

«MOTTAKERNAVN»
«ADRESSE»
«POSTNR» «POSTSTED»

«KONTAKT»

Deres ref:
«REF»

Vår ref:
2020/999-25/012

Saksbehandler
Hilde Elisabeth Normann/

Dato:
04.05.2021

Møte i Regionalt brukerutvalg 12052021, innkalling og sakspapirer

Vi viser til gjeldende møteplan. I samråd med leder for Regionalt brukerutvalg innkalles medlemmer til møte i Regionalt brukerutvalg.

12. mai 2021 – 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>

Vennlig hilsen

Hilde Elisabeth Normann
konsulent

Dokumentet er elektronisk godkjent og kan derfor være uten signatur.

Kopi til:

NORDLANDSSYKEHUSET HF
FINNMARKSSYKEHUSET HF
UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF
HELGELANDSSYKEHUSET HF
PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I NORDLAND
PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I TROMS
PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I FINNMARK
SYKEHUSAPOTEK NORD HF
Mette Bakkeli

Interne kopimottakere:

Geir Tollåli
Kari Bøckmann
Cecilie Daae
Espen Mælen Hauge
Janny Helene Aasen
Tone Kristin Amundsen
Erik Arne Hansen
Finn Henry Hansen

Møte

Regionalt Brukerutvalg

i Helse Nord RHF

Saksdokumenter

Dato: 12. mai 2021

Kl.: 08.30 til ca. 14.00

Sted: Teams

Møtedato: 12. mai 2021

Arkivnr.:
2020/999-25

Saksbeh/tlf:
Hilde Normann, 75512900

Sted/Dato:
Bodø, 05. mai 2021

RBU-sak 45-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

I samråd med leder inviteres det Regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF til å vedta følgende saksliste for møtet 12. mai 2021:

Sak 45-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side	1
Sak 46-2021	Godkjenning av protokoll	Side	2
Sak 47-2021	Oppnevning av representant til referansegruppe legemiddelstrategi	Side	8
Sak 48-2021	Evaluering av beredskapsarbeidet under covid-19-pandemien	Side	19
Sak 49-2021	Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen - oppnevning av medlem til nasjonal arbeidsgruppe	Side	103
Sak 50-2021	Strategi for prehospitale tjenester - orienteringssak	Side	105
Sak 51-2021	Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan	Side	116
Sak 52-2021	Regionale retningslinjer for honorering av brukermedvirkning	Side	117
Sak 53-2021	Strategi for bruk av kunstig intelligens	Side	124
Sak 54-2021	Orienteringssaker	Side	143
	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 55-2021	Referatsaker	Side	146
	1. Protokoll AU RBU 05. mai 2021		
	2. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21		
	3. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21 - presentasjon pasient og brukerombudet i Nordland		
	4. Referat møte i Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 7. april 21		
	5. Reell brukermedvirkning - 10 tips fra Ungdomsrådet. Nordlandssykehuset HF		
Sak 56-2021	Eventuelt	Side	173

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

Innkalling og saksliste godkjennes.

Bodø, 05. mai 2021
Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 12. mai 2021
Arkivnr.:
2020/999-25

Saksbeh/tlf:
Hilde Normann, 75512900

Sted/Dato:
Bodø, 05. mai 2021

RBU-sak 46-2020

**Godkjenning av protokoll fra møte i det
Regionale brukerutvalget 15. april 2021**

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

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 15. april 2021 godkjennes.

Bodø, 05. mai 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 15. april 2021

Protokoll

Vår ref.:
2020/999-24

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

Sted/Dato:
Bodø, 15. april 2021

Møtetype:	Møte i Regionalt brukerutvalg
Møtedato:	15. april 2021
Møtested:	Teams
Neste RBU - møte:	12. mai 2021

Tilstede

Navn:	Tittel:	Organisasjon:
Knut Georg Hartviksen	leder	FFO
Laila Edvardsen	nestleder	FFO
Nikolai Raabye Haugen	medlem	Unge funksjonshemmede
Gunnhild Berglen	medlem	FFO
Ester Marie Fjellheim	medlem	Samisk eldreråd
Ole-Marius Minde Johnsen	medlem	Mental helse
Karen Agnete Hagland	medlem	Kreftforeningen
Arne Vassbotn	medlem	Pensjonistforbundet
Barbro Holmstad	medlem	SAFO
Leif Birger Mækinen	medlem	FFO
Kitt Anne Jorid Hansen	medlem	RIO
Åse Senning	varamedlem	FFO
Hege Johannessen	varamedlem	FFO - ME
Cecilie Daae	administrerende direktør	Helse Nord RHF
Geir Tollåli	fagdirektør	Helse Nord RHF
Hilde Normann	konsulent	Helse Nord RHF
Kari Bøckmann	seniorrådgiver	Helse Nord RHF
Runar Finvåg		Pasient- og brukerombudet i Nordland
Mette Elisabeth Eriksen		Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark
Odd Arvid Ryan		Pasient- og brukerombudet i Troms og Finnmark
Bengt Flygel Nilfsors	programleder	FRESK
Ann-Britt Nilssen	rådgiver	FRESK
Terje Bless	rådgiver	FRESK
Linn Gros	rådgiver	Helse Nord RHF
Frank Nohr	rådgiver	Helse Nord RHF
Knut Høybråten	rådgiver	Helse Nord RHF
Kristina Lindstrøm	rådgiver	Helse Nord RHF
Synøve Kalstad	rådgiver	Helse Nord RHF

RBU-sak 30-2021 Godkjenning av innkalling og saksliste

Sak 30-2021	Godkjenning av innkalling og saksliste	Side 1
Sak 31-2021	Godkjenning av protokoll	Side 3
Sak 32-2021	Årsmeldinger 2020 fra Pasient- og brukerombudene i Nord-Norge	Side 11
Sak 33-2021	FRESK Bruk av nytteeffekter i implementering som et ledd i gevinstrealisering	Side 86
Sak 34-2021	Tilskudd til brukerorganisasjoner 2021	Side 120
Sak 35-2021	eMeistring. Oppnevning	Side 127
Sak 36-2021	Forsknings- og innovasjonsstrategi 2021-2025	Side 128
Sak 37-2021	Oppnevning Fagråd for geriatri	Side 146
Sak 38-2021	Oppnevning Fagråd for revmatologi	Side 147
Sak 39-2021	Oppnevning av brukerrepresentant til programkomite for Regional pasientsikkerhetskonferanse	Side 148
Sak 40-2021	Oppnevning. Fremtidig organisering av spesialisthelsetjenester innen psykisk helse og rus i fengsler (områdefunksjon) i Helse Nord/region Nord	Side 151
Sak 41-2021	ForBedring 2021 – presentasjon av resultatene fra undersøkelsen og status i oppfølgingsarbeidet	Side 213
Sak 42-2021	Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none"> 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 5. Til Brukerutvalgene – koordineringsordninger og helhetlige forløp - invitasjon til webinar 15. april og 22. april 2021 	Side 262
Sak 43-2021	Referatsaker <ol style="list-style-type: none"> 1. Protokoll AU RBU 07. april 2021 2. Referat Brukerutvalget UNN 24. februar 2021 3. Referat Brukerutvalget Finnmarkssykehuset 17. mars 2021 4. Protokoll Brukerutvalget Helgelandssykehuset 19. mars 2021 5. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset 11. mars 2021 6. Handlingsplan Brukerutvalget Nordlandssykehuset 2021 7. Årsmelding Brukerutvalget Nordlandssykehuset 2020 	Side 266
Sak 44-2021	Eventuelt	Side 332

Vedtak:

Innkalling og saksliste godkjennes.

RBU-sak 31-2021 Godkjenning av protokoll fra møte i Regionalt brukerutvalg 11. mars 2021**Vedtak:**

Protokoll fra møte i det Regionale brukerutvalget den 11. mars godkjennes med endring som framkom imøtet.

RBU-sak 32-2021 Årsmeldinger 2020 fra Pasient- og brukerombudene i Nord-Norge.

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg takker for orienteringen og tar årsmeldingene fra pasient- og brukerombudene i Nord-Norge til etterretning.

RBU-sak 33-2021 FRESK Bruk av nytteeffekter i implementering som et ledd i gevinstrealisering

Vedtak:

Informasjonen om styringssystem for FRESK, innføringsløp og implementeringsstrategi tas til orientering.

RBU-sak 34-2021 Tilskudd til brukerorganisasjoner 2021

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg tar utdelingen av tilskuddsmidler 2021 til brukerorganisasjoner til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til revisjonen av ordningen:
 - a. Retningslinjene for tildelingen må utformes i samarbeid med jurist.
 - b. Tilskudd til drift er en nødvendig grunnstruktur i mange organisasjoner.
 - c. Revisjon av tilskuddsordningen må inkludere en bred høring blant pasient- og brukerorganisasjonene i Nord-Norge.

RBU-sak 35-2021 eMeistring. Oppnevning

Vedtak:

1. Informasjon om etablering av eMeistring tas til orientering.
2. Ole-Marius Minde Johnsen oppnevnes som representant og Ester Marie Fjellhem som vararepresentant i arbeidet med å etablere eMeistring i Helse Nord.

RBU-sak 36-2021 Forsknings- og innovasjonsstrategi 2021-2025

Vedtak:

1. RBU gir sin tilslutning til Helse Nords forsknings- og innovasjonsstrategi 2021-2025 og takker for god brukermedvirkningen i utviklingen av strategien.
2. RBU har følgende kommentarer til strategien:
 - a. Strategien bør være tydelig på hvordan pasienter som skal delta i studier understøttes, inkludert informasjon, økonomisk kompensasjon og praktisk tilrettelegging (for eksempel flytte forskeren til pasientene og ikke alltid pasientene til forskeren).
 - b. RBU mener brukermedvirkning som hovedregel bør inngå i forsknings- og innovasjonsprosjekter, og ber arbeidsgruppa vurdere om formuleringen «der det er relevant» kan føre til mindre grad av brukermedvirkning.
 - c. Strategien kunne med fordel vært sendt på høring til ungdomsrådene i regionen og til paraplyorganisasjonen Unge funksjonshemmede.

RBU-sak 37-2021 Oppnevning Fagråd for geriatri

Vedtak:

RBU oppnevner Arne Vassbotn som brukerrepresentant i Regionalt fagråd for geriatri for perioden 1. juni 2021 til 31. mai 2024.

RBU-sak 38-2021 Oppnevning Fagråd for revmatologi

Vedtak:

RBU oppnevner Åse Senning som brukerrepresentant i Regionalt fagråd for revmatologi for perioden 1. oktober 2021 til 30. september 2024.

RBU-sak 39-2021 Oppnevning av brukerrepresentant til programkomite for Regional pasientsikkerhetskonferanse

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner Nikolai Raabye Haugen til programkomiteen til Regional pasientsikkerhetskonferanse 2022.

RBU-sak 40-2021 Oppnevning av brukerrepresentant til møte for å avklare fremtidig organisering av spesialisthelsetjenester innen psykisk helse og rus i fengsler (områdefunksjon) i Helse Nord/region Nord

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg oppnevner Kitt-Anne Jorid Hansen og Gunhild Berglen til å delta på møter for å drøfte/avklare fremtidig organisering av spesialisthelsetjenester innen psykisk helse og rus i fengsler (områdefunksjon) i Helse Nord/region Nord.

RBU-sak 41-2021 ForBedring 2021 – presentasjon av resultatene fra undersøkelsen og status i oppfølgingsarbeidet

Vedtak:

Regionalt brukerutvalg tar saken til orientering.

RBU-sak 42-2021 Orienteringssaker

1. Informasjon fra RBU-leder - muntlig
15.03.21 -07.04.21 Ukentlige Teamsmøter om Corona
2. Informasjon fra RBU-medlemmer – muntlig
Ester Marie Fjellheim
09.04.21 Arbeidsgruppe for samisk spesialisthelsetjeneste

Leif Birger Mækinen
17.03.21 Kompetansegruppe, pasientreiser
18.03.21 MS evaluering medisininnkjøp, spesialistgruppe

Ole Marius Minde Johnsen

17.03.21 Prosjektmøte for digitale pasienttjenester

Gunnhild Berglen

17.03.21 Nasjonal arbeidsgruppe rekvisisjonspraksis, Pasientreiser

18.03.21 Brukerutvalget, Pasientreiser HF

18.03.21 USAM

14.04.21 Digitale pasienttjenester i nord,

14.04.21 Nasjonal arbeidsgruppe rekvisisjonpraksis, pasientreiser

3. Informasjon fra RHF-ledelsen
4. Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker
5. Webinar – koordineringsordninger og helhetlige forløp, 15. og 22. april 2021

Vedtak:

Framlagte saker tas til orientering.

RBU-sak 43-2021 Referatsaker

Det ble referert fra følgende saker:

1. Referat RBU-AU 07. april 2021
2. Møtereferat fra Brukerutvalget UNN 24. februar 2021
3. Referat BU Finnmarkssykehuset 17. mars 2021
4. Protokoll BU-møte Helgelandssykehuset 19. mars 2021
5. Referat møte i Brukerutvalget Nordlandssykehuset 11. mars 2021
6. Handlingsplan Brukerutvalget Nordlandssykehuset 2021
7. Årsmelding Brukerutvalget Nordlandssykehuset 2020

Vedtak:

1. Framlagte saker tas til orientering

RBU-sak 44-2021 Eventueltsak A: Oppnevning av brukerrepresentant som observatør til styret i Pasientreiser HF

Vedtak:

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner Gunnhild Berglen som observatør i styret til pasientreiser HF.

Bodø, den 15. april 2021

Godkjent av Knut Georg Hartviksen
den 15 APRIL 2021 – kl. 17.00

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder

Møtedato: 12. mai 2021
Arkivnr.:
2021/484

Saksbeh/tlf:
Espen Mælen Hauge, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 3. mai 2021

RBU-sak 47-2021 Oppnevning av representant fra RBU til referansegruppen i forbindelse med Helse Nord RHF's legemiddelstrategi

Formål

Formålet med saken er å invitere en representant fra RBU til å delta i referansegruppen til Helse Nord RHF's utarbeidelse av en strategiplan for legemiddelområdet.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Som det fremgår av vedlagte mandat trenger Helse Nord RHF 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 i løpet av 2021. 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 langtidsplan.

Strategiplanarbeidet organiseres som et utredningsarbeid med en internt oppnevnt arbeidsgruppe og en referansegruppe. Utredningen skal ellers forankres i alminnelige regionale møteplasser, som for eksempel fagsjefmøtet, direktørmøtet, samarbeidsmøtet osv. Det legges opp til 2-3 møter i løpet av utredningsperioden. Forslag til strategiplan overleveres til adm.direktør som legger dette frem for beslutning i styret.

Føringer for RBUs valg av representant er at det forventes interesse for legemiddelfeltet uten at det er forventninger om en spesiell fagkompetanse. Legemiddelområdet er i denne strategien tenkt bredt og handler f.eks. om både beredskap, distribusjon, koblingen til IKT, og forskrivning, slik beskrevet innledningsvis. Dette er ikke en apotekstrategi og det er ikke nok å bare ha en interesse for apotekutsalg og f.eks. generiske bytter. Formålet med referansegruppen er at gruppedeltakerne hver for seg og fra sitt perspektiv kan gi råd og veiledning, og være spørrende underveis i strategiprosessen.

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

1. Regionalt brukerutvalg oppnevner NN til deltakelse referansegruppen i forbindelse med utarbeidelse av Helse Nord RHF's legemiddelstrategi.

Bodø, den 3. mai 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg:
Mandat for utarbeidelse av Helse Nord RHF's legemiddelstrategi versjon 0.991

Mandat for utarbeidelse av Helse Nord RHF's legemiddelstrategi

Innhold

1. Bakgrunn	3
1.1. Hvilke behov skal dekkes?.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2. Føringer for arbeidet	4
2.1. Hva som finnes allerede.....	4
a) Regional utviklingsplan 2035 (hoveddokument). Kvalitet i pasientbehandling	4
b) Regional utviklingsplan 2035 (hoveddokument)	5
Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling	5
c) Regional utviklingsplan 2035 (bakgrunnsdokument). Om kvalitet og pasientsikkerhet.....	5
d) Regional utviklingsplan 2035 (bakgrunnsdokument). Legemiddelforsyningen i Helse Nord.....	5
e) Helse Nords kvalitetsstrategi 2016–2020 – Det gode pasientforløp.....	6
2.2. Koronakommisjonen.....	7
2.3. Drøfting	7
3. Organisering av arbeidet.....	7
a) Arbeidsgruppe	7
b) Referansegruppe.....	8
c) Øvrige forankringsmøter	8
4. Kostnader, tidsramme og ressursbehov	9

ENDRINGSLOGG

Versjon	Dato	Endring	Produsent	Godkjent
0.1	08.03.21	Første utkast	Espen Mælen Hauge	
0.1	23.03.21	Spor endringer språk kap. 1	Synøve Kalstad	
0.1	24.03.21	Diskusjon førsteutkast i møte	Randi Brendberg, Synøve Kalstad, Espen M. Hauge	
0.2	31.03.21	Oppdatert hele dokumentet etter møtet 24.03.21	Espen Mælen Hauge	
0.9	08.04.21	Kortet ned kap. 1.1 Små justeringer kap 2.1 d) om IMM Endret i kap. 4 om møteform	Espen Mælen Hauge	
0.99	13.04.21	Innspill fra ledermøtet HN RHF: <ul style="list-style-type: none"> • Mandatet må drøftes med KTV/KVO (se nytt punkt 2.3) • Oppnevning av KTV-representant i referansegruppen skjer i drøftingsmøtet. (jfr. punkt 2.3 og 3b) • Helse Nord IKT og RBU bes inviteres til å delta i ref. gruppen. (se punkt 3 b) • Arb.gruppen vurderer evt. eksterne repr til referansegr. (pnkt 3b) • Strategien må ta hensynta koronakommisjonens rapport (se nytt punkt 2.2) <p>Andre endringer: punktnummerering justert og diverse språkkorrektur</p>	Espen Mælen Hauge	Med forbehold om eventuelle vesentlige endringer som følge av drøftinger med KTV/KVO, godkjenner adm.dir. mandatet for Helse Nord RHF's legemiddelstrategi med de innspill som fremkom i ledermøtet 13.04.21
0.991		Nytt punkt 1.2: Mål		

DISTRIBUSJONSLOGG

Versjon distribuert	Dato	Til
0.1	08.03.21	Randi Brendberg, Synøve Kalstad (arbeidsutvalget)
0.2	31.03.21	Randi Brendberg, Synøve Kalstad (arbeidsutvalget)
0.9	08.04.21	Til adm.dir./ledergruppen og Randi Brendberg, Synøve Kalstad(arbeidsutvalget)
0.99	13.04.21	Til Randi Brendberg, Synøve Kalstad(arbeidsutvalget) med orientering om ledermøtets innspill.
0.99	13.04.21	Til arbeidsgruppen som vedlegg til oppstartmøtet 19.04.21: Randi Brendberg, Synøve Kalstad, Tove Skjelvik, Ingvild Marie Dokmo, Hans Jørgen Sevatdal, Espen Mælen Hauge

Versjon distribuert	Dato	Til
0.99	Sendes ifm møteinnkalling når tidspunkt er avklart	Drøftingsmøtet KTV/KVO

1. Bakgrunn

Legemiddelbehandling av høy kvalitet er ofte avgjørende for å kunne ivareta pasienter på en god måte. Det foregår en betydelig innovasjon og utvikling på legemiddelfeltet; nye legemidler kommer på markedet, flere sykdommer kan behandles, ny behandling kan tilbys der gammel ikke lenger virker eller tilby bedret behandling med færre bivirkninger. Dette skaper store muligheter og forventninger for fagfolk og pasienter. God legemiddelkvalitet innebærer at man følger nasjonale behandlingsretningslinjer og anbefalinger, at legemidlene anvendes på riktig måte og at innkjøpsavtalene følges lojalt.

Samtidig er det et stadig økende omfang av legemiddelmangler der sykehusene kan stå uten fullgode behandlingsalternativer. Det er da avgjørende at det finnes gode rutiner for håndtering av slike situasjoner og tett samarbeid mellom ulike aktører om eventuelle prioriteringer som må gjøres.

Sykehusapotek Nord HF beskriver i egen virksomhetsstrategi (2016 – 2020) at det skal støtte opp under Helse Nords kvalitetsstrategi og sikre sykehusene i Nord-Norge legemiddelforsyning av høy kvalitet og til lavest mulig pris. Sykehusapotek Nord har for så vidt siden foretaksreformen i 2001 vært Helse Nord RHF's strategiske verktøy og en pådriver for pasientsikkerhet på legemiddelområdet.

Det er en velfungerende organisasjon som tar pasientsikkerhet på alvor og dermed fungerer som en svært viktig støttespiller og samarbeidspart for sykehusene på legemiddelområdet. Utviklingen de siste fem-seks årene har vist et sykehusapotek i vekst, Legemiddelsikkerheten er styrket gjennom blant annet en strategisk, viktig opptrapping av klinisk farmasi, og etablering av samarbeidsavtaler med alle sykehusenheter i regionen med sikte på fremtidige, fullverdige sykehusapotek tjenester.

Den organisatoriske og faglige styrken som ligger til Sykehusapotek Nords ansvarsområde representerer imidlertid også en utfordring og en svakhet, sett fra et regionalt perspektiv. Sykehusapotek Nord har utviklet seg fordi det selv ville, uten en overordnet og helhetlig plan for legemiddelområdet i foretaksgruppen Helse Nord. Resultatet av dette er at alle samarbeidsavtalene mellom Sykehusapotek Nord og helseforetakene er ulike og fører til mindre effektiv og fleksibel samhandling. Unntaket er den regionale opptrappingsplanen for klinisk farmasi, som har lyktes fordi beslutningen om en regional, strategisk plan for fagområdet har blitt omsatt til handling som har vært lik for alle helseforetakene.

Men legemiddelområdet er så mye mer enn det. Både en enhetlig, regional strategi om legemiddelhåndtering og en regional forankring underlagt Helse Nord RHF's ansvarsområde, vil føre til en bedre utnyttelse av den sykehusfarmasifaglige

kompetansen i Helse Nord og mer koordinert samhandling mellom helseforetakene om pasientsikkerhet. Det vil si ikke bare god kvalitet på individuell legemiddelbehandling (riktig medisin til riktig pasient), men hele legemiddelforløpet fra innkjøp, distribusjon fra grossist og intern vareflyt, til lukket legemiddelsløyfe. Koronapandemien har ikke minst vist hvor viktig dette fagområdet er i beredskapsarbeidet.

1.1. Mål

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

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 styringsmål.

Vi skal derfor utarbeide et strategidokument som viser hvilke tydelige strategiske grep for legemiddelområdet som Helse Nord RHF vil prioritere både på kort sikt (2024) og lang sikt (2038). Dokumentet er en delstrategi som bygger opp under Helse Nord RHF overordnede strategi 2021–2024 og vil supplere denne når vi skal revidere regional utviklingsplan. Regional utviklingsplan er Helse Nord RHF's langsiktige plan for å utvikle helsetjenesten.

Legemiddelstrategien skal besluttes av Helse Nord RHF's styre i løpet av 2021. 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 langtidsplan.

2. Føringer for arbeidet

2.1. Hva som finnes allerede

a) Regional utviklingsplan 2035 (hoveddokument). Kvalitet i pasientbehandling

I regional utviklingsplan 2035 kapittelet *Kvalitet i pasientbehandling* står følgende som gjelder legemiddelfeltet direkte:

Antibiotikaresistens er et økende globalt problem, som blant annet utfordrer hele den moderne helsetjenesten. Reduksjon i antibiotikabruk er en overordnet målsetting for hele perioden. Feil knyttet til legemiddelbehandling er hyppige, ofte alvorlige og kan i stor grad unngås ved å etterleve gode prosedyrer og kontrolltiltak.

Helse Nord skal:

- Utarbeide en strategi for legemiddelforsyningen og bruk av farmasøytisk kompetanse i regionen.
- Bruke sykehusapotekenes nettverk og kompetanse på legemiddellogistikk for å ivareta legemiddelberedskap og forsyning.
- Redusere bruken av bredspektrede antibiotika.

b) Regional utviklingsplan 2035 (hoveddokument)

Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling

I regional utviklingsplan 2035 kapittelet *Økonomi – behov for kontinuerlig forbedring og omstilling* står følgende som gjelder legemiddelfeltet direkte:

Helse Nord skal:

- Ha kostnadseffektiv legemiddeldistribusjon og -produksjon ved forvaltning og oppfølging av gjeldende innkjøpsavtaler.
- Øke andelen av faglig likeverdige og rimeligere legemidler i henhold til grossistavtaler og avtaler inngått gjennom legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS).
- Intensivere innkjøpssamarbeidet og iverksette tiltak for å sikre lojalitet til inngåtte avtaler.

c) Regional utviklingsplan 2035 (bakgrunnsdokument). Om kvalitet og pasientsikkerhet

I regional utviklingsplan 2035, bakgrunn og sammenheng (vedlegg til hoveddokumentet) kapittelet *Om kvalitet og pasientsikkerhet, nåsituasjonen på områder med særlige utfordringer* står følgende som gjelder legemiddelfeltet direkte:

- Legemidler er en viktig innsatsfaktor i pasientbehandlingen i sykehus. Feil i legemiddelhåndtering og i legemiddelbruk står for en betydelig andel pasientskader.

d) Regional utviklingsplan 2035 (bakgrunnsdokument). Legemiddelforsyningen i Helse Nord

I regional utviklingsplan 2035, bakgrunn og sammenheng (vedlegg til hoveddokumentet) kapittelet *Legemiddelforsyningen i Helse Nord* står følgende som gjelder legemiddelfeltet direkte:

Legemiddelforsyning innebærer både frakt/spedisjon fra grossist til varemottak av bruksferdige legemidler og råvarer for tilberedning, legemiddelhåndtering og beredskap. Med legemiddelhåndtering menes enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert, til det er utdelt eller eventuelt kassert. Med beredskap menes at befolkningen og sykehusene må sikres tilgang til viktige legemidler både i normalsituasjoner, ved større ulykker, katastrofer og kriser, samt ved langvarig forsyningssvikt av enkelte legemidler. Legemiddelforsyning skal altså bidra til tilstrekkelige leveranser av sikre legemidler.

En kvalitetssikret og trygg legemiddelhåndtering sørger for at rett legemiddel gis til rett

pasient i rett styrke, på rett måte og til rett tid. Å forebygge avvik krever systemtiltak som reduserer feil, særlig ved bruk av IT-systemer i sykehus, som kan sikre en såkalt «lukket legemiddelsløyfe». Målsetningen er å øke pasientsikkerheten ved beslutningsstøtte i alle disse prosessene, i tillegg til elektronisk kontroll og dokumentasjon av legemidlene som deles ut og sikring av pasientens identitet ved hjelp av elektronisk lesbare kodesystemer.

Sykehusene i UNN og NLSH bestiller legemidler fra Sykehusapotek Nord. I Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset bestilles legemidler fra lokale apotek. *(Dette er nå endret. Siden august 2020 hhv februar 2021 mottar Finnmarkssykehuset og Helgelandssykehuset legemiddelleveranse fra Sykehusapotek Nord.)*

Bestillingen gjøres enten på papir eller et elektronisk system for bestilling av legemidler fra apoteket. For sykepleierne er manuell bestilling en tidkrevende prosess som stjeler tid fra direkte pasientrelatert arbeid.

Det pågår et arbeid med å kvalitetssikre og utvikle legemiddelhåndteringen i regionen. Det er gjennomført et prosjekt med utvikling av felles regionale retningslinjer mm for legemiddelsamstemming og elektronisk registrering av legemidler i DIPS. Dette er en forutsetning for elektronisk kurve som skal innføres og for pasientens legemiddelliste som blir felles for sykehus og kommune. I tillegg skal det anskaffes nytt elektronisk produksjonsstøtte system som også dekker medikamentell kreftbehandling. *(Anskaffelsen ble utført i 2019 og i 2020 ble det satt i gang et eget prosjektarbeid for å ta systemet i bruk)*

Legemiddelkostnader står for en betydelig andel av sykehusenes utgifter. Nye metoder og medisiner medfører at totalkostnadene vil øke. Den demografiske utviklingen tvinger fram kostnadseffektiv legemiddelbehandling for å håndtere utfordringene med flere som trenger behandling for flere sykdommer og dermed vil ha et økt behov for legemiddelbehandling og hjelp til legemiddelbruk.

e) Helse Nords kvalitetsstrategi 2016–2020 – Det gode pasientforløp

I Helse Nords kvalitetsstrategi 2016–2020 – Det gode pasientforløp – kapittelet *Pasientens helsetjeneste; Pasientforløp ved sammensatte og komplekse lidelser* står følgende som gjelder legemiddelfeltet direkte:

Prioriterte tiltak

God legemiddelsikkerhet, herunder bruk av IMM metoden (Integrated Medicines Management¹).

IMM har som mål å øke pasientsikkerheten og forbedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen. IMM er en måte å jobbe systematisk på for å kvalitetssikre pasientens legemiddelliste (legemiddelsamstemming), individualisere og optimalisere legemiddelbehandlingen (legemiddelgjennomgang), sikre informasjonsoverføring til

¹ <https://www.helsebiblioteket.no/legemidler/les-om-imm-modellen-i-helsebiblioteket>

andre omsorgsnivåer og veilede pasienten og sikre at de forstår legemiddelbehandlingen (legemiddelsamtale ved utskriving).

Under kapittelet *Pasientsikkerhet; Legemiddelsikkerhet* står følgende som gjelder legemiddelfeltet direkte:

Klinisk farmasi² er ett av flere tiltak helseforetakene i Helse Nord skal/vil vurdere for å sikre riktig legemiddelbruk. Ved klinisk farmasi gjennomgår farmasøyt pasientens bruk av legemidler, og samarbeider i tverrfaglig team med øvrig helsepersonell i pasientforløpet. Sykehusapotekforetakene i Norge har gjort en felles beslutning om at de kliniske farmasøytene i sykehus skal arbeide etter IMM-metoden.

Prioriterte tiltak

- Helseforetakene tar i bruk IMM-metoden som standard for å kvalitetssikre legemiddelbehandlingen til pasienter som legges inn i sykehus.

2.2. Koronakommisjonen

Regjeringen har nedsatt en uavhengig kommisjon for å få en grundig og helhetlig gjennomgang og evaluering av myndighetenes håndtering av Covid 19-pandemien (<https://www.koronakommisjonen.no/>). Strategiarbeidet må ta hensyn til relevant innhold i koronakommisjonens rapport.

2.3. Drøfting

Mandatet drøftes med konserntillitsvalgte/-verneombud før endelig beslutning. Oppnevning av KTV-representant til referansegruppen skjer i drøftingsmøtet, jfr. punkt 3 b).

3. Organisering av arbeidet

Adm. direktør har på grunnlag av beskrivelsen i kapittel 1 *Bakgrunn* tatt initiativ til dette strategiarbeidet gjennom opprettelsen av ettårig midlertidig rådgiverstilling i Helse Nord RHF og engasjert sykehusapotekdirektør Espen Mælen Hauge til strategiarbeid for Helse Nord RHF i perioden.

a) Arbeidsgruppe

Helse Nord RHF ved adm.dir. er ansvarlig for at det settes ned en arbeidsgruppe som utarbeider et strategiutkast for beslutning i styret. Espen Mælen Hauge leder gruppearbeidet

Utkast til dette mandat har blitt utarbeidet av en mindre arbeidsgruppe fra fag- og eieravdelingen, Randi Brendberg, Synøve Kalstad og Espen Mælen Hauge.

² Definisjon Klinisk farmasi: ”farmasøytisk legemiddelkunnskap anvendt på pasientens farmakoterapeutiske problemstillinger, basert på klinisk data der farmasøyten har direkte eller indirekte kontakt med pasienten”

Denne arbeidsgruppen utvides til seks under utarbeidelsen av strategidokumentet og består av

Espen Mælen Hauge	Rådgiver (gruppeleder)	Eieravdelingen
Randi Brendberg	Fagsjef	Fagavdelingen
Synøve Kalstad	Rådgiver	Fagavdelingen
Tove Skjelvik	Seniorrådgiver	Eieravdelingen
Ingvild Marie Dokmo	Rådgiver	Kvalitet og forskningsavd.
Hans Jørgen Sevatdal	Apoteker	Sykehusapotek Nord HF

Arbeidsgruppen møtes ukentlig, etter behov etter nærmere avtale i gruppen.

b) Referansegruppe

Den regionale legemiddelkomiteen (RLMK) engasjeres blant andre som referansegruppe. RLMK består av alle helseforetakene unntatt Helse Nord IKT. I tillegg oppnevnes en representant fra henholdsvis Helse Nord IKT, Helse Nord RHF's IT-sjef, Helse Nord RHF's beredskapsdirektør, konserntillitsvalgt og RBU-medlem.

RMLK (5x deltakere)	stilling	HSYK/NLSH/SANO/UNN/FIN
	Stilling	Helse Nord IKT
Bjørn Nilsen	IT-sjef	Helse Nord RHF
Jonny Brodersen	Beredskapsdirektør	Helse Nord RHF
	KTV	Helse Nord
	RBU	Helse Nord

Arbeidsgruppen bes vurdere om eksterne representanter bør inviteres inn i referansegruppen, f.eks. SLV, LIS, sykehusapotek.

Oppnevning av KTV-representant skjer i drøftingsmøtet om mandatet.

Arbeidsgruppen inviterer referansegruppen til 2-3 møter under perioden etter nærmere avtale.

c) Øvrige forankringsmøter

Det må sikres at utkast til regional legemiddelstrategi på gitte tidspunkt underveis i prosessen må forankres. Forankringen bør gjøres i

- Ledermøtet Helse Nord RHF
- regionalt fagsjefmøte
- regionalt AD-møte
- RHF-samarbeidsmøte KTV/VO hhv FTV/VO (innspill og drøfting),
- Regionalt brukerutvalg
- Skriftlig innspills-/kommentarrunde ledergrupper HF
- RHF-styret (tematime/styresak)

4. Kostnader, tidsramme og ressursbehov

Mandatet beslattes av adm.dir. Helse Nord RHF ifm behandling i ledergruppen 13. april 2021. Varighet på arbeidsgruppen til ferdig utkast er til 8. oktober 2021, inkludert nødvendig tid til forankring, behandling av høringsuttalelser og utarbeidelse av saksfremlegg for endelig beslutning. Legemiddelstrategien skal beslattes av styret i Helse Nord RHF 27. oktober 2021.

Milepælsplan utarbeides og beslattes av arbeidsgruppen etter at mandatet er godkjent. Fremdriften og eventuelt behov utvidet tidsfrist utover omfanget og tidsbruk til faglige diskusjoner kunne være avhengig av hvor omfattende koronasituasjonen legger beslag på arbeidsgruppens mulighet til å delta, samt andre parallelle oppgaver.

Ingen kostnader/ekstraordinære kostnader utover arbeidsgruppens arbeidstid og personalkostnader. Møter gjennomføres enten tilstede på møterom eller digitalt gjennom MS Teams etter nærmere avtale i arbeidsgruppen.

Versjon 0.99

Møtedato: 15. mai 2021

Saksnr.:
2020/999-25

Saksbeh./tlf.:
Hansen og Aasen/75 51 29 00

Sted/dato:
Bodø, 30. april 2021

RBU-sak 48-2021

Evaluering av beredskapsarbeidet ved covid-19 pandemien

Formål

Formålet med saken er å orientere Regionalt brukerutvalg om status i Helse Nords arbeid med evaluering av beredskapsarbeid under covid-19 pandemien.

Bakgrunn

Stortingsmelding **Meld. St. 10 (2016–2017) – Risiko i et trygt samfunn** fremhever betydningen av læring etter øvelser og hendelser. Det forventes at større hendelser skal evalueres og at funn og læringspunkter skal følges opp gjennom en ledelsesforankret tiltaksplan. Evaluering skal ikke være en aktivitet i slutten av en hendelse, men skal foregå fortløpende under hele håndteringen. Det er viktig at vi evaluerer og trekker ut læringspunkter som kan implementeres før nye og større utfordringer kommer. I henhold til Folkehelseinstituttet sine prognoser om covid-19-utbruddet våren 2020 ville det komme topper med utbrudd framover i 2020 og et godt stykke inn i 2021.

På bakgrunn av antatt varighet av utbruddet, ble det utarbeidet et evalueringsdirektiv, datert 8. mai 2020, og det ble nedsatt en evalueringsgruppe, bestående av en kjernegruppe på 4 personer og en større arbeidsgruppe med representanter fra de fleste avdelinger i RHF-et. Overordnet ansvarlig for evalueringsarbeidet er Jonny Brodersen, avdelingsdirektør Sikkerhets- og Beredskapsavdelingen.

Formålet med evalueringen er å vurdere hvordan Helse Nord RHF og foretaksgruppen i Helse Nord som beredskapsorganisasjoner utøver ledelse og beredskapsarbeid for å ivareta sitt ansvar og samfunnsoppdrag under covid-19-pandemien. Analyse og diskusjon skal ende opp i læringspunkter (bevarings- og forbedringspunkter).

Status

Evalueringsarbeidet har så langt vært delt inn i tre faser:

- Første fase – delrapport 1: Intern evaluering av Helse Nord RHF sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå (*Beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020 – Foreløpig evalueringsrapport*, datert 01.07.2020). Første fase av evalueringen omfattet også pandemiens påvirkning på arbeidssituasjonen til de ansatte i foretaket, se rapportens kap. 3.3.
- Andre fase – delrapport 2: Våre helseforetaks evaluering av RHF-et sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå, og våre samarbeidspartnere sin evaluering av Helse Nord RHF og våre helseforetak sine leveranser av

spesialisthelsetjenester og vårt bidrag i beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien. (*Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 – Evaluering – delrapport 2*, datert 18.02.2021)

- Tredje fase – delrapport 3: Evaluering av brukererfaringer under covid-19-pandemien basert på brukerundersøkelser, forskningsartikler, pandemiregister og informasjon fra brukerorganisasjonene. **Pågår**

Denne saken omhandler delrapport 1 og 2. Et utkast til delrapport 3 er forventet ferdigstilt i mai/juni 2021, og det vil bli orientert om arbeidet med denne før sommeren 2021.

Delrapport 1 var en intern evaluering av Helse Nord RHF sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå, i tillegg til en evaluering av pandemiens påvirkning på arbeidssituasjonen til de ansatte i foretaket. Rapporten oppsummerer:

- resultatene fra spørreundersøkelse til beredskapsledelse og ansatte som har jobbet med beredskapsarbeid i Helse Nord RHF,
- foreløpig evaluering av områder som må prioriteres hvis det kommer en ny økning av smittede og innlagte pasienter høsten/vinteren 2020/21 og
- oppsummering av spørreundersøkelse av hjemmekontorløsningen til alle ansatte i Helse Nord RHF.

Rapporten inkluderer 10 bevarings- og 30 forbedringspunkter som er avdekket i denne fasen av evalueringen, jf. vedlegg.

Delrapport 2 besto av våre helseforetaks evaluering av RHF-et sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå, og våre samarbeidspartnere sin evaluering av Helse Nord RHF og våre helseforetak sine leveranser av spesialisthelsetjenester og vårt bidrag i beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien. Rapporten oppsummerer:

- Resultatene fra spørreundersøkelser til informanter fra beredskapsledelse og utvalgte ledere i helseforetakene, som er eid av Helse Nord RHF.
- Resultatene fra spørreundersøkelser til statsforvaltere, Sysselmann, fylkeskommuner, kommuner og Forsvaret.

Rapporten inkluderer 11 bevarings- og 20 forbedringspunkter som er avdekket i denne fasen av evalueringen, jf. vedlegg.

Basert på bevarings- og forbedringspunkter som til en viss grad er sammenfallende i de to delrapportene, er det utarbeidet handlingsplaner som skal operasjonaliseres med ansvarlige og frister.

Noen av bevaringspunktene som kan trekkes frem er:

1. Tydelig plassert strategisk ansvar for beredskapsarbeidet i beredskapsledelsen.
2. Raskt identifisere og involvere fagområder som er vesentlige i beredskapsarbeidet.
3. Etablere gode møtearenaer med relevante aktører internt i foretaksgruppen og ut mot Statsforvalterne, kommunene, Forsvaret og andre, både for å skape felles

situasjonsforståelse, diskutere problemstillinger og formidle hvilke beslutninger som er tatt.

Noen av forbedringspunktene som kan trekkes frem er:

1. Helse Nord RHF må oppdatere de regionale beredskapsplanene og sørge for at disse er koordinert og samstemt med helseforetakenes egne planer, herunder øve på krisesituasjoner i normalsituasjon for å være godt forberedt. Beredskapsplanene må også inkludere en tydelig kommunikasjonsstrategi.
2. Tydeliggjøre beslutningslinjer og fullmakter i forkant av hendelser.
3. I enda større grad se kapasiteten under ett i Helse Nord, i og med at det er knapphet på både personellressurser og utstyr.
4. Ha en tydelig og omforent kanal for relevant informasjon til og kommunikasjon med samhandlingspartnere.

Videre arbeid:

Evalueringsgruppa ønsker i samarbeid med referansegruppa å trekke ut de viktigste læringspunktene basert på utkast til delrapport 3 før sommeren 2021. Utkast til delrapport 3 vil gå på høring til medlemmene i RBU.

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

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om delrapport 1 og delrapport 2 knyttet til evalueringen av beredskapsarbeidet i Helse Nord til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg slutter seg til evalueringsgruppas plan for samarbeid om læringspunktene i delrapport 3.

Bodø 5. mai 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg:

Beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020 - Evaluering - delrapport 1
Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020 - Evaluering - delrapport 2

Helse Nord RHF

Beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020

Evaluering – delrapport 1

Evalueringsgruppa i Helse Nord RHF, 30.06.2020

Godkjent av adm. direktør Cecilie Daae, 01.07.2020

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	4
Formål med evalueringen	4
Avgrensning og fokus for evalueringen.....	4
Anbefalinger.....	4
Bevarings- og forbedringspunkter.....	5
Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF.....	5
Evaluering av de prioriterte områdene - forbedringspunkter.....	6
Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien - forbedringspunkter.....	6
1 Innledning.....	7
2 Formål og omfang	8
2.1 Formål med evalueringen.....	8
2.1.1 Hovedmål.....	8
2.1.2 Delmål	8
2.1.3 Strategier	8
2.2 Avgrensning og fokus for evalueringen	9
2.2.1 Metode	9
2.2.2 Evalueringsverktøy.....	9
2.3 Fokusområder i den foreløpige evalueringen.....	9
3 Observasjoner og vurderinger	10
3.1 Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF	10
3.1.1 Innledende fase – beredskapsnivåer.....	10
3.1.2 Beredskapsledelse under pandemien.....	14
3.1.3 Situasjonsforståelse	17
3.1.4 Beslutninger og dokumentasjon.....	19
3.1.5 Kommunikasjon og formidling.....	20
3.1.6 Oppsummering og læring.....	21
3.2 Evaluering av de prioriterte områdene.....	24
3.2.1 Smittevernutstyr og annet kritisk materiell	24
3.2.2 Intensivbehandling og intensivkapasitet	27
3.2.3 Kritisk personell	29
3.3 Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien	31

3.3.1	Observasjoner Bruk av hjemmekontor	31
3.3.2	Vurderinger Bruk av hjemmekontor	32
3.3.3	Forbedringspunkter Bruk av hjemmekontor.....	32
4	Anbefalinger og læringspunkter	33
4.1	Anbefalinger	33
4.2	Bevarings- og forbedringspunkter	33
4.2.1	Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF	33
4.2.2	Evaluering av de prioriterte områdene - forbedringspunkter	34
4.2.3	Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien - forbedringspunkter	35

Vedlegg Evaluering av beredskapsledelsen under covid-19-pandemien Grafer og tabeller

Sammendrag

Denne rapporten som oppsummerer den foreløpige evalueringen av Helse Nord RHF's beredskapsarbeid ved covid-19-pandemien i 2020, er utarbeidet av evalueringsgruppa i Helse Nord RHF, basert på evalueringsdirektiv av 8. mai 2020.

Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er å vurdere hvordan Helse Nord RHF som beredskapsorganisasjon utøver ledelse og beredskapsarbeid for å ivareta sitt ansvar og samfunnsoppdrag under covid-19-pandemien. Analyse og diskusjon skal ende opp i læringspunkter (bevarings- og forbedringspunkter).

Avgrensning og fokus for evalueringen

I henhold til direktivet skal evalueringen omfatte Helse Nord RHF sin beredskapsledelse, strategisk og operasjonelt nivå.

Evalueringsprosessen skal ende opp i en endelig rapport til ledelsen i Helse Nord RHF med definerte forbedringspunkter og tilhørende risikoanalyserte handlingsplan for ledelsesforankring og implementering, forventet på slutten av året 2020. Denne foreløpige evalueringsrapporten oppsummerer:

- resultatene fra spørreundersøkelse til beredskapsledelse og ansatte som har jobbet med beredskapsarbeid i Helse Nord RHF,
- foreløpig evaluering av områder som må prioriteres hvis det kommer en ny økning av smittede og innlagte pasienter høsten/vinteren 2020/21 og
- oppsummering av spørreundersøkelse av hjemmekontorløsningen til alle ansatte i Helse Nord RHF.

Rapporten inkluderer både bevarings- og foreløpige forbedringspunkter som er avdekket i denne fasen av evalueringen.

Anbefalinger

Evalueringsgruppa anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Gjennomgå bevaringspunkter og sikre at disse videreføres i den «nye normalen».
2. Gjennomgå foreløpige forbedringspunkter og prioritere utarbeidelse av handlingsplan ut fra risikovurdering, i forkant av mulig økning av smitte i regionen.

Bevarings- og forbedringspunkter

Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF

Bevaringspunkter

B1	Tydelig plassert strategisk ansvar for beredskapsarbeidet i beredskapsledelsen.
B2	Klare og tydelige beslutninger.
B3	Raskt identifisere og involvere fagområder som er vesentlige i beredskapsarbeidet (eks. HR, innkjøp og smittevern).
B4	Etablere møtearenaer med relevante aktører – både internt og eksternt – for å sikre felles situasjonsforståelse og å løse oppgaver.
B5	Evne og vilje til samarbeid på tvers av foretak og mellom profesjoner, som sikrer bedre resultat.
B6	Fast struktur på beredskapsledelsesmøtene. At alle relevante fagområder deltar har skap felles situasjonsforståelse, også for de utfordringer man har hatt, hvilke tiltak som bør iverksettes og konsekvensen av disse.
B7	Matrisejobbing, med etablerte møtepunkter, for å løse oppgaver.
B8	Videreføre matrisejobbingen i normal drift.
B9	Bruke HelseCIM og sikre god loggføring.
B10	Videreføre oppnådde fremskritt på flere områder, som er gjennomført i løpet av et par måneder som tidligere har tatt flere år.

Forbedringspunkter

F1	Oppdatere beredskapsplaner: <ul style="list-style-type: none">• regional beredskapsplan• intern beredskapsplan i RHF-et, der RHF-ets operative rolle er mer detaljert beskrevet• regional smittevernplan, også spesifikt rettet mot pandemi. Inkludering av rutiner for kommunikasjon i planverket.
F2	Tydliggjøre beslutningslinjer og fullmakter i forkant av hendelser.
F3	Definere intern ansvars- og oppgavefordeling, herunder identifisere hvilke aktuelle områder som er nødvendige i en pandemi, eks. pasientreiser som ble inkludert på et sent tidspunkt. Tydelig beskrive ansvar og forventninger til arbeidsoppgaver, og betydningen av endring av beredskapsnivå.
F4	Utarbeide hendelsesbaserte rollebeskrivelser, prosedyrer og tiltakskort for alle funksjoner i beredskapsledelsen, inklusive for KORSN.
F5	Gjennomføre opplæring og øvelser i normalsituasjon.
F6	Definere stedfortredere for hele beredskapsledelsen.
F7	Være mer tydelig på hvilke normaloppgaver som kan legges til side i en beredskapssituasjon, planlegge prioriterte normaloppgaver.
F8	Avklare ansvars- og rapporteringslinjer ved matriseorganisering i beredskapssituasjoner.
F9	Innarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser med tiltak i større grad i beredskapsledelsesmøter og lignende fora.
F10	Benytt riktig ressurs til riktig oppgave, for å sikre en forsvarlig arbeidsbelastning på den enkelte.

F11	Bedre kommunikasjon med og ledelse av medarbeidere som har hjemmekontor over lengre tid, eventuell involvering i beredskapsarbeidet.
F12	Bevisst bruk av informasjonskanaler. Beskrive hvilken kanal som benyttes til hvilken målgruppe og type informasjon.
F13	Etablere ansvarlige i RHF-et for utvikling, forvaltning og drift av HelseCIM for Helse Nord RHF og foretaksgruppen.
F14	Benytte HelseCIM bedre som rapporteringsverktøy for hele foretaksgruppen.
F15	Revurdere og endre etablert møtstruktur i løpet av beredskapsarbeidet. Dette for å unngå deltagelse i møter med mye likt innhold, som tar tid fra operativt arbeid og andre funksjoner.
F16	Samhandle med private leverandører av helsetjenester på et tidligere tidspunkt i beredskapsarbeidet.

Evaluering av de prioriterte områdene - forbedringspunkter

1. Smittevernutstyr og annet kritisk materiell:

F17	Bedre organiseringen av innkjøps- og forsyningsfunksjonen regionalt.
F18	Behov for et felles regionalt beredskapslager for kritiske produkter.
F19	Fagmiljøene må gjennom regionale og/eller nasjonale produktråd ta et vesentlig større ansvar for varesortimentet.

2. Intensivbehandling og intensivkapasitet:

F20	Skape felles situasjonsforståelse på tvers av foretaksgruppen for å få opp de faglige problemstillingene i rett tid i foretakene.
F21	Avklare maler og rammeverk for rapportering før produksjonssetting.
F22	Avklare felles forventninger og opplæring i basale rutiner og retningslinjer innen beredskapsarbeid.
F23	Tydligere føringer/tanker om hvordan beredskapsledelsen kan ivareta kritiske funksjoner i tilfelle sykdom/fravær/overbelastning.

3. Kritisk personell:

F24	Behov for ny opplæring i bruk av registeret for reservepersonell etter sommerferien.
F25	Løse utfordringer med hensyn til økt behovet for innleie av vikarer samtidig med at tilgangen på innleiepersonell blitt redusert.
F26	Innarbeide detaljert handlingsplan på personellområdet i planverket for fremtidige beredskapssituasjoner.

Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien - forbedringspunkter

F27	Bedre tilrettelegge for at kollegaer treffes oftere i mer uformelle fora, både fysisk og virtuelt.
F28	Bedre struktur og regelmessighet i arbeidsdagen med faste tidspunkt for både møter, eget arbeid, pauser og et tydeligere skille mellom jobb og fritid.
F29	Etablere felles tidspunkt for «lunsj med kolleger».
F30	Videreføre digital deltakelse i møter i den «nye normalen».

1 Innledning

Denne rapporten som oppsummerer den foreløpige evalueringen av Helse Nord RHF's beredskapsarbeid ved covid-19-pandemien i 2020 er utarbeidet av evalueringsgruppa i Helse Nord RHF, basert på evalueringsdirektiv av 8. mai 2020. Evalueringsgruppa har vært delt inn i en kjernegruppe på 4 personer og en større arbeidsgruppe med representanter fra de fleste avdelinger i RHF-et.

Overordnet ansvarlig for evalueringsarbeidet er Oddvar E. Larsen, avdelingsdirektør Sikkerhets- og Beredskapsavdelingen.

Kjernegruppa har bestått av:

Jørgen Hansen – leder evalueringsgruppa, Sikkerhets- og Beredskapsavdelingen.

Jann-Hårek Lillevoll, Kvalitet og analyse, Kvalitets- og utviklingsavdelingen

Kirsti Freibu Tidemann, Økonomi, Eieravdelingen

Janny Helene Aasen, Internrevisjonen

I tillegg har arbeidsgruppa bestått av:

Anne May Knudsen, Kommunikasjonsavdelingen

Øivind Skogstad Hansen, Administrasjonsavdelingen

Anita Mentzoni-Einarsen, HR/Organisasjon, Eieravdelingen

Randi Brendberg, Fagavdelingen

Halvor Hygen, HR/Organisasjon, Eieravdelingen

Ørnulf Thorbjørnsen, Innkjøp, Eieravdelingen

Brite Jacobsen, arbeidstakerrepresentant Fagforbundet

Evalueringen er en intern evaluering av Helse Nord RHF sin beredskapsledelse (strategisk og operasjonelt nivå) i forbindelse med covid-19-utbruddet.

Stortingsmelding **Meld. St. 10 (2016–2017) – Risiko i et trygt samfunn** fremhever betydningen av læring etter øvelser og hendelser. Det forventes at større hendelser skal evalueres, funn og forbedringspunkter skal følges opp gjennom en ledelsesforankret tiltaksplan. Evaluering skal ikke være en aktivitet i slutten av en hendelse, men skal foregå fortløpende under hele håndteringen.

I januar 2020 oppsto det utbrudd av koronavirus SARS-CoV-2 i Kina. Viruset ble beskrevet som betydelig mere smittosomt og farlig enn vanlig sesonginfluensa. En stor andel av definerte risikogrupper hadde behov for ressurskrevende avansert sykehusbehandling og med høy dødelighet. I løpet av februar 2020 dokumenterte WHO en verdensomspennende spredning av viruset. I de fleste land kom utfordringen med mange og svært dårlige pasienter uforberedt på helsevesenet og samfunnet for øvrig samtidig med at det ble innført omfattende smitteverntiltak med nedstenging av viktige

samfunnsfunksjoner. Befolkninger fikk restriksjoner i forhold til å bevege seg utenfor eget hjem, noen land innførte portforbud og næringslivet stoppet opp. I uke 10 trappet Helse Nord RHF opp sitt beredskapsarbeid mot covid-19-pandemien. Man etablerte nødvendige strukturer for å håndtere en eskalerende situasjon.

2 Formål og omfang

2.1 Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er å vurdere hvordan Helse Nord RHF som beredskapsorganisasjon utøver ledelse og beredskapsarbeid for å ivareta sitt ansvar og samfunnsoppdrag under covid-19-pandemien. Analyse og diskusjon skal ende opp i læringspunkter (bevarings- og forbedringspunkter). Følgende mål og strategier for Helse Nord RHF skal ivaretas i beredskapsarbeidet, jf. evalueringsdirektivet:

2.1.1 Hovedmål

1. Sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og eventuelt med båt.
2. Understøtte beredskapsarbeidet i helseforetakene og i samfunnet for øvrig.

2.1.2 Delmål

- Forebygge og begrense smittespredning, sykdom og død.
- Sikre bemanning, utstyr og øvrige kapasiteter for å kunne gi behandling og omsorg til syke og døende.
- Opprettholde tillit og trygghet i samfunnet ved å gi kunnskapsbasert og helhetlig informasjon og retningslinjer til befolkningen og til andre samfunnssektorer.
- Bidra til å opprettholde vitale regionale og lokale samfunnsfunksjoner. Herunder kommunehelsetjenestene.

2.1.3 Strategier

De viktigste strategiene i pandemiarbeidet ved koronautbrudd er:

- Generelle hygienetiltak (hånd- og hostehygiene).
- Igangsette tiltak for å begrense smitteutbredelse.
- Medisinsk behandling av syke.
- Bygge kapasitet for testing og karantene til syke og mistenkt smittede med covid-19.
- Igangsette arbeid med å sikre behandlingsskapasitet i primær og spesialisthelsetjenestene.

2.2 Avgrensning og fokus for evalueringen

I henhold til direktivet skal evalueringen omfatte Helse Nord RHF sin beredskapsledelse, strategisk og operasjonelt nivå.

Evalueringsprosessen skal ende opp i en endelig rapport til ledelsen i Helse Nord RHF med definerte forbedringspunkter og tilhørende risikoanalyserte handlingsplan for ledelsesforankring og implementering, forventet på slutten av året 2020. Denne foreløpige evalueringsrapporten oppsummerer:

- resultatene fra spørreundersøkelse til beredskapsledelse og ansatte som har jobbet med beredskapsarbeid i Helse Nord RHF,
- foreløpig evaluering av områder som må prioriteres hvis det kommer en ny økning av smittede og innlagte pasienter høsten/vinteren 2020/21 og
- oppsummering av spørreundersøkelse av hjemmekontorløsningen til alle ansatte i Helse Nord RHF.

Rapporten inkluderer både bevarings- og foreløpige forbedringspunkter som er avdekket i denne fasen av evalueringen.

2.2.1 Metode

Evalueringen har så langt blitt gjennomført som spørreundersøkelser. For de prioriterte områdene er det definert forventede handlinger basert på aktuelle lover, forskrifter, retningslinjer, veiledere, planverk, tiltakskort osv. og det er foretatt en foreløpig evaluering av om tiltakene som er iverksatt har vært tilstrekkelige til å redusere risikoen for at hendelser inntreffer.

2.2.2 Evalueringsverktøy

Spørreundersøkelser er gjennomført i undersøkelsesplattformen Netigate, og evaluering av hendelser er gjennomført i evalueringsmodulen i HelseCIM¹.

2.3 Fokusområder i den foreløpige evalueringen

Den foreløpige evalueringen har bestått av følgende fokusområder:

1. Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF
 - a. Innledende fase - beredskapsnivåer
 - b. Beredskapsledelse under pandemien
 - c. Situasjonsforståelse
 - d. Beslutninger og dokumentasjon
 - e. Kommunikasjon og formidling
 - f. Oppsummering og læring
2. Evaluering av de prioriterte områdene

¹ HelseCIM Evaluering – egen installasjon for evaluering av hendelser

- a. Smittevernutstyr og kritisk utstyr
 - b. Intensivbehandling og intensivkapasitet
 - c. Kritisk personell
3. Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien

3 Observasjoner og vurderinger

3.1 Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF

Observasjonene knyttet til det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF er basert på spørreundersøkelse som ble sendt ut til 38 ledere og ansatte som har hatt en rolle i beredskapsarbeidet under covid-19-pandemien, inkludert ansatte i regionale stillinger som ikke har RHF-et som arbeidsgiver. Undersøkelsen har hatt en svarprosent på 89 %, noe som gir et godt grunnlag for de anbefalinger til bevarings- og forbedringspunkter denne rapporten gir.

3.1.1 Innledende fase – beredskapsnivåer

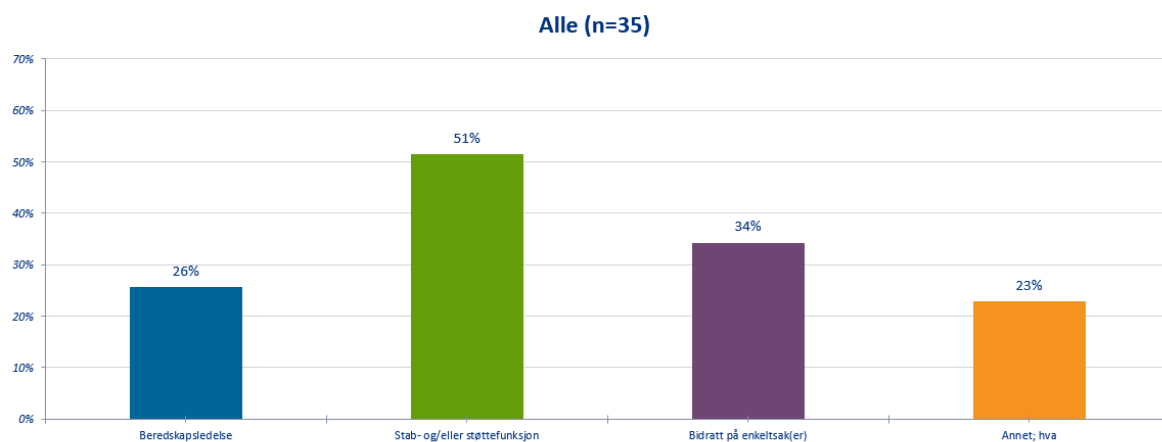
3.1.1.1 Observasjoner Innledende fase - beredskapsnivåer

Første område i undersøkelsen har hatt et fokus på pandemien i den innledende fasen og ved endring i beredskapsnivå. I det strategiske beredskapsarbeidet er det vesentlig at ansvar og roller er klart definert både når hendelsen oppstår og i de forskjellige beredskapsnivåene. De fleste respondentene i spørreundersøkelsen har sagt at adm. direktør har hatt ansvaret for det strategiske beredskapsarbeidet, og at dette er tydelig dokumentert og kommunisert.

I den innledende fasen av pandemien var de sentrale myndigheter/aktører, som Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet (Hdir) og Folkehelseinstituttet (FHI), de viktigste kildene til informasjon, råd og veiledning.

På spørsmål om ansvar og roller har vært avklart både i innledende fase og ved overgang til de ulike beredskapsnivåene, har svarene vist at det har vært uklarhet i hvilken rolle enkelte har hatt i beredskapsarbeidet. Dette kommer til uttrykk ved at noen var usikre på om de var en del av beredskapsledelsen til Helse Nord RHF ved pandemiens start eller om de har blitt det underveis, om de har vært en del av en krisestab/-støttefunksjon, eller om de i utgangspunktet kun har deltatt på enkeltsaker. Ansatte i Kompetansesenteret i smittevern Helse Nord (KORSN) uttrykker at de opplever at rollen i beredskapsarbeidet er uklar og burde vært bedre definert.

Hvor har din rolle vært i forhold til koronapandemien etter at RHF-et etablerte grønn beredskap?



Figur 1 - Rolle i beredskapsarbeidet under covid-19-hendelsen

De fleste respondentene formidler i undersøkelsen at de har hatt god oversikt over utviklingen i pandemien, og hva som har vært årsakene til at beredskapsnivå grønt ble besluttet den 31. januar, hevingen av beredskapsnivået til gult som ble besluttet den 13. mars, og reduksjonen av beredskapsnivået til grønt som ble besluttet den 14. mai. Ved spørsmål om hvem som har besluttet endring av beredskapsnivåer, har de fleste respondentene svart at beslutningene ble fattet av beredskapsledelsen, men at det er en viss grad av usikkerhet knyttet til *hvordan* beslutningen ble kommunisert. De viktigste kildene til informasjon har vært intranett/ internett, epost og HelseCIM².

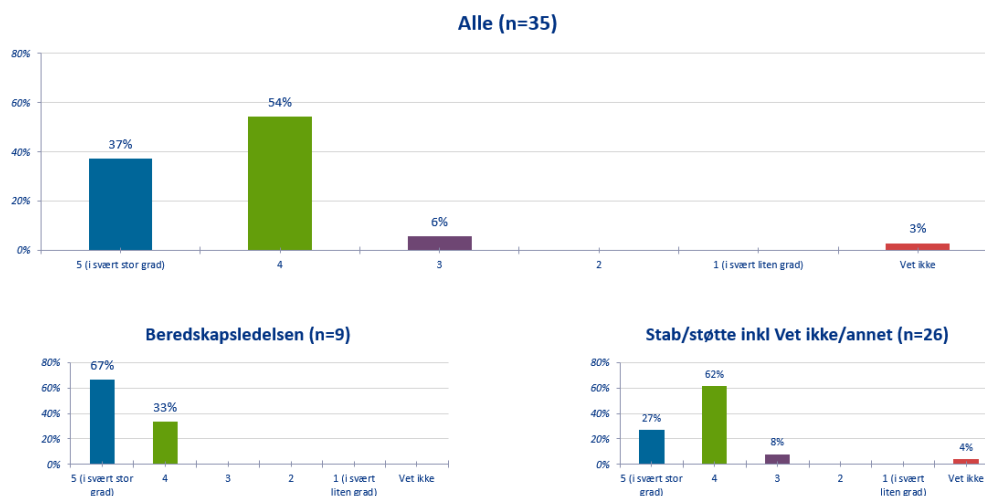
Da grønt beredskapsnivå ble besluttet den 31. januar hadde dette forholdsvis liten betydning for arbeidssituasjonen for de fleste, men dette endret seg vesentlig ved overgang til gult beredskapsnivå den 13. mars, hvor de fleste av respondentene har besvart at arbeidssituasjonen ble krevende, med lange arbeidsdager og vaktordninger.

Respondentenes tilbakemelding er at adm. direktør ved høynet beredskapsnivå raskt etablerte faste strukturer for beredskapsarbeidet med tydelig ansvarsfordeling.

På spørsmål om i hvilken grad ledelsen i RHF-et håndterte økningen i beredskapsnivå på en tilfredsstillende måte, har beredskapsledelsen gitt seg en noe bedre vurdering enn hva stab/støtte/annen rolle har gitt.

² HelseCIM – elektronisk krisestøtteverktøy for beredskapsledelse (med moduler for bl.a dokumentasjon, loggføring, ROS-analyse), brukes av sentrale aktører, RHF og HF

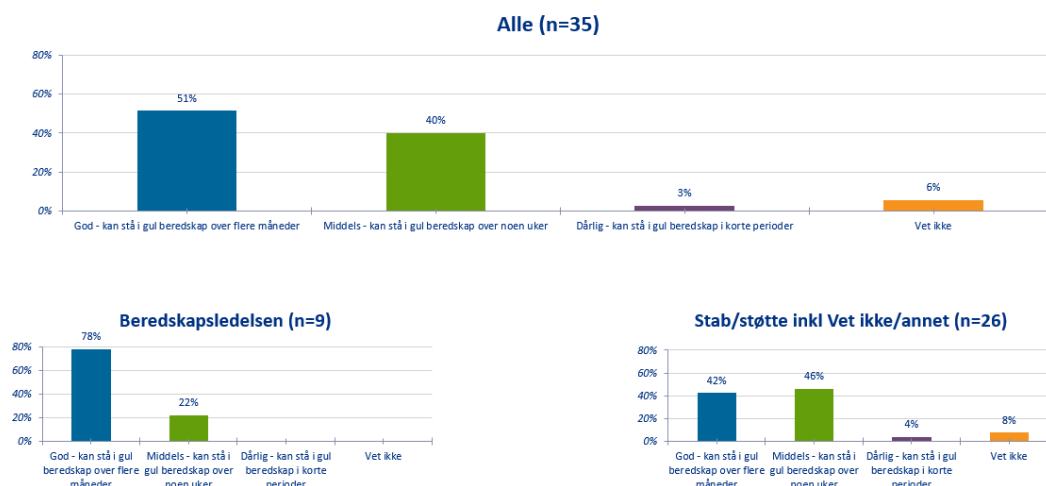
I hvilken grad mener du at ledelsen i RHF-et håndterte økningen i beredskapsnivået på en tilfredsstillende måte?



Figur 2 - RHF-ets håndtering av økning i beredskapsnivå

Et viktig spørsmål i denne fasen av pandemien er en vurdering av RHF-ets evne til å være på dette beredskapsnivået over lengre tid, både med hensyn til robusthet og kontinuitet.

Gult beredskapsnivå medfører økt arbeidsbelastning/oppgraver for mange. Hvordan vurderer du RHF-ets evne til å være på dette beredskapsnivået over lengre tid (robusthet og kontinuitet)?



Figur 3 - RHF-ets evne til å være på gult beredskapsnivå over lengre tid

Også her viser figuren en viss forskjell i vurderingen av RHF-ets robusthet og kontinuitet avhengig av om respondentene er i beredskapsledelsen eller i en stab/støtte/annen rolle.

De fleste har beskrevet en organisasjon som kan være på gult beredskapsnivå over lengre tid, men at arbeidsbelastningen må fordeles, at enkelte avdelinger er sårbare på

grunn av størrelse og at det må gjennomføres opplæring på sårbare områder. Arbeidsbyrden har i liten grad vært likt fordelt ved at noen har hatt for stor belastning som ikke kan vedvare over lengre periode, og noen ansatte på hjemmekontor som ikke var del av beredskapsfunksjonen følte seg lite sett og avglemt. Dette bekreftes også av hjemmekontorundersøkelsen, se mer om dette i kapittel 3.3.

Ved reduksjon fra gul til grønn beredskap den 14. mai har mange respondert svart at arbeidsbelastningen ikke endret seg vesentlig sammenlignet med gult beredskapsnivå. Grunner til dette er bl.a. at ordinære arbeidsoppgaver er gjenopptatt, *samtidig* med et fortsatt fokus på beredskapsarbeidet.

Viktige tilbakemeldinger fra respondentene knyttet til disse fasene er at HelseCIM burde vært forberedt og brukt bedre i beredskap med tavler og arbeidsoppgaver, og at foretaket burde vært bedre forberedt med ferdige pandemiplaner.

3.1.1.2 Vurderinger Innledende fase - beredskapsnivåer

Basert på score og tilbakemeldinger fra respondentene, er evalueringsgruppas vurdering at adm. direktør har tatt et tydelig beredskapsansvar selv om det var noe uklart hvem som skulle lede det strategiske beredskapsarbeidet i Helse Nord RHF fra det ble besluttet grønn beredskap den 31. januar. Det vurderes også positivt at det i stor grad er samsvarende forståelse for endring av, og hvem som har tatt beslutning om beredskapsnivåer. At Helse Nord RHF iverksatte situasjonsrapportering fra helseforetakene allerede den 3. februar, før krav om nasjonal rapportering kom, vurderes som proaktivt og positivt sett opp mot de kravene som senere kom.

Evalueringsgruppa vurderer det som uheldig at alle roller og ansvar ikke var klarlagt i forkant av covid-19-pandemien, og det fremkommer som noe uklart hvem som initialt satt i beredskapsledelsen.

Etter evalueringsgruppas synspunkt er det vesentlig å se på RHF-ets evne til å være på høyt beredskapsnivå over lengre tid både knyttet til robusthet og kontinuitet.

Beredskapsledelsen vurderer at evnen er høyere enn stab/støtte/annen rolle, samtidig som at sårbarheten er høyest dersom de i beredskapsledelsen blir indisponibel over en lengre periode, for eksempel med covid-19-sykdom. Manglende stedfortredere og mangelfull opplæring i kritiske funksjoner er viktige i denne forbindelsen. Dette kommer også til uttrykk i at mange har opplevd høy arbeidsbelastning over lengre periode, og at den «nye normalen» med normal aktivitet sammen med beredskapsarbeid, kan medføre fravær fra sentrale ledere og ansatte.

Det ble tidlig tatt en beslutning om at krisestøtteverktøyet HelseCIM skulle benyttes som beredskapsverktøy, og det er positivt at HelseCIM er benyttet til å føre oversikt over beslutninger, handlingsplaner, risiko- og sårbarhetsanalyser, logger og referater mm. Evalueringsgruppas vurdering er at verktøyet burde vært forberedt bedre og dets

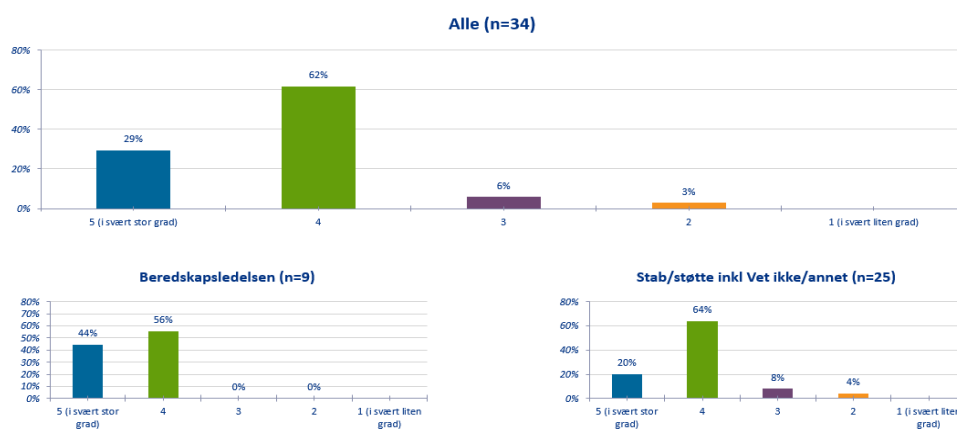
muligheter i enda større kunne vært benyttet, for dermed å redusere utveksling av informasjon gjennom andre kommunikasjonskilder, eks. epost.

3.1.2 Beredskapsledelse under pandemien

3.1.2.1 Observasjoner Beredskapsledelse under pandemien

For at en beredskapsorganisasjon skal fungere tilfredsstillende under en krise som covid-19-pandemien, er det enkelte forhold som bør være tilstede i forkant av hendelsen. I spørreundersøkelsen er det stilt spørsmål om i hvilken grad beredskapsorganiseringen internt i RHF-et frem til nå har vært adekvat i forhold til å håndtere hendelsen.

I hvilken grad opplever du at beredskapsorganiseringen internt i RHF-et frem til nå har vært adekvat i forhold til å håndtere hendelsen?

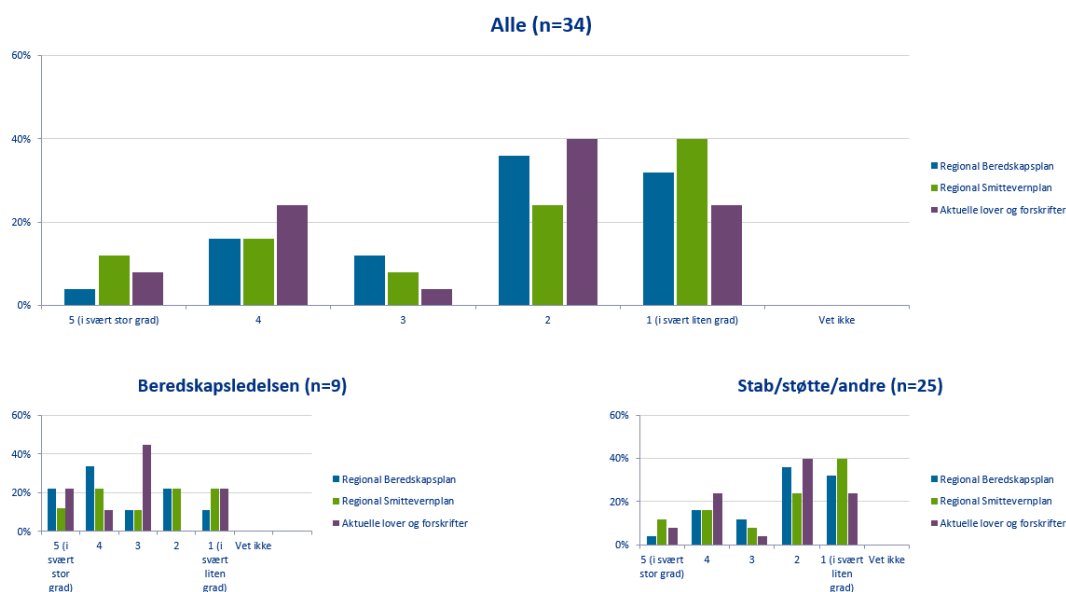


Figur 4 - RHT-ets beredskapsorganiserings adekvans i håndteringen av hendelsen

På dette spørsmålet er beredskapsledelsen mer positiv til spørsmålet enn stab/støtte/annen rolle, men generelt vurderer de fleste at organiseringen har vært god, men også her er det kommentert at enkelte roller og ansvar har vært utydelige og ikke tilstrekkelig avklart på forhånd.

Et godt planverk er viktig i beredskapsarbeidet, slik at det ikke er nødvendig å bruke tid når krisen oppstår til planarbeidet eller til å utarbeide beredskapsmetodikk. På spørsmålet i hvilken grad dokumenter som, regionale beredskapsplaner, smittevernplaner, lover og forskrifter var kjent, tatt i bruk og var nyttige under hendelsen, har flere svart at regionale planer, og lover og forskrifter var lite kjent, herunder også av noen i beredskapsledelsen, som vist i figur 5.

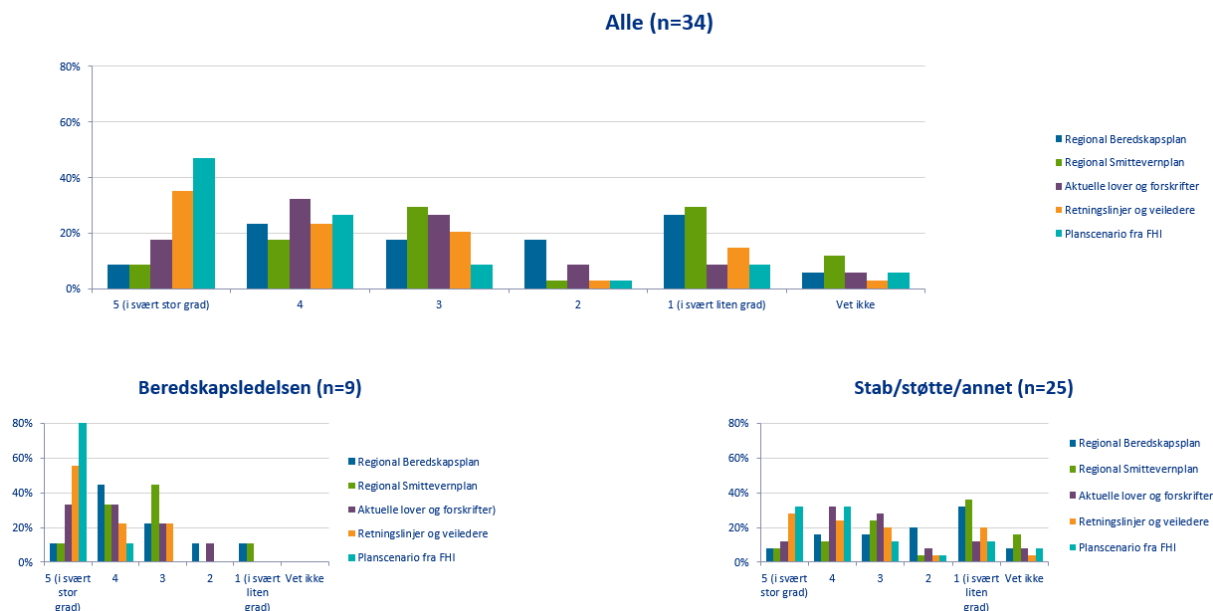
I hvilken grad kjente du til følgende sentrale dokumenter før hendelsen?



Figur 5 - Kjennskap til sentrale dokumenter før hendelsen

Under pandemien har planscenarier, retningslinjer, veiledere og lover og forskrifter vært mest tatt i bruk og som har gitt størst nytte. I figur 6 er dette vist ved hvilke dokumenter som ga størst nytte under hendelsen.

I hvor stor grad hadde du nytte av følgende dokumenter under hendelsen?

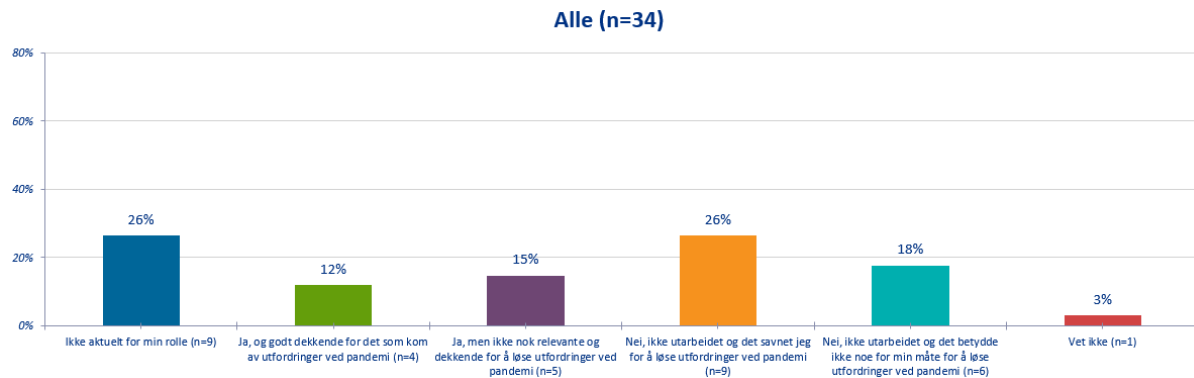


Figur 6 - Nytte av dokumenter under hendelsen

For å utøve de arbeidsoppgavene som forventes i henhold til ansvar og rolle under en hendelse, vil handlingsplaner, tiltakskort og/eller sjekklister være et godt utgangspunkt.

Respondentene har blitt forespurt om å gi en tilbakemelding på om dette forelå for de funksjonene/ oppgavene som de fikk ansvar for å ivareta.

Var det i utgangspunktet utarbeidet handlingsplan/tiltakskort/sjekkliste for de funksjonene/oppgavene du fikk ansvar for å ivareta i beredskapssituasjonen?



Figur 7 - Handlingsplan/tiltakskort/sjekkliste for ivaretagelsen av ansvar

De fleste respondentene vurderer at beredskapsledelsen har hatt nødvendig oversikt over problemstillinger som må løses under pandemien, at RHF-ets rolle har vært tydelig for HF-ene i regionen, og at RHF-ets beredskapsledelse har bidratt til økt samarbeid i foretaksgruppa for å løse utfordringene, jf. vedlegg 1. Beredskapsledelsen gir generelt en høyere score på ovennevnte forhold enn stab/støtte/annen rolle gir. Det er fremkommet at det har vært en god og konstruktiv tone i beredskapsledelsen som har fremmet samarbeid på tvers av fagområder.

Et viktig forhold som har kommet frem under denne delen av undersøkelsen, er at forholdet mellom handlingsplan og risiko- og sårbarhetsanalyse burde vært avklart i tidlig fase av beredskapsarbeidet, for å sikre en bedre oversikt over tiltaksarbeidet.

3.1.2.2 Vurderinger Beredskapsledelse under pandemien

Det vurderes som positivt at beredskapsledelsen har hatt nødvendig oversikt over problemstillinger som må løses under pandemien, at RHF-ets rolle har vært tydelig for HF-ene i regionen og at RHF-ets beredskapsledelse har bidratt til økt samarbeid både internt i RHF-et og i foretaksgruppa for å løse utfordringene. Basert på respondentenes tilbakemeldinger er evalueringsgruppas vurdering at organiseringen av beredskapsarbeidet i all hovedsak har vært god, men utydelige rollebeskrivelser har bidratt til noe usikkerhet knyttet til ansvar og arbeidsoppgaver.

Evalueringsgruppa vurderer det som en svakhet at den regionale beredskapsplanen, smittevernplanen, og lover og forskrifter var lite kjent ved inngangen til pandemien.

Dette kan svekke samordningen av beredskapsarbeidet i innledende fase. At planscenarier, og retningslinjer og veiledninger har vært mest brukt og mest til nytte under pandemien, understøtter viktigheten av å ha oppdatert og relevant planverk.

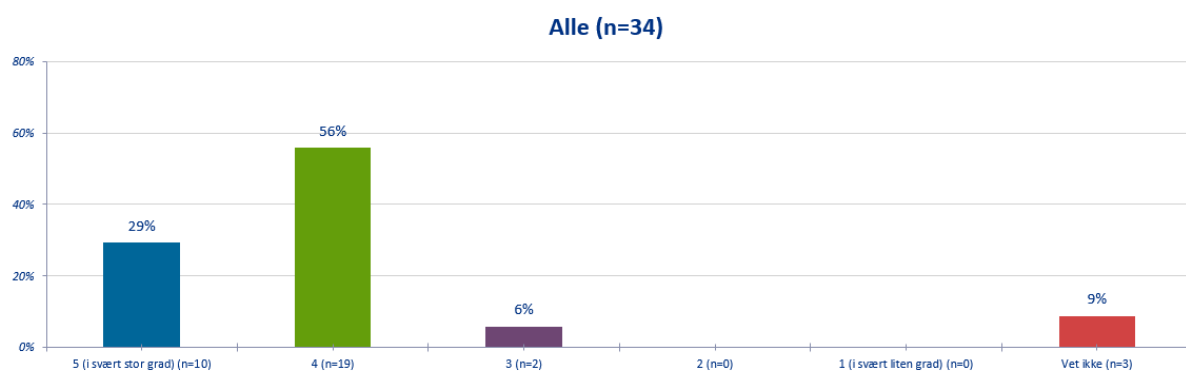
Det er videre uheldig at det manglet handlingsplan/tiltakskort/sjekkliste som var dekkende for de utfordringer som kom ved pandemien.

3.1.3 Situasjonsforståelse

3.1.3.1 Observasjoner Situasjonsforståelse

For å sikre at beredskapsorganisasjonen jobber mot det samme målet, er det viktig at det er etablert en felles situasjonsforståelse. Respondentene i undersøkelsen har i svært stor/stor grad opplevd at det har vært en felles situasjonsforståelse i beredskapsledelsen, som vises i figur 8.

I hvilken grad opplever du at det har vært felles situasjonsforståelse i beredskapsledelsen?



Figur 8 - Felles situasjonsforståelse i beredskapsledelsen

Det er en entydig tilbakemelding fra de i beredskapsledelsen om at det oppleves at det er skapt en felles situasