kjekt å kunne printe ut dokumenter². To av legene vi pratet med har en prinsipiell holdning til kopiering av data og ønsker at helsepersonell forholder seg til dokumentreferanser, men de samme poengterer at dette fordrer at alle har tilgang for at det skal fungere i praksis.

Figur 3-2 : Funn fra spørreundersøkelsen



3.2.3. Helsepersonell har nytte av innholdet i dag, men ønsker seg mer

Innhold i dokumentlisten er nyttig, men helsepersonell savner noen dokumenttyper

Epikriser og sammenfatninger, som polikliniske notater, nevnes som de mest nyttige dokumentgruppene³. Dette samsvarer også med hvilke dokumenter helsepersonell hyppigst slår opp på i løsningen⁴. Det er eksempler på at oppslag i radiologidokumenter (billeddiagnostikk) gir verdi for både leger og sykepleiere i tillegg til henvisninger. Helsepersonell i Helse Nord forteller i intervjuene at de synes dokumentene godkjennes tregt og derfor vises sent i kjernejournal.

Forslag til andre dokumenttyper helsepersonell tror de vil ha nytte av i pasientbehandling er eksempelvis:

- Lab verdier og prøvesvar (vil redusere behov for konferering fremdeles)
- Journaldokumenter fra DPS
- Bilder og ikke bare tekstlig beskrivelse av radiologisvar
- Kurver og EKG
- Løpende notater
- Innkallinger (eventuelt funksjonalitet for elektronisk timeavtalekalender slik at pasient ikke mister spesialistavtaler når de er innlagt andre steder, eksempelvis på KAD)

Helsepersonell savner dokumenter fra flere sykehus/kilder

Fastlege behøver tilgang til journaldokumenter fra pasientens primærsykehus for å få størst utbytte av dokumentdeling. Helsepersonell på legevakten i Oslo, savner dokumenter fra andre sykehus enn OUS. Fastlege forteller om sykehus i HSØ, som i motsetning til OUS, ikke er så

² Bilag A2 Spørreundersøkelse spm 4 d)

³ Bilag A2 Spørreundersøkelse spm 4 c)

⁴ Bilag B Statistikk over bruk

flinke til å benytte PLO-meldinger. Legen mener at dokumentdeling derfor ville gitt veldig god nytte for primærhelsetjenesten.

Begrepet *nektning av dokumenter* og symbolet for dette misforstås av alle vi snakket med Nektning er et begrep som skal angi at pasienten er nektet innsyn i aktuelt dokument. Løsningen viser et ikon (varseltrekant med utropstegn) og forklaring vises når helsepersonell holder musepekeren over ikonet. Helsepersonell tror imidlertid at innsyn er nektet for dem, og dette medfører at de ikke åpner dokumenter som kan være relevante eller nødvendige i sin behandling.

3.2.4. Responstiden varierer mellom regionene og det er få feil

Helsepersonell i Helse Sør-Øst er svært fornøyde med responstiden for dokumentdeling I Helse Sør Øst virker hastigheten å være svært god og en positiv overraskelse for helsepersonell. Leger og sykepleiere ved legevakten i Oslo forteller at de opplever at systemet svarer svært raskt, mye raskere enn andre løsninger de benytter seg av. Faktisk er den så god att en sykepleier mener "den raser av gårde" sammenliknet med mye annet. Statistikk viser at responstiden var svært god, mellom 2-5 sekunder i gjennomsnitt.

Helsepersonell i Helse Nord er ikke fornøyde med responstiden på dokumentdeling⁵ Intervjuobjekter i Helse Nord opplever på den andre siden at det tar for lang tid og mange vi snakket med hadde hatt avbrudd i sesjoner der de ikke fikk lastet inn dokumentlisten eller åpnet dokumenter de hadde behov for i behandling. Statistikk viser at responstiden var for dårlig ved oppstart og inntil en feilrettelse i løsningen hos Helse Nord IKT på nyåret. En legevaktslege som også er fastlege i kommunen, opplevde i starten ventetid på et halvt minutt og ønsket i utgangspunktet ikke å vente i det hele tatt for å ha lyst til å bruke tjenesten mer. En lege på legevakten har brukt dokumentdeling lite i sin praksis og synes kjernejournal generelt har blitt raskere siden sist, kanskje en viktig indikasjon på ulik bruk på legevakten i Bodø og i Oslo.

Relativt få feilhendelser oppstod under utprøving og enkle feilmeldinger er viktig for helsepersonell

Helsepersonell opplever ikke mange feil med tjenesten, men enkelte får tidsavbrudd der dokumentdeling svarer for tregt i Helse Nord. Lege på sykehus synes det er veldig bra med feilmeldinger slik at de forstår at et problem ikke er vedvarende og at det for enkelte tilfeller bare var å prøve igjen. Det samme forteller leger på KAD i Bodø. I helse Sør Øst har deltakere meldt feil inn til kundesenter i NHN, mer om håndtering av dette i kapittel 4.4.

3.2.5. Dokumentdeling gir bedre beslutningsgrunnlag

Høy klinisk nytte hos de fleste

80 % av helsepersonell svarer i spørreundersøkelsen at dokumentdeling gir høy klinisk nytte i deres arbeid, dette gjelder alle legene ved KAD, Legevakt og Sykehus⁶. Fastleger viser noe

⁵ Bilag A2 Spørreundersøkelse spm 5 a)

⁶ Bilag A2 Spørreundersøkelse spm 6 a)

lavere klinisk nytte slik vi har sett i samtaler og det samme gjelder sykepleiere ved Legevakten i Bodø, der konfereringsbehovet til nå ikke er utbredt.

I samtaler forteller helsepersonell, både ved akutte og planlagte behandlingssenheter, at de har nytte av løsningen. Vi ser at bruken er svært høy blant leger på legevakten i Oslo og på akuttmedisinsk enhet ved sykehus slik som sykepleiere med koordinatoransvar. Men bruken er også høy ved KAD i Bodø og i Oslo, faktisk gjøres flest oppslag i Helse Nord ved KAD-enheten. Intervjuobjektene ved KAD i Oslo, forteller at de benytter dokumentdeling ved behandling av hver eneste pasient nå, som rutine.⁷

Dokumentdeling gir høy nytte ved behandling av ukjente pasienter med komplisert sykdomshistorikk eller som befinner seg i tverrfaglige behandlingsløp

Behandling av pasienter med flere ulike lidelser eller kompliserte sykdommer involverer gjerne flere institusjoner og omsorgsnivåer i helsevesenet. Årsaken til at nytten er høy ved slike pasientforløp forklarer helsepersonell ved at dokumentdeling hjelper dem med å raskere skaffe seg et overblikk over lengre og kompliserte sykdomsforløp og bygge videre på tidligere vurderinger som er gjort av annet helsepersonell. Legevakten møter eksempelvis en del pasienter i akutte situasjoner, der liv og helse står på spill og der psykiatriske vurderinger av suicidale pasienter har støttet dem i vanskelige beslutninger om hva som er det beste for pasienten. Slike vurderinger er kompliserte og kan variere fra individ til individ. Hva har man forsøkt tidligere, hva fungerte bra eller dårlig og hvilke anbefalinger finnes fra spesialist? Helsepersonell uttrykker at tilgang på tidligere psykiatriveurderinger kan redde liv.

I tillegg letter dokumentdeling samarbeid med ambulerende tjenester. Fastleger ser det som enklere å følge opp pasienter i pågående behandlingsløp hos spesialist, når de kan slå opp i siste vurderinger i kjernejournal. På KAD møter legene og sykepleierne mange pasienter som kommer inn til behandling for en bestemt lidelse uten en helhetlig forståelse av andre underliggende sykdommer eller tidligere planer og anbefalinger fra spesialister. Dokumentdeling bidrar til at legene raskere kan legge gode behandlingsplaner og sykepleierne får raskere forståelse for hvordan pasient skal følges opp og stelles.

Dokumentdeling gir helsepersonell trygghet når de møter pasienter som ikke klarer å gi opplysninger om egen helsetilstand

Når helsepersonell behandler pasienter som ikke er i stand til å oppgi riktige opplysninger, eksempelvis kognitivt svekkete, barn, pasienter med rusproblemer eller alvorlig syke pasienter, er det svært nyttig for de vi intervjuet å raskt slå opp i en oversikt over sykdomshistorikken.

I spørreundersøkelsen mener 79 % av helsepersonell at pasientsikkerheten øker mye eller svært mye⁸

Helsepersonell forteller at de får riktigere eller mer utfyllende informasjon gjennom dokumentdeling

Det å kunne lese et dokument i stedet for å konferere og være avhengig av gjengivelse av informasjon fra en tidligere behandler er i seg selv nyttig. Når man kan få overblikk over

⁷ Bilag B Statistikk over bruk

⁸ Bilag A2 Spørreundersøkelse spm 6 c)

sykdomshistorikken og kunne bruke dokumentoversikten til å finne og lese de dokumentene som er nødvendige, og relevante, gir dette høy verdi for behandler.

Læring og kompetanse hos helsepersonell øker når de kan se resultatet av en behandling i dokumentdeling

Lege på legevakten forteller at det er svært lærerikt at de kan følge opp hvordan det går med pasienter etter beslutninger om videre behandling hos andre institusjoner. Ser man at vurderinger har truffet mindre godt får helsepersonell muligheten til å lære og forbedre seg til neste pasient. Dette virker å være et savn i dag. I dag bruker leger på legevakten i Oslo uten tilgang til dokumentdeling hele dager til å studere vurderinger av pasienter som de har behandlet, for å lære om hvordan det gikk med dem. Da ringer de rundt til spesialister eller andre pasient ble sendt til og ber om at journal kan fakses tilbake til dem. Et eksempel på at det er tid å spare på flere prosesser.

3.2.6. Dokumentdeling bidrar til at helsepersonell sparer tid

Helsepersonell sparer tid når de slipper å konferere med andre for å innhente opplysninger om pasienten⁹. Ansatte ved alle institusjonene vi snakket med gir eksempler på at dokumentdeling sparer tid når de ikke behøver å ringe for å innhente viktig informasjon om pasienten som de nå selv kan slå opp og lese i kjernejournalen. Ofte innebærer konferering venting på at rett ressurs har ledig tid til samtale og i tillegg sendes mange dokumenter på faks. Enkelte ganger mottas dokument langt unna avdelingen slik at man fysisk bruker tid på å hente de tilsendte dokumentene, i tillegg kan det ta svært lang tid før de mottas dersom du har behov på kveld og helg, hvilket utsetter behandling av pasienten.

Det finnes også egne roller som i dag innhenter informasjon om pasienter, som noen behandlere nå selv kan innhente, uten å måtte involvere personer som ikke selv deltar i pasientbehandlingen. Sykepleier i koordinatorstilling på akuttmottak forteller at de nå sparer mye tid på å innhente opplysninger. På motsatt side sparer også spesialistene som må oppgi informasjonen tid på å ikke bli oppringt eller forstyrret på vakt.

Samhandling mellom spesialister på ulike sykehus går raskere. Lege på sykehus forteller at han bruker dokumentdeling for alle pasienter på poliklinikken og slår opp alle pasienter på sengepost som ikke nylig har vært innlagt. Sykepleier ved mottak benytter dokumentdeling som rutine og opplever å spare enormt mye tid på å få tilgang til vurderinger digitalt.

Samhandling mellom spesialist og primærhelsetjenesten forenkles. For eksempel fortalte to ulike fastleger vi snakket med at de bedre kan følge opp pasienter i spesialistløp, slik som de med kreftdiagnose. Dokumentdeling gjør det mulig å raskt kunne innhente nødvendig informasjon om behandlingen pasienten fikk på sykehuset. Dette kan være nyttig for dem i etterfølgende kontroll og for å kunne trygge pasienten og vise forståelse i en ofte utfordrende tid. Det har også blitt gitt eksempler på at dokumentdeling har gjort det mulig å hjelpe til med å oppklare misforståelser og forklare faglige vurderinger stilt av spesialist. Røntgenbeskrivelser

⁹ Bilag A2 Spørreundersøkelse spm 7

har vært nyttig for fastleger i både Bodø og Oslo for å bekrefte fremgang på eksempelvis kreftbehandling.

I intervju delte helsepersonell flere eksempler på at man med dokumentdeling kan unngå dobbeltbehandling eller unødvendige tiltak som har vært forsøkt før. En sykepleiere på KAD forklarte at planlegging nå er enklere og at de tidligere forekom at de booket vurderinger hos fysioterapeut eller andre som det i ettertid viste seg at allerede var foretatt på sykehuset. Det er også mulig å unngå innleggelser i spesialisthelsetjenesten hvis beslutningsgrunnlag økes hos primærhelsetjenesten, som fastlege eller legevakt/KAD. Dette vil kunne medføre store besparelser på helsevesenet.

3.2.7. Dokumentdeling bidrar til mer målrettet behandling

Mindre tid på konferering fristiller tid til pasientbehandling

Skiftleder på legevakt ser for seg å få mye mer tid til å behandle alvorlig syke pasienter når prioritering, spesielt på natt, vil gå raskere med tilgang til dokumentdeling. En kollega bekrefter at det går raskere å hente opplysninger ved å gå inn i kjernejournal enn å ringe en annen lege og konferere.

69 % svarer i spørreundersøkelsen at de er enig eller svært enig i at pasienter får raskere og mer målrettet behandling nå

Planlegging og pasientsamtaler går raskere og bedre

En sykehuslege forklarer at forberedelse til operasjoner går raskere fordi avdelingen kanskje kan korte ned på eller ikke trenger en samtale med pasient når de har tilgang på dokumentdeling. Muligheten til å verifisere pasientens sykdomshistorie underveis i en pasientsamtale gjør at man derfor kan unngå å måtte sette opp en ekstra samtale der man i mellomtiden skal innhente ytterligere dokumenter og verifisere opplysninger.

Både leger og sykepleiere forteller om situasjoner der det har vært stor hjelp å kunne slå opp informasjon fra pasient underveis i samtale før man tar beslutninger. Med bedre bakgrunnsinformasjon kan en samtale med pasient også vinkles mot mest mulig relevant tema for effektiv beslutning om behandling. En lege på sykehus og sykepleier på KAD forteller at det er enklere å ta beslutninger sammen når de kan slå opp i det samme materialet uavhengig av hverandre.

3.2.8. Dokumentdeling har positiv innvirkning på dialogen med pasienten

Dokumentdeling avlaster pasientens ansvar med å huske egne helseopplysninger. Det å pålegge pasienter å huske hele sin sykehistorie, og tilstrekkelig detaljer om tidligere behandlinger, medikamenter som er gitt og dosering osv., er både vanskelig og ofte umulig. Pårørende og pasienter forventer på sin side at helsepersonell har tilgang til deres journaldokumenter og derfor opplever noen vi intervjuet at tilliten til dem eller helsevesenet i stort, øker når de har tilgang til den informasjonen de trenger for å ta gode beslutninger. Et eksempel på nytte fra flere fastleger, er at de kan støtte og betrygge pasientene sine når de har tilgang vurderinger fra spesialist og bidra til å oppklare pasientens spørsmål om behandling. Dette medfører samtidig et ansvar om å ikke bringe videre informasjon før spesialisten har delt

det med pasienten. Det er ingen stor forskjell klinisk for pasienten i dette tilfellet, men en stor forskjell menneskelig å kunne vise forståelse ifølge de vi snakket med. Ingen av intervjuobjektene har opplevd pasienter som er negative til at de har tilgang til deres journalldokumenter.

En lege på legevakten opplever at de med kjernejournal sin informasjon om bosituasjon, omsorgspersoner eller pårørende og informasjon i dokumentdeling kan danne seg et bilde av pasientens behov og imøtekomme dem på en mer verdig måte.

3.2.9. Helsepersonell er fornøyd med informasjon og opplæring i utprøving

Spørreundersøkelsen viser at de fleste er fornøyd med informasjon og opplæring under utprøving.¹⁰ Filmen oppleves som nyttig, den forklarer godt og er ikke for lang slik at helsepersonell kan ta seg tid til å se hele. Likevel finner vi at ikke alle har sett filmen, og disse har heller ikke alltid forstått funksjonalitet som forklares.

Nesten alle vi pratet med, både leger og sykepleiere, understreker at den beste måten å dele informasjon på er i møte. Mange anbefaler møte med demo av tjenesten og spørsmålsrunde. Fra spørreundersøkelse ser vi at det er enighet om dette, men i tillegg ønsker helsepersonell seg informasjon på e-post. Opplæringsmateriale bør være tilgjengelig direkte fra kjernejournal.

En del har ikke benyttet tjenesten dokumentdeling, vi ser at det gjelder mange sykepleiere og noen fastleger i Oslo, og et stort antall deltakere både leger og sykepleiere ved Legevakten i Bodø. Der oppdaget man tidlig at det var et ganske lite antall brukere, og igangsatte målrettede informasjonstiltak i samarbeid med kommunen i håp om å øke bruk. Det ble også kalt inn til et møte med Legevakten i Oslo der de kunne fortelle om gevinster som oppleves der ved å ta i bruk dokumentdeling. Dessverre var deltakelse i møtet svært lav.

3.2.10. Flere kilder ønskes

Helsepersonell understreker at flere bør få tilgang til løsningen raskt, fordi ansatte i spesialisthelsetjenesten ofte samarbeider om ulike behandlingsløp, der et sykehus gjør en del av behandlingen og deretter sender pasienten videre. Da er det viktig at alle ledd i prosessen kan se delte dokumenter og at alle deler sine journalldokumenter.

Både leger ved sykehus og fastleger understreker viktigheten av at pasientens primærsykehus deler dokumenter, ettersom det er her den mest sentrale historikken om pasienten ligger. De fleste fastleger slår bare opp noen få ganger i uken fordi de ikke opplever at det er behov oftere, men noen tror bruken vil øke ettersom flere deler dokumenter, noen deltakere i utprøving savnet at pasientens nærsykehus delte journalldokumenter. Men også sykehus og institusjoner som samarbeider i tverrfaglig behandlingsløp er viktige. Dersom hensikten med spesialisierende enheter er effektivisering, er informasjonsutveksling viktig for helsepersonellet

¹⁰ Bilag A2 Spørreundersøkelse spm 8

på disse enhetene skal pasienten oppleve å bli ivaretatt på en god måte og samarbeidet gå smidig.

3.2.11. Flere roller kan ha nytte av tjenesten

Hvem bør ha tilgang synes de?

Det er ulike oppfatninger av hvem som har behov for dokumentdeling og hvilket innhold ulike roller trenger tilgang til. Ved KAD i Bodø mener en lege at det er opplagt behov for at sykepleierne har tilgang til dokumentdeling på avdelingen hun leder, imens en annen tenker at det er nyttig, men kanskje ikke alle skal se alt innhold. Siste foreslår at sykepleiere kun skal se sykepleiersammenfatninger og epikriser for eksempel.

Sykepleiere vi intervjuet forteller selv at de opplever å være svært forsiktige med å kun slå opp i relevante dokumenter og samtidig ha nytte av de oppslagene de gjør. De fleste nevner at epikriser og sammenfatninger er mest nyttig, med sykepleiersammenfatninger som særlig viktig.

Bruk hos sykepleiere er relativt lav i utprøving, med unntak av helsepersonell ved akuttmedisinsk avdeling på Lovisenberg. Likevel forteller de vi møtte historier om behandlingssituasjoner der de føler seg tryggere og mer effektive med tilgang på dokumentdeling. Kanskje også fordi kjernejournal i seg selv gir mye nytte til sykepleiere og ikke bare dokumentdeling.

Tverrfaglige team er vanlig rundt pasienter med komplisert sykdomsbilde. På KAD i både Oslo og Bodø gis det tilbakemeldinger om de forventer at ergo-/fysioterapeuter skal ha tilgang til dokumentdeling. Da kan de lettere dele informasjon og samhandle med slike roller på tvers av omsorgsnivåer.

3.2.12. Andre funn om kjernejournal

Bruk av legemiddellisten i kombinasjon med dokumentdeling nevnes av mange leger og sykepleiere vi pratet med som verdifullt. Sykepleier på Legevakten og KAD i både Oslo og Bodø opplever at det er spesielt nyttig å ha tilgang til legemiddellisten når de håndterer pasienter med psykiatri eller rusproblemer, både ved fysisk oppmøte og telefonkontakt.

Lege på legevakt forteller at tilgang til kjernejournal og informasjon om bosted og pårørende hjalp med å identifisere en bortkommet dement pasient fra annen kommune, og dermed ga pårørende stor hjelp og sparte sykehuset for en overnatting.

3.2.13. Vurdering av måloppnåelse

Det er svært nyttig med dokumentdeling for helsepersonell i både spesialist- og primærhelsetjenesten, men enkelte som KAD, legevakt, og sykehus virker å ha oftere nytte av løsningen. Det virker å være noe lavere klinisk nytte av dokumentdeling hos fastleger.

Informasjonen prosjektet har fått peker på mulig besparing i ressurser som går med til konferering både i spesialist og primærhelsetjenesten samt fristilt tid til pasienter og enklere samarbeid med kolleger med tilgang til lik informasjon

For å unngå brukerfeil kan kjernejournal forenkle eksisterende funksjonalitet for navigering som filtrering, datovelger og forklaring av ikoner. I tillegg bør det legges til funksjonalitet for kopiering av innhold som vil gjøre journalføring lettere og ytterligere effektivisere arbeidet til helsepersonell. Riktig bruk vil være sentralt for å kunne ta ut alle gevinster

Det kan være aktuelt ved innføring at virksomhetene vurderer om lokale påloggingsmetoder og nødvendige installasjoner er en potensiell barriere for å ta i bruk dokumentdeling. Tidlig dialog med IKT hos hver enkelt konsument og god informasjon til helsepersonell er viktig for å unngå oppstartsproblemer som skaper et dårlig inntrykk.

Det er viktig å unngå treg respons på tjenesten, fordi det bidrar til å svekke tilliten hos brukeren og motivasjonen for å bruke igjen. Helsepersonell i Helse Nord har fortalt at det ikke er optimalt med responstid på rundt halvminuttet og det kan være fornuftig å vurdere maksgrenser for responsintervaller. Det er viktig at alle kildene optimaliserer responstiden. Sluttbrukeren vil være prisgitt den tregeste svartiden fra kildene da XCA-komponenten skal sammenstille resultatene før de vises brukeren.

Funn viste at bruken på tilsvarende behandlingssteder varierte, på tross av at prosjektet fikk tydelige bekræftelser gjennom intervjuer og spørreundersøkelse om at gevinstene ved å ta i bruk dokumentdeling virket å være store hos eksempelvis legevakten. Leger ved legevakten i Oslo og KAD i Oslo og Bodø benytter dokumentdeling daglig og som en rutine fordi det gir stor nytte. Likevel svarte få deltakere ved legevakten i Bodø på spørreundersøkelsen og få kom i gang med bruk, selv om de vi har intervjuet er positive og overrasket over at ikke kolleger ser potensialet. De ansvarlige for innføring ved konsumentvirksomheten bør være bevisst tidligere bruk på kjernejournal. Dette ser ut til å henge sammen med hvor effektiv dokumentdeling kan innføres.

De fleste fastleger slår bare opp noen få ganger i uken fordi de ikke opplever at det er behov oftere, men noen tror bruken vil øke ettersom flere deler dokumenter, spesielt avhengig er de av pasientens nærsykehus som kilde. Basert på kartleggingen ser vi at flere som har svart at klinisk nytte ikke er stor ser stort potensiale av mer utbredt bruk av kjernejournal.

3.3. Mål 2: Innbyggere forstår informasjon og personverninnstillinger

3.3.1. Informasjonen på Helsenorge om dokumentdeling er komplisert

Artikkelen om dokumentdeling ble publisert i forbindelse med utprøvingen av dokumentdeling, og ville sikre at innbyggere skulle få nødvendig og god informasjon om tjenesten samt ulike personvernmekanismer som er tilgjengelige.

Brukertester viser at denne artikkelen, som også er lenket til fra andre, ikke fungerer optimalt. I brukertest opplever innbyggere at den er for lang, preget av tungt språk og også er forvirrende: «Jeg måtte lese to ganger.. Litt mye informasjon...» sier en testperson; «Rart at sykehus skal bestemme hva som skal være tilgjengelig for meg og den som har innsyn. Eller er det bare for meg? Har ikke peiling...» sier en annen testperson.

Det påpekes at innholdet mangler lenker til sider som brukeren forventer å kunne navigere seg frem til når de endelig leser det de var på jakt etter. Derimot tilbyr artikkelen veier ut til relatert informasjon om pasientjournal og innsyn som virker mot sin hensikt. Flere testpersoner åpner nye artikler og mister konteksten helt: «Føler jeg har vært på disse sidene før, klarer ikke å se forskjell på dem lenger».

Brukerne etterspør enkle forklaringer og foreslår å supplere tekstlige beskrivelser med visuelle virkemidler, f.eks. tegning.

3.3.2. Innbygger blander pasientjournal og kjernejournal på Helsenorge

Avsnittet «Kjernejournal og pasientjournal» svarer dessverre ikke på spørsmålet om hva forskjellen mellom kjernejournal og pasientjournal er: «Kan jeg ikke selv se journaldokumentene mine? Så hva er forskjellen på pasientjournal og kjernejournal? Hvor kan jeg finne ut hva kjernejournal er for noe?» Brukerreiser er lange og forvirrende, og ender ofte i en blindvei. Testpersoner går ofte i ring og klarer ikke å løse oppgaver.

3.3.3. Personverninnstillinger for dokumentdeling er godt skjult

Navigering på Helsenorge er vanskelig, det finnes veldig mange ulike tjenester å velge mellom. I brukertest veksler mange mellom informasjon i artikler og innhold under tjenester som dokumentdeling i kjernejournal eller pasientjournal for å finne frem til personverninnstillinger for dokumentdeling, i tillegg til innstillinger under *min side*. Flere går altså i ring, og noen gir opp når de har fått i oppgave å endre på en personverninnstilling.

Sperre journaldokumenter for deling i kjernejournal: Noen klarer å sperre journaldokumenter for deling i kjernejournal for alt helsepersonell, men mange forsøker først å gå til pasientjournalen sin og sperre et dokument direkte derfra. Dette er ikke mulig, og de ender opp i en blindvei. Alternativet er å manuelt kontakte kilden hvor dokumentet deles fra, men denne informasjonen har få deltakere fått med seg. De forstår altså ikke at dette en innstilling de må gjøre under tjenesten kjernejournal. Samtlige uttrykker at de "ikke ville valgt å sperre tilgang for alle, kun for noen utvalgte ved behov".

Blokkere helsepersonell: Flere slet med å finne frem til hvor og hvordan de blokkerer enkelte helsepersonells tilgang til å se kjernejournalen deres og journaldokumenter.

3.3.4. Vanskelig å forstå konsekvensen av ulike personverninnstillinger for dokumentdeling

Når en pasient finner frem til ulike funksjonalitet for å sette tilgangsbegrensninger så viser brukertesting at innbyggere synes det er vanskelig å ta et valg. Få klarer å skille mellom

hensikten med ulike personvernmekanismer. Innbygger klarer ikke å lese seg frem til konsekvensen av ulike valg for dokumentdeling i kjernejournal.

De uttrykker at de gjerne vil at "kjernejournal skal være tilgjengelig for alle i akutte situasjoner og ved øyeblikkelig hjelp" men synes ikke det er enkelt å sikre seg dette. De opplever informasjonsmengden som overveldende i artikler og innhold under tjenesten uten at det bidrar til å tydeliggjøre konsekvensen av ulike valgalternativer. Når testere skal begrense og velger «alt helsepersonell» og deler av kjernejournal, så savner de kjernejournalkonteksten for å ta riktig valg. De kan ikke inndelingen og innholdet i kjernejournalen utenat, og når de da ikke ser det er det vanskelig å ta stilling til hvilke deler av kjernejournal de skal sperre for alt helsepersonell. Når det gjelder blokkering av enkelt helsepersonell, er det er vanskelig for innbygger å forstå om vedkommende får tilgang i akutt situasjon. En testperson opplevde forvirring rundt hvilke personvernsmekanismer som kunne benyttes i PDF-skjema (og konsekvensen av dette) og hvilke som var tilgjengelig digitalt. Det er ikke lett å finne frem til hvilke dokumenter helsepersonell har slått opp i.

I første brukertest fikk innbygger i oppgave å finne ut hvilke journaldokumenter deres fastlege har sett på. Man ønsket da at de skulle finne frem til innsynsloggen under kjernejournal på Helsenorge. Dette viste seg å være vanskelig.

Noen forventet å finne loggoppslag under pasientjournal på Helsenorge og gikk dit, noe som i utgangspunktet er riktig ettersom man der faktisk finner en logg over oppslag i alle sine journaldokumenter. Det virker for øvrig heller ikke relevant for innbygger hvilken løsning det er slått opp i et journaldokument i, så lenge de kan utøve kontrollen med hvem som har slått opp i hvilke dokumenter og hvor disse arbeider. Generelt er det stor forvirring rundt de ulike systemene/ journalene som testpersoner blir eksponert for. Konklusjonen er at innbyggere ikke forstår de ulike tjenestene helsepersonell bruker.

En tester påpeker at mekanismen med logg fungerer preventivt mot at helsepersonell kan kjenner skulle ønske å slå opp i dokumenter uten behov for det. Derfor føler ikke brukeren behov for å blokkere tilgang til helsepersonellet.

3.3.5. Veiledningstjenesten opplever lite pågang om dokumentdeling

Veiledningstjenesten på Helsenorge har mottatt svært få henvendelser om dokumentdeling fra innbyggere via digitalt skjema og telefon. Det er også svært få kommentarer i sosiale medier på kontoen til Helsenorge som har publisert en enkel og forståelig film om dokumentdeling. Veiledningstjenesten oppfatter derfor at dokumentdeling er en tjeneste innbyggere ønsker og som skaper lite negativ omtale. I media ser vi også at det har vært en rekke positive innslag om dokumentdeling, blant annet på Dagsrevyen, som ga anledning til å skape negative reaksjoner hos befolkningen dersom tjenesten ikke var ønsket.

3.3.6. Vurdering av måloppnåelse

Det er benyttet mye tid og ressurser på å planlegge, koordinere og utforme informasjonstiltak i forbindelse med lanseringen og utprøvingen av dokumentdeling som tjeneste. Kildene opplever å ha et stort ansvar for å overholde pasientens personvern når de tilgjengeliggjør dokumenter

via kjernejournal til helsepersonell. De har derfor hatt sterke meninger om innholdet i tekster utformet av NHN til publisering på Helsenorge, og andre informasjonstiltak. Spesielt har man vært opptatt av innbyggers rettigheter slik som at de skal motta forståelig informasjon om tjenesten og ha anledning til å motsette seg eller begrense deling av sine journaldokumenter. Dette har de hatt anledning til gjennom å sperre dokumenter hos kilden, sperre journaldokumenter for deling i kjernejournal, eller blokkere helsepersonell fra å se hele sin kjernejournal, som noen eksempler.

Etter lansering ser veiledningstjenesten, som ofte er en god temperaturmåler på reaksjoner i befolkningen, lite henvendelser eller motsetninger til dokumentdeling. Kommentarfelt i sosiale medier viser det samme. Statistikk viser ikke noen særlig økning i tilpasninger på personvern.

Det er interessant å se fra funn i brukertester og analyser at informasjonen, som ble delt til helsepersonell gjennom artikkel på Helsenorge, oppfattes som relativt komplisert og lang. Det virker dermed ikke som at man helt oppnår ønsket resultat med informasjonen man publiserte. Det er for mye å forlange av innbygger at de skal ha inngående kunnskap om helsevesenet og hvordan det samhandles på tvers av omsorgsnivåer og virksomheter for å forstå konsekvensene av ulike personverninnstillinger. Å skille mellom ulike personverninnstillinger krever forkunnskap om helsesektorens organisering og forståelse av ulike systemer og tjenester på Helsenorge. Dette er for mye å forvente av brukeren. Resultatet er at det er vanskelig å forstå konsekvensen av handlinger de gjennomfører for personvern. Brukerne som finner det ut, bruker veldig lang tid.

Ettersom personvern er en viktig årsak til kommunikasjonen, bør hensikten være at brukeren forstår informasjonen og kan gjøre tilpasninger i sine personverninnstillinger. Brukervennligheten på Helsenorge er for dårlig til at dette fungerer på en god måte. Pasienten får ikke utført de personverninnstillingene de ønsker og mange blir gående i ring, ofte ender de opp i blindgater. Et eksempel er at brukeren klikker seg inn på informasjon om dokumentdeling og personvern i kjernejournal der man ikke kan linke dem videre til områdene i pasientjournal eller personverninnstillinger hvor handlingen faktisk kan gjennomføres. Vi ser at en typisk misforståelse er forskjellen på tjenesten pasientjournal og kjernejournal, som ble spesielt tydelig med introduksjonen av dokumentdeling. Innbygger skjønner ikke hvor logg over oppslag i journaldokumenter ligger, blander det med besøkshistorikken i kjernejournal, og prøver ofte begge steder som i og for seg også er riktig og krevende for dem. Innbygger har behov for å se journaldokumentene sine på ett og samme sted - også hvem de deles med, hvem som har slått opp og eventuelt hvordan man kan justere personvernet og ikke minst konsekvensene av slike innstillinger.

3.4. Mål 3: Løsningen kan forvaltes på en ansvarlig måte

3.4.1. Prosess for feil- og hendelsehåndtering må detaljeres

Forvaltningsprosessen i utprøvingen har fulgt allerede eksisterende prosess for feil- og hendelsehåndtering i NHN (se bilag 3 i utprøvingsavtalen for detaljer). For kilder og konsumenter betyr det at de i første omgang skal henvende seg til lokal brukerstøtte, og dersom det oppdages at feilen ikke er lokal skal det meldes videre til NHN sitt kundesenter. Det

er til enhver tid den som mottar saken som har ansvar for å følge opp feilen og oppdatere innmelder. I tilfeller hvor det er flere parter involvert, og det er uklart hvor feil eller hendelser ligger, er NHN ansvarlig for koordinering og oppfølging. Ved behov for utveksling av sensitiv informasjon gjøres dette etter avtale, f. eks kryptert, passordbelagt dokument hvor passord sendes i annen kanal, f. eks per telefon eller SMS til avtalt, utførende ressurs i NHN.

Det er blitt registrert 4 feil enten direkte til prosjektet, til kundesenteret i NHN eller i Early Life Support-møter (ELS-møter) i løpet av utprøvingen. En sak var allerede kjent ved oppstart av utprøvingen og en feil ble avdekket i NHN sin XCA-komponent. De øvrige feilene er tekniske og er blitt avdekket i daglig rapporter som er satt opp av prosjektet og som benyttes for drøfting i ELS-møter. Feilene av teknisk art har ikke fulgt prosess- for feil og hendelseshåndtering da de er blitt håndtert direkte av vår tekniske ressurs i prosjektet. Se tabell 3.1

Tabell 3.1

Feil/hendelse	Beskrivelse av saksflyt
1. Problemer med innlogging i kjernejournal	<ul style="list-style-type: none"> a. Konsument meldte feil til egen driftsleverandør (I henhold til rutinene) b. Driftsleverandøren meldte feilen videre til NHN. (I henhold til rutinene) c. NHN mottok feilen i rett kanal og videreformidlet feilen til driftsteamet til kjernejournal. (I henhold til rutinene) d. NHN oppdaget at feilen lå hos Sykehuspartner e. NHN brukte lang tid på å finne ut hvordan saken skulle meldes til Sykehuspartner da eksisterende rutiner for dette ikke var tydelige nok (ikke i henhold til rutinene)
2. Problemer med installasjon av Buypass/Commfides-klient hos konsumenter	<ul style="list-style-type: none"> a. Konsument meldte om problemet direkte til prosjektet (ikke i henhold til rutinene) b. Prosjektet meldte dette som en sak til kundesenteret for å teste rutinene c. Saken ble overført til driftsteamet til kjernejournal (i henhold til rutinene) d. Driftsteamet tok direkte kontakt med innmelder og saken blir løst i samarbeid med Buypass (i henhold til rutinene)
3. Flere versjoner av samme radiologisvar blir vist i referanselisten i kjernejournal	<ul style="list-style-type: none"> a. Bruker meldte inn sak direkte til prosjektet (ikke i henhold til rutinene) b. Prosjektet registrerte sak i sakshåndteringssystemet i NHN (Junta) c. Det tok lang tid før saken ble videresendt til driftsteamet til kjernejournal (ikke i henhold til rutinene) d. Driftsteamet startet feilsøking og oppdaget at feilen lå hos Sykehuspartner. Saken ble meldt videre dit (i henhold til rutinene) e. Saken ble ikke korrekt registrert i sykehuspartner, manglet blant annet riktig merking for KJ dokumentinnsyn og dette medførte litt jobb for å klare å finne saken internt i Sykehuspartner.
4. Legevakten i Oslo ser ikke dokumenter i listen – Blanke dokumenter	<ul style="list-style-type: none"> a. Sak meldt inn av bruker direkte til kundesenteret i NHN (ikke i henhold til rutinene) b. NHN mottok feilen i rett kanal og videreformidlet feilen til driftsteamet (I henhold til rutinene) c. NHN registrerte en sak hos sykehuspartner etter intern feilsøking (i henhold til rutinene) d. Manglede pasientinformasjon gjorde det vanskelig å gjenskape feilen. Innmelder av saken sluttet også i sin jobb og saken har derfor ikke vært mulig å følge opp videre.

5. Timeout på kall mot XCA - «http 503 service unavailable»	<ul style="list-style-type: none"> a. Feil funnet i daglig rapport for HSØ som er satt opp av prosjektene og som benyttes for drøfting i ELS-møter b. Prosjektdeltakere fra NHN og HSØ samarbeidet om å feilsøke c. Feilen ble løst av Sykehuspartner
6. Koverteringsfeil - DIPS Jetform to PDF	<ul style="list-style-type: none"> a. Feil funnet i daglig rapport for HN som er satt opp av prosjektene og som benyttes for drøfting i ELS-møter b. Feil løst i Helse Nord
7. Ugyldige tegn på enkelte dokument	<ul style="list-style-type: none"> a. Feil funnet i daglig rapport for HN som er satt opp av prosjektene og som benyttes for drøfting i ELS-møter b. DIPS har levert en patch på dette og blir rettet i prod sammen med oppgradering av DIPS IHE XDS i HN
8. Feil i DIPS som forårsaker tregerer responstid for å hente dokumentliste	<ul style="list-style-type: none"> a. Feil funnet i daglig rapport for HN som er satt opp av prosjektene og som benyttes for drøfting i ELS-møter. Fiks produksjonssatt i HN
9. Feil med håndtering av dokumentformat (teknisk)	<ul style="list-style-type: none"> a. Feil funnet i daglig rapport som er satt opp av prosjektet og som benyttes for drøfting i ELS-møter b. Feil løst i NHN
10. Feil knyttet til visning av xml vedlegg ved radiologidokumenter	<ul style="list-style-type: none"> a. Feil funnet i daglig rapport som er satt opp av prosjektet og som benyttes for drøfting i ELS-møter b. Feil løst i NHN
11. Feil under konvertering av dokument	<ul style="list-style-type: none"> a. Feil funnet i daglig rapport som er satt opp av prosjektet og som benyttes for drøfting i ELS-møter b. Feil løst i NHN
12. Feil i NHN sin XCA med validering av SAML token	<ul style="list-style-type: none"> a. Feil funnet i NHN sin XCA b. Feil løst i NHN
13. Oppslag fra kjernejournal vises ikke riktig i tilgangsløgg på HNNO	<ul style="list-style-type: none"> a. Kjent feil ved oppstart av utprøving b. Feil løst i samarbeid mellom NHN, HSØ og HN

Kilder

En spørsmålsrunde til tjenesteansvarlig i Sykehuspartner samt hyppige ELS-møter med aktuelle deltakere fra HSØ viser følgende:

- Det er kjent i Sykehuspartner at saker som ikke kan løses lokalt skal meldes videre til NHN sitt kundesenter. NHN sitt saksnummer skal registreres i Sykehuspartner sitt sakssystem og brukeren skal informeres om at saken er meldt videre til NHN
- Det er ikke blitt meldt inn noen sak fra Sykehuspartner til NHN i henhold til rutine i løpet av utprøvingen

Erfaringsinnhentingsmøte med deltakere fra prosjektet og fra Helse Nord-IKT (HNIKT) viser at forvaltningsprosessen til NHN er godt kjent for prosjektdeltakerne fra utprøvingen, men ikke for øvrige deltakere fra linjen i HNIKT. Det har ikke vært meldt inn noen saker fra Helse Nord i

løpet av utprøvingen.

Konsumenter

Det er i utprøvingen ikke blitt undersøkt i hvilken grad forvaltningsrutinene er kjent hos alle konsumenter, men de har hatt tilgang til kjernejournal før oppstart av utprøvingen og blitt informert om at melding av feil gjøres gjennom eksisterende rutiner hos konsumenten. Oversikten over antall saker i løpet av utprøvingen viser at de sakene som er kommet inn fra konsumenter enten har kommet direkte til prosjektet eller til NHN. Det er kun en av sakene som er kommet gjennom lokal brukerstøtte i henhold til rutinene.

3.4.2. Det må utarbeides rutiner for saker som involverer flere aktører

Kundesenteret

I løpet av utprøvingen er det kommet inn flere feil til kundesenteret som, i henhold til rutinene, har videresendt disse til drift. Disse sakene er ikke blitt merket med dokumentdeling i Junta i henhold til rutinen som beskrevet på Confluence, og derfor har det heller ikke vært mulig for prosjektet å få ut en oversikt over alle saker som omhandler dokumentdeling i kjernejournal. Disse sakene er blitt hentet ut via oversikten fra ELS-møter istedenfor. Erfaringsmøtet med kundesenteret viser i tillegg følgende:

- Informasjonssiden på Confluence er blitt brukt i saker som har omhandlet dokumentdeling, og derfor er de blitt rutet videre til kundedrift i henhold til rutinene
- Kundesenteret har ikke fulgt prosedyre for merking av saker i Junta fordi dette er blitt satt opp på en annen måte enn de er vant til
- Hjelpsomt med FAQ
- Videre opplæring bør gjennomføres i læringsrom (regelmessige opplæringsmøter som kundesenteret har)

Kundedrift

- De har løst saker som ikke har måttet involvere eksterne leverandører på en tilfredsstillende måte
- De har også sendt en sak til sykehuspartner i henhold til rutinene
- I forbindelse med håndteringene av feil nr 4 se *tabell 3.1*, hvor NHN skulle videreformidle feilen til Sykehuspartner, var det ikke klart hvem som hadde ansvaret for å sikre overlevering. Saken ble etter lang tid sendt til Sykehuspartner og da med mangelfull informasjon. Sykehuspartner har nå oversendt en oversikt over informasjon som må være med i saker som blir meldt dit og hva de skal merkes med.

3.4.3. Prosess for oppfølging av logginnslag må detaljeres

Det er gjennomført to erfaringsmøter med Helse Sør-Øst (prosjektene for dokumentdeling i kjernejournal og statistisk logganalyse), Oslo universitetssykehus, Sykehuspartner og NHN

(prosjektet: KJ – innsyn i journaldokumenter). Det ble diskutert flere interessante aspekter ved oppfølging av logginnslag – hovedsakelig hvordan det skal gjennomføres i praksis. I tillegg har det gjennom løpende dialog og diskusjoner kommet en rekke synspunkter på oppfølging av logginnslag om samarbeid mellom ulike aktører og ansvarsfordelingen mellom disse.

Innenfor dette området ble det ikke mulig å sikre noen konkrete resultater fra utprøvingen når det gjelder å teste rutinene for samhandling. Det er heller ikke registrert konkrete henvendelser til veiledningstjeneste på Helsenorge fra innbyggere som har ønsket vurdering av logginnslag i innsynsloggen. Noen viktige problemstillinger ble likevel avdekket.

- Hvordan etablere sikker kommunikasjon mellom virksomhetene – alternativ til henvendelser via telefon
 - bruke Digitaliseringsdirektoratets eFormidling
 - digitale skjemaer på Helsenorge for innbyggere
- Enkelte problemstillinger knyttet til kontaktpunkt hos konsumentene
 - oversikt over kontaktpunkter – forvaltning av dette
 - riktig kontaktpunkt hos konsumentene
- Uklart i hvilke grad dataansvarlig har for å sikre oppfølging og avklaring av andres innsyn, eksempelvis ved forespørsler fra innbyggere. Det er konsumentene – de som har gjort det faktiske oppslaget – som også må svare ut og vurdere lovligheten av de enkelte oppslag, men uklart hvilket ansvar dataansvarlig har for å sikre at forespørsler faktisk svares ut rettidig og at innbygger får ivaretatt sine rettigheter.

Det er sendt ut forespørsel om forklaring på oppslag via eFormidling fra Oslo universitetssykehus HF, men det er gjort i etterkant av at NHN har arbeidet med informasjonsinnhenting i utprøvingen. Det er likevel verdt å merke seg at mottaker av henvendelsen oppfattet det som en ryddig kommunikasjonsmåte, men at det manglet en tydelig måte å gi svar på.

3.4.4. Innholdet i sikkerhetsbeviset er ikke tilstrekkelig for at dataansvarlig kan ivareta sine plikter

I hovedsak er det registrert få funn på dette området, men det er kommet nye vurderinger fra dataansvarlige kildene i utprøvingen.

Det har ikke registrert spørsmål fra innbyggere som viser at innsynsloggen på helsenorge.no er mangelfull. Det er heller ikke kommet andre indikasjoner eller stilt spørsmålstegn ved om loggen er tilstrekkelig for å ivareta lovkravene for innholdet i loggen for innbygger. Samtidig er det kommet innspill fra kildene i Helse Sør-Øst og Helse Nord om at loggen kan forbedres. Spesielt gjelder dette hvilke detaljnivå som kan vises om hvor oppslaget er gjort. Helse Sør-Øst erfarer at de får en del henvendelser fra innbyggere som har spørsmål knyttet til forståelsen av innsynsloggen på helsenorge.no. Tilbakemeldingene fra Helse Sør-Øst er derfor at informasjonen om behandlingssted er for overordnet, eksempelvis at det bare angis Oslo kommune i innbygger innsynslogg. Dette er ikke tilfelle for helseinstitusjoner i kommunene som innføres i kommunal pleie- og omsorgstjeneste, men er begrenset til å gjelde legevakt. Dette kan gjøre det vanskelig for innbygger å knytte oppslaget til en konkret behandling. I forlengelse

av dette er det blitt spilt inn at informasjon om hvilken helsehjelp som er gitt i forbindelse med oppslaget vil bidra til å gjøre innsynsloggen for innbygger mer forståelig.

Helse Sør-Øst har videre gitt tilbakemelding om at omfanget av informasjon som kan logges i dag ikke er tilstrekkelig for at helseforetakene kan ivareta sin plikt til å drive etterfølgende kontroll.

3.4.5. Vurdering av måloppnåelse

Prosess for feil og hendelseshåndtering

Prosjektets vurdering er at prosess for feil- og hendelseshåndtering etter hvert i utprøvsperioden er blitt kommunisert til de ansatte i Sykehuspartner. Ettersom det ikke er blitt meldt inn noen sak fra Sykehuspartner til NHN sitt kundesenter i løpet av utprøvsperioden, gir det ikke grunnlag for å kunne evaluere om NHN sin prosess for feil og hendelseshåndtering er kjent i HSØ. Det har ikke vært meldt noen feil fra Helse Nord i løpet av utprøvsperioden og dermed ikke mulig å vurdere hvorvidt prosessen for melding av feil og hendelser er kjent eller ikke. Det anbefales likevel at prosjektet i Helse Nord jobber med kompetanseoverføring til linjen (drift og forvaltning i HNIKT) og får på plass interne rutiner for varsling av feil/saker til NHN. Fremover er det også viktig å påse at alle nye feil som dukker opp i ELS-møter eller i andre fora fra HSØ eller HN som kilde, blir meldt til NHN i henhold til rutinene.

Prosjektet testet kundesenteret i NHN sin kjennskap til prosess for feil og hendelseshåndtering ved å registrere to feil. Begge feilene ble rutet videre til kundedrift i henhold til rutinene. En samtale med ansatte fra kundesenteret bekreftet også at prosessen er kjent for dem og at de benytter FAQ på Confluence for å kvalitetssikre at de registrerer feil i henhold til prosessen og sender den videre til rett sted. Kundedrift i NHN har også gode rutiner for håndtering av feil som ikke involverer andre aktører.

Saksflyten for feilene som er avdekket i løpet av utprøvsperioden samt samtaler med aktuelle personer fra kundedrift og prosjektet viser imidlertid at prosess for håndtering av saker fra NHN, hvor tredjepartsleverandører må involveres, trengs å forbedres. I tillegg må det utarbeides rutiner for saker som involverer flere aktører.

Det anbefales videre at kundesenteret og drift i NHN får opplæring når rutiner for saker som involverer flere aktører er utarbeidet.

ELS-møtene har vært svært gunstige i utprøvsperioden og har bidratt til at samhandling mellom kildene og kundedrift i NHN har vært god.

Innhold i sikkerhetsbeviset

De dataansvarlige kildene har vurdert at det med dagens innhold i sikkerhetsbeviset ikke er tilstrekkelig informasjon for at det kan gjennomføre statistisk logganalyse og en praktisk etterkontroll av mistenkelige loggoppslag. Løsningen slik den har vært i utprøvsperioden vil således ikke skalere i en bredding. Det vil derfor være nødvendig å gjennomføre tiltak får en løsning kan breddes videre. Denne vurderingen er gjort av de dataansvarlige kildene og prosjektet tar dette til etterretning.

Behovene for økt informasjon i sikkerhetsbeviset er begrunnet fra Helse Sør-Øst og Helse Nord med et ønske om å gi innbygger mer informasjon i logg og de dataansvarliges evne til å drive etterkontroll. NHN følger opp behovene fra sektor i samarbeid med Direktoratet for e-helse, i det pågående arbeidet med tillitsmodell for data- og dokumentdeling i sektoren.

Erfaringene fra dette området tilsier at det vil være nødvendig å vurdere tiltak for å sikre at kommunikasjonen kan flyte mellom aktørene.

4. Konklusjon - vurdering av måloppnåelse

4.1. Vurdering av mål og delmål for utprøvingen

Tabell 4.1 inneholder en vurdering av oppnåelsen av målene, og delmålene, som ble satt for utprøvingen (beskrevet i kapittel 1). Vurderingen er basert på funnene som er drøftet i kapitel 3.

Tabell 4.1

Målsetting	Delmål	Vurdering av måloppnåelse
1. Helsepersonell har god nytte av dokumentdeling	a. Dokumentdeling er brukervennlig	Løsningen oppleves stort sett som brukervennlig, men det er forbedringspotensial, se 3.2.2.
	b. Dokumentdeling gir bedre beslutningsgrunnlag	Generelt viser resultatene at helsepersonell opplever høy klinisk nytte og at tilgang til dokumentdeling gir riktigere og mer utfyllende informasjon som bidrar til bedre beslutningsgrunnlag, se 3.2.5.
	c. Dokumentdeling bidrar til mer effektive arbeidsprosesser ved å redusere administrasjon og enklere samhandling på tvers av omsorgsnivåer og virksomheter	Det er tydelig enighet om at tidligere manuelle og tidvis tungvinte prosesser som konferering med annet helsepersonell gjennom faks og telefon nå er enklere. Samhandlingen går raskere og gir store tidsbesparelser, se 3.2.6.
	d. Opplæring og informasjonstiltak er tilstrekkelig	De fleste er fornøyd, men det kunne vært gitt ytterligere opplæring og informasjon gjennom flere kanaler. Se 3.2.10 og resultater fra spørreundersøkelse i bilag A2.
2. Innbyggere forstår informasjon om dokumentdeling og personvernmekanismer	a. Informasjonen på nettsiden til Helsenorge om dokumentdeling er tilstrekkelig og forståelig	Det har kommet frem at mange innbyggere opplever informasjonen som forvirrende og komplisert. Se 3.3.1.

	b. Innsynsloggen på nettsiden til Helsenorge er forståelig	Innbyggere har utfordringer med å finne frem på Helsenorge.
	c. Personverninnstillinger for dokumentdeling er forståelig	Det er et behov for forbedringer, både mer og tydeligere informasjon samt økt brukervennlighet, for at innbygger skal forstå personverninnstillinger, se 3.3.3.
	d. Annet: Innbyggere får nødvendig veiledning ved spørsmål om dokumentdeling og loggoppslag	Tilbakemeldingene fra veiledningstjenesten er at de har fått god opplæring, de har tilgjengelig informasjonsmaterial og har ikke fått henvendelser som de ikke har klart å håndtere.
3 Løsningen kan forvaltes på en ansvarlig måte	a. Prosess og ansvarsfordeling ved feil og hendelser er kjent for aktørene	Ettersom det i løpet av utprøvingen ikke er blitt meldt inn noen saker fra kildene gjennom prosess for feil- og hendelsehåndtering i NHN gir det ikke grunnlag for å vurdere om prosessen eller ansvarsfordelingen er kjent for aktørene.
	b. Kundesenteret og kundedrift i NHN har tilstrekkelig informasjon om prosessen og løsningen til at de kan håndtere feil og hendelser	Kundesenteret og kundedrift i NHN har tilstrekkelig informasjon til å kunne håndtere innkommende feil som ikke involverer andre aktører. Imidlertid viser utprøvingen at prosess for håndtering av saker fra NHN, hvor tredjepartsleverandører må involveres, trengs å forbedres. I tillegg må det utarbeides rutiner for saker som involverer flere aktører.
	c. Prosess for oppfølging av logginnslag understøtter dataansvarliges plikter	Utprøvingen gir ikke tilstrekkelig grunnlag på dette punktet. Det er uklarheter rundt prosessene ved oppfølging av logginnslag og et behov for å se videre på dette. Se 3.4.4
	d. Innhold i sikkerhetsbeviset er tilstrekkelig for at dataansvarlig kan ivareta sine plikter	HSØ mener at de ikke har nok informasjon i sikkerhetsbeviset slik det er i dag, se 3.4.5.

4.2. Vurdering av løsningen i utprøving opp mot hovedmål for prosjektet

Resultatene fra utprøvingen gir et godt grunnlag for å vurdere om løsningen som har vært prøvd ut er egnet for å nå disse effektmålene.

Prosjektet i NHN har tre effektmål

1. Raskere og enklere tilgang på journalopplysninger skal bidra til mindre feil og raskere helsefaglige beslutninger

En vesentlig del av utprøvingen har vært å undersøke om løsningen kan gi disse effektene ved en videre bredding. Resultatene peker tydelig mot at det vil være tilfellet.

2. Redusere administrativ byrde på helsepersonell, som i dag må innhente og utlevere helseopplysninger manuelt

Basert på de erfaringene og de resultatene som er innhentet i utprøvingen er det god grunn til å anta at informasjonen som deles er tilstrekkelig til at det i stor grad reduserer behovet for å bruke manuelle rutiner.

3. Styrket informasjonssikkerhet og personvern

Løsningen sikrer at utlevering av informasjon logges uten at det er behov for manuelle registreringer av informasjonsutlevering fra en 3. part i forrige virksomhet. Dermed sikrer man at kun behandleren som hjelper pasienten nå, ser tidligere journaldokumenter. I tillegg vil mer informasjon om grunnlaget for oppslaget og hvem som gjør det bidra til at det er mulig å drive mer effektiv etterkontroll av oppslag. Innbygger vil også få tilgang til mer utfyllende og forståelige logger over oppslagene.

Digital informasjonsutveksling reduserer betydelig behovet for å utveksle papirkopier av journaldokumentene. Dette reduserer behovet for å multiplisere samme informasjon til flere aktører, informasjon lagres bare ett sted. Samtidig vil en reduksjon i antallet papirkopier redusere risikoen for at informasjonen kommer på avveie. Totalt sett vil løsningen som kun tilgjengeliggjør (strømmer) informasjon fra kilden der informasjonen er lagret, og ikke sprer kopier, bidra til økt personvern og informasjonssikkerhet.

En viktig forutsetning for å få ønskede gevinster på dette området er at løsningen faktisk benyttes i de tilfellene hvor det er relevant og nødvendig. Erfaring fra utprøvingen viser at det er store variasjoner for hvor mye opplæring og innføringsarbeid som er nødvendig for å sikre gevinstrealisering på dette området.

4.3. Anbefaling

1. Prosjektet anbefaler videreutvikling av løsningen, og et særlig fokus på vurdering av krav om rikere informasjon i sikkerhetsbilletten.
2. Videre anbefaler prosjektet at vurderingene som er gjort av nytte og bruk av løsningen legges til grunn som føringer for videre bredding av løsningen.

4.4. Veien videre

Erfaringene fra utprøvingen viser at det mest hensiktsmessige er å ta en stegvis tilnærming til den videre breddingen av dokumentdeling gjennom kjernejournal. Prosjektet vil derfor bygge skalerbarhet i neste fase og jobbe spesielt med områdene og tiltak beskrevet i tabell 4.2. Når det gjelder nasjonale regler for tilgangsstyring og nasjonal oversikt over hvilke dokumenter som deles må det diskuteres med Direktoratet for e-helse hvorvidt det er de eller NHN som skal ha ansvaret for å utarbeide disse i samarbeid med aktørene. De øvrige tiltakene er det NHN som har ansvar for.

Samtidig som det arbeides med å avklare behovene som beskrevet i tabell 4.2, vil NHN se på mulighetene for å bredde til de ulike gruppene som under utprøvingen har vist seg å ha størst nytte. Konkret betyr det at NHN, i samarbeid med HSØ og HN vil kartlegge under hvilke forutsetninger de kan dele til legevakter og KAD-enheter, som gjennomutprøvingen viste at det var stor nytte.

Tabell 4.2

Område	Tiltak
Styrke informasjonselementer i sikkerhetsbeviset	- I forbindelse med kildenes krav om tilgang til ytterligere informasjon om eksterne oppslag for logging og etterfølgende kontroll; utarbeide løsningsbeskrivelse for nødvendige endringer i kjernejournal, som følge av eventuelle endringer i felles tillitsmodell.
Nasjonale regler for tilgangsstyring	- Etablere nasjonale regler på tvers av samarbeidsområder i XCA i samarbeid med E-helse og sektoren
Nasjonal oversikt over hvilke dokumenttyper som deles	- Utarbeide en oversikt over hvilke dokumenttyper som bør deles fra kildene
Avtaler og bruksvilkår	- Ferdigstille avtaler og bruksvilkår. - Signering fra deltakere i løsningen.
Prosess for feil og hendelseshåndtering	- Utarbeide rutiner for håndtering av saker mot tredjepartsleverandører - Utarbeide rutiner for saker som involverer flere aktører - Vurdere behovet for oppskalering av kundesenteret i NHN før videre bredding - Vurdere oppskalering av kundedrift i NHN før videre bredding - Kommunisere forvaltningsrutinene tydelig til alle nye konsumenter av løsningen - Se på muligheten for å implementere verktøy som kan ivareta sikker overføring av personopplysninger ved saksgang mellom NHN og tredjepartsleverandører - Gjennomføre mer konkrete opplæringsseanser for kundesenteret og kundedrift i NHN
Endringshåndtering	- Vurdere tjenesteråd for interessentene - Kommunisere NHN sin prosess for endringshåndtering til eksisterende og nye kilder og konsumenter
Forespørsler om logginnsyn	- Tydeliggjøre prosess for henvendelser om logginnsyn

	<ul style="list-style-type: none"> - Videreutvikle digitalt skjema på Helsenorge hvor innbygger kan henvende seg direkte til konsumentene. - Tydelig ansvarsfordeling gjennom avtaler - Anbefale bruk av eFormdling mellom virksomhetene
Kommunikasjon	<ul style="list-style-type: none"> - Se på behovet for individrettet informasjon til innbyggere i samarbeid med HSØ - Utarbeide kommunikasjonsstrategi for videre bredding - Utarbeide tydelig ansvarsfordeling mellom NHN og aktørene mtp. hva som utføres sentralt (av NHN) og lokalt av kommunikasjonsiltak
Opplæring	<ul style="list-style-type: none"> - Utarbeide tydelig ansvarsfordeling mellom NHN og aktørene mtp. videre bredding - Utarbeide opplæringsmateriell for videre bredding
Innbyggere	<ul style="list-style-type: none"> - Samordne informasjon fra Helsenorge og kjernejournal fra et brukerperspektiv
Annet	<ul style="list-style-type: none"> - Vurdere behovet for mottaksprosjekter i HFene - Utarbeide breddingsstrategi

BILAG

Bilag A1 Metode og erfaringsinnhenting

1. Metode

1.1. Digital Spørreundersøkelse

Formål: Spørreundersøkelse ble gjennomført for å sikre tilbakemeldinger direkte fra helsepersonell om hvordan de opplever dokumentdeling og hvilken nytte det tilfører dem i deres arbeid, og hva som kan forbedres for å sikre størst mulig nytte. Tema og innhold i selve undersøkelsen ble utarbeidet av prosjektet i samarbeid med produktgruppen for kjernejournal i NHN, prosjektet i HSØ og prosjektet i HN. Disse partene godkjente også innholdet før publisering. Følgende områder ble evaluert i spørreundersøkelsen:

- Brukervennlighet og funksjonalitet
- Feilhendelser og responstid/ytelse
- Klinisk nytte og pasientsikkerhet
- Effektivisering og samhandling
- Informasjon og opplæring

Målgruppe: Alt helsepersonell som deltok i utprøving (239 personer) fikk tilsendt spørreundersøkelsen. Deltakerne hadde brukt tjenesten i alt fra 8-12 uker avhengig av når de fikk tilgang til løsningen. Respondentene anga hvilken region de tilhører (Helse Nord/Sør-Øst), hvilken type institusjon de arbeider ved (Legevakt/KAD/Sykehus/Fastlegesener) og hva slags rolle de har (Lege/Sykepleier). På denne måten er det mulig å differensiere mellom ulike behov og oppfatninger hos brukere ved ulike institusjoner, i ulike deler av landet og med ulike ansvarsområder.

Metode: Spørreskjemaet bestod av 20 spørsmål satt opp tematisk. Spørsmålene var en kombinasjon av numeriske skala (1 til 5), flervalg, og åpne spørsmål som krever tekstlige svar. Spørreskjema ble distribuert per e-post ved slutten av utprøvingen, og var tilgjengelig i en uke i februar 2021. Den ble distribuert via systemet Easyfact som anonymiserer besvarelser. Undersøkelsen ble håndtert og analysert av NHN som var ansvarlig for å samle inn brukererfaringer. Datagrunnlaget er analysert i Excel. Ved oppstart formidlet NHN og kontaktperson hos konsument at det var en forventning om at helsepersonell i utprøving delte sine erfaringer ved å besvare spørreundersøkelsen. Det ble sendt ut e-post fra kontaktperson for deltakere ved hvert behandlingssted med påminnelse om at spørreundersøkelse skulle besvares da den ble distribuert i tillegg til påminnelser fra verktøyet etter 3 og 5 dager og det forelå informasjon om dette i opplæringsmateriell.

Responsstørrelse: Det var 65 personer som besvarte undersøkelsen.

Begrensninger: Undersøkelsen var frivillig å delta på og det ble ikke foreslått eller gitt kompensasjon for deltakelse. Respons har hvilt på deltakernes vilje til å prioritere tid til å besvare undersøkelsen ettersom de ikke fikk ordre, men oppfordring om å besvare. Ettersom det kun var leger og sykepleiere som deltok i utprøvingen ved et begrenset utvalg behandlingssenheter spredt over et stort geografisk område, er ikke erfaringene representative for hele helsesektoren og dekker heller ikke alle mulige bruksområder for dokumentdeling.

I spørreundersøkelsen ble respondentene bedt om å gjengi bruk av kjernejournal *før* de fikk tilgang til dokumentdeling og hvor hyppig de benytter dokumentdeling i dag. NHN har anledning til å se på statistikk over faktiske oppslag i kjernejournal for en virksomhet før dokumentdeling ble tilgjengelig og i dag for å sammenlikne. Deltakerne har gitt innsikt i hvordan dokumentdeling påvirker arbeidshverdagen deres ved forskjellige arbeidsplasser og regioner og om hvordan tjenesten er å ta i bruk, både for de som er kjent og ikke kjent med kjernejournal fra før. Det gir også innsikt i hvilke barrierer som kanskje eksisterer for å kunne utnytte tjenesten effektivt og om hvordan tjenesten svarer til forventningene helsepersonell og deres pasienter har med dokumentdeling.

Resultatene fra spørreundersøkelsen finnes i bilag A2

1.2. Semistrukturerte dybdeintervjuer

Formål: Det er gjennomført intervjuer med helsepersonell som har brukt dokumentdeling med fokus på å forstå nytteverdien av tjenesten og eventuelle barrierer eller forbedringsmuligheter. Intervjuer gir anledning til å dykke dypere i spørsmål om dokumentdeling, som også er interessante å se i sammenheng med spørreundersøkelsen. Dette vil øke kunnskapen om hvordan dokumentdeling oppleves i arbeidshverdagen til intervjuobjektet gjennom deres nærmere forklaringer og eksempler.

Intervjuet var strukturert i 3 deler etter tema:

Del 1 Innledning

- Bli kjent med intervjuobjektet, stillingens ansvar og pasientgrupper
- Kjennskap til kjernejournal og forventninger til dokumentdeling
- Brukervennlighet, innhold og funksjonalitet
- Feilhendelser og responstid/ytelse

Del 2 Hoveddel

- Klinisk nytte og pasientsikkerhet
- Effektivisering og samhandling
- Pasientdialog

Del 3 Avslutning

- Informasjon og opplæring
- Behov ulike roller
- Annet

Metode: Intervjuene foregikk digitalt via et lukket videorom på Whereby med varighet på ca. 60 min. Booking og innkalling ble gjort av koordinator for utprøving som også var intervjuer. I møtene var det i tillegg til intervjuobjektet, en tredjeperson som tok notater. I enkelte intervjuer var det også en fjerde representant fra Helse Sør Øst på medlytt som fikk anledning til å stille oppfølgingsspørsmål på slutten av intervjuet. Intervjuer var koordinator for utprøving fra NHN. Intervjuet baserte seg på en mal med ulike spørsmål som fulgte strukturen over.

Målgruppe: Helsepersonell som deltok i utprøving på tvers av regioner, behandlingssteder og roller. Se oversikt over utvalget under.

Institusjon	Helse Nord		Helse Sør Øst	
	Lege	Sykepleier	Lege	Sykepleier
Fastlegesentere	2	N/A	2	N/A
Legevakt	2	1	2	1
KAD/Korttid	2	3	2	N/A
Sykehus			3	1
Sum	6	4	9	2
Totalt per institusjon	10		11	
Totalt antall sykepleiere = 6				
Totalt antall leger = 15				

1.3. Brukertester

Formål: I samarbeid med NHN tjenstedesign har prosjektet bruketestet deler av løsningen dokumentdeling i kjernejournal som er eksponert mot innbygger på Helsenorge. Hensikten med brukertestene har vært å skaffe innsikt i om innbyggere forstår informasjon og personvernmekanismer for dokumentdeling.

1.3.1. Test 1: Umoderert brukertest

Dato: Januar 2021

Utvalg: 8 testpersoner fra befolkningen (5 kvinner og 3 menn, alder 28-63)

Metode: Testpersoner løser oppgaver på egenhånd via webbasert testplattform "Teston" i regi av tjenstedesign hos NHN

Formål: Forstår brukeren informasjonen (artikkel på Helsenorge og innslag på Dagsrevyen) om dokumentdeling og klarer å tilpasse personverninnstillinger for kjernejournal og dokumentdeling basert på denne informasjonen og oppgaveteksten.

Oppgaven: Brukeren ser et innslag på Dagsrevyen 21 om dokumentdeling med en fastlege og en pasient og får ulike oppgaver i et testmiljø med en testprofil "Folke Danser" på Helsenorge.

1. Kan du finne ut hvilke journaldokumenter fastlegen din har lest?
2. Kan du sperre slik at fastlegen ikke kan se journaldokumentene dine?

1.3.2. Test 2: Moderert brukertest

Dato: 7-9.mars 2021

Utvalg: 4 testpersoner fra befolkningen (2 kvinner og 2 menn, alder 20-55)

Metode: Testpersoner løser oppgaver veiledet av en moderator via webbasert testplattform "Teston" i regi av tjenstedesign hos NHN. Brukeren får ulike oppgaver som skal løses via en testprofil på Helsenorge. Oppgaven løses på mobil, nettbrett eller PC.

Formål: Forstår brukeren informasjonen i artikkelen om dokumentdeling på nettsiden til Helsenorge og spesifikke personverninnstillinger slik som sperring av dokumentdeling i kjernejournal?

Oppgaven:

1. Kan du sperre journaldokumenter for deling i kjernejournal?
2. Kan du lese teksten om dokumentdeling og gi oss tilbakemelding på hva om det hjelper å finne frem og forstå kjernejournal og dokumentdeling?
3. Hva er forskjellen på tjenesten kjernejournal og pasientjournal på Helsenorge?

1.4. Webanalyse

Se resultater i Bilag C

Formål: Forstå brukeratferd på nettsiden til Helsenorge spesielt for personverninnstillinger og navigering i kjernejournal og dokumentdeling.

Kilder: NHN

1.5. Task Analytics

Se resultater i Bilag C

Formål: Forstå brukertilfredshet på nettsiden til Helsenorge spesielt for innbyggere som klikker på tjenesten kjernejournal.

Kilder: NHN

1.6. ELS-MØTER

Formål og metode: Early Life Support (ELS) – møter ble avholdt av NHN med hvert prosjekt fra de regionale helseforetakene og deres kilde samt driftsleverandør. Dette er for å sikre tilstrekkelig oppfølging og koordinering av løsningens drift og prestasjon. Hensikten med møtene har vært å etablere en omforent status på hendelser og driftsmiljøer, samt tydelig ansvarsfordeling for videre oppfølging. I tillegg til å følge opp oppstart hos forskjellige virksomheter og deltakere.

Hyppighet: Det ble avholdt daglige ELS-møter ved oppstart for å følge nøye med på løsningens ytelse og forvaltning av feil og hendelser internt. Antall møter ble redusert etter behov, fortrinnsvis på et tidspunkt der prosjektet i Helse Nord og Helse Sør-Øst med respektive kilder og NHN opplevde at ytelse og feil var på et akseptabelt nivå.

Deltakere: NHN stilte med representanter fra systemutvikling, drift og produksjon, koordinator for utprøving av dokumentdeling og prosjektleder. Hver kilde i utprøving stilte med prosjektleder og ressurser med inngående kunnskap om løsningens ytelse, forvaltning av feil og hendelser samt påkobling av deltakere.

Deltakere: NHN stilte med representanter fra systemutvikling, drift og produksjon, koordinator for utprøving av dokumentdeling og prosjektleder. Hver kilde i utprøving stilte med prosjektleder og ressurser med inngående kunnskap om løsningens ytelse, forvaltning av feil og hendelser samt påkobling av deltakere.

1.7. Statistikk

Se resultater i Bilag B

	Oppslag av helsepersonell i dokumentdeling	Henvendelser fra innbygger til veiledningstjenesten	Feil meldt om dokumentdeling til kundesentert i NHN	Oppslag i ulike dokumenttyper i kjernejournal per kilde
--	---	--	--	--

Statistikk	Antall oppslag Antall brukere Unike brukere Ulike dokumenttyper	Antall oppslag Antall brukere Unike brukere Ulike dokumenttyper	Antall henvendelser/feil Kritikalitet	Antall feil Kritikalitet	
Kilder	Oslo universitetssykehus, Nordlandssykehuset, NHN (Jasper)	NHN (helfo veiledningstjenesten)	NHN	Oslo universitetssykehus, Nordlandssykehuset	
Formål	Utdrag av statistikk over bruk blant helsepersonell som deltok i utprøving har vært brukt kontinuerlig for å følge utviklingen over bruk fordelt på region, roller og virksomheter.	Utdrag av statistikk over bruk blant helsepersonell som deltok i utprøving har vært brukt kontinuerlig for å følge utviklingen over bruk fordelt på region, roller og virksomheter.	Utdrag av statistikk over bruk blant helsepersonell som deltok i utprøving har vært brukt kontinuerlig for å følge utviklingen over bruk fordelt på region, roller og virksomheter.	Forstå omfanget av feil og alvorligheten av disse, samt håndtering internt i NHN og mellom tredjeparter som kilder.	Forstå hvilke dokumenttyper som er mest brukt av helsepersonell og hvilke enheter som slår opp mest i ulike dokumenter

BILAG A2

SPØRREUNDERSØKELSE

1. Om undersøkelsen

Dato gjennomført: Februar 2021

Verktøy: Spørreundersøkelse Easyfact

Om utvalget				
Antall mottakere		239		
Antall besvarelser (leger og sykepleiere i Helse Midt og Helse Sør-Øst)		62		
Svarprosent		26 %		
		Helse Sør-Øst	Helse Nord	Sum
Rolle	Lege	31	12	43 (70%)
	Sykepleier	3	16	19 (30%)
	Sum	34 (54%)	28 (46%)	
Type virksomhet	Fastlegekontor	8	5	13
	Kommunal døgnenhet (KAD)/ Korttid	8	17	25
	Legevakt	12	5	17

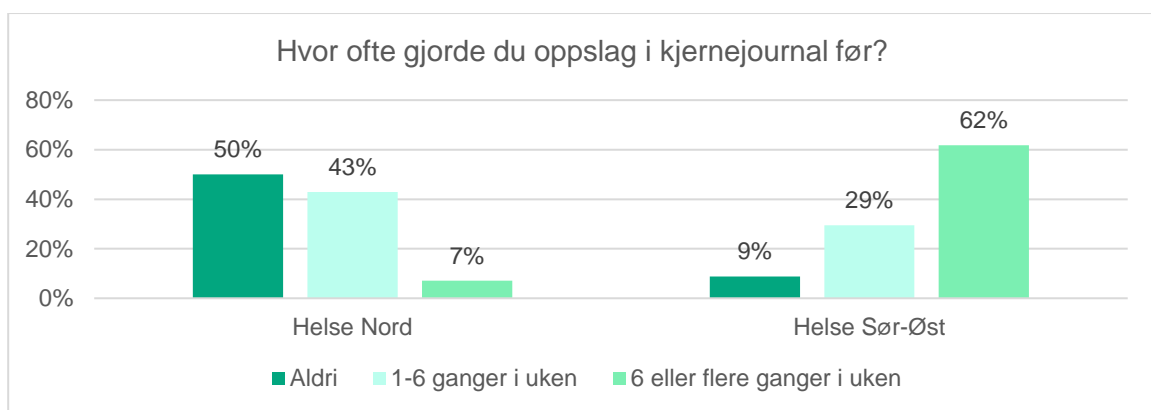
Sykehus	5	1	6
Annet (avtalespesialist)	1	0	1

Figur 1-1

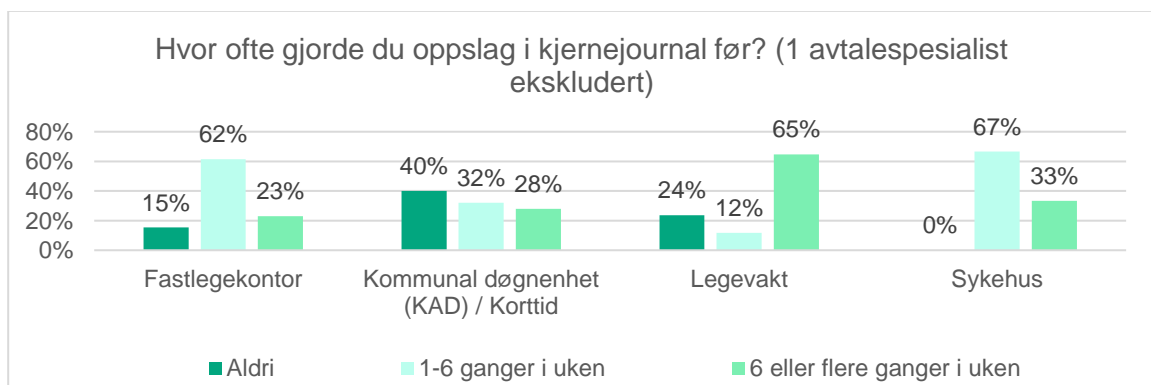
2. Bruk av kjernejournal før

a) Hvor ofte gjorde du oppslag i kjernejournal før?

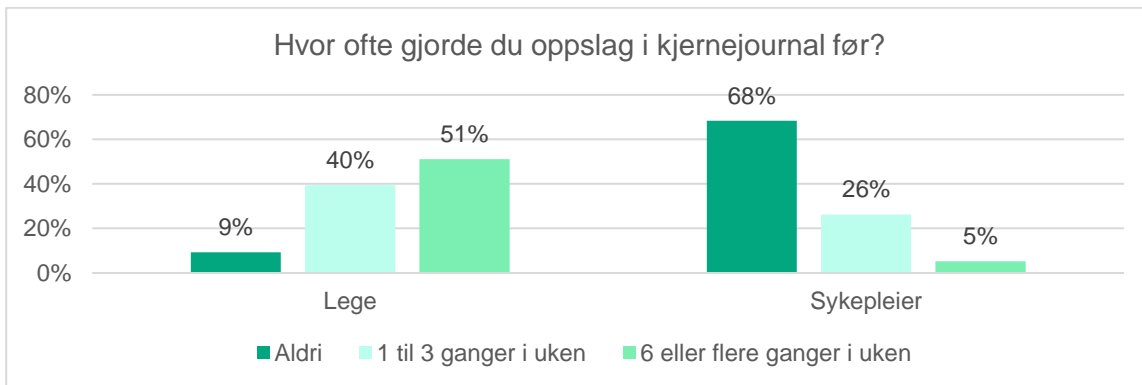
- Kjernejournal var oftere brukt av Helse Sør-Øst før enn for Helse Nord
- 50 % i Helse Nord brukte aldri kjernejournal
- Det er stor variasjon innad i virksomhetstype på hvor ofte det ble gjort oppslag i kjernejournal før
- Mange flere sykepleiere enn leger hadde aldri brukt kjernejournal før



Figur 2-1



Figur 2-2

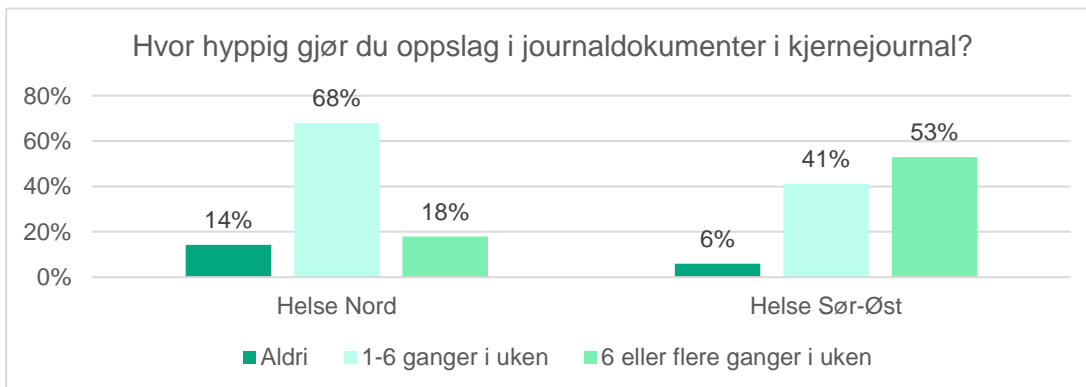


Figur 2-3

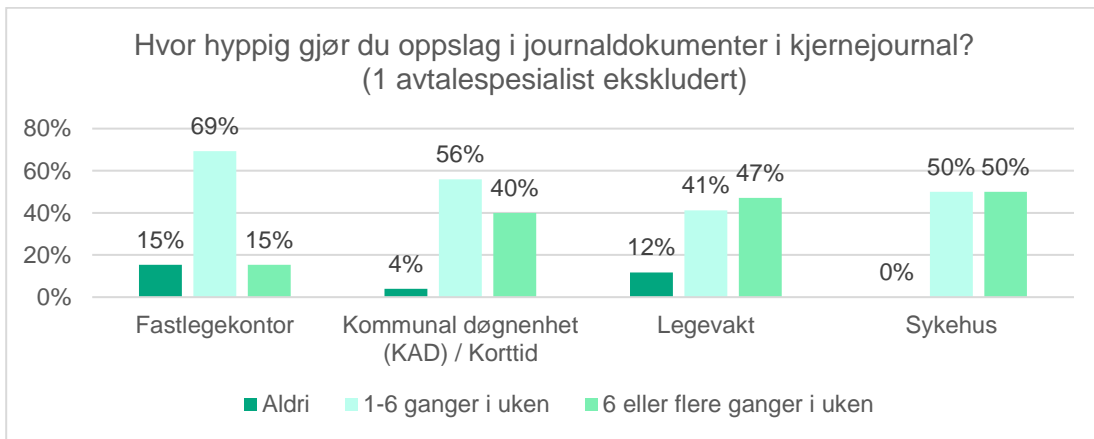
3. Oppslag i journaldokumenter i kjernejournal

a) Hvor ofte gjør du oppslag i kjernejournal nå med innsyn i journaldokumenter?

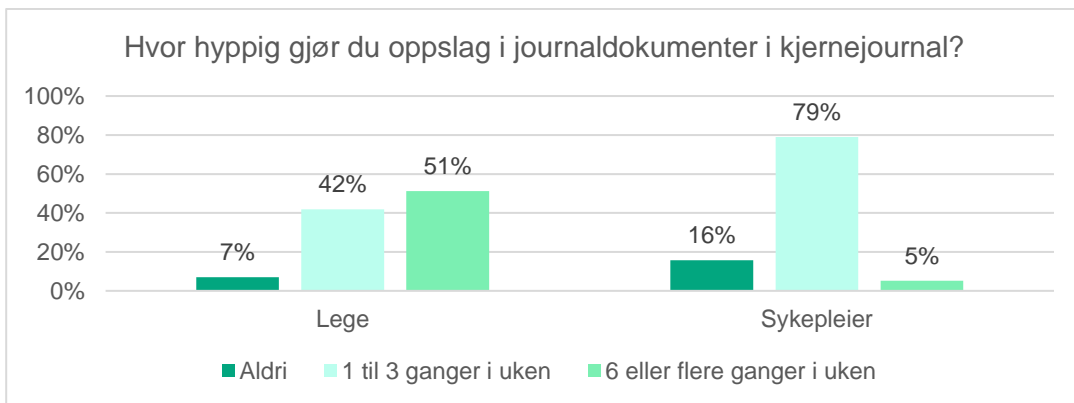
- Få svarer at de aldri gjør oppslag i journaldokumenter nå
- Fastleger og legekontor har en relativt lav andel som fortsatt aldri gjør oppslag i journaldokumenter i kjernejournal nå
- Kun 16 % av sykepleiere gjør aldri oppslag nå



Figur 3-1



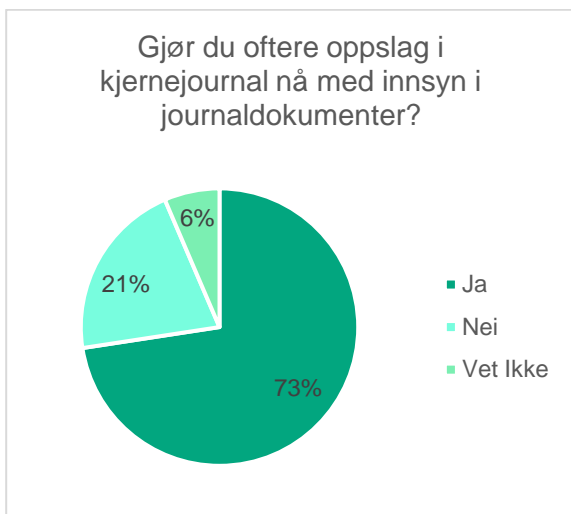
Figur 3-2



Figur 3-3

b) Gjør du oftere oppslag i kjernejournal nå med innsyn i journalldokumenter?

- 73 % gjør oftere oppslag i kjernejournal nå

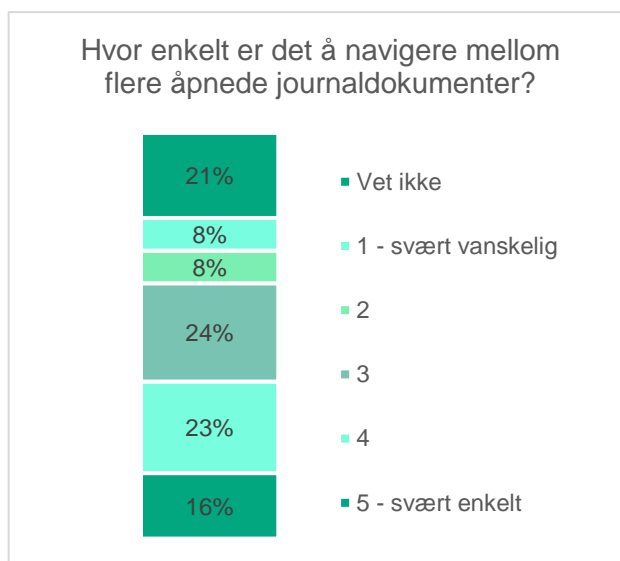


Figur 3-4

4. Brukeropplevelse, funksjonalitet og innhold

a) Hvor enkelt er det å navigere mellom flere åpne journaldokumenter?

- Nesten 40 % mener at det enkelt eller svært enkelt (4 eller 5) å navigere mellom flere åpne journaldokumenter
- Omtrent en av fire syntes verken det er enkelt eller vanskelig (3)



Figur 4-1

b) Hvor enkelt er det å finne frem til relevant journalldokument og innhold?

- Litt over halvparten mener at det er enkelt eller svært enkelt å finne frem til relevant journalldokument og innhold
- ¼ synes det er verken vanskelig eller enkelt
- Få synes det er vanskelig eller svært vanskelig å finne frem til relevant journalldokument og innhold



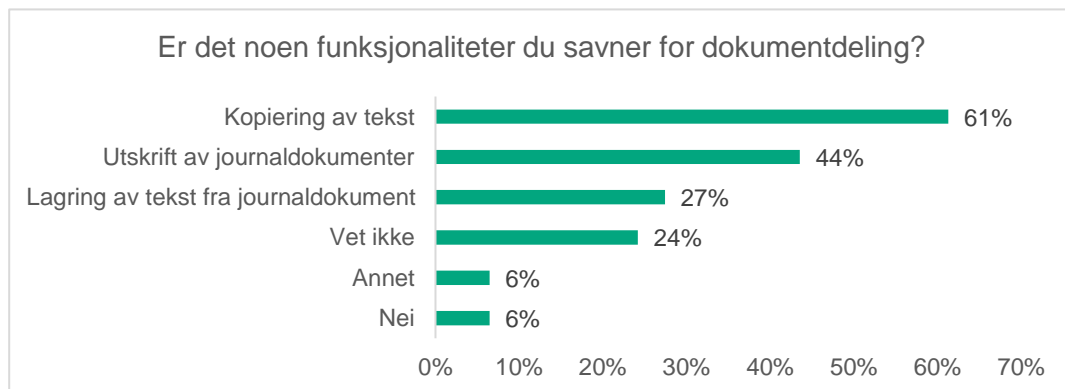
Figur 4-2

c) Savner du andre typer journalldokumenter i kjernejournal?

- Flere nevner at de savner LAB-svar, blodprøver, EKG, tilsynsnotater og psykiatri-dokumenter.
- Noen savner ikke-godkjente dokumenter, dokumenter fra øvrige kilder, kurver, kopier-funksjonalitet, eldre journalldokumenter, innkallinger til oppfølgingstimer ved poliklinikk, frisøk-funksjonalitet.

d) Er det noen funksjonaliteter du savner for dokumentdeling?

- 61 % savner funksjonalitet for kopiering av tekst
- 44 % savner utskrift av journalldokument

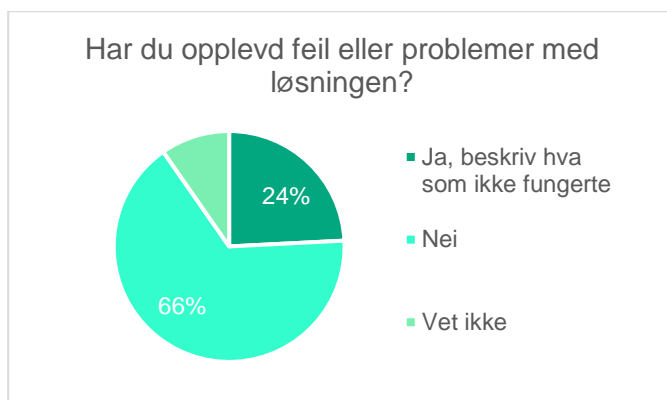


Figur 4-3

5. Feilhendelser og responstid/ytelse

a) Har du opplevd feil eller problemer med løsningen?

- Om lag en av fire har opplevd feil eller problemer med løsningen
- Det er cirka like mange som har opplevd feil i Helse Nord som i Helse Sør-Øst



Figur 5-1

Beskrivelse av hva som ikke fungerte	
Helse Sør-Øst	Helse Nord
Dokument åpnet seg ikke, men stod kun og arbeidet. Lukket dokumentet, og kom da raskt inn i dokumentet ved neste forsøk.	Fikk ikke det til i det hele tatt / ikke lest bruksanvisning
Endel problemer med å få hentet opp epikriser/notater.	Klarer ikke å laste inn journal.
Enkelte ganger er tekstdokumentene helt blanke, eventuelt kun ha tabellinjer/matriselinjer, men med manglende tekst. Det kan fungere fint i begynnelsen av en vakt, for deretter å slutte å fungere.	Tar tid å komme inn i journalnotater
Får ikke til å skrive ut direkte ra KJ den vil mellomlagre på PC noe jeg ikke vil....	Tar veldig lang tid å laste ned dokumenter, må gjøre det flere ganger for å finne det jeg er ute etter
Innloggingsforsinkelser ved oppstart	treghet og relaitvt ofte feilmelding og må prøve på nytt. Fungerer ofte på forsøk 2
Innloggingsproblemer	Treghet ved innlasting
Kom fint inn i journaldokumenter-fanen men når jeg åpnet dokumentet var sidene helt blanke. Kun skjedd en gang.	
Påkoblingsvansker i starten. Er fikset	

Tar lang tid å logge seg inn så det blir noe venting.	
---	--

Figur 5-2

6. Klinisk nytte og pasientsikkerhet

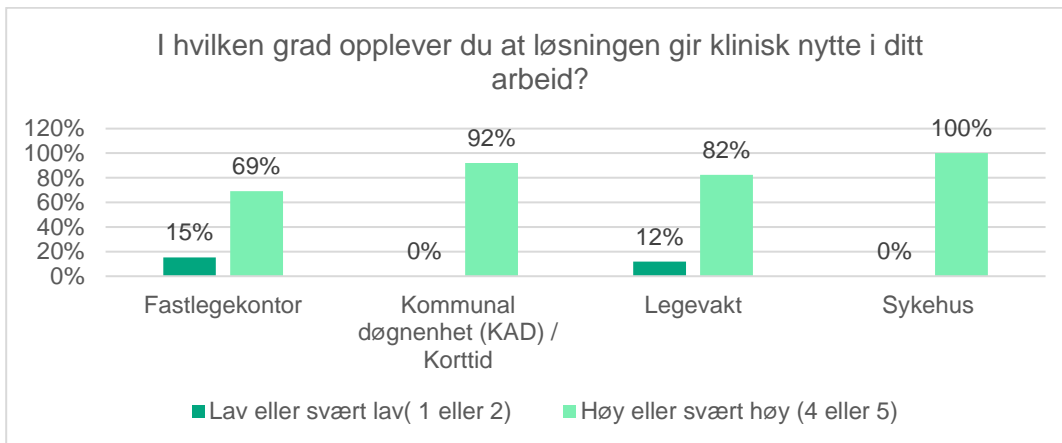
a) I hvilken grad opplever du at løsningen gir klinisk nytte i ditt arbeid?

1 svært lite nyttig, 5 svært nyttig

- 84 % mener at løsningen gir høy eller svært høy nytte (4 og 5)
- Svært få mener at løsningen har lav nytte
- Helsepersonell på sykehus er opplever høyest klinisk nytte
- Legevakt og fastlegekontor har en større andel som opplever lav klinisk nytte



Figur 6-1



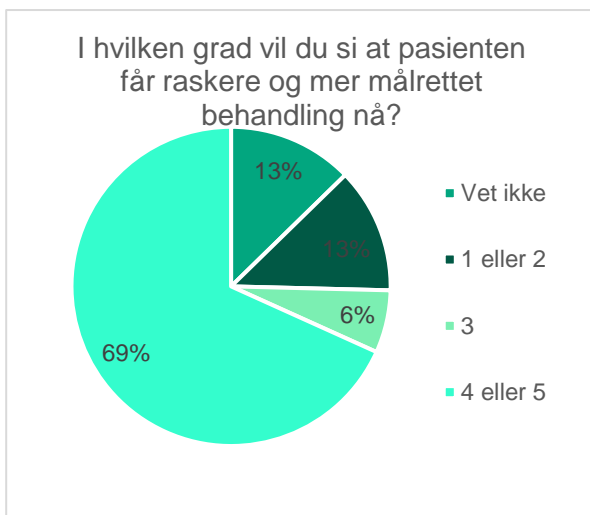
Utvalget som svarer «vet ikke» eller «3» er ikke inkludert i figuren

Figur 6-2

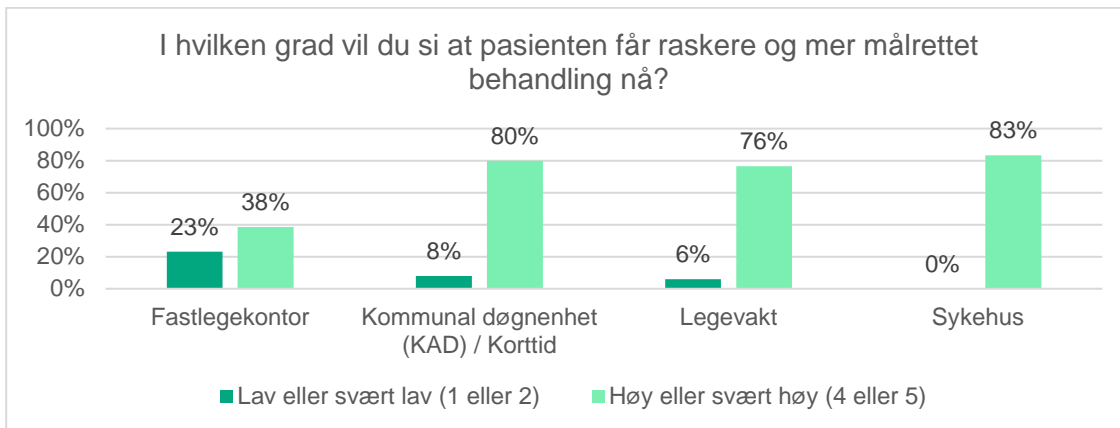
b) I hvilken grad vil du si at pasienten får raskere og mer målrettet behandling nå?

1 svært lite, 5 svært mye

- 69 % mener pasienten får raskere og mer målrettet behandling nå
- Helsepersonell ved fastlegekontor er mer uenige



Figur 6-3



Utvalget som svarer «vet ikke» eller «3» er ikke inkludert i figuren

Figur 6-4

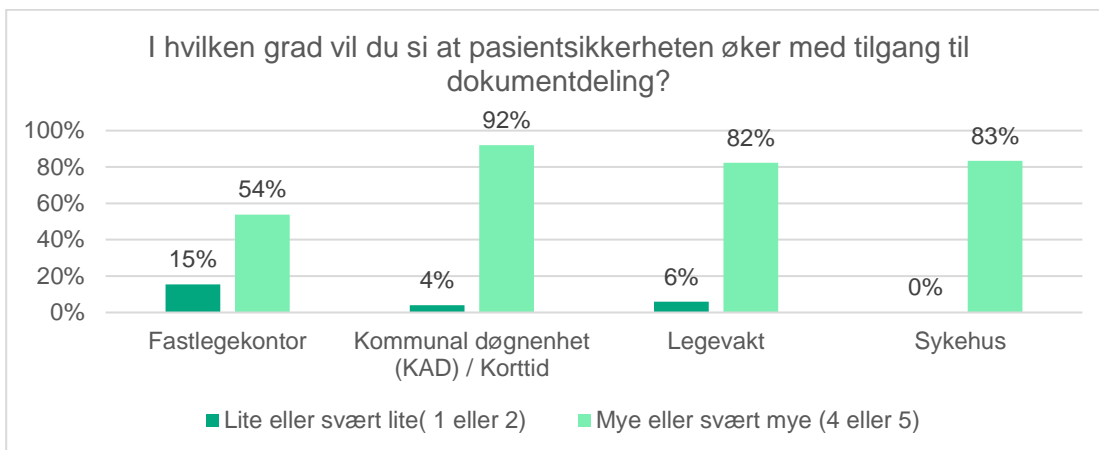
c) I hvilken grad vil du si at pasientsikkerheten øker med tilgang til dokumentdeling?

1 svært lite, 5 svært mye

- 79 % mener at pasientsikkerheten øker svært mye eller mye med tilgang til dokumentdeling
- Nesten ingen (3 %) mener at pasientsikkerheten øker svært lite
- Fastlegekontorene opplever i mindre grad at pasientsikkerheten øker sammenliknet med andre virksomhetstyper



Figur 6-5



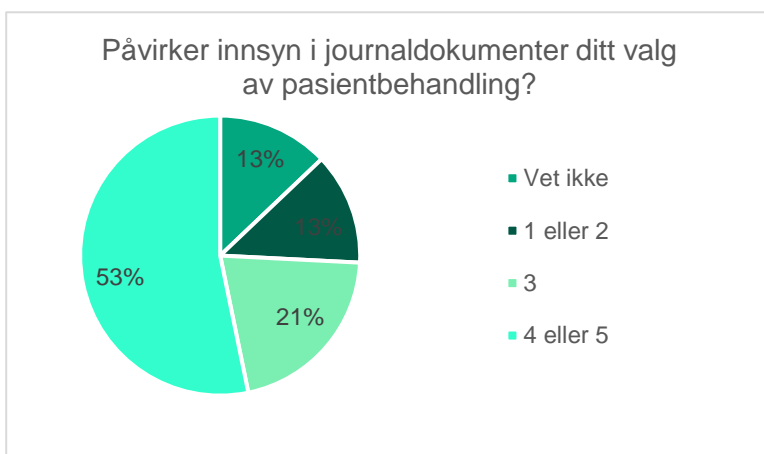
Utvalget som svarer «vet ikke» eller «3» er ikke inkludert i figuren

Figur 6-6

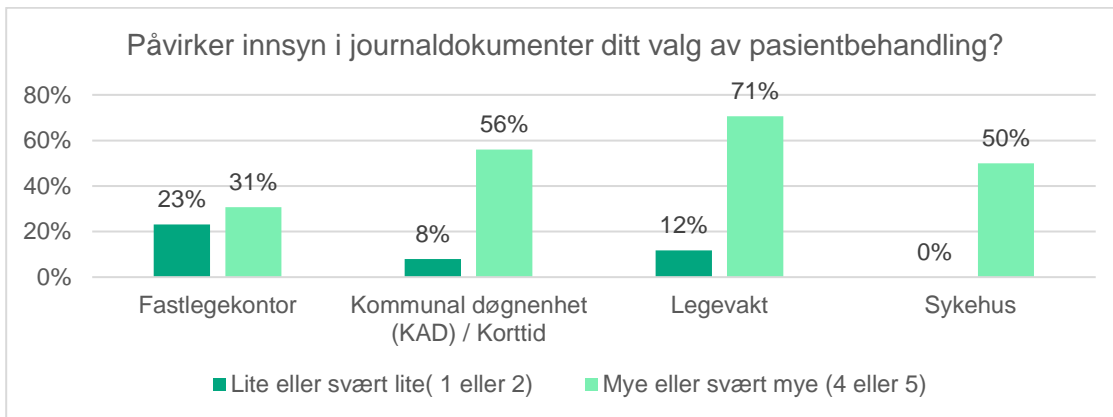
d) Påvirker innsyn i journaldokumenter ditt valg av pasientbehandling?

1 svært lite, 5 svært mye

- Totalt mener litt over halvparten at innsyn i journaldokumenter påvirker valg av pasientbehandling mye eller svært mye (4 eller 5)
- 13 % mener at innsyn i journaldokumenter påvirker valg av pasientbehandling lite eller svært lite (1 eller 2)



Figur 6-7



Utvalget som svarer «vet ikke» eller «3» er ikke inkludert i figuren

Figur 6-8

7. Effektivisering og samhandling

a) Kan du nevne noen oppgaver og/eller rutiner som blir overflødige med innsyn i journaldokumenter?

- Totalt 47 % svarer ja
- Av leger svarer 56 % ja, mens av sykepleiere svarer 26 % ja og 63 % vet ikke.
- Helsepersonell ved legevakt og sykehus svarer i mye større grad ja sammenliknet med helsepersonell ved fastlegekontor og Kommunal døgnerhet (KAD) / Korttid
- Oppgaver og/eller rutiner som blir overflødige er:
 - Telefon/faks/kontakt/konferering med sykehus/vaktlege for epikrise, røntgensvar, informasjon, legemiddelinformasjon og andre opplysninger.
- Flere nevner at dette gir følgende gevinster:
 - Sparer tid
 - Slipper å være i kø
 - Slipper å lete gjennom dokumenter
 - Kan avklare ting raskere
 - Slipper å lete etter informasjon
 - Får tidvis andre behandlingsvalg på bakgrunn av bredere beslutningsgrunnlag

8. Informasjon og opplæring

a) Savner du informasjon eller opplæring om dokumentdeling i kjernejournal?

- 5 % savner informasjon eller opplæring om dokumentdeling i kjernejournal, 16 % vet ikke

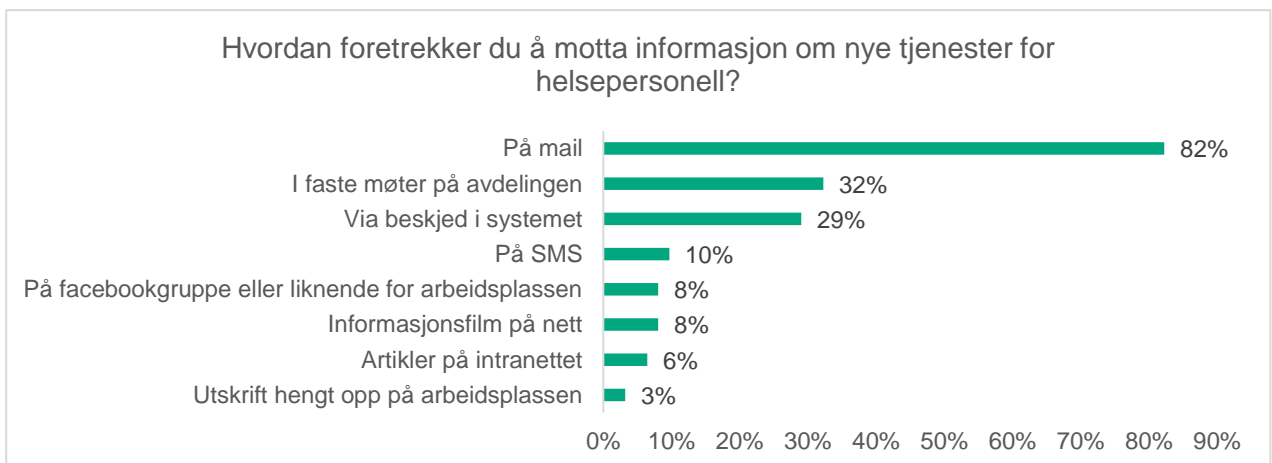


Ja, beskriv hva som kan forbedres:

- Opplæring i bruk
- Bør omfatte alle sykehus i landet, i hvert fall i samme helseregion
- Bedre forberedelse samt sørge for at vi har bypaskort tilgjengelig. Jeg har et gammelt kort som går ut på dato om 10 dager, ikke fått nytt selv om det er etterlyst

b) Hvordan foretrekker du å motta informasjon om nye tjenester for helsepersonell?

- Over 80 % foretrekker å motta informasjon på mail
- Om lag en av tre ønsker informasjon i faste møter på avdelingen og/eller beskjed via systemet



Figur 8-1

9. Generelle tilbakemeldinger og kommentarer

a) Mange er fornøyde

- bra jobba!
- Et stort tilskudd til kjernejournal. Ser frem til at det blir tilgang til journal fra flere sykehus.
- Fantastisk å kunne lese epikriser, vaksiner og mikro
- Den er av stor nytte i daglig praksis særlig når det gjelder utskrivningsklare pasienter fra sykehuset og pasient gruppen med kroniske lidelser/komorbiditeter.
- Dette er den beste løsningen som har kommet på lenge. Forenkler hverdagen! Og sikrer god og trygg pasientbehandling.
- Bare positive erfaringer i bruk av innsyn i kjernejournal for meg som jobber på legevakt med redusert bakgrunnskunnskap om pasientene. Håper alle sykehus i Norge blir implementert som leverandører av informasjon så raskt som mulig.
- Syntes dette systemet bør videreføres og inkludere dokumentdeling fra alle sykehus over hele landet.
- Veldig bra!! Letter min hverdag. Slipper å vente på epikriser
- Dette er et skritt i riktig retning, men er langt fra godt nok. En pasient, en journal.
- Synes dette er veldig positivt. Betyggende for oss og pasienten.
- Svært nyttig i mitt arbeid med multibrukere og psykiatriske pasienter samt klagesaksarbeide. Jeg håper dette blir rullet ut til å gjelde alle sykehus og alle leger.
- "Svært, svært fornøyd med å ha fått denne muligheten da flertallet av våre pasienter på min avdeling har andre sykehus som primærsykehus og derfor lite opplysninger i vår EPJ.
- Ingen kommentar utover at det er fantastisk at det er mulig å dele dokumenter i kjernejournal. Det gjør behandling mer målrettet for pasient og minsker risiko for feilbehandling betydelig
- Jeg er svært fornøyd med at min arbeidsplass nå har muligheten til å gjøre oppslag i journaldokumenter i kjernejournal. Spesielt det å kunne finne ut hvilke legemidler pasienten bruker, grunnet manglende informasjon om dette ved noen innleggelser

b) Mange ønsker bredding

- Håper flere ansatte kan få tilgang raskest mulig.
- Fint at dette er på plass nå. Og det har blitt gjort en bra innkjøringsjobb av dette. At det ikke nå breddes ut umiddelbart (Men treneres pga oppspinn rundt personvern etc) er meget betenkelig og vitner om at byråkratiet rundt det utøvende helsevesenet har negativ innvirkning på helsetjenesten i Sør-Øst. Også besynderlig hvordan denne simple funksjonen med så mye gevinst for pasientene presenteres som en «månelanding». Denne type deling av dokumenter har vært på plass i andre helseregioner i ca. 10 år og burde vært innført for lengst. Teknologien er langt ifra kompleks. Forstå det den som kan. Sukk.
- Hadde vært flott å innlemme sykehusene i Oslo og AHUS (dvs Diakonhjemmet, Lovisenberg og AHUS).
- Håper flere ansatte kan få tilgang raskest mulig.
- Viktig at dette fremkommer til alle leger, også legevakt og fastleger med innsyn i sykehusdokumenter.
- Viktig for oss jobber mellom hjem/sykehjem/legevakt og sykehus. Tenker at dette burde ruller ut til alle legevakter i landet. Sparer både tid, telefoning til vakthavende til sykehus, fax av journaldokumenter.
- Savner tilgang til andre sykehus i Oslo regionen enn OUS og muligheten for å kopiere info til vår EPJ. Må fortsatt innhente info via faks og scanne inn i vår EPJ, eller skrive all info på nytt inn i vår EPJ."

c) Noen syntes det er problematisk med BankID

- Fint at kjernejournal er tatt i bruk. Synes det er litt slitsomt å sjal bruke egen bankid for å logge på.
- Jeg ønsker ikke å bruke min personlige bank id i jobbsammenheng. Innlogging i gerica burde være nok for tilgang i kjernejournal.
- "For der første er det en merkostnad for oss som bruker det mye, siden enkelte operatører (min inkludert) tar betalt for bruk av BankID.

d) Noen ønsker utvidet eller endret funksjonalitet og innhold

- eneste tungvinte u.t har å si på opplegget idag: at man er nødt å logge helt ut av dataprogrammet og inn igjen for å kunne få dokumenttilgang i kjernejournal, dersom man først har logget inn på vanlig måte/ med vanlig tilgang i kjernejournal
- Videre savner vi muligheten til å veksle mellom kjernejournal/dokumentdeling og Gerica uten å måtte lukke og logge inn igjen, spesielt siden vi ikke kan kopiere fra dokumenter. Dette er svært tungvint for oss når vi skal lagre informasjon vi kun finner i kjernejournal.
- Som nevnt over savner vi også tilgang til blodprøveresultater og vitalia direkte i kjernejournal."
- kopiering av tekst, utskrift av journaldokumenter og lagring av tekst fra journaldokument
- Fungerer bra for oppslag. Savner copy/paste Fra kjernejournal til aktiv journal dokument. Kan heller ikke ha journalsystem/arbeidsdokument (Gerica) åpent og tilgjengelig under oppslag i KJ.
- Viktig å få på plass mulighetene for å "hente over" dokument til eget system
- Nyttig der epikriser ikke er mottatt ennå. Savner innsyn i eldre notater som jeg ikke finner i oversikten.
- hei, jeg har brukt funksjonen med kjernejournal lite da vi har hatt tilgang en begrenset periode, men erfaringen har vært god (funksjonalitet var god og nytten anses å være meget god) I hvilken grad jeg har tilgang til blodprøver og andre prøvesvar har jeg ikke utforsket, men vil være en viktig funksjon
- Synes dokumentene kommer alt for sent inn i kjernejournal etter at pas er utskrevet fra sykehuset, de bør legges inn samtidig med at epikrisen sendes.
- Ang informasjon per mail. Det er oftes her informasjon sendes. Dersom man har tid til å gjennomgå mail er det greit å få informasjon på mail.
- Pasientene har ikke alltid oversikt selv over sykdommer eller tidligere innleggelser. Fint å kunne slå opp for å kunne vurdere om aktuelle plager/symptomer er nyoppstått, i forverring eller kjente fra tidligere. Vi kan således spare mye tid på å unngå konferering med sykehus/innleggelser.

e) Noen få har ikke hatt tilstrekkelig utprøving eller opplever mindre nytte foreløpig

- Har brukt systemet lite til nå, synes det er vanskelig å svare.
- Har i liten grad brukt kjernejournal foreløpig
- Har knapt brukt, venter på epikrise av gammel vane
- Ikke brukt nok til bedre tilbakemeldinger
- Ikke sett dette i bruk enda.
- Burde vært mye bedre forberedt, info kom i 12. time og ingen oppfølging internt
- Jeg har åpnet kjernejournalen på to pasienter jeg har hatt. Dette for å se etter tidligere epikriser for innleggelser. Ikke funnet noen opplysninger. Så også etter medisiner i bruk hos en som ikke husket. Der fant jeg opplysninger jeg trengte.

- Behandling av pasienter på legevakt skjer ofte raskt. Derfor sjeldent tid for spl å benytte seg av dette, med mindre det er avanserte pas som er uavklarte og vi trenger mer info. Men legene bruker dette en del virker det som.

BILAG B STATISTIKK

1 Statistikk over bruk (antall oppslag)

Periode: Uke 45-53 (2020) + 1-6 (2021)

HentDokumentOversikt tilsvare Dokumentliste i kjernejournal i rapporten

LesDokument tilsvare Åpne dokument i kjernejournal i rapporten

1.1 Totalt Helse Sør-Øst og Helse Nord

Snitt ukentlige oppslag per virksomhetstype	Helse Nord	Helse Sør-Øst
Legevakt	13	514
KAD	18	
Sykehus	N/A	32
Fastlegesenter	24	16
Totalt	81	583

Figur 1-1 Tabell over oppslag per region og totalt

1.1.1 Helse Nord



Figur 1-2 Graf over utvikling i oppslag gjennom utprøving per institusjon:

- Bodø kommune= Legevakten i Bodø
- Mørkved Legesenter= Fastlegesenter
- Sølvsuper Helse og Velferdssenter= KAD/Korttidsavdeling

1.1.1.1 Oppslag fordelt på rolle

	Lege	Sykepleier	Total
Oppslag Hent dokumentoversikt	266	78	344
Oppslag Les Dokument	291	91	382
Totalt antall oppslag	557	169	726
Gjennomsnitt oppslag per uke	62	19	
Ant unike brukere per uke (gj.snitt)	14	8	

Figur 1-3

Kommentar: God bruk hos sykepleiere ved KAD i Bodø trekker opp snittet for antall brukere der.

1.1.1.2 Oppslag fordelt på virksomheter

	Legevakt (Bodø kommune)	Fastleger (Mørkved Legesenter)	KAD (Sølvsuper helse og velferdssenter)	Sum Helse Nord
Totalt Hent dokumentoversikt	65	120	159	344
Totalt Les Dokument	53	100	229	382

Totalt antall oppslag	118	220	388	726
Ukentlig gj.snitt antall unike brukere	5,1	5,6	5,4	5,4
Maksverdi antall unike brukere per uke	9	8	19	
Ukentlig gj.snitt antall oppslag	13	24	18	81

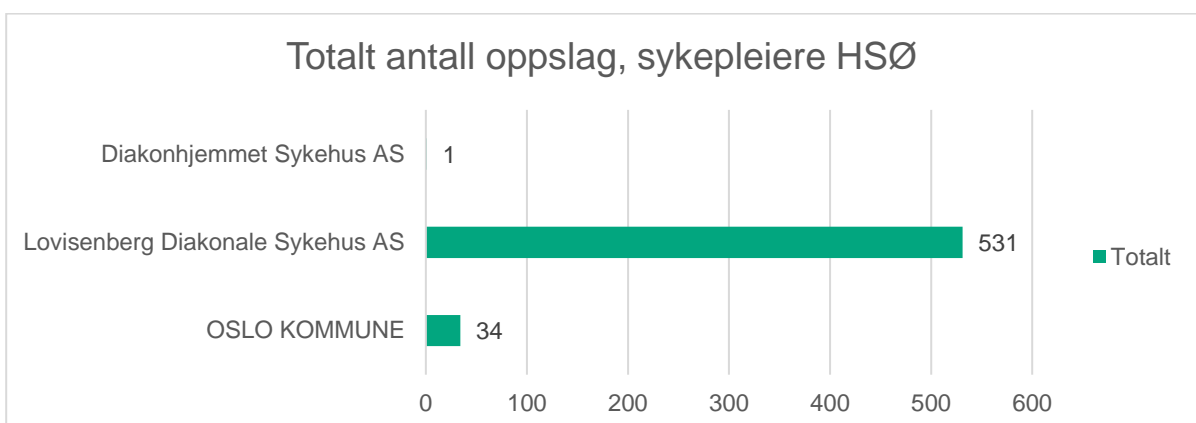
Figur 1-4 Kommentar: Størst aktivitet ved KAD og fastlegesenter

1.1.2 Helse Sør-Øst

1.1.2.1 Oppslag fordelt på rolle

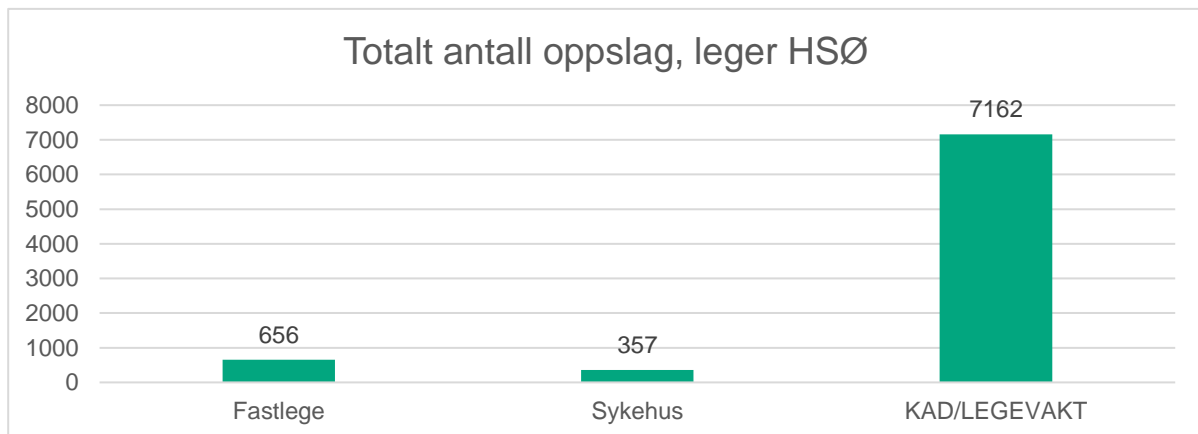
	Lege	Sykepleier	Total
Totalt Hent dokument	4696	383	5079
Totalt Les Dokument	3479	183	3662
Totalt antall oppslag	8175	566	8741
Gj.snitt oppslag per uke	545	40	583
Ant unike brukere per uke (gj.snitt)	53,2	4,6	

Figur 1-5

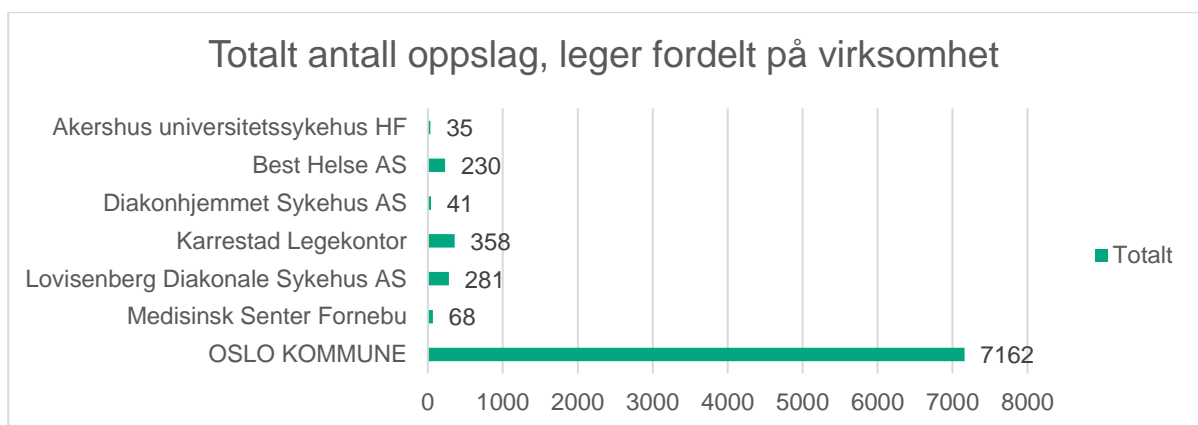


Figur 1-6

Kommentar: Diakonhjemmet måtte utsette deltakelse til oppstart rett før jul, på grunn av manglende installasjon av nødvendig Commfides autentisering for innlogging via HelseID. Kun en sykepleier.



Figur 1-7



Figur 1-8

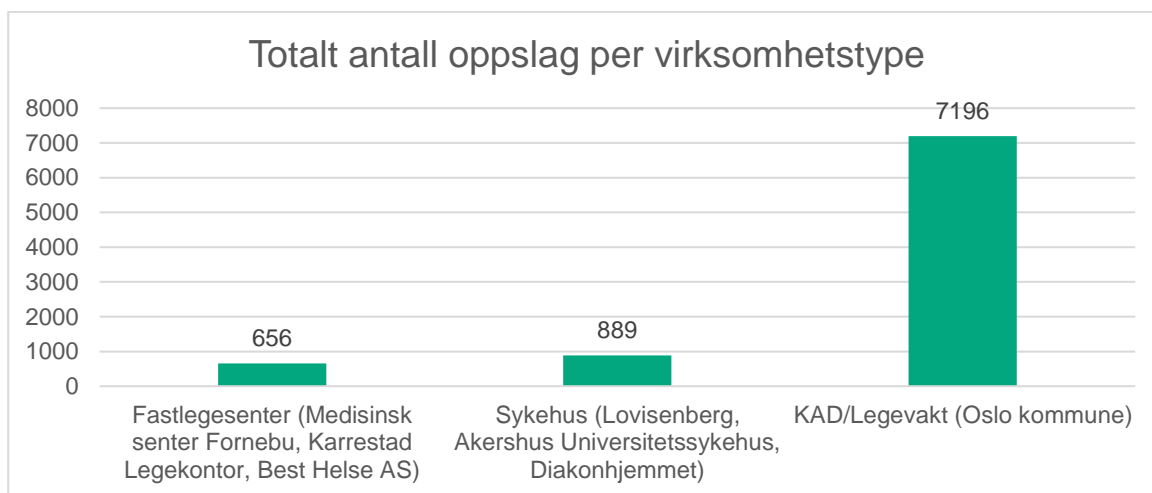
Kommentar: Lovisenberg høy bruk hos sykepleiere, spesielt stor nytte rapportert fra de med koordinatoransvar ved akuttmottaket i intervju og spørreundersøkelse. Diakonhjemmet lav bruk hos sykepleiere, men sykehuset kom sent i gang med utprøving og sykepleierne slet med å få logget på lokalt. Kun en sykepleier ved Legevakten i Oslo kom i gang og har ikke tidligere hatt tilgang til kjernejournal

1.1.2.2 Oppslag fordelt på virksomheter

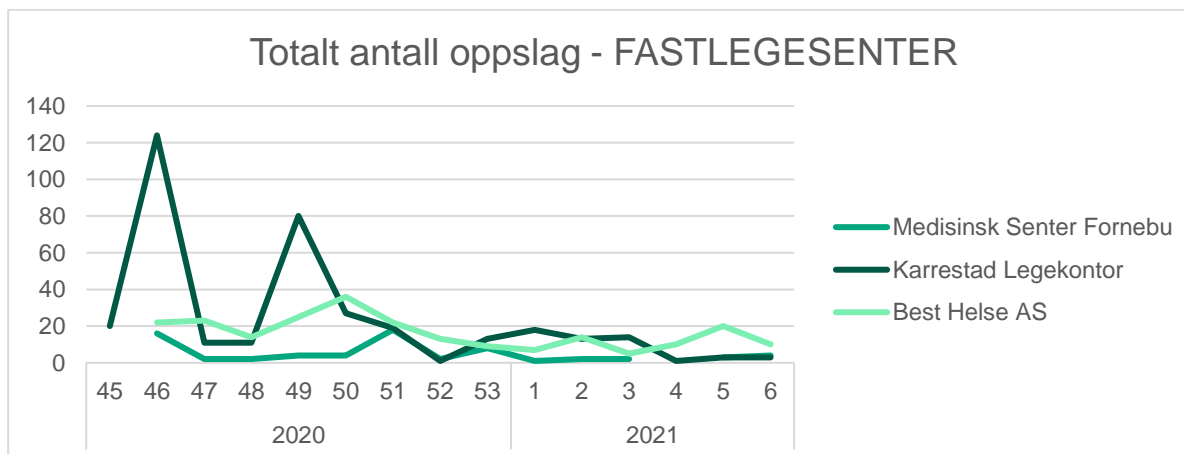
	Oslo Kommune	Medinisk Senter Fornebu	Lovisenberg Diakonale Sykehus AS	Karrestad Legesenter	Diakonhjemmet med Sykehus AS	Best Helse AS	Akershus universitetssykehus HF	SUM HSØ
Antall oppslag	7196	68	812	358	42	230	35	8741
Antall Hent dokument	4103	43	496	247	29	138	23	5079
Antall Les Dokument	3093	25	316	111	13	92	12	3662
Ukentlig gj.snitt antall unike brukere	42,5	2,4	7,8	2,3	1,7	4,9	1,9	57,6

Maksverdi antall unike brukere per uke	48	5	12	4	2	8	4	
Ukentlig gj.snitt antall oppslag	514,0	5,2	58,0	23,9	6,0	16,4	5,0	583

Figur 1-9

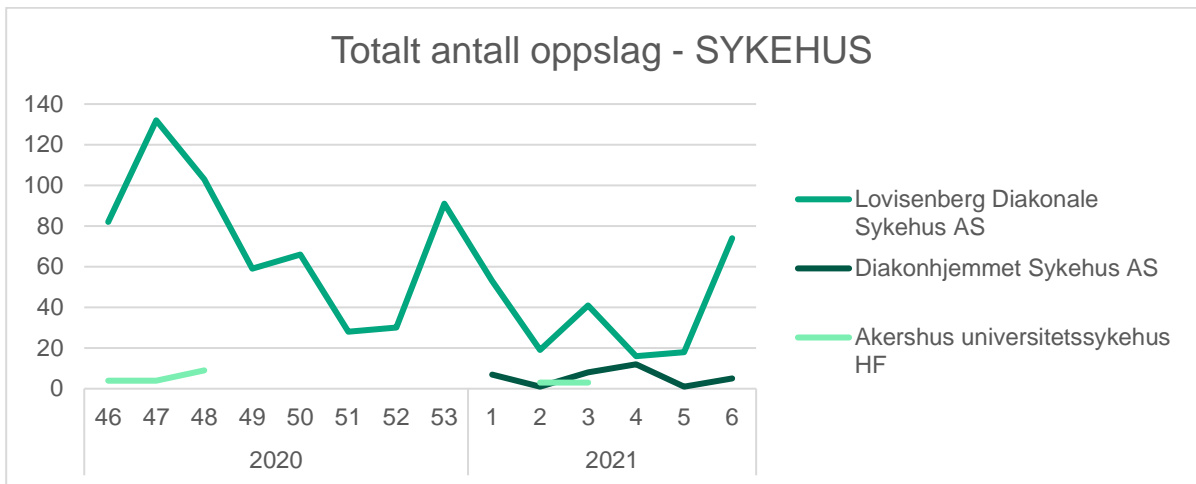


Figur 1-10



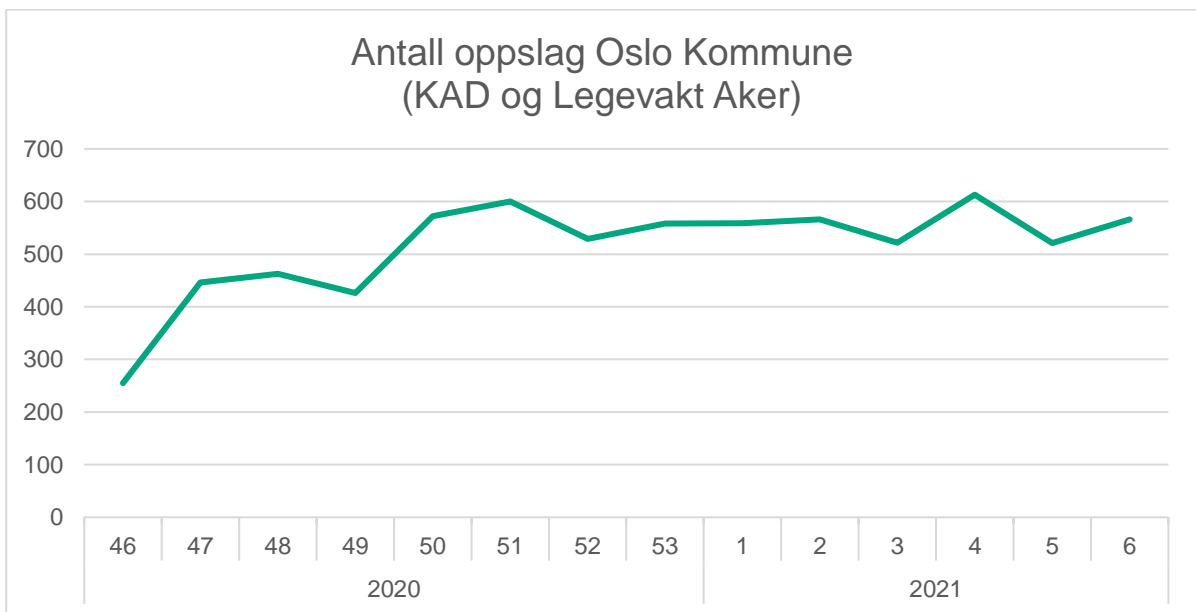
Figur 1-11

Kommentar: Det har vært jevn men ikke særlig høy bruk hos fastlegesentere, men unntak av noen perioder hos Karrestad Legesenter.



Figur 1-12

Kommentar: Varierende bruk hos Lovisenberg, der både leger og sykepleiere har benyttet dokumentdeling. A-hus hadde med leger ved en avdeling i en svært presset pandemisituasjon i tillegg til å befinne seg midt i større omstruktureringer, og kun en overlege testet i hovedsak ut tjenesten i behandling, selv om flere fikk anledning. Denne legen er intervjuet. Diakonhjemmet startet opp utprøving først etter en vellykket software installasjon ved nyåret som muliggjorde deltakelse og derfor ser vi aktivitet først fra uke 1 2021 for dette sykehuset.



Figur 1-13

Kommentar: Stabil og høy bruk ved KAD og Legevakten som deltok i Helse Sør-Øst. De Adopterte raskt og har vist økende bruk.

For å kunne skille KAD og Legevakt Aker under Oslo Kommune er det her gitt et eksempel på fordelingen av oppslag mellom de to enhetene i uke 6. Utsnittet er fra OUS som kilde.

Virksomhet	Totalt antall oppslag uke 6 2021
KAD	146

Legevakt	176
SUM	339

Figur 1-14

Kommentar: Oppslagene er omtrentlig jevnt fordelt mellom Legevakten og KAD i Oslo Kommune.

2 Responstid per kilde

2.1 Helse Sør-Øst (OUS)

Responstid for oppslag i dokumentlisten og åpnete dokumenter i kjernejournal for deltakere med OUS som kilde.

Tidsperiode: 10 november 2020 – 16 april 2021

Oversikt over responstider på vellykkede kall

HENTING AV	0s - 0,5s	0,5 - 1 s	1s - 1,5s	1,5s - 2s	2s - 5s	5s - 10s	10s - 15s	15s - 20s	20s - 30s	30s - 40s	40s+
Dokument	0	651	402	801	4107	118	15	4	3		1
Dokumentliste	65	1508	2422	2304	2041	64	22	9	8		0

Figur 2-1

Kommentar: Responstiden er svært god, for det meste på mellom 2-5 sekunder og ned mot et halvt sekund.

2.2 Helse Nord (Sykehusene i Nord)

Responstid for oppslag i dokumentlisten og åpnete dokumenter i kjernejournal for deltakere med Sykehusene i Nord som kilde.

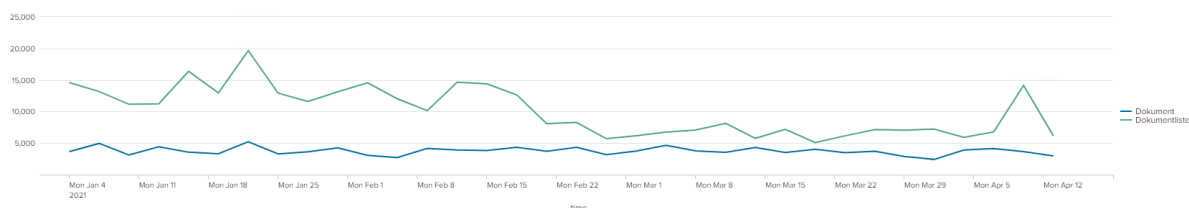
Tidsperiode: 16 desember 2020 – 16 april 2021

Oversikt over responstider på vellykkede kall

HENTING AV	0s - 0,5s	0,5 - 1 s	1s - 1,5s	1,5s - 2s	2s - 5s	5s - 10s	10s - 15s	15s - 20s	20s - 30s	30s - 40s	40s+
Dokument	0	65	55	31	484	112	20	5	3	0	
Dokumentliste	15	49	31	33	74	237	148	89	72	1	

Figur 2-2 Kommentar:

Responstiden var relativt svak ved oppstart for innlasting av hent dokumentoversikt, for det meste på mellom 5-15 sekunder. Åpne dokument lå greit innenfor 2-5 sek eller lavere, men en del opp mot 10 sekunder.



Figur 2-3 Kommentar: Responstiden for hent dokumentoversikt ble mye bedre etter en fix 15.februar ser vi av grafen under

3 Oppslag per dokumenttype

Oppslag per dokumenttype uke 6 fra OUS

Inkludert: KAD Aker, Legevakten, Karrestad legesenter, Best helse, Lovisenberg

De mest brukte dokumenttypene – UTSNITT uke 6 2021

Epikrise somatikk (edi)	119
Poliklinisk notat (edi)...	110
Røntgenbeskrivelse - importert	59
Journalnotat (edi)...	11
Operasjonsbeskrivelse...	8
Epikrise RUS (edi)	6
Gastro Gastroskopi notat	6
Hjerte Ekkokardiografi notat	5
Epikrise psykiatri (edi)	4
Nevrofysiologisk us...	2
Tverrfaglig notat (edi)	1
SPL Poliklinisk notat (edi)	1
Operasjonsbeskrivelse dagkirurgi... (edi)	1
ERG Sammenfatning (edi)	1
SPL Sammenfatning	1

Epikrise somatikk FØD (edi)	1
Utskrivningsnotat	1
Psykolog sammenfatning (edi)	1
Brev tillegg til utsendt epikrise (edi)	1

Figur 3-1

Kommentar:

Epikriser, poliklinisk notat og røntgenbeskrivelser er dokumenttypene helsepersonell bruker mest.

BILAG C – Innsikt for innbygger

1. Statistikk over henvendelser til veiledningstjenesten

Henvendelser til veiledningstjenesten via telefon og nettsiden på Helsenorge er registrert gjennom utprøvsperioden. Fra desember 2020 fikk veiledning på plass en ny emneknagg for loggføring av samtaler for dokumentdeling, slik at det ble enda enklere å holde oversikt. Likevel kan det skje at registreringer skjer på andre emneknagger da formål med kontakt kan overlape mellom tjenester og innstillinger på tvers av disse som personvern.

Uke (2020/21)	Antall henvendelser
49	0
50	1
51	0
52+53	1
1	0
2	1
3	0

4	0
5	0
6	0
Totalt antall henvendelser	3

Tabell 3 Kommentar: Få henvendelser om dokumentdeling, av totalt 98 henvendelser registrert for kjernejournal i samme periode. Dette gjaldt informasjon, personverninnstillinger og annet.

2. Oppsummering fra erfaringsmøte med veiledningstjenesten

Veiledningstjenesten opplever å ha mottatt svært få henvendelser om dokumentdeling, noe statistikken bekrefter. Mange er positivt overrasket over at det fremstår som en løsning som er ønsket av pasienter og de forteller at de vanligvis raskt plukker opp negative holdninger ved nye lanseringer. De opplever å ha mottatt god informasjon fra prosjektet og setter pris på opplæringsseksjoner, i tillegg til FAQ og tilgang til publiseringer om dokumentdeling. De har blitt involvert fra start og setter pris på dette. Veiledningstjenesten forteller at de henviser innbygger til der hvor et oppslag er gjort, ved mistanke om uvanlige oppslag i journaldokumenter.

3. Webanalyse

Formål: Analyse av brukeradferd i kjernejournal-tjenesten og relaterte artikler ved hjelp av webstatistikk på Adobe Analytics

Resultater: Kjernejournal-tjenesten har lave besøkstall sammenlignet med andre tjenester på Helsenorge. Segmentet som har gjort en endring i personverninnstillingen *blokker helsepersonell* har manøvrert seg frem på denne måten:

- Mye navigasjon
- Ser innlogget forside ca. 10 ganger per besøk- tyder på frem-og-tilbake-navigasjon mellom tjenester
- 60-70 % har også vært på siden Innsyn kjernejournal og 50 % innom pasientjournal (i samme økt)
- Snitt 48 sidevisninger per besøk og snitt besøkstid 30 min
- 49 % bruker mer enn 10-60 min på nettstedet FØR de gjør endringen

Kilder: NHN

4. Task Analytics

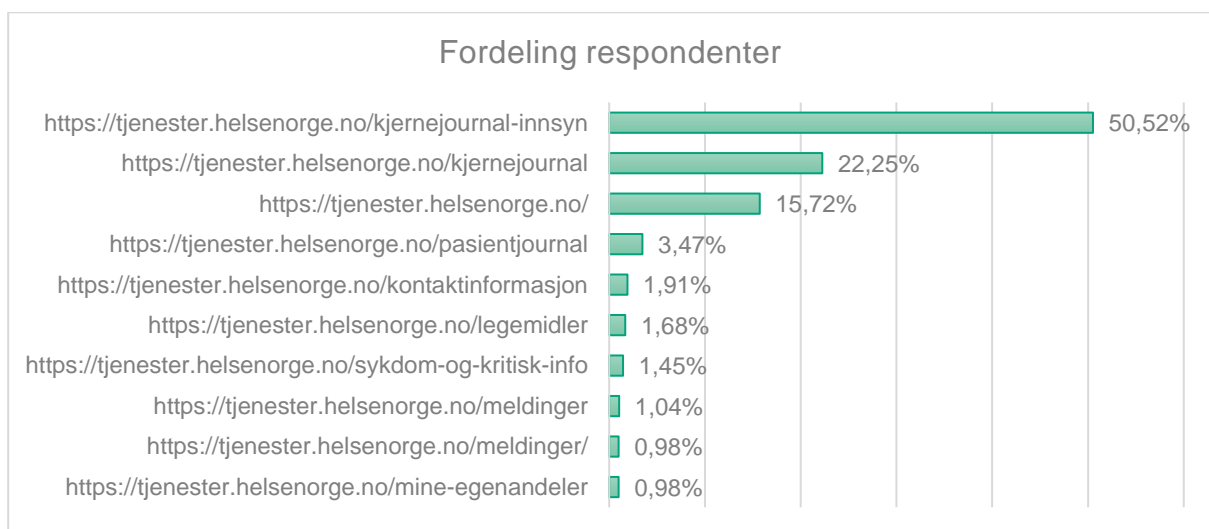
Formål: Forstå gjennomføringsgrad på nettsiden til Helsenorge spesielt for innbyggere som klikker på tjenesten kjernejournal.

Resultater:

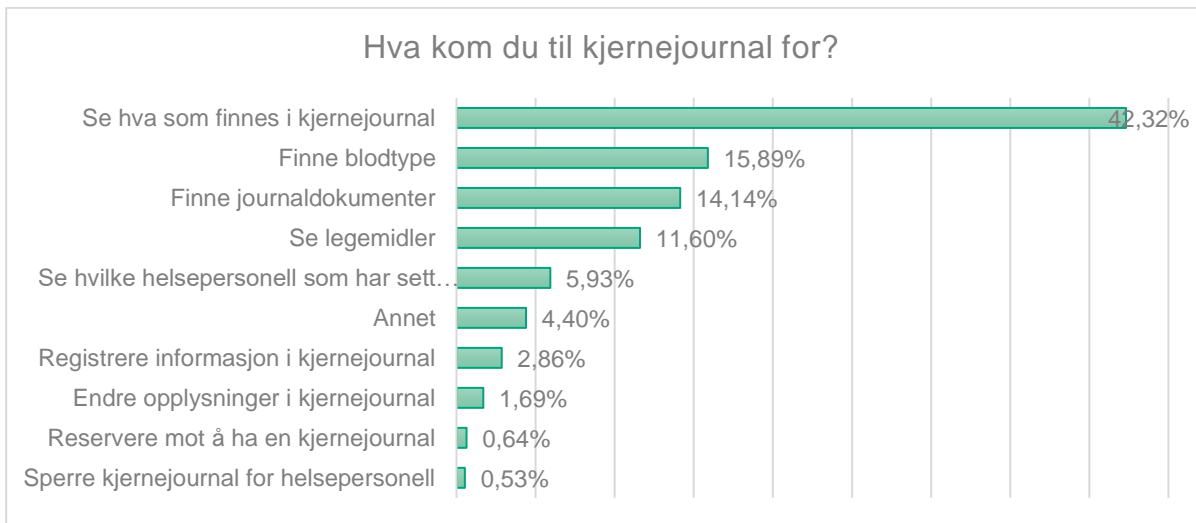
- Flest kom til KJ for å
 - se hva som finnes i KJ (42,32 %)
 - journaldokumenter (14,14 %) eller se hvilke helsepersonell som har sett journaldokumenter (6 %) = (20,14 %) relevant for dokumentdeling
 - Finne blodtype (15,89 %),
 - Se legemidler (11,60 %)
- Gjennomføringsgrad 64,87 % fikk gjort det de kom for.
- Flest som ikke fikk gjort det de kom for sier at informasjonen mangler (49,87 %) eller at de fant ikke frem (24,94 %).
- Flest som ikke fikk gjort det de kom for gir opp (44,2 %) eller prøver igjen senere (40,06 %). (8 %) kontakter veiledning Helsenorge.
- Flere enn 80 % synes at det er lett eller veldig lett å bruke tjenesten.
- Flest fikk vite om KJ fra Helsenorge (30 %), fastlegen sin (17 %), nettaviser (13,29 %), sykehuset (12,42 %), venner (11,56 %).

Vi forstår at innbygger forventer å finne oversikt over sine journaldokumenter i kjernejournal fordi de hevder å komme dit for dette ærend

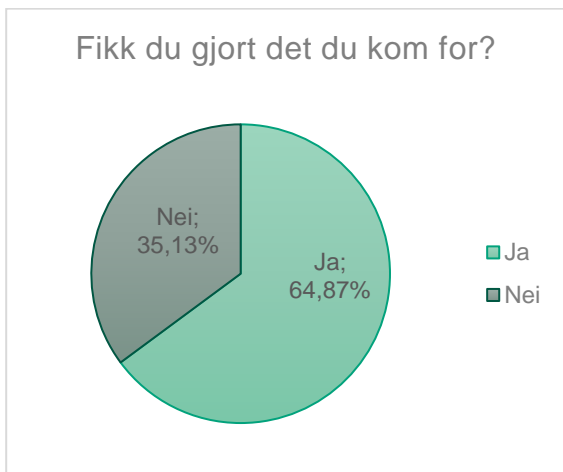
Kilder: NHN



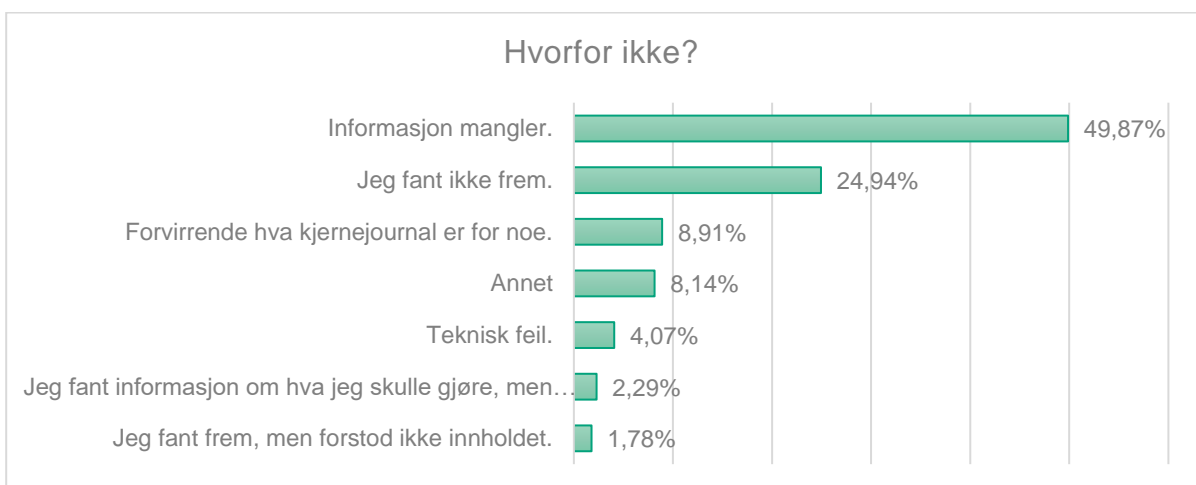
Figur 4-1



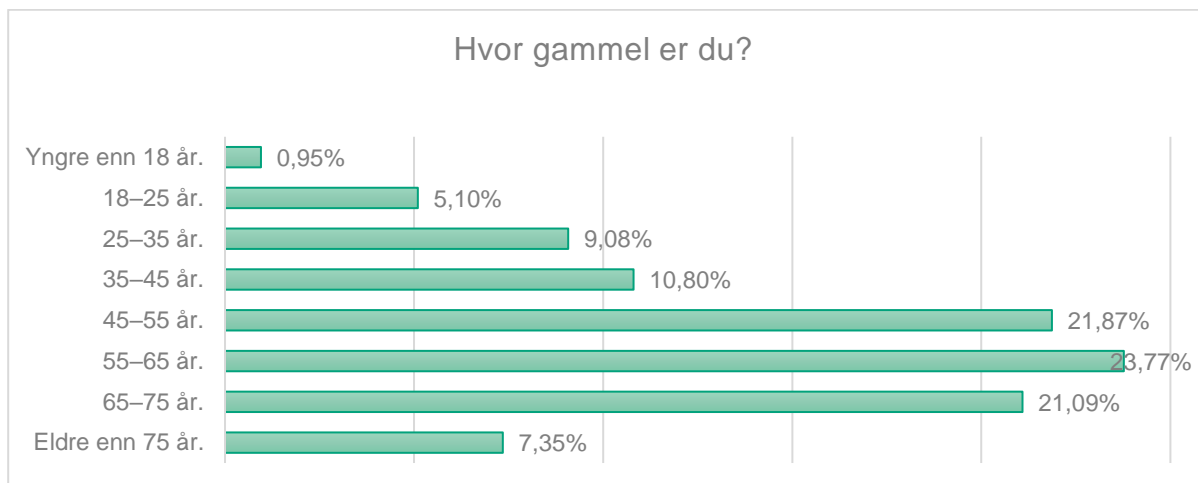
Figur 4-2



Figur 4-3



Figur 4-4



Figur 4-5

5. Brukertester

Oppsummering av funn fra brukertester:

Det er vanskelig for testpersoner å forstå sammenhengen mellom pasientjournal, kjernejournal, dokumentdeling og konsekvenser av sperring og blokkering. De sliter med å finne frem i løsningen og blir overveldet av store mengder med informasjon som bidrar til stor kognitiv belastning.

1. Flesteparten sliter med å finne frem til *Begrens tilgang for alt helsepersonell* i kjernejournalfunksjonaliteten som ligger under personverninnstillinger, kjernejournal.
2. Usikkert om de er klare over at forskjellen mellom «begrense for alt helsepersonell» og «blokkere for utvalgte» har konsekvenser for tilgang i akutte situasjoner. De forsto «begrense for alt helsepersonell» til slutt. Samtlige uttrykker at de ikke ville valgt å sperre for alle, kun for noen enkelte ved behov.
3. De klarer å sperre journaldokumenter for deling i kjernejournal for alt helsepersonell, men de er ikke helt sikre på konsekvensene. De sliter med å ta stilling til ulike deler av kjernejournal fordi de ikke kjenner til innholdet og inndelingen til KJ. De uttrykker at de gjerne vil at kjernejournal skal være tilgjengelig for alle i akutte situasjoner og ved øyeblikkelig hjelp.
4. Artikkelen om dokumentdeling fungerer ikke optimalt, den handler om mye forskjellig, er til tider forvirrende, har ikke lenker der det trenges/ har dårlige veier ut som gjør at man faller ut av konteksten.
5. Brukerreiser er lange og forvirrende, og ender ofte i en blindvei. Testpersoner går ofte i ring og klarer ikke å løse oppgaver. Mange artikler med mye og ofte overlappende informasjon. Artiklene og kjernejournal-tjenesten er preget av lange instruksjoner og beskrivelser med vilkårlig lenking eller ingen lenking til tjenestene som omtales.

Bilag D Kommunikasjon

Kommunikasjon – evaluering/tilbakemelding fra kommunikasjonsteamet (03.02.2021)

1. Innledning

Denne evalueringen for kommunikasjonsarbeidet er fra et samlet kommunikasjonsteam som har bestått av representanter fra Norsk helsenett (NHN), Helse Sør-Øst RHF (HSØ), Helse Nord RHF (HN) Regional klinisk løsning (RKL) og Oslo universitetssykehus (OUS).

Kommunikasjonsteamet har gjennomført en rekke kommunikasjonsaktiviteter i forbindelse med utprøvingen. Det har vært et delt ansvar for kommunikasjon mellom sykehus som deler dokumenter (kilden OUS) og prosjektet/NHN, hvor aktørene har ivaretatt følgende aktiviteter:

Prosjektet/NHN:

- Koordinere og informere konsumenter (helsepersonell som blir delt med) og konsumerende virksomheter om hvordan den nye løsningen fungerer og oppstart utprøving
- Informere andre helseaktører og interessenter om løsningen og utprøvingen. Sikre at helseaktører som er involvert i utprøvingen ble prioritert og kunne besvare henvendelser fra innbyggere.
- Informere og lære opp Veiledningstjenesten Helsenorge slik at henvendelser fra innbyggere kunne besvares godt
- Tilgjengeliggjøre informasjon om løsningen og innbyggers rettigheter på Helsenorge

Sykehus som deler dokumenter: (kilden)

- Informere egen virksomhet om løsningen
- Som dataansvarlig virksomhet, vurdere kommunikasjonsstiltak til innbyggere
- Utarbeide informasjon om pasientens rett til å motsette seg at opplysninger gis til annet helsepersonell

For å sikre nødvendig koordinering har kommunikasjonsansvarlig i Norsk helsenett gjennomført statusmøter to ganger i uken med kommunikasjonsansvarlige i HSØ, RKL, OUS og Helse Nord. I flere møter var også en representant fra prosjektet med. Møtene ble i hovedsak brukt til å gjennomgå og bli enige om plan for aktiviteter (se plan under) og forankring av innhold. I tillegg ble det utarbeidet et felles beredskapsnotat som skisserte ansvarsdelingen mellom aktørene ved medie henvendelser og henvendelser fra helsepersonell og innbyggere.

2. Oversikt over kommunikasjonsaktiviteter som er gjennomført – eksternt:

Mediesaker:

- Medieinnspill (HSØ), oppstart utprøving – to oppslag i [Dagens Medisin](#), [vinkling på Oslo legevakt](#) og i [NRK Dagsrevyen](#) (16.11.2020).
- Sak i Avisa Nordland - nettsak, samt forsida og tosidens sak i papiravisa.

Helsenorge:

- Tekst til [ny artikkel om dokumentdeling](#) i kjernejournal
- Inngang fra forsiden på Helsenorge direkte til ny artikkel i utprøvsperioden fra 1.11 – 7.12
- Oppdatering av flere generelle tekster om kjernejournal

Sosiale medier:

- Facebook: OUS, HSØ, Helse Nord, Helsenorge
- Instagramprofil: OUS
- LinkedIn: NHN, Direktoratet for e-helse
- Twitter: HSØ og OUS
- Nyhetsbrev: OUS, HSØ, Direktoratet for e-helse, RKL

Internettsaker:

- Publiserte saker på OUS ([Nyhetssak](#) og [statisk informasjon](#), [artikkel om rettigheter](#)), [HSØ](#), [Helse Nord](#), [Direktoratet for e-helse](#) og [NHNs](#) nettsider (statiske nettsider og nyhetssaker summert).

Andre kanaler/tiltak:

- Utsendelse med film, bilder og forslag til artikkel til ca 70 pasientorganisasjoner
- Møter og tett oppfølging og informasjon til Veiledningstjenesten
- Utarbeidelse av et felles spørsmål/svar ark til distribusjon for å sikre enhetlige svar til innbygger/helsepersonell
- Utsendelse om endringen til alle kommunikasjonsansvarlige i RHF, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet
- Utarbeidet [Nasjonal rettighetstekst](#) til Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP)
- Omtalt i Fastlegenytt

3. Oversikt over kommunikasjonsaktiviteter som er gjennomført – internt:

- Intranettsak på OUS intranett, orientering i ledermøte og kontorfaglig nettverk
- Intranettsak til alle helseforetak i Helse Nord
Sak på intranett Norsk helsenett, informasjon i ledermøter

4. Informasjon til konsumerende virksomheter: (de som fikk tilgang til dokumenter fra OUS)

Ressurser til opplæring og informasjon om dokumentdeling i Kjernejournal:

- Informasjonsslides
- Spørsmål og svar på nhn.no for helsepersonell
- Live demo med klinikere i NHN Anne-Mai og Bent Larsen
- [Film om dokumentdeling](#) + film om [kjernejournal for sykepleiere](#) på vimeo, NHN mm
- [Demoside for KJ](#) + hjelp-siden NHN dokumentdeling

Før oppstart:

- Videomøter: Informasjon om utprøving med demo av dokumentdeling fra NHN
 - Legevakten/KAD i Oslo Kommune, i samarbeid med HSØ
 - Sølvsuper Helsesenter Bodø Kommune, i samarbeid med Bodø IKT
 - Legevakten i Bodø Kommune, i samarbeid med Bodø IKT
 - Fagutvalg, i samarbeid med HSØ
- E-post: Informasjon og instruksjoner om oppstart dokumentdeling i kjernejournal fra NHN
 - Deltakere, instruks pålogging, kjente feil mm
 - Ressurssider
- Konsumententer påminnet deltakere internt selv i passende kanaler, som morgenmøter, mailer og facebookgrupper mm.

Målbare resultater kommunikasjonstiltak:

Alle tiltak er sammenfattet og summert for alle kanaler, detaljer kan fås hvis ønskelig. (Rekkevidde i sosiale medier er her definert som antall personer som har sett ett av innleggene minst én gang)

Internettsider (alle)

Samlet har informasjonen om dokumentdeling (nyhetssaker og informasjonstekster på nett) fått **til sammen 23 951** sidevisninger (21 110 unike sidevisninger) og Helsenorge står for 21 781 av disse visningene.

Sju foretak i regionen har tatt i bruk teksten om kjernejournal dokumentdeling fra Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten på sin nettside.

Respons på Facebook

Antall ganger saken er delt: 78

Likes: 397

Kommentarer: 13

Rekkevidde: 42 237 personer

(facebookposten på Helsenorge og OUS sto for hhv 19 000 og 22 000). OUS hadde fire innlegg på sin FB-side om saken, Helsenorge hadde ett innlegg.

Instagram (OUS): 2 innlegg

Rekkevidde: 15 655

LinkedIn (NHN)

Rekkevidde 12 313

Twitter (HSØ og OUS)

Re-tweets: 7

Likes: 26

Nyhets saker

Seertall NRK Dagsrevyen (15.11.2020) 460 000

Lesertall Dagens Medisin ikke oppgitt

Kort oppsummert:

Oppsummert viser tallene at budskapet ikke nådde spesielt bredt ut. Det har generelt vært lite respons, både når det har vært delt i sosiale medier og sendt ut på mail til ulike målgrupper. Både Veiledningstjenesten Helsenorge og OUS sentralbord) melder om få spørsmål/lite oppmerksomhet om saken.

Vi har ikke gjennomført noen måling eller spurt noen om hvordan de har oppfattet budskapet, så vi kan ikke vite om det er forstått.

Dagsrevysendingen der innslaget gikk er rapportert å ha 460 000 seere. I etterkant av at innslaget var det en liten økning av lesere på OUS sine nettsider om saken. I tillegg var en fire-dobling i antall oppslag mot Helse Sør-Østs pasientjournal. Oppslag den 14.11 mellom kl. 21-22 (dagen før innslaget på NRK) var på ca 12 oppslag per minutt, men det i samme tidsrom den 15.11 var et snitt på 53 oppslag per minutt. Det kan være oppslag fra både innbyggere og helsepersonell. Det er grunnlag for å si at medieinnslag ofte genererer mer trafikk på nettsider fordi det ofte når et bredere publikum enn dem man når ved en facebook-post.

På Helsenorge var det i snitt ca 425 besøk på artikkelen per dag – i den perioden det lå direkte link til artikkelen på forsiden av Helsenorge. Etter linken ble tatt bort sank besøkene på nettsiden til ca 24 per dag.

Saken har ikke fått negativ oppmerksomhet, kritiske spørsmål eller andre utfordringer i sosiale medier eller kommentarfelt i utprøvsperioden

Responser som kom på FB og demografiske variabler viser at kvinner mellom 45-54 år fra Oslo er mest aktivt publikum.

Vurdering:

Tallene er som forventet. Årsaker til lite engasjement kan være:

- at budskapet har vært for komplisert til at det er blitt forstått hva det handler om
- Innholdet er lite knyttet til sterke følelser av noe slag, vekker hverken humor eller harme.
- begrepene kjernejournal/journal er fremmed for mange og man ikke forsto hva saken handlet om
- budskapet har vært klart og tydelig og er blitt forstått slik det var ment - dermed har ingen hatt store spørsmål til dette
- dette er noe mottakere har oppfattet som en "ikke-nyhet" – dvs de har trodd at dette var en funksjon/tilgang helsepersonell allerede hadde.
- at selve endringen, muligheten for å dele info mellom helsepersonell, er uproblematisk og velkommen

Dette er *mulige* årsaker og kan eventuelt undersøkes i en spørreundersøkelse eller en brukertest der budskapet blir presentert for utvalgte målgrupper.

Erfaringer fra kommunikasjonsarbeidet:

- **Ikke avklart hovedbudskap.** Det var uklart om budskapet skulle vinkles på at dette var en "gladsak"; en endring som vil gjøre pasientsikkerheten bedre eller som en "rettighetssak"; at pasienten har mulighet til å reservere seg deling. Kommunikasjonsteamet endte med å måtte utarbeide et budskap som sa begge deler – noe som kan være vanskelig for mottaker å forstå gitt det formatet som ble valgt. Det var dog hele tiden avklart at det var helt nødvendig at mottaker kunne finne mer utfyllende informasjon på Helsenorge.
- **Uklare behov/krav om individrettet informasjon.** Strategi for hvordan man skulle informere befolkningen var ikke avklart da arbeidet startet. Blant annet var spørsmålet om individrettet/ikke individrettet informasjon uavklart svært lenge. Dette førte til stadige endringer i kommunikasjonsplaner, tidspunkt og tentativt innhold.
- **Erfaring rundt SMS.** Vurderingen i kommunikasjonsteamet var at å bruke SMS som kanal i dette prosjektet ville sende feil signaler med tanke på viktighet/konsekvens for befolkningen, samt om dette kunne sette presedens for informasjon om andre kommende personvernsendringer. Kommunikasjonsteamet frarådet på denne bakgrunn SMS, noe prosjektet også gikk bort fra etter dialog med HOD.
- **Manglende forankring, oppgave- og ansvarsfordeling mellom beslutningstakere i prosjektet.** Førte til at planlagt oppstart ble utsatt.
- **Noe uklare ansvarsforhold i kommunikasjonsarbeidet** – (dataansvarlig vs eier av nasjonal løsning). I arbeidet med innhold var det lenge uklart hvem som skulle være avsender. Det er viktig å ha avklart i god tid på forhånd, slik at de ulike virksomhetene blir profilert korrekt.
- **Manglende konkrete mål for hva kommunikasjonsarbeidet skulle bidra til.** Å «nå bredest mulig ut» blir for generelt til å evaluere hva man har oppnådd.
- **Godt samarbeid i kommunikasjonsgruppa.** De ulike aktørene i kommunikasjonsarbeidet samarbeidet godt til tross for stadige endringer og noen diskusjoner om ansvarsfordeling. Noe av hensikten med de hyppige møtene var å oppdatere hverandre på endringene i prosjektet og sørge for enighet om kommunikasjonsplan og gjennomføring av dette.
- **Stort ressursbruk på kommunikasjonsressurser** (internt)
- **Noe vanskelig å nå ut med informasjon til helsepersonell grunnet Covid-19.** Det har vært utfordrende å spre viktige nyheter om tjenester til helsepersonell på arbeidsplassen grunnet begrensninger i antall som kan samles fysisk i møter – og å nå helsepersonell digitalt via videomøter og e-post kan være vanskelig. Ulik kultur på ulike behandlingssteder for å lese mail og prioritere andre aktiviteter enn klinisk praksis, spesielt utenfor arbeidstid.

Videre anbefalinger om kommunikasjonsarbeid Fase 2 – Trinnvis innføring:

- **Innføringsstrategi må være på plass og forankret**
- **Lage en samordnet kommunikasjonsstrategi med tydelige hovedbudskap**
- **Avsender og profil (logo og bilder) må være avklart**
- **Brukertesting med aktuelle målgrupper og justere innhold hvis behov**
- **Avklare behov/krav om individrettet informasjon tidlig**
- **Påse at kommunikasjonstiltak står i rimelig forhold til den endringen vi skal informere om,** Mål/omfang/ambisjon for kommunikasjonsarbeidet må stå i forhold til tilsvarende endringer tidligere, og sees i sammenheng med fremtidige tjenester/løsninger av samme karakter. Utad vil det være naturlig at de ulike endringene «vektes» ut ifra hvilke konsekvenser de har for pasienten.
- **Sikre god forankring kontinuerlig.** Hver virksomhet må ha et selvstendig ansvar for å involvere "riktige" ressurser i kommunikasjonsarbeidet og etablere formelle kommunikasjonslinjer mellom prosjektet og staber/linjeorganisasjonene. Hver enkel deltaker i kommunikasjonsteamet bør avklare tilbakemeldinger internt før det tas opp i samarbeidende møter.
- **Tett kontakt mellom de som beslutter og de som skal utføre.**

- **Sikre beslutningsmandat for kommunikasjonsansatte for relevante faglige vurderinger.** Det er viktig å avklare hvem som har det faglige ansvaret for kommunikasjon og hvem kan ta beslutninger om kommunikasjon på vegne av egen virksomhet.
- **Avklare hvem som tar beslutninger.** Ved eventuell uenighet er det viktig at det tidlig avklares hvordan saker skal eskaleres og til hvem.
- **Sett av penger/dedikerte ressurser til kommunikasjon.** (penger ved behov for mer oppmerksomhet; for eksempel informasjon på skjermer i ventesoner hos fastleger, facebook-innlegg (betalte) eller visitt-kort, roll-ups eller film til deling i sosiale medier/kommersiell radio).

Møtedato: 20. januar 2022
Arkivnr.:
2022/XX

Saksbeh/tlf:
E.M. Hauge, 90939289

Sted/Dato:
Bodø, 12. januar 2022

RBU-sak 07-2022 Status pågående arbeid med legemiddelstrategi

Formål

Formålet med saken er å gi en kort status (løypemelding) for å orientere brukerutvalget om status i det praktiske arbeidet med Helse Nord RHF's legemiddelstrategi.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Det vises til RBU-sak 47-2021 (12.05.21) om oppnevning av RBU-deltakere til referansegruppen for legemiddelstrategiarbeidet. I dette møtet fikk utvalget presentert mandatet.

Som det fremgår av mandatet er dette målet for legemiddelstrategiarbeidet:

«Helse Nord RHF trenger en strategi som tydeliggjør det regionale helseforetakets ansvarsområde i legemiddelbehandlingen, enten det gjelder kvalitet, beredskap, økonomi, innkjøp og analyser, eller koordinering av legemiddelkomitearbeidet.

Målet for Helse Nord RHF med en legemiddelstrategi er å fastsette strategiske innsatsområder og tiltak innenfor legemiddelfeltet som skal støtte opp under Helse Nord RHF overordnede strategi og styringsmål.

Det skal utarbeides et strategidokument for Helse Nord RHF som viser hvilke tydelige strategiske grep for legemiddelområdet som skal prioriteres både på kort sikt (2024) og lang sikt (2038). Dokumentet er en delstrategi som bygger opp under Helse Nord RHF's overordnede strategi 2021–2024 og regional utviklingsplan som er Helse Nord RHF's langsiktige plan for å utvikle helsetjenesten.

Legemiddelstrategien skal besluttes av Helse Nord RHF's styre (...). Den vil da være førende for det regionale arbeidet innenfor legemiddelområdet i foretaksgruppen Helse Nord. Strategien er retningsgivende for RHF-et ved prioritering og utpeking av regionale satsningsområder for å nå styringsmålene, særlig med hensyn til styringsmålet *bedre kvalitet og pasientsikkerhet*. Konkretisering og operasjonalisering av oppdrag og tiltak vil prioriteres innenfor rammen av regionale fagplaner og økonomisk langtidspan.

Innsigelser og utsettelse

Den interne arbeidsgruppen var kommet godt i gang med arbeidet våren 2021 og forankringsmøter med de faste, regionale møtearenaene og referansegruppen var planlagt. Imidlertid kom på det forsommeren innsigelser fra helseforetakene om måten utredningsarbeidet var organisert på.

Innsigelsene gikk i det vesentlige ut på at helseforetakene forventet mer involvering i selve utredningsarbeidet, i praksis være med i arbeidsgruppen. Samtidig pågikk det en

prinsipiell diskusjon i helseregionen om virkeområdet for Helse Nord RHF's strategier og delstrategiplaner.

Dette medførte en lang stans i legemiddelstrategiarbeidet, vurdering av både de konkrete innsigelsene og en prinsipiell avklaring. Deretter ble mandatet revidert.

Revidert mandat

Adm. direktør besluttet det reviderte mandatet i slutten av oktober 2021. Den endringen som har mest betydning for å svare på helseforetakenes innsigelser er at det skal gjennomføres to innspillmøter med hvert helseforetak:

«Det vil avholdes to innspillmøter med hvert helseforetak i løpet av utredningsarbeidet. Første gang i en tidlig fase av utredningsarbeidet. Andre gang etter utarbeidelsen av en 0.5-versjon av strategidokumentet.»

Denne møteserien er nå påbegynt. Dette vil si at det skal gjennomføres tilsammen 12 møter. På grunn av en hektisk driftssituasjon er det ganske vanskelig for HF-ene å finne tid til å stille på møtene. I tillegg vil det fortløpende gjennomføres forankringsmøter med de faste regionale nettverkene, samt referansegruppen, slik det opprinnelig var planlagt. Dette omfanget vil derfor påvirke fremdriften. Uten ny utsettelse tas sikte på styrevedtak våren 2022.

Neste løypemelding

Arbeidsgruppen ønsker å komme tilbake til regionalt brukerutvalg i neste møte for å orientere om selve innholdet i strategien.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. RBU tar status om legemiddelstrategiarbeidet til orientering.

Bodø, den 12. januar 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 20. januar 2022
Arkivnr :
2022/XX

Saksbeh/tlf:
Mietinen, 47283081

Sted/Dato:
Bodø, 12. januar 2022

RBU-sak 08-2022

Oppnevning av ungdomsrepresentant til Fagråd for diabetes i Helse Nord

Formål

Fagråd for diabetes har funnet det hensiktsmessig å invitere en ungdomsrepresentant som medlem av Fagråd for diabetes. Fagrådet ber RBU om å oppnevne en brukerrepresentant med kjennskap til fagområdet som kan delta i arbeidet i fagrådet for å skape større bredde.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Fagrådet består av leger og sykepleier fra sykehusene i region samt brukerrepresentant Nina Skille fra Diabetesforbundet. Fagrådet er et rådgivende organ for fagdirektøren i Helse Nord RHF i faglige spørsmål. Oppnevningstiden som medlem i fagrådet er 3 år.

I 2021 har fagrådet hatt to møter, begge har vært avholdt på Teams pga smittehensyn. Ved bedring av smittesituasjon planlegges fysiske møter i Bodø eller Tromsø.

Hovedaktiviteten i fagrådet i 2022 blir å være arrangør for en nettverkskonferanse i Tromsø i november. Fagrådet planlegger også å følge opp kvalitetsindikatorer på området.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner NN som ungdomsrepresentant til Fagråd for diabetes.

Bodø, 12. januar 2022

Cecilie Daae
Adm. direktør

Møtedato: 20. januar 2022
Saksnr.:
2022/XX

Saksbeh./tlf.:
Mona E. Paulsen Foss, 98 90 10 75

Sted/dato:
Bodø, 12. januar 2022

RBU-sak 09-2022

**Oppnevning av brukerrepresentant til
prosjektgruppe – felles henvisningsmottak
innen psykisk helsevern for voksne**

Formål

Saken omhandler oppnevning av brukerrepresentant til prosjektgruppe innføring av felles henvisningsmottak innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord.

Beslutningsgrunnlag:

Viser til tidligere sak om oppnevning av representant til styringsgruppen i prosjektet. Saken ble behandlet i ekstraordinært møte den 10. desember 2021.

Det fremgår av referatet fra møtet at RBU også ønsker brukerrepresentasjon i prosjektgruppen. Dette vil Helse Nord RHF imøtekomme, og vi ber om oppnevning av en representant og en vararepresentant til å delta i prosjektgruppen.

Vi anslår omfanget av dette arbeidet til å være ca. 6-8 møter.

Det er ønskelig med oppnevning av de samme representantene som til styringsgruppen, men med motsatte roller. Dette for å sikre kompetanse og kontinuitet i begge gruppene.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner NN som medlem og NN som varamedlem til prosjektgruppen innføring av felles henvisningsmottak innen psykisk helse for voksne i Helse Nord:

Bodø, 12. januar 2022

Cecilie Dae
adm. direktør

Møtedato: 20. januar 2022
Arkivnr :
2022/XX

Saksbeh/tlf:
Bøckmann, 91196023

Sted/Dato:
Bodø, 12. januar 2022

RBU-sak 10-2022

**Oppnevning av personlig varamedlem til styret
i Pasientreiser HF**

Formål

Oppnevning av personlig vara for Gunhild Berglen til styret i Pasientreiser HF.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Det er behov for en personlig vara for brukerrepresentant Gunhild Berglen til Styret i Pasientreiser HF. Oppnevningen er avklart med Pasientreiser HF v/ Guri Brenden Lønnerød og med koordinator for interregionale oppnevninger i Helse Sør-Øst, Ida-Anette Kalrud.

Det sitter to brukerrepresentanter i Styret for Pasientreiser HF i dag; en fra Helse Nord RHF og en fra Helse Vest RHF.

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner NN som personlig vara for Gunnhild Berglen i styret til Pasientreiser HF.

Bodø, 12. januar 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 20. januar 2022
Arkivnr :
2022/XX

Saksbeh/tlf:
Bøckmann, 91196023

Sted/Dato:
Bodø, 12. januar 2022

RBU-sak 11-2022 Brukerutvalgets time

Formål

Gi innspill til innhold i brukerutvalgets time 2022.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

En gang i året, på et av årets første styremøter inviteres Regionalt brukerutvalg v/leder til å legge fram sitt arbeid for styret i Helse Nord RHF. Brukerutvalgets er i år planlagt gjennomført i forkant av styremøtet 23. februar 2022.

I brukerutvalgets time i 2021 presenterte Knut Georg Hartviksen arbeidet som ble gjort i Regionalt brukerutvalg i 2020. Han holdt fram sentrale saker, hva RBU var særlig fornøyd med i 2020 og hva RBU mener det er særlig viktig at Helse Nord jobber med videre – ut fra pasienter og pårørendes perspektiv. Ungdomsrepresentant i RBU, Nikolai Raabye Haugen, holdt etter dette et innlegg om hva som er viktig for ungdom i møte med Helsetjenestene.

AU-RBU inviterer medlemmene i RBU til å komme med forslag til innhold i brukerutvalgets time 2021.

Bodø, 12. januar 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 20. januar 2022

Arkivnr :
2022/XX

Saksbeh/tlf:
Bøckmann, 91196023

Sted/Dato:
Bodø, 13. januar 2022

RBU-sak 12-2022 Brev til RBU fra Brukerutvalg i HF

Formål

Svare ut og beslutte oppfølging av innkommende brev fra Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset og fra Brukerutvalget på UNN

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Brev fra Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF datert 16. desember 2021:
Takstsystem for pasientreiser - innspill fra Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF

Brev fra Brukerutvalget i UNN datert 14. desember 2021:
Overordnet strategi for pårørende

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord inviteres til å fatte følgende vedtak:

1. ...
2. ...

Bodø, 13. januar 2022

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg:

Takstsystem for pasientreiser - innspill fra Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF
Overordnet strategi for pårørende



Regionalt Brukerutvalg

Deres ref:

Vår ref:

2020/1061-41

Saksbehandler:

Beate Juliussen

Dato:

16.12.2021

Takstsystem for pasientreiser - innspill fra Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF

I Brukerutvalgsmøte i Finnmarkssykehuset HF den 14. desember 2021 ble det bedt om at det sendes en henvendelse til Regionalt Brukerutvalg vedrørende takstsystemet for pasientreiser. For pasienter fra Finnmark slår takstsystemet negativt ut i veldig mange tilfeller. Slik systemet er i dag får en betalt kr 2,70 pr km. For eksempel så vil en pasient som reiser fra Finnmark til Tromsø med fly og skal på UNN, så får en dekt kr 13 av en bussbillett som koster kr 110.

Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF ber om at det gis innspill når det skal gjøres noe med takstene for pasientreiser slik at en får dekt faktiske kostnader når en må reise for å få behandling. Slik takstene er i dag er det ikke samsvar med faktiske utgifter, og enkelte pasienter vil derfor kvie seg for å reise, eller ikke ha mulighet for å reise fordi de ikke har penger til å dekke det reisen koster.

Vennlig hilsen
Finnmarkssykehuset HF

For Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF
Beate Juliussen
Administrasjonssjef

Dokumentet er godkjent elektronisk, og kan være uten underskrift

Kopi til:
Brukerutvalget



HELSE NORD RHF
Postboks 1445
8038 BODØ

Deres ref:
Kari Bøckmann

Vår ref:
2021/167-27

Saksbehandler:
Hilde Anne Johannessen

Dato:
14.12.2021

Overordnet strategi for pårørende

Behovet for en overordnet strategi for pårørende er tidligere tatt opp i Brukerutvalget UNN sitt møte 24.02.2021 der følgende vedtak ble fattet:

Sak BU 12/21: Pårørende – arbeidsgruppe (jf. BU sak 57/20)

Brukerutvalget ønsker en helhetlig strategi for pårørende ved UNN.

De ønsker at alle pårørende skal føle seg nyttige, og bli møtt med anerkjennelse og respekt uavhengig av hvilken klinikk pasienten er knyttet til. De ønsker også at UNN ser på mulighetene for et pårønderom.

Vedtak: *BU oppfordrer UNN, med bakgrunn i regjeringens pårørendestrategi, å utarbeide og implementere en helhetlig plan for samhandling, støtte og veiledning av pårørende i UNN. Strategien bør være enhetlig og gjenkjennelig i hele UNN og være naturlig implementert i de ansattes hverdag. Gjennom «ei dør inn-prinsippet» skal veiledning og støtte være enkelt tilgjengelig for alle pårørende i UNN uavhengig av om man er pårørende i en akutfase eller i et langvarig forløp.*

Som regionssykehus ser vi det også som viktig at UNN har et særlig fokus på barn og unge som pårørende, samt den samiske delen av befolkningen

Brukerutvalget ved UNN ber Regionalt Brukerutvalg ta opp denne saken, og ber om at arbeidet prioriteres i Helse Nord.

Vennlig hilsen

Kirsti Baardsen
Leder Brukerutvalget UNN

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.
Kopi: Brukerutvalget UNN

Møtedato: 20. januar 2022
Arkivnr.:
2022/XX

Saksbeh/tlf:
diverse

Sted/Dato:
Bodø, 13. januar 2022

RBU-sak 13-2022 Orienteringssaker

Det vil bli gitt orientering om følgende saker:

1. Informasjon fra RBU-leder – *mundlig*
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – *mundlig*
3. Informasjon fra RHF-ledelsen – *mundlig*
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 13. januar 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:
Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Møtedato: 20. januar 2022

Deres ref:

Vår ref:

Saksbehandler

Tina Eitran

Dato:

11. januar 2022

Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **2. og 23. februar 2022 pr. Teams:**

STYRESAK	ansv.
Hybridstueprosjektet på UNN, oppfølging av styresak 153-2021	HIR/LAM
Læring og mestring i helse- og omsorgstjenestene – oppfølging av sak 42-2021	GT
Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2020 - rapport om investeringer - utsatt offentlighet jf. rrevl § 18(2)	HIR/LAM
Internrevisjonsrapport 06/2021, Implementering av nasjonale helsefaglige retningslinjer i Helse Nord	JHA
Tarmkreftkirurgi – Helgelandssykehuset HF – oppfølging av styresak 112-2020 og 123-2020	GT
Konstituering av nytt styre i Helse Nord RHF	TE
Ledelsens gjennomgang av virksomheten 2021	TKN
Valg av HF-styrer 2022-2024	KP
Regional handlingsplan for informasjonssikkerhet – finansiering, oppfølging av sak 119-2021	HIR/EAH/JB
Budsjett 2022 - konsolidert	EAH
Helseforetakenes tiltak – oppsummering, oppfølging av styresak 147-2021	EAH/HIR
Kvalitetsstrategi for Helse Nord 2021-2025	HIR/EH
Pakkeforløp for kreft - oppsummert gjennomgang av pasientforløp som ikke er gjennomført innenfor standard forløpstid, oppfølging av styresak 21-2021	GT
Nye sykehusbygg - erfaringer fra beredskapssituasjonen knyttet til koronapandemi, oppfølging av styresak 62-2020, sak A og sak C	HiR/LAM
Oppfølging av Internrevisjonsrapport 05/21, Ventetidsutvikling og kapasitetsutnyttelse innen psykisk helsevern for voksne i Helse Nord, oppfølging av sak 111-2021	GT
Oppdragsdokument 2022 til helseforetakene	HiR/ IMD
Regional plan for avtalespesialister i Helse Nord, oppfølging av sak 172-2020/7	HIR/FEI
Godtgjørelse til styremedlemmer og varamedlemmer i HF-ene	KP
Lønnsoppgjør 2021 - resultat	EAH
Arkitekturstyring – prinsipper, oppfølging av sak 32-2021	HIR

Revisjonsutvalgets årsrapport 2022, vedlagt internrevisjonens årsrapport 2022	JHA
---	-----

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt onsdag 26. januar 2022 og 11. februar 2022
- b) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ.

Møtedato: 20. januar 2022
Arkivnr.:
2022/XX

Saksbeh/tlf:
diverse

Sted/Dato:
Bodø, 13. januar 2022

RBU-sak 14-2022 Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Referat AU-RBU 120122
2. Referat Brukerutvalget, Finnmarkssykehuset 141221
3. Protokoll fra Brukerutvalget, Helgelandssykehuset 081221
4. Årsrapport Brukerutvalget, Finnmarkssykehuset 2021

Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF inviteres til å fatte følgende vedtak

Framlagte saker tas til orientering.

Bodø, 13. januar 2022

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg

Protokoll

Vår ref.:
2022/1015-3

Referent/tlf.:
Kari Bøckmann, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 12. januar 2022

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	12. januar 2022
Møtested:	Teams
Neste møte:	uavklart

Tilstede

Navn:	Møtt:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Hartviksen	X	leder, RBU	FFO
Laila Edvardsen	X	nestleder, RBU	FFO
Nikolai Raabye Haugen	X	medlem	Unge funksjonshemmede
Gunhild Berglen	X	medlem	FFO
Kari Bøckmann	X	seniorrådgiver	Helse Nord RHF

Saksliste:

- RBU-AU sak 01/2022 Gjennomgang av sakliste til RBU møte 14. september
- RBU-AU sak 23/2022 Oppnevning – Sykehusinnkjøp spesialistgruppe
- RBU-AU sak 24/2022 Eventuelt

RBU-AU-sak 01-2022 Gjennomgang av saksliste til RBU møte 20. januar

Vedtak:

RBU-AU godkjenner sakslista for møtet 14. september med innspill framkommet i møtet.

RBU-AU-sak 02-2022 Oppnevning: Spesialistgruppe, Sykehusinnkjøp HF

Nasjonal hasteoppnevning:

Fra forespørsel: Spesialistgruppen for innkjøp ønsker at det oppnevnes en brukerrepresentant i anskaffelse; TNF BIO anskaffelsen dekker betennelsessykdommer innen gastro, hud og revma. Erfaringene viser at det er behov for en enhetlig tilnærming til hvordan brukermedvirkning skal ivaretas i anskaffelsene og hvor i anskaffelsesprosessen brukermedvirkning bør skje. Vi ser for oss at brukerrepresentantene deltar frem til utlysning av konkurransen og deltar igjen etter at tildeling av kontrakter er gjennomført. Det er ønskelig at oppnevnt brukerrepresentant deltar på spesialistseminaret som planlegges gjennomfører 26. – 27. januar.

Grunnet kort tid til avvikling av seminar som er et viktig grunnlag for arbeidet brukerrepresentanten skal utføre, samt fordel med kompetanse i og erfaring fra legemiddelanskaffelser, foretas oppnevning i AU-møtet i dag.

Vedtak:

RBU-AU oppnevner Knut Georg Hartviksen som brukerrepresentant til spesialistgruppe i Sykehusinnkjøp HF

RBU-AU-sak 03-2022 Eventuelt

Ingen saker til eventuelt.

Bodø, den 12. januar 2022

*godkjent av Knut Georg Hartviksen
den 12. januar 2022*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder



Brukerutvalgsmøte Finnmarkssykehuset HF

REFERAT

14. desember 2021

Beate Juliussen
14.12.2021



Kjell Magne Johansen	Leder	Til stede	
Gro Johansen	Nestleder	Til stede	
Unni Salamonsen	Medlem	Til stede	
Fred Magne Johansen	Medlem	Forfall	
Torhild Ackermann	Medlem	Til stede	
Tove Hardersen	Medlem	Til stede	
Tom-Kristian Tommen Hermo	Medlem	Til stede	
Astrid Daniloff	Medlem	Til stede	
Else Marie Isaksen	Medlem	Til stede	

Fra administrasjonen møte:

Beate Juliussen	Administrasjonssjef (referent)
Espen Hansen	Prosjektsjef NHS, deltok på sak 47/2021
Jonas Valle Paulsen	Innovasjons- og teknologisjef, deltok på sak 48/2021
Bjørn Erik Johansen	Avdelingsleder Pasientreiser, deltok på sak 49/2021
Tom-Anton Stamnes	Pasientreiser, deltok på sak 49/2021
Harald G. Sunde	Medisinsk fagsjef, deltok på sak 50/2021
Lill-Gunn Kivijervi	Økonomisjef, deltok på sak 51/2021
Robert Kechter	Rådgiver klinikk Alta, deltok på sak 52/2021

I tillegg møte:

Mette Elisabeth Eriksen	Pasient- og brukerombudet, deltok på sak 46/2021
Helle Jensen	Prosjektleder Sykehusbygg, deltok på sak 47/2021
Morten Grunnhov	Sykehusbygg, deltok på sak 47/2021
Morten Staubo	Arkitekt nye Hammerfest sykehus, deltok på sak 47/2021



Sak 43/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Det innkalles til Brukerutvalgsmøte i Finnmarkssykehuset HF i henhold til vedtatt møteplan tirsdag 14. desember 2021 på Teams kl. 09.00-15.00.

Saksnummer	Sakens navn
43/2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
44/2021	Godkjenning av referat fra BU møte 22. september 2021
45/2021	Referat fra Brukerutvalgets arbeidsutvalg møte 01.12.21
46/2021	Orientering fra pasient- og brukerombudet
47/2021	Nye Hammerfest sykehus – universell utforming
48/2021	Innovasjon i Finnmarkssykehuset HF
49/2021	Orientering fra pasientreiser
50/2021	Medisinsk fagsjef orienterer
51/2021	Mål og budsjett 2022 Finnmarkssykehuset
52/2021	Orientering om psykisk helsevern og rus i Finnmarkssykehuset HF
53/2021	Årsrapport 2021 for Brukerutvalget
54/2021	Forberedelse til dialogmøte med styret i Finnmarkssykehuset HF
55/2021	Orienteringssaker
56/2021	Referatsaker
57/2021	Eventuelt

Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.

Sak 44/2021 Godkjenning av referat fra møtet i Brukerutvalget 22. september 2021

Vedtak: Referatet fra brukerutvalgsmøte 22. september 2021 godkjennes.

Sak 45/2021 Referat AU-møte 1. desember 2021

Vedtak: Brukerutvalget tar referatet fra AU møte 1. desember 2021 til orientering.

Sak 46/2021 Orientering fra pasient- og brukerombudet

Pasient- og brukerombud Mette Elisabeth Eriksen innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Er det mange kommuner som har egne brukerråd?

Svar: Har ikke fått informasjon om at dette er opprettet i kommunene, men ser at pasient- og brukerorganisasjoner i mange tilfeller fungerer som brukerråd.

Det er mange som ikke har fastlege, og dette er en stor utfordring i kommunene. Som pasient er en ofte i kontakt med både fastlege og sykehus. Det bør bli bedre samhandling mellom alle tjenestene slik at en slipper å gå gjennom sykehistorien sin flere ganger.

Et forslag til å få flere til å ta helsefaglig utdanning er at det er gratis slik som i forsvaret.

Er det mange henvendelser fra psykiatrien? Er det lange ventelister og etterslep?

Svar: Dette er den nest største gruppen av henvendelser til pasient- og brukerombudet. Jobber for å få til et samarbeid og koordinering, og er også bekymret for selvmordsproblematikken.

Er det mange henvendelser fra kreftsyke som ikke får behandling i rett rekkefølge?

Svar: får noen henvendelser på forsinket diagnose. Når en har fått diagnose skal en inn i et pakkeforløp, så etter diagnosen er stilt får vi ikke så mange henvendelser. Har en diskusjon om eldre som må reise til Tromsø for mammografi. Flere reiser ikke fordi det er lang og slitsom reise, og de klarer ikke turen.

Får dere henvendelser på mulighet for skrivetolk eller tegnspråk?

Svar: Har ikke fått henvendelser på dette.

Det er flere samer som ikke bruker tolk, tolketjenesten blir ikke brukt så mye. Har dere fått innspill på hvorfor?

Svar: Det er noen som ikke ønsker å bruke tolk, og det kan være mange grunner til dette. Eksempelvis så kan det være at en føler at en selv snakker like godt norsk som tolken, ønsker ikke å ha med en tredje person, slitsomt å snakke via en tredje person, ønsker ikke/kan ikke bruke digitale hjelpemidler, ønsker at tolk skal være fysisk til stede. Pasient- og brukerombudet ønsker å få en egen samisk rådgiver, men har foreløpig ikke fått midler til dette.



Flere brukerorganisasjoner har hjelpetelefoner og chat som blir mye brukt. Disse blir et tillegg til det pasient- og brukerombudet tilbyr. Et bra tilbud, og jo flere som legger trykk på en sak, jo bedre er det.

Vedtak:

Informasjon fra Pasient- og brukerombudet tas til orientering.

Sak 47/2021 Nye Hammerfest sykehus – universell utforming

Prosjektsgjef Espen Hansen, prosjektleder Helle Jensen og arkitekt Morten Staubo innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Pasienter som har vært hos øyelege er ofte veldig lyssensitive. Viktig med mulighet for lysdemping og at dette tas med i planleggingen.

Ledelinjer til toalett i foaje, er de tatt inn i planene?

Svar: ja, de er tatt inn i planene.

Blir det teksting av informasjon for døv og tunghørte?

Svar: det er krav til dette i heiser, noterer dette og tar det med videre.

Blir det taktil merking på håndlister?

Svar: Det er tatt med.

Vil det være gjennomgående farger over flere etasjer?

Ja, det vil være samme farger over flere etasjer – samme farge som atriene.

Reagerer på at badene har blitt mindre enn standarden. Det kan bli vanskelig for ansatte å hjelpe pasienter på badet dersom det blir for trangt.

Svar: det er ulike bad og ulike størrelser. Har hatt gjennomgang av dette i brukergrupper, og det skal være mulighet for to personer å hjelpe til på badene.

Vil toalett og vask være hev senkbar, og vil det være takheis fra seng til bad?

Svar: Det er ikke lagt opp til hev/senkbar bad. Det er lagt opp til sengeheiser i noen rom. En del rom med pasientløfter.

Vedtak:

1. Brukerutvalget tar informasjon om universell utforming ved Hammerfest sykehus til orientering.
2. Brukerutvalget ønsker å være med i prosessen med nye Hammerfest sykehus for å sikre at universell utforming er ivarettatt og ber om at Brukerutvalget inviteres inn i relevante møter for å ivareta dette.

3. Brukerutvalget ber om at prosjektet tar med innspillene i det videre arbeid, og at brukerutvalget informeres dersom det kommer endringer.

Sak 48/2021 Innovasjon i Finnmarkssykehuset HF

Innovasjons- og teknologisjef, Jonas Valle Paulsen inn

Spørsmål, kommentarer og svar:
Det var ingen spørsmål til saken.

Vedtak:

Informasjon om innovasjon i Finnmarkssykehuset HF tas til orientering.

Sak 49/2021 Orientering fra Pasientreiser

Avdelingsleder Bjørn Erik Johansen og Tom Anton Stamnes innledet i saken. Orientering om digitalisering og selvbetjeningsløsninger.

Spørsmål, kommentarer og svar:
Hva ligger i «spesielle behov»?

Svar: Det kan legges inn praktiske behov, ikke medisinske behov. Eksempelvis dersom en skal ha med ledsager, lav innstigning, barnesete, allergi, alenebil o.l. som kan legges inn fra behandler. Det er ikke valg på språk.

Hva ble resultatet av brukerutvalgets innspill om å få samisk språk som tastevalg når en ringer Pasientreiser?

Svar: det ble ikke innført nasjonalt tastevalg for samisk språk når en kontakter Pasientreiser. Det er sendt informasjon om dette til Rita-Alise Porsanger-Moen. Dersom det er behov for samisktalende saksbehandler kan en få dette ved å legge inn et postnummer i Finnmark som har samisk talende rådgiver.

Brukere som brått kan bli engstelige og ikke kan reise alene, må de ha rekvisisjon fra lege om ledsager? Og forutsigbarhet for pasienter er viktig.

Svar: slik det er i dag er det kun lege som kan utstede rekvisisjon til ledsager. Det jobbes med å få en løsning der lege kan utstede rekvisisjon for ledsager for en tidsbegrenset periode, slik at en ikke trenger å kontakte lege for hver rekvisisjon. Viktig å ta kontakt med Pasientreiser så tidlig som mulig for tilrettelegging.

Dersom en pasient har behov for ledsager fra sykehus og hjem, hvordan løses dette?



Svar: Dersom det ikke er noen pårørende som kan bistå, så kan det leies inn hjelp. I noen tilfeller kan ambulanse eller hvite pasienttransportbiler benyttes.

I dag er det slik at en får dekt reise med takst pr km, og ikke for faktiske utlegg. Eksempelvis så reiser en med fly fra Finnmark til Tromsø. Når en skal ta buss fra flyplassen til UNN får en kun dekt for antall km fra flyplassen til UNN, noe som bare dekker en brøkdel av kostnaden for bussbilletten. Dette er ikke holdbart.

Svar: Standardsatsen på 2,70 pr km slår uheldig ut for mange av pasientene fra Finnmark. Ber om at det bringes videre til regionalt brukerutvalg og få dette med i høringsrunder når det er endringer i regelverket.

Vedtak:

1. Informasjon fra Pasientreiser tas til orientering.
2. Brukerutvalget sender en henvendelse til regionalt brukerutvalg hvor det bes om at det ses på takstsystemet for Pasientreiser slik at en får dekket faktiske kostnader en har når en må reise for behandling. Slik takstene er i dag er det ikke samsvar med faktiske utgifter, og enkelte pasienter vil derfor kvie seg for å reise, eller ikke ha mulighet for å reise fordi de ikke har penger til å dekke det reisen koster.

Sak 50/2021 Medisinsk fagsjef orienterer

Medisinsk fagsjef, Harald G. Sunde innledet i saken.

Koronasituasjonen

Orienterte om koronasituasjonen og konsekvenser dette får for Finnmarkssykehuset.

Smittetrykk i samfunnet:

Nye tilfeller per 100.000 innbyggere:

Hammerfest	3124
Alta	1084
Tana	424
Vadsø	460
Karasjok	265
Sør-Varanger	79

Tromsø 810

Innleggelses-topper i Finnmarkssykehuset: På det meste har det vært 13 innlagte på Hammerfest sykehus og 3 på Kirkenes sykehus.

I dag var det 5 innlagte i Finnmarkssykehuset, hvorav 1 på intensiv.



Må planlegge for scenario med betydelig økning i antall syke, og 30% av ansatte er sykemeldte.

Finnmarkssykehuset, inkludert Hammerfest og Kirkenes er i gul beredskap. I Hammerfest har en tatt ned elektiv kirurgi fra uke 46 og ut året. Dagkirurgi har vært tatt ned de siste to ukene, og vurderes fortløpende.

Vaksinering av ansatte: 53% har fått 3. vaksinedose (best i regionen). Har godt med utstyr, klinikkene støtter hverandre og det jobbes med kontinuitetsplanlegging. Ventetidene øker.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Hva er status på ØNH tilbudet i Finnmark?

Svar: Har en ØNH lege i Alta og en i Hammerfest. I Kirkenes er det 1,5 stillingshjemmel som flere deler på. Det er lange ventetider, spesielt i Vest-Finnmark. Skal få sendt over informasjon.

Etter møtet har det kommet følgende informasjon: Sámi klinihkka har ikke egen stilling for ØNH lege. Denne stillingen er flyttet til Hammerfest. Vi mottar ambulerende lege. Vi har hatt kontakt med samisktalende ØNH lege i Hammerfest og venter på beskjed derfra om vedkommende vil begynne ambulerer til oss.

Hva er status for geriatrisk team i Karasjok?

Svar: sjekker det ut. Etter møtet har det kommet følgende informasjon: Er i drift. Teamet er samisktalende. Starter med praktisk førerprøve.

Vedtak:

Informasjon fra medisinsk fagsjef tas til orientering.

Sak 51/2021 Mål og budsjett 2022 Finnmarkssykehuset Økonomisjef, Lill-Gunn Kivijervi innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Hva betyr høy bemanningsfaktor?

Svar: Antall pleiere pr seng. I Finnmarkssykehuset er bemanningsfaktoren høyere enn sammenlignet med andre sykehus.

Det er investert mye penger til røntgen i Karasjok, allikevel må folk reise til Hammerfest for røntgen, hva er grunnen til det?

Svar: Karasjok har generell røntgen. Dersom det er behov for annen type røntgen slik som CT og MT må en reise til Hammerfest. Vil sjekke med klinikken om det er en annen årsak til at dette skjer. I etterkant av møtet har det kommet svar at det i enkelte tilfeller gjøres feil og pasienter blir satt opp til røntgen i Hammerfest, selv om en kunne tatt



røntgen i Karasjok. Dette ville også vært mest hensiktsmessig med tanke på reise og språk.

Det er satt av 1,2 mill. til etterutdanning av sykepleiere. Hvor mange er under utdanning som spesialsykepleiere, og er de fra hele fylket?
Svar: Det er 11 som tar videreutdanning i år, og skal økes med 2 hvert år frem til og med 2023. Søker må søke på ordinær måte til universitetet og søkerne er fra hele fylket. Har godt med søkere til utdanningsstillinger.

Med et så stramt budsjett, blir pasientsikkerheten godt nok ivaretatt?
Svar: Pasientsikkerheten settes høyt, og ingen tiltak som iverksettes skal gå ut over sikkerheten.

Vedtak:

Brukerutvalget tar informasjon om mål og budsjett 2022 for Finnmarkssykehuset HF til orientering.

Sak 52/2021 Orientering om psykisk helsevern og rus i Finnmarkssykehuset HF

Rådgiver i Klinikk Alta, Robert Kechter innledet i saken.

Spørsmål, kommentarer og svar:

Det er synd at det ikke er brukerråd innen psykisk helse og rus slik det var før klinikk psykisk helsevern og rus ble delt opp. Dersom det ikke kan være et brukerråd i hver klinikk, så kunne en kanskje fått til et felles brukerråd i Vest-Finnmark?

Svar: Det blir muligens klinikkvise brukerråd, for både somatikk og psykisk helse, men dette er ikke avklart ennå.

Sanks brukerråd har ikke hatt møter siden november 2020.

Svar: Sanks sitt brukerråd har nettopp hatt møte.

Hva er tilbudet innen psykisk helsevern og rus i Alta/Finnmark?

Svar: I Alta er det 12 senger i drift innen psykisk helsevern. 6 senger i drift på avhengighetsavdelingen, elektiv drift. Bygger gradvis opp avrusningsplasser, skal ha 2 senger. Lege med kompetanse innen avrusning kom på plass for 1 måned siden.

I Sámi klinihkka er alle enheter i drift. Ser at det er økt antall henvisninger til BUP gjennom pandemien. De som blir henvist er også mer syke.



Voksenpsykiatriske poliklinikker: Hammerfest, Alta, Karasjok, Tana, Kirkenes

Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker: Hammerfest, Alta, Karasjok, Kirkenes

Voksenpsykiatriske sengeplasser: 12 i Alta, 6 i Karasjok, 10 i Tana

Rusbehandlings sengeplasser. 6 i Alta, 6 i Karasjok

Barne- og ungdomspsykiatriske sengeplasser: 6 i Karasjok

Familiebehandling: 2 plasser i Karasjok

Er tilbudet på tvers av landegrensene på plass?

Svar: Avtalene er på plass. Pandemien skaper utfordringer med reiser på tvers av landegrensene.

Finnes det akutt plasser i Finnmark?

Svar: alle klinikkene med sengepost har akutfunksjon og tilstreber å kunne legge inn pasienter innen 24 timer. Dersom det er akutt psykotisk eller suicidal som må legges inn med en gang sendes pasientene til UNN.

Det er ofte at pasienter har både somatiske og psykiske plager, viktig å se hele mennesket. Hvordan er det med tilpasning av behandling av flere diagnoser?

Svar: En jobber for å kunne behandle hele mennesket og tar hensyn også til somatiske sykdommer. Det er ikke alle sykdommer som skal behandles i spesialisthelsetjenesten, men hos fastlegen, og da gjøres det.

Har en nok kvalifisert personell?

Svar: andel ansatte med spesialutdanning varierer. Jobber aktivt for å holde oppe andelen spesialutdannede. Har også tatt initiativ til å få på plass en type forkurs innen matte og norsk for å få inn flere fra Finnmark på sykepleierutdanningen.

Vedtak:

1. Brukerutvalget tar informasjon om status for psykisk helsevern og rus til orientering.
2. Brukerutvalget ber om en årlig oppdatering på status for psykisk helsevern og rus i Finnmarkssykehuset HF.



Sak 53/2021 Årsrapport 2021 for Brukerutvalget

Administrasjonssjef Beate Juliussen innledet i saken.

Vedtak:

Årsrapport 2021 for Brukerutvalget vedtas med de endringer som kom i møtet.

Sak 54/2021 Forberedelse til dialogmøte med styret i Finnmarkssykehuset HF

Leder av brukerutvalget, Kjell Magne Johansen og administrasjonssjef Beate Juliussen innledet i saken.

Vedtak:

Spørsmålene og kommentarene som Brukerutvalget har til styret og administrerende direktør stilles i møtet.

Sak 55/2020 Orienteringssaker

1. Muntlig informasjon fra BU leder
Prosjektstyret for nye Hammerfest sykehus er i gang, og leder har vært med på det første møtet.
2. Muntlig informasjon fra BU medlemmer:
 - a. Else Marie har vært med på to møter i samisk språkutvalg i år. Kommer til å ta saken om mulighet for tastevalg for samisk språk når en ringer til Pasientreiser videre.
 - b. Astrid: rapporten om spesialisthelsetjenestetilbud i Vadsø er ferdig og sendt ut.
3. Muntlig informasjon fra ledelsen i Finnmarkssykehuset HF
 - a. Orientering om utnevning av nytt brukerutvalg
 - b. Kurs LIS2/3 – Pasient og brukervedvirkning
Det skal gjennomføres kurs på 2 timer, ett på våren og ett på høsten om pasient- og brukervedvirkning for LIS 2 og 3. Kurset gjennomføres digitalt – i første omgang. Gjøres en evaluering etter første kurs. Datoer for 2022: 4. mai kl 12-14 og 2. november kl 12-14. Det velges ut hvem fra Brukerutvalget som deltar i dette kurset når nytt Brukerutvalg er på plass.



- c. Helse Nords pasientsikkerhetskonferanse 15. og 16. februar 2022. Årets tema er «Å lære av det som går godt». Mulighet for digital deltakelse, se [link](#) for påmelding.

Vedtak:

1. Brukerutvalget tar informasjon til orientering.

Sak 56/2021 Referatsaker

1. Protokoll RBU møte 14. oktober 2021
2. Protokoll RBU møte 10. og 11. november 2021

Vedtak:

Referatsakene tas til orientering.

Sak 57/2020 Eventuelt

Vedtak:

Kjell Magne Johansen
Leder Brukerutvalget
Referatet godkjennes på neste møte

Kopi til:

- Styret i Finnmarkssykehuset HF
- Foretaksledelsen ved Finnmarkssykehuset HF
- Regionalt Brukerutvalg
- Brukerutvalget Nordlandssykehuset
- Brukerutvalget UNN
- Brukerutvalget Sykehusapoteket
- Brukerutvalget Helgelandssykehuset
- SANKS Brukerråd
- Pasient- og brukerombudet i Finnmark
- RIO Finnmark
- Kreftforeningen
- FFO Finnmark
- Mental Helse Finnmark
- Finnmark fylkeskommune
- NHF Nord-Norge
- Ungdomsrådet Finnmarkssykehuset

Protokoll

Møte: Brukerutvalgsmøte i Helgelandssykehuset HF

Tid: 8. desember 2021

Møtested: Scandic Syv Søstre hotell i Sandnessjøen.

Innkalt:

Deltagere	Funksjon	Organisasjon	Tilstede	Meldt forfall
Anne Lise Brygfeld	Leder	SAFO - NFU	X	
Per Hansen	Nestleder	FFO – Mental Helse	X	
Tove Linder Aspen	Medlem	Ivareta	X	
Josefina Skerk	Medlem	Samisk befolkning		x
Einar Moen	Medlem	Eldrerådet	X	
Trine-Mari Aavitsland	Medlem	Kreftforeningen		X
Nils Rishaug	Medlem	FFO -HLF		
Jan Sundset	Vara	Samisk befolkning	X	
Ija Nilsen	Vara	RIO		X
Rigmor Røberg	Vara	Kreftforeningen	X	
Hilde Valrygg Vik	Vara		x	
Grete Bang	Vara			x
Steinar Arnesen	Vara			x
Mariette Korsrud	Vara			x
Fra Helgelandssykehuset				
Hulda Gunnlaugsdottir	Adm. dir		X	
Knut Roar Johnsen	Samh.sjef/saksbeh.			X
Tove Lill Falstad	Sekretariat		X	
Ole Hope	Prosjektdirektør		X	
Arve Smedseng	Pasientreiser		X	
Silje Paulsen	Rådgiver		X	
Hanne Frøyshov	Medisinsk direktør		X	
Merethe Myrvang	Rådgiver		X	
Bergsvein Byrkjeland		Sykehusbygg	X	
Anette Fredriksen	Rådgiver		X	
Tove Lyngved	Økonomidirektør		X	
Maria Skjelbakken	Rådgiver		X	
Anne Kathrine Gårdvik	Rådgiver		X	



Saksliste

- Sak 68/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste
Sak 69 /2021 Godkjenning av protokoll fra møte i brukerutvalget 22. oktober
Sak 70/2021 Orienteringssaker fra BU-leder og medlemmer
Sak 71/2021 Referatsaker
- Møterefertat fra Brukerutvalget UNN 2. november 2021
 - Protokoll fra Regionalt brukerutvalg 10.-11. november 2021
 - Referat fra Brukerutvalget Nordlandssykehuset 10. november 2021
- Sak 72/2021 Valg av brukerrepresentanter til funksjonsgrupper i konseptfase 1 Nye Helgelandssykehuset, oppfølging av sak 62-2021
Sak 73/2021 Nytt fra pasientreiser
Sak 74/2021 Kompetansehevingsprosjekt for Helgelandssykehuset (sak 6
Sak 75/2021 Presentasjon av ny medisinsk direktør
Sak 76/2021 Muntlig informasjon fra administrerende direktør
Sak 77/2021 Budsjet 2022
Sak 78/2021 Godkjenning av møteplan for brukerutvalget 2022
Sak 77/2021 Eventuelt
-

PROTOKOLL

Sak 68/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Vedtak: Godkjent

Sak 69 /2021 Godkjenning av protokoll fra møte i brukerutvalget 22. oktober

Vedtak: Informasjon ang. eventuellsaker tas til orientering. Protokollen godkjennes.

Sak 70/2021 Orienteringssaker fra BU-leder og medlemmer

Fra leder:

- Kontaktmøtegruppemøte i Nye Helgelandssykehuset
- Møte med RBU
- Brukerutvalget Sykehusapotek Nord
- Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp
- Styremøte – ekstraordinært møte 6. desember

Vedtak: Saken er tatt til orientering

Sak 71/2021 Referatsaker



- Møtereferat fra Brukerutvalget UNN 2. november 2021
- Protokoll fra Regionalt brukerutvalg 10.-11. november 2021
- Referat fra Brukerutvalget Nordlandssykehuset 10. november 2021

Vedtak: Sakene er tatt til orientering

Sak 72/2021 Valg av brukerrepresentanter til funksjonsgrupper i konseptfase 1 Nye Helgelandssykehuset, oppfølging av sak 62-2021

Introduksjon til saken ved Bergsvein Byrkjeland fra Sykehusbygg.

Å være brukermedvirker – Visjon: Norges beste lokalsykehus
Alltid ha fokus på helhet – helhetlige løsningsmodeller for Helgeland. I jobben som gjøres skal vi i konseptfase 1 se på det helhetlige pasienttilbudet. Det ønskes brukermedvirkere inn i funksjonsgruppene der brukerutvalget ser det formålstjenlig. Presentasjon vedlegges protokollen.
Oppstartsmøte 17. januar 2022, møteserie på 4 – 5 møter.

Vedtak: Saken tas til etterretning. Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentanter til funksjonsgruppene i konseptfase 1.

- Gruppe 1 Akutt: **Anne Lise Brygfjeld**
- Gruppe 2 Poliklinikk: **Tove Linder Aspen**
- Gruppe 3 Døgn somatikk: **Grete Bang**
- Gruppe 4 Døgn PHA/YSB: **Ija Nilsen**
- Gruppe 5 Bildediagnostikk, lab og blodbank: Ingen
- Gruppe 6 Service og logistikk: **Per Hansen**
- Gruppe 7 Undervising, FoU, LMS og administrative funksjoner: **Hilde Vik Valrygg**
- Gruppe 8 Eiendomsdrift: **Rigmor Røberg**
- Gruppe 9 IKT: **Einar Moen**

Sak 73/2021 Nytt fra pasientreiser

Orientering fra Arve Smedseng

- Venterom på flyplassen i Bodø- Vip-rom, rutiner for å rekvirere det, men det er ikke bekjentgjort til rekvirenter i UNN
- Nye flyreiser i Nordland

Vedtak: Brukerutvalget tar saken til orientering, og ber pasientreiser om å informere alle rekvirenter i UNN om rekvirering av VIP-rom i Bodø for helgelandspasienter som er syke og har behov for skjermet venting.

Sak 74/2021 Kompetansehevingsprosjekt for Helgelandssykehuset (sak 60-2021)

Orientering fra Silje Paulsen



- Kompetanseplan 2022-2023

Vedtak: Informasjonen tas til orientering. Brukerutvalget ber om å få utkast til kompetanseplan til behandling i første neste møte.

Sak 75/2021 Presentasjon av ny medisinsk direktør, Hanne Frøyshov.

Orientering om interne prosesser med kvalitetsforbedring og kvalitetssikring i Helgelandssykehuset særlig med utgangspunkt i tarmkreftkirurgisaken og fødetilbudet.

Vedtak: Brukerutvalget ønsker ny medisinsk direktør velkommen og takker for orienteringen i møtet. Informasjon tas til etterretning.

Sak 76/2021 Muntlig informasjon fra administrerende direktør

Informasjon fra Hulda Gunnlaugsdottir

- Nye Helgelandssykehuset – strukturvedtak – plan for omstilling
- Budsjettutfordringer – ingen nedleggelser av funksjoner – kun økt aktivitet
- Ole Hope – ny prosjektdirektør
- Dialog med prosjektledelse om vedtakspunkt 4 i strukturvedtaket, «spesialisthelsetjenester i Mosjøen»

Vedtak: Brukerutvalget takker for informasjon. Informasjon tas til orientering.

1. Brukerutvalget minner om viktigheten av at brukerrepresentanter tas med i arbeidsgruppa som skal jobbe spesielt med vedtakspunkt 4 om spesialisthelsetjenester i Mosjøen.
2. Brukerutvalget ønsker to brukerrepresentanter inn i gruppa:
 - a. Per Hansen (Mental Helse) og Jan Sundset (Samisk befolkning)

Sak 77/2021 Budsjett 2022

Orientering fra Tove Lyngved og Maria Skjelbakken
Svært krevende budsjett.

- Omstillingsutfordring 102 millioner kroner.
- Identifiserte nye tiltak 58 millioner.
- Uløst omstillingsutfordring 44 millioner.

Overordnet tiltaksplan for 2022:

- Bemanning – aktivitetsbasert ressursplanlegging, 6 mnd. planleggingshorisont
- Aktivitet – 15 % digitale konsultasjoner, sykehusforbruk - benchmarking, gjestepasienter, vridning fra døgn til dag behandling, DMS Brønnøysund



- Datakvalitet og inntekter – kodekvalitet, regningskort, selvbetalende pasienter
- Kostnader - varekostnader

Vedtak: Brukerutvalget takker for grundig gjennomgang av budsjett og tiltaksplan for 2022. Informasjonen tas til orientering.

Sak 78/2021 Godkjenning av møteplan for brukerutvalget 2022

Vedtak: Forslag til møteplan ble godkjent

Sak 77/2021 Eventuelt

Sak fra HLF – Hørselshemmedes landsforbund

- Behov for tolk for hørselshemmede
- Behov for opplæring av personell ang. sansetap – kommunikasjon med hørselshemmede.
- Ledsagerbehov for hørselshemmede/personer med sansetap

Ønske om å tegne digitalt fellesabonnement på lokalavisene i sykehusdistriktet som et nødvendig arbeidsredskap.

Vedtak: Sakene tas til etterretning.

Protokoll godkjennes endelig i møte 18. februar 2022

Protokollen blir lagt fram som referat sak i kommende styremøte

Kopi til:

- Styret i Helgelandssykehuset
- Administrerende direktør ved Helgelandssykehuset
- Ledergruppen i Helgelandssykehuset
- Postmottak ved UNN, Nordlandssykehuset, Finnmarkssykehuset, Sykehusapoteket og Helse Nord.

Kvalitet

 **HELGELANDSSYKEHUSET**
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



Nye Helgelandssykehuset

Medvirkning konseptfase steg 1

Brukerutvalg 08.12.2021



Definisjon på brukermedvirkning

De som berøres av en beslutning, eller er brukere av tjenester, får innflytelse på beslutningsprosesser og utforming av tjenestetilbud.

Stortingsmelding nr. 34-1996-97

Trygghet

- Å involvere tidligere pasienter er utrolig viktig



- - Da jeg leste gjennom alt materialet fikk jeg enda flere spørsmål enn jeg hadde. Det er vanskelig å vite hva du er forventet å vite noe om. Men jeg har løst det ved å ta med mine egne erfaringer, og så har jeg alliert meg med LHL, og jeg kommer til å benytte kontakten med Brukerrådet på Nevroklinikken.
- - Et sykehus er jo ikke bare pasienter. Hvis ikke de som jobber der trives, så blir det ikke godt å være der. Det er et samspill mellom å få noe som fungerer for de ansatte - at sykepleiere for eksempel blir hørt - og at pasientene føler at de er pasienter og at man ikke bare går gjennom systemet.



Ove Hellevik, Brukerrådet i Nevroklinikken, LHL Hjerneslag Oslo

Visjon/Visjonene: Norges beste lokalsykehus Nörren bööremes lühkesskiemtjegåetie



*Nye Helgelandssykehuset – Norges beste lokalsykehus – skal etablere **ett** sykehus som gir trygghet for befolkningen på Helgeland.*

Det skal være pasienttilpassede, kunnskapsbaserte og sammenhengende tjenestetilbud av høy kvalitet, som møter dagens og fremtidens behov.

Helgelandssykehuset skal bidra til et Helgeland som er attraktivt og i utvikling – for fagmiljøene og for samarbeidspartnere.

Helgelandssykehuset skal gi tilgjengelige, gode og likeverdige tjenester til alle som trenger det.

Nye Helgelandssykehuset = En helhetlig løsning for Helgeland



Sandnessjøen og omegn

- Alt 0+
- Alt 1 Nybygg, Rishatten
- Alt 2 Nybygg, Kvernåsen
- Alt 3 Ombygg/tilbygg eksisterende sykehus

DMS Sør-Helgeland



Mo i Rana

- Alt 0+
- Alt 1 ompakking/ombygging inkl psyk
- Alt 2 ompakking/ombygging inkl psyk
- Alt 3 ompakking/ombygging unkl psyk

Mosjøen

- Alt 0+
- Alt 1 ompakking/ombygging inkl psyk
- Alt 2 ompakking/ombygging inkl psyk
- Alt 3 ompakking/ombygging inkl psyk

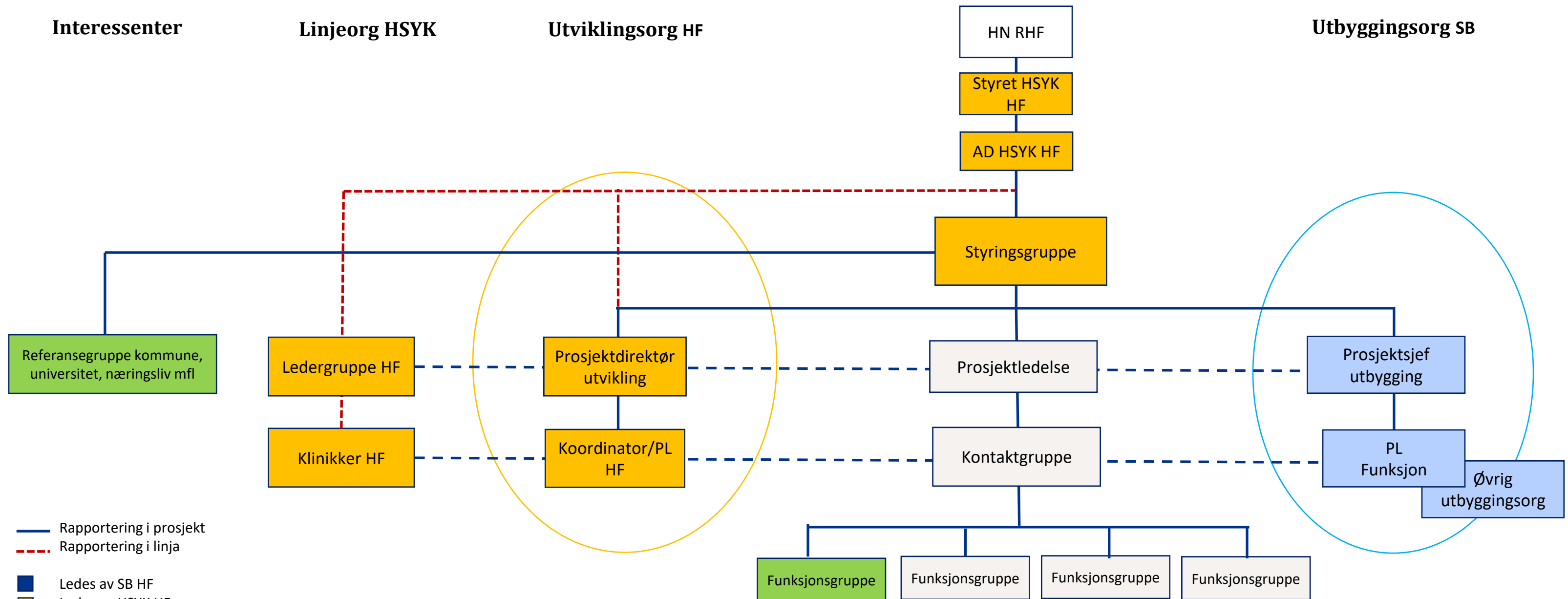
Nye Helgelandssykehuset – organisering konseptfasen

Interessenter

Linjeorg HSYK

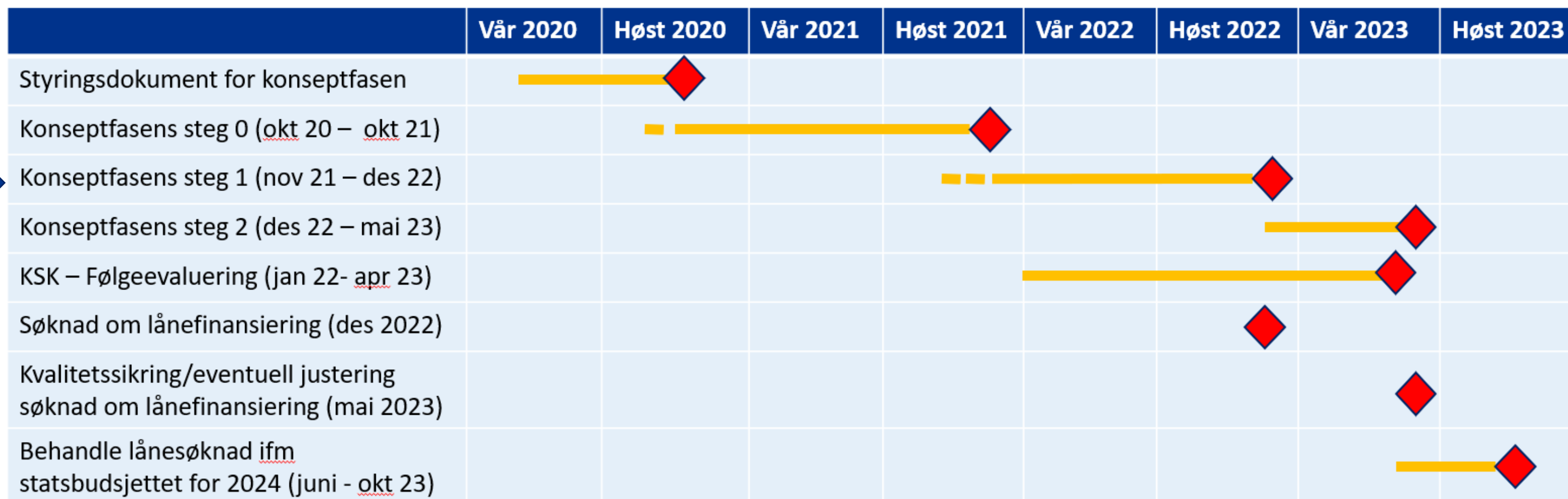
Utviklingsorg HF

Utbyggingsorg SB

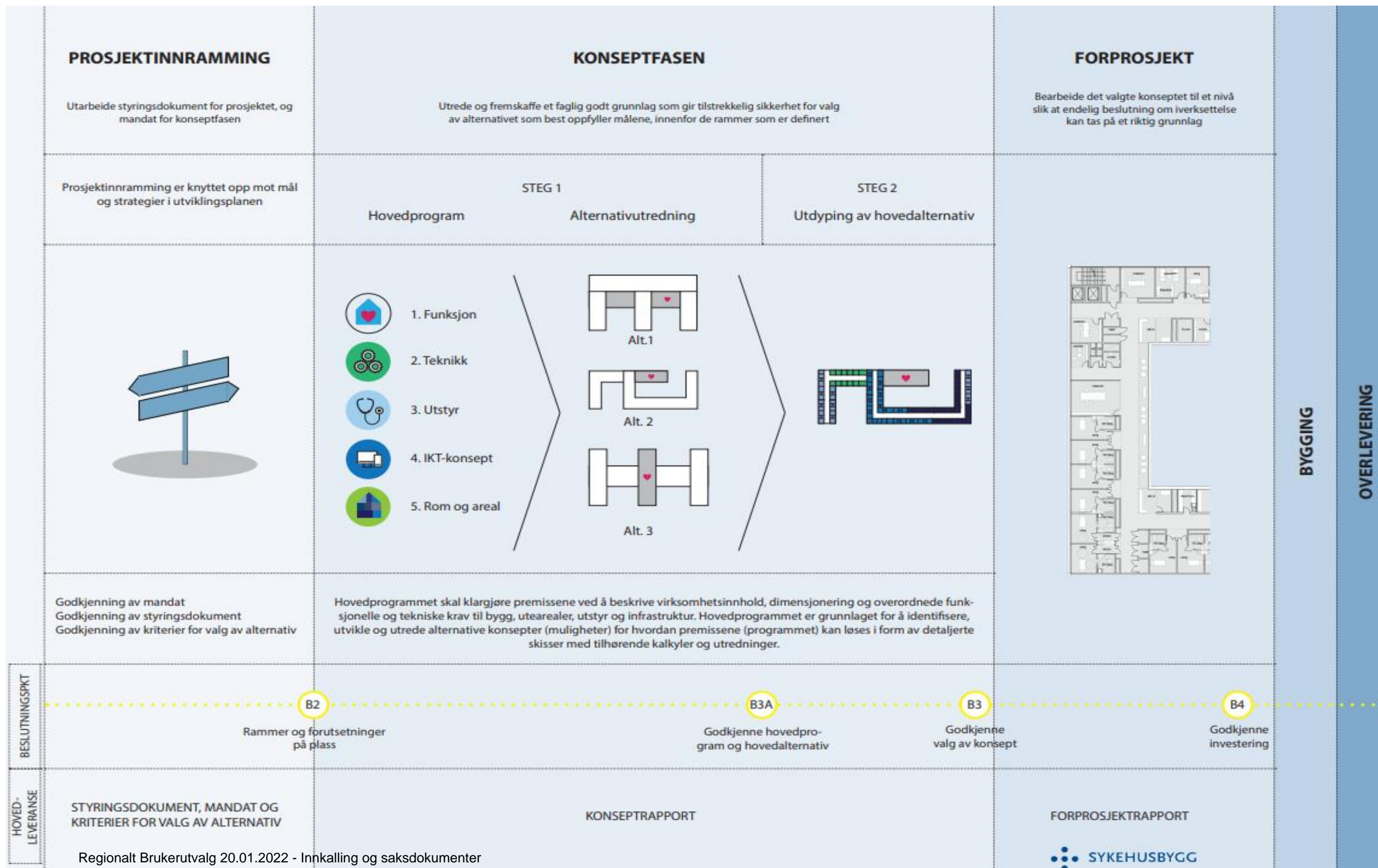


- Rapportering i prosjekt
- Rapportering i linja
- Ledes av SB HF
- Ledes av HSYK HF
- Felles arena
- Samhandling/interessenter

Tidsplan



Tidligfasen fra A til Å





Kvalitet



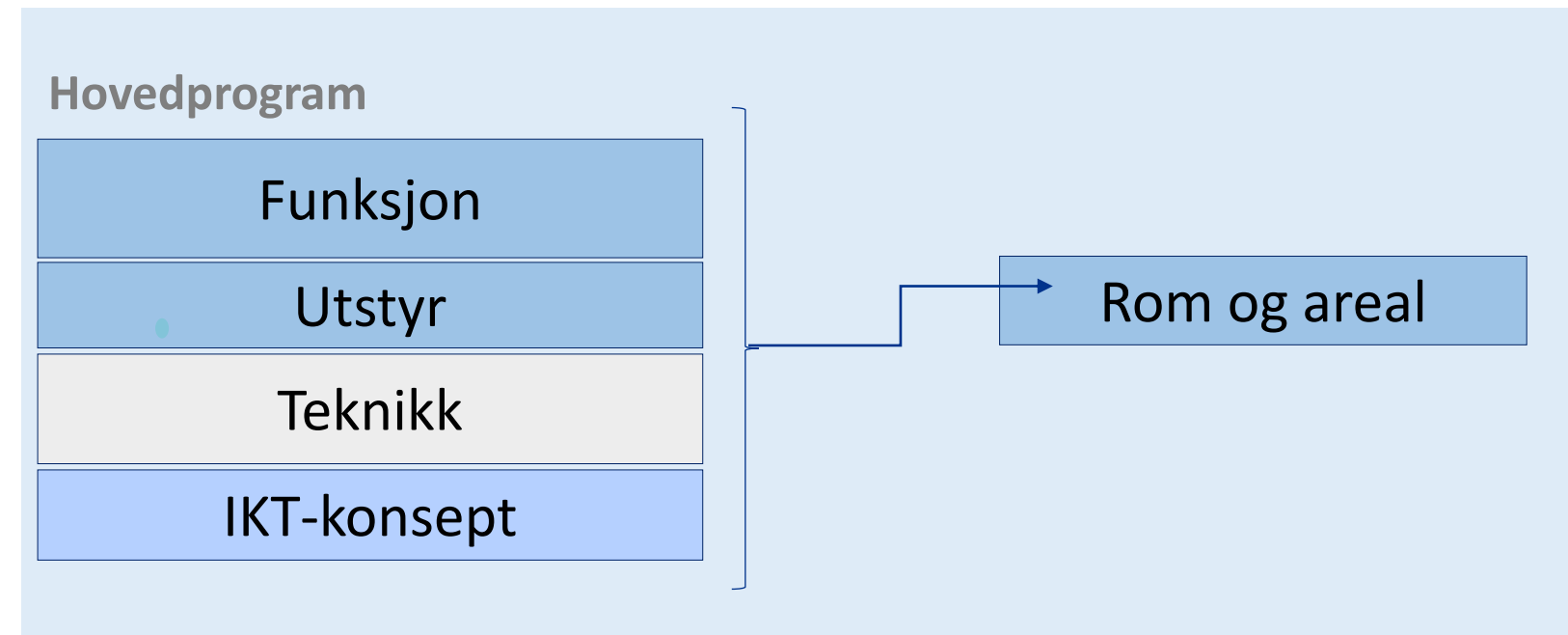
Medvirkningsstruktur og -prosess

Respekt

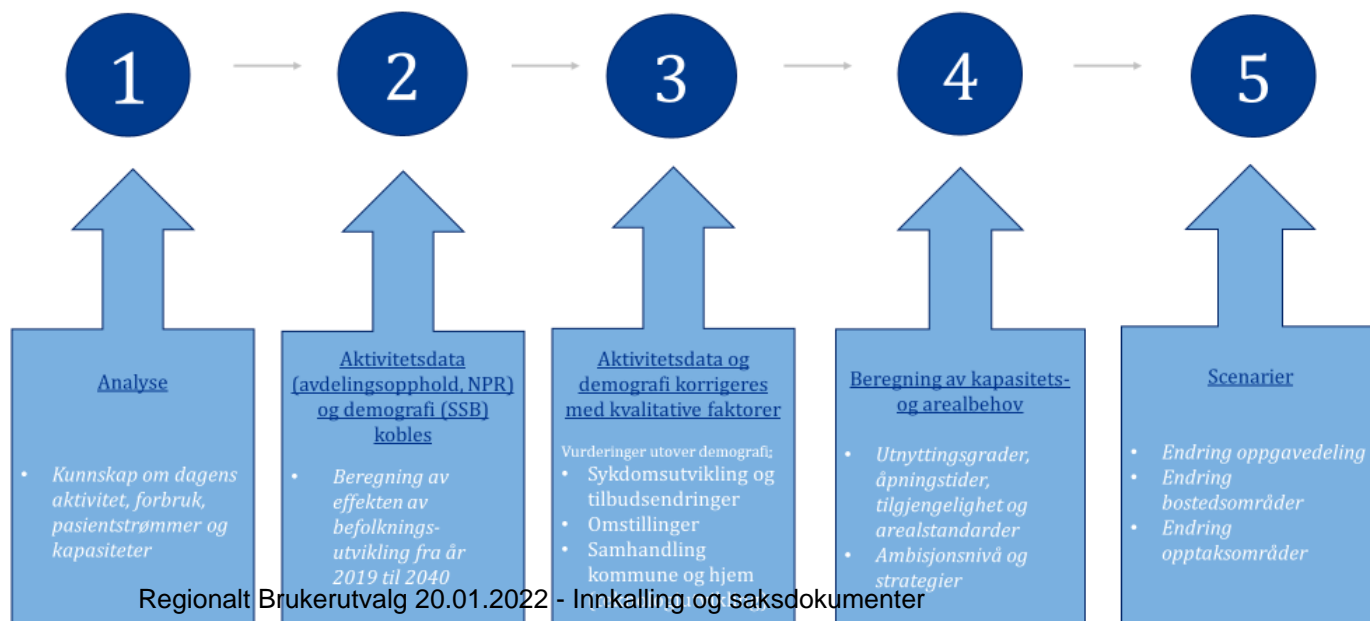
Trygghet



Hovedprogram

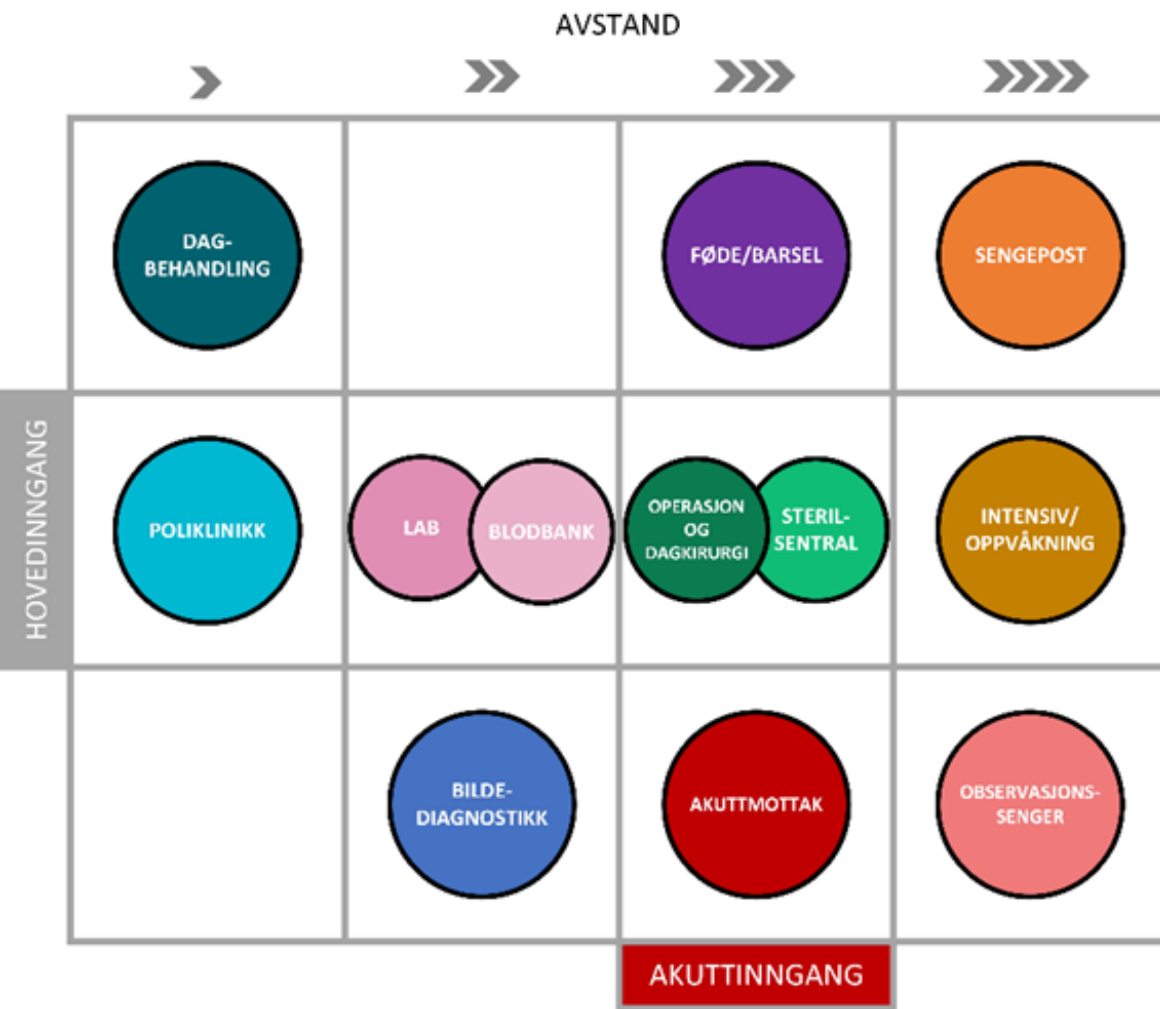


RHF-enes framskrivingsmodell i 5 trinn

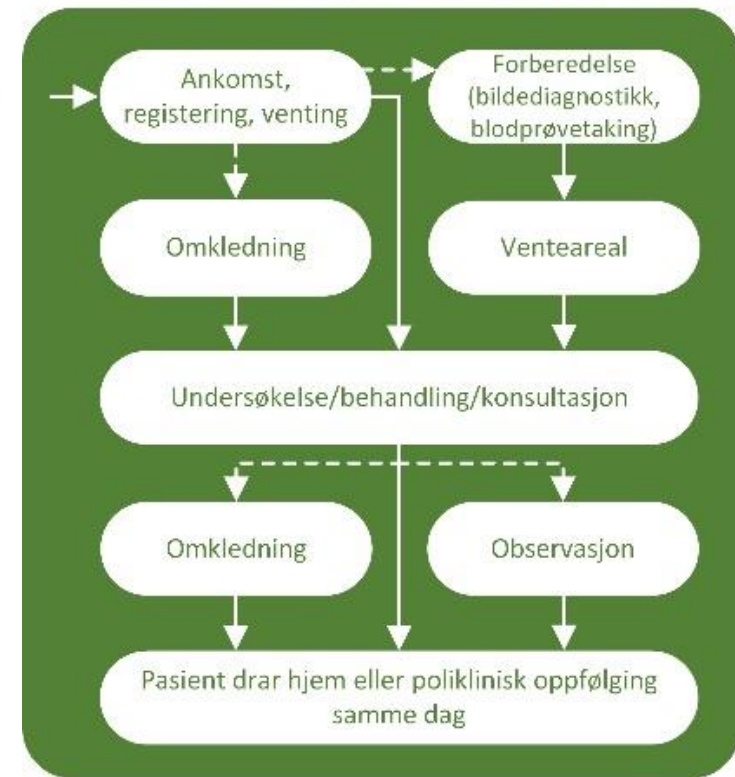


Regionalt Brukerutvalg 20.01.2022 - Innkalling og saksdokumenter

Nærhetsbehov for funksjonsområder



Pasientforløp poliklinikk somatikk/PHV/TSB/dagbehandling



SYMBOLFORKLARING
 → Pasientflyt
 - - -> Pasientflyt - eventuell

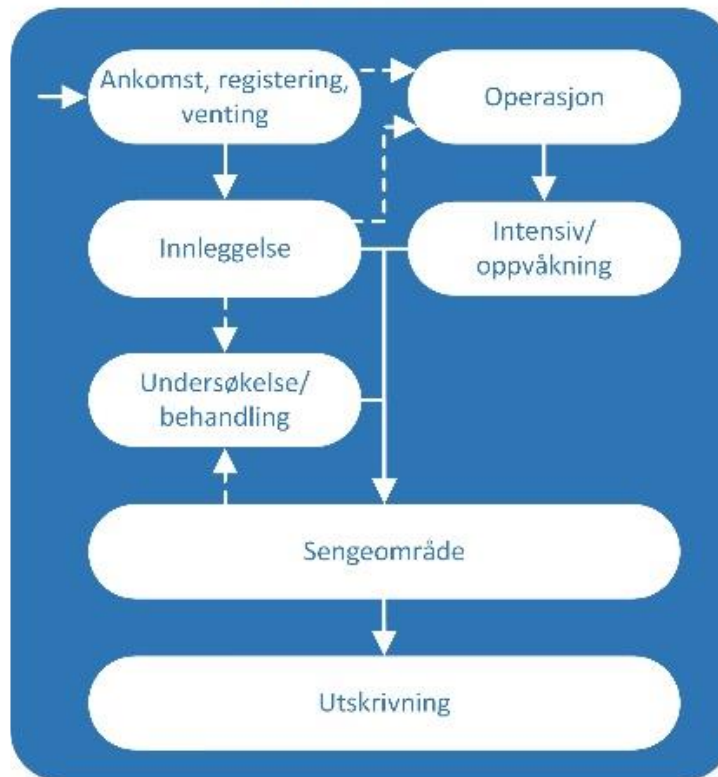
Pasientforløp akutt pasienter



*Etter stegene markert med stjerne kan pasienten også sendes til høyere omsorgsnivå

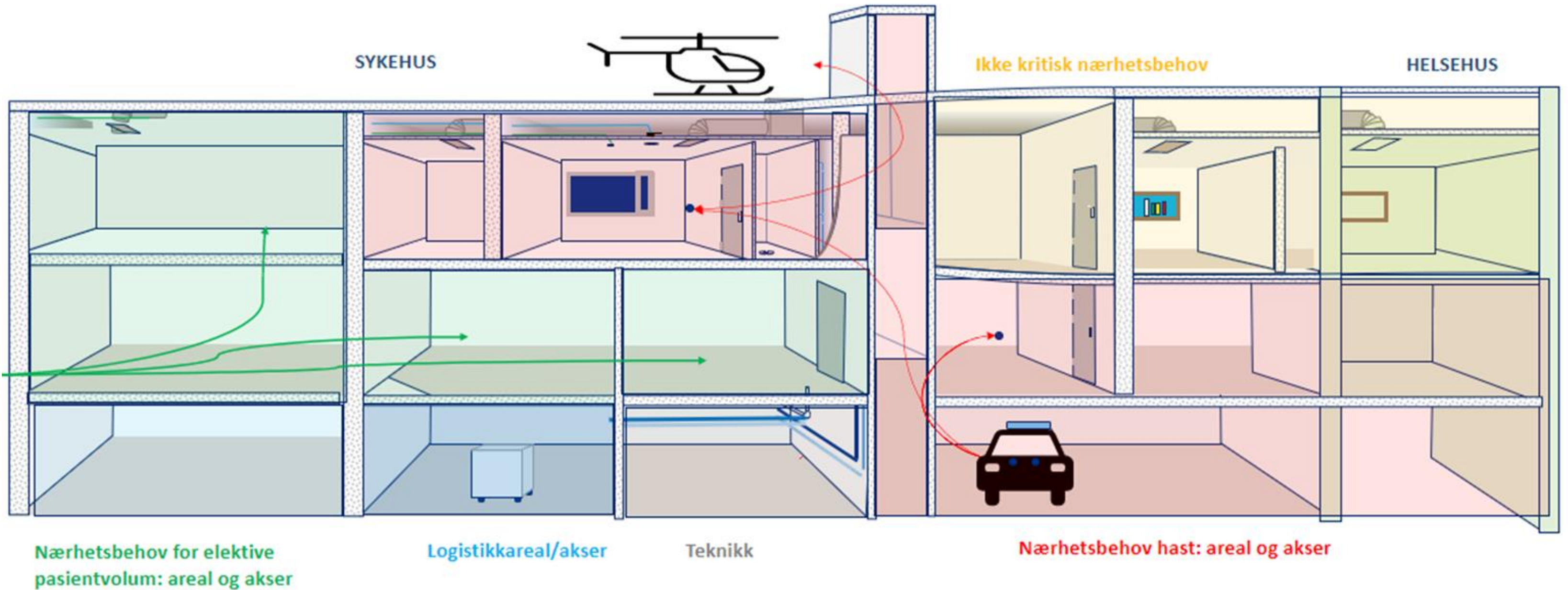
SYMBOLFORKLARING
 → Pasientflyt
 - - -> Pasientflyt - eventuell

Pasientforløp døgn somatikk



SYMBOLFORKLARING
 → Pasientflyt
 - - -> Pasientflyt - eventuell

Sambygging med verts- og nabokommuner

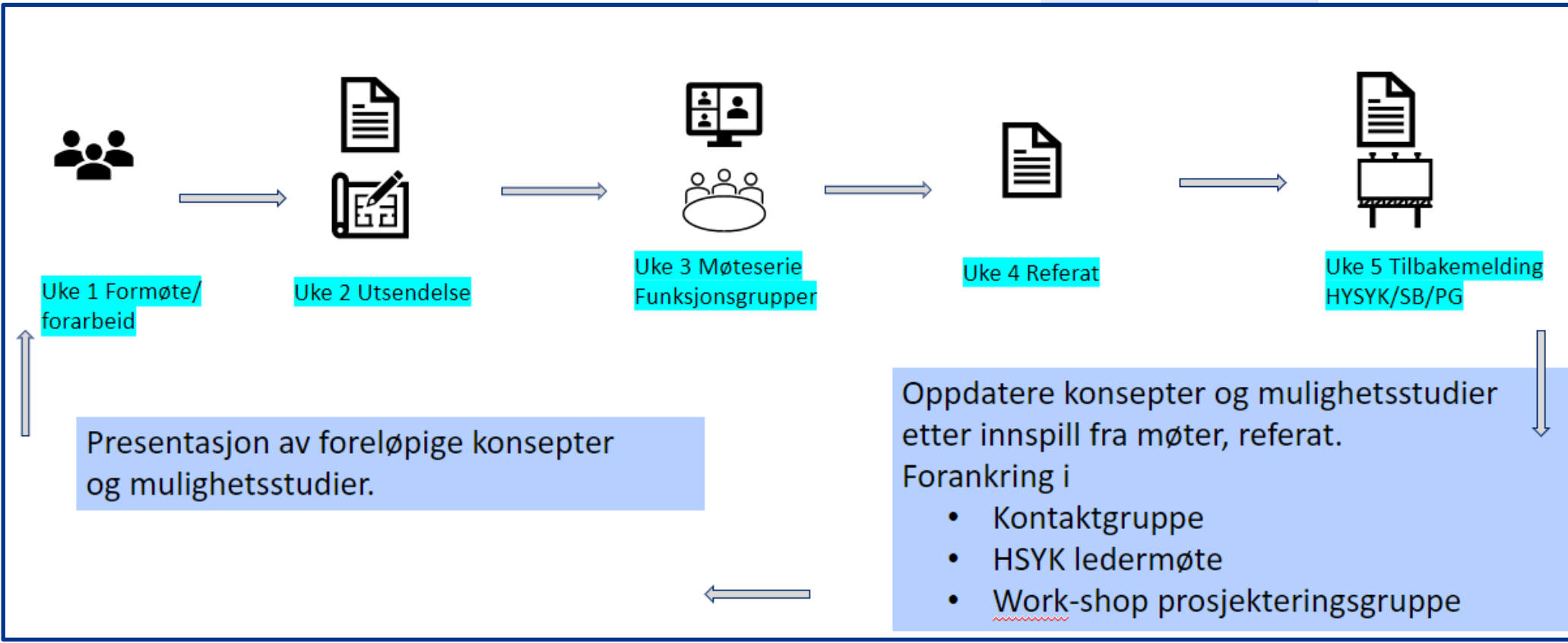


Møtesyklus konseptfase



Gr 1: Akutt, operasjon, intensiv, prehospital Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:	Gr 2: Poliklinikk somatikk, dagbehandling, KSF-fag, e-helse Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:	Gr 3: Døgn somatikk inkl føde/gyn Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:	Gr 4: Poliklinikk, dag og døgn PHV/TSB Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:	Gr 5: Bildediagnostikk, lab og blodbank Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:
---	---	---	--	---

Gr 6: Service og logistikk Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:	Gr 7: Undervisning, FoU, LMS, adm og lederstøtte Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:	Gr 8: Eiendomsdrift Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:	Gr 9: IKT Gruppeleder: PL/koord HSYK: PL/koordinator SB:
--	--	---	---





Brukerutvalget Finnmarkssykehuset HF

Årsrapport 2021

Desember 2021



Brukerutvalget i Finnmarkssykehuset HF

Brukers reelle medvirkning og innflytelse er et grunnleggende prinsipp, jf. helseforetakslovens § 35 annet ledd og vedtektenes § 14. Eier stiller krav om at brukerinnflytelse skal legges til grunn i planlegging og gjennomføring av tjenestetilbudene på overordnet og individuelt nivå.

Stiftelsesprotokoll for Finnmarkssykehuset HF § 8 sier følgende: Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner. Erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter fra pårørende og pasienter skal gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen av driften av virksomheten. Utvalget arbeider uavhengig av helseforetakets daglige drift, og er selvstendig i forhold til brukernes interesser.

Finnmarkssykehuset HF har også vedtatt en strategi- og handlingsplan for brukermedvirkning i 2013 som gir tydelig retning for tilrettelegging av aktivitet i brukerutvalget.

Brukerutvalgets sammensetning i perioden

Brukerutvalget består av representanter for ulike lag og foreninger. Dagens brukerutvalg ble valgt i april 2020 og sitter til april 2022. Kjell Magne Johansen fra SAFO er leder av brukerutvalget. Brukerutvalget har også et Arbeidsutvalg bestående av 3 personer fra brukerutvalget.

Brukerutvalget for Finnmarkssykehuset HF består av 9 medlemmer:

- 1 representant fra Finnmark fylkeskommunes eldreråd.
- 1 representant med spesielt ansvar for å ivareta brukerperspektivet vedrørende helsetilbudet til den samiske befolkningen. Finnmark fylkeskommunes eldreråd, FFO, SAFO, RIO OG Kreftforeningen blir alle bedt om å fremme forslag til medlem med slik spesielt ansvar.
- 4 representanter fra FFO hvorav to medlemmer tilknyttet underorganisasjonen Mental Helse.
- 1 representant fra Samarbeidsforum for funksjonshemmedes organisasjoner.
- 1 representant fra RIO
- 1 representant fra Kreftforeningen.



Brukerutvalget 2020-2022: fra venstre: Astrid Daniloff, Marius Eriksen, Unni Salamonsen, Else Marie Isaksen, Tove Hardersen, Gro Johansen, Tommen Hermo, Kjell Magne Johansen. Fred Magne Johansen var ikke tilsted da bildet ble tatt.

Det oppnevnes personlige vararepresentanter for samtlige medlemmer av utvalget.

Organisasjon	Medlem	Varamedlem
SAFO (leder)	Kjell Magne Johansen	Erik Lemika
FFO (nest leder)	Gro Johansen	Elin Mary Sabbasen
FFO	Unni Salamonsen	Synnøve Pettersen
FFO Mental Helse	Fred Magne Johansen	Gøril Hvidsten
FFO Mental Helse	Marius Eriksen Gikk ut av BU 2. november 2021 og vara gikk inn som fast medlem.	Torhild Ackermann
Kreftforeningen	Tove Hardersen	Sissel Wollmann
RIO	Tom Kristian Hermo	Fay Charlotte Ek
Eldrerådet	Astrid Daniloff	Rut Olsen
Samisk Representant	Else Marie Isaksen	Torvald Tretteskog

Direktørens stabsenhet ved administrasjonssjefen administrerer brukertutvalget og organiserer saksbehandling til utvalget. Hun deltar også i møtene og skriver referat fra disse.

Saker til behandling i brukertutvalget 2021

Covid-19 pandemien har preget arbeidet i Brukerutvalget også i 2021. Møtene har vært gjennomført digitalt, bortsett fra september møtet. Det har vært gjennomført 4 møter i



2021. Brukerutvalgets arbeidsutvalg har hatt 4 møter. I tillegg ble det gjennomført et årlig dialogmøte mellom brukerutvalget og styret i Finnmarkssykehuset HF, også dette ble gjennomført digitalt. Brukerutvalget har hatt nærmere 60 saker til behandling. I tillegg er det behandlet saker i AU på de 4 møtene som er gjennomført dette året.

Saker til behandling i BU og BU AU:

- Orientering om covid-19 pandemien, Harald G. Sunde
- Oppdragsdokumentet 2020, Kristine Brevik, Kvalitets- og utviklingssjef
- Årlig melding 2020, Vivi Brenden Bech, Kvalitets- og utviklingssjef
- Årsrapport fra Pasient- og brukerombudet 2020
- Brukermedvirkning i forskning, Mette Kjær, forskningsleder
- Pasientreiser, Bjørn Erik Johansen, avdelingsleder
- Orientering om rus/psykiatritilbudet i
- Finnmarkssykehuset etter omorganiseringen, samt
- Digitalt FACT team, Robert Kechter, rådgiver og Sofie Bjørnå, prosjektleder
- ForBedring, Andreas Ertesvåg, HMS sjef
- Tertialrapport 1 Oppdragsdokumentet 2021, Vivi Brenden Bech, Kvalitets- og utviklingssjef
- Nye Hammerfest sykehus – orientering om status, Christian brødreskift, Sykehusbygg
- Langtidsbudsjett for Finnmarkssykehuset, Lill-Gunn Kivijervi, økonomisjef
- Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkning, Ellen Kalstad, rådgiver
- Honorering brukerutvalg og ungdomsråd, innspill til Helse Nord
- Direktørens time, Siri Tau Ursin, administrerende direktør
- Tertialrapport 2/2021 – Oppdragsdokumentet 2021, Vivi Brenden Bech, kvalitets- og utviklingssjef
- Bærekraftsanalyse for Finnmarkssykehuset 2022-2029, Lill-Gunn Kivijervi, økonomisjef
- Innspill til Oppdragsdokumentet 2022
- Behov for ekstra tastevalg når en ringer Pasientreiser
- Møteplan 2022
- Orientering fra pasient- og brukerombudet, Mette Eriksen
- Nye Hammerfest sykehus – universell utforming, Espen Hansen, prosjektsjef
- Innovasjon i Finnmarkssykehuset, Jonas Valle Paulsen, innovasjons- og teknologisjef
- Status nye Kirkenes sykehus, Violet Karoliussen, prosjekt- og porteføljeleder
- Mål og budsjett 2022 og Bærekraftsanalyse, Lill-Gunn Kivijervi, økonomisjef
- Status psykisk helsevern og rus, Robert Kechter, rådgiver
- Orienteringssaker
- Henvendelser til brukerutvalget
- Referatsaker

Andre aktiviteter 2021

Arbeidsgruppe helsefelleskap – i arbeidet med å få på plass Helsefelleskap Finnmark har Marius Eriksen deltatt i arbeidsgruppen. Dette arbeidet ble avsluttet i november 2021.



Astrid Daniloff har deltatt i arbeidsgruppen for å se på mulighetene for å utvide det desentraliserte spesialisthelsetjenestetilbudet i Vadsø. Arbeidet er avsluttet og rapport er levert.

Deltakelse i styrer, råd og utvalg

De ulike representantene i brukerutvalget og brukerrepresentanter er delaktig i mange utviklingsprosesser i foretaket og bidrar i beslutningsprosesser gjennom deltakelse i en rekke styrer, råd og utvalg.

Styrer, råd og utvalg	Brukerutvalgsmedlem 2020-2022
Styret i Finnmarkssykehuset, observatør	Kjell Magne Johansen
Brukerutvalget i Sykehusapotek Nord	Tove Hardersen
Styringsgruppe utviklings- og byggeprosjekter og OU i FIN. Går over til prosjektstyre fra desember 2021.	Kjell Magne Johansen
Forskningsstyret i Finnmarkssykehuset	Kjell Magne Johansen
Samisk Språkutvalg	Else Marie Isaksen
Klinisk etikk komite (KEK)	Tom-Kristian Tommen Hermo
Overordnet samarbeidsorgan (OSO)	Kjell Magne Johansen
Lokalt samarbeidsutvalg Vest-Finnmark	Tom-Kristian Tommen Hermo
Lokalt samarbeidsutvalg Øst-Finnmark	Lokalt LHL medlem
Kvalitetsutvalget i Finnmarkssykehuset	Marius Eriksen frem til 2. november. Etter 2. november møter Kjell Magne Johansen frem til nytt BU er på plass.
Stormottakersatsningen i Finnmarkssykehuset HF	Unni Salamonsen, Gro Johansen vara
Brukerutvalgets Arbeidsutvalg	Kjell Magne Johansen, Gro Johansen og Tom-Kristian Tommen Hermo
Forskningsprosjekt i medisinsk etikk	Gro Johansen
Brukerpanel digitale pasient- og samhandlingstjenester	Kjell Magne Johansen
Ernæringsrådet	Tove Hardersen
Arbeidsgruppe operasjonsstuer i Alta	Unni Salamonsen

Hammerfest 14. desember 2021

Kjell Magne Johansen
Leder Brukerutvalget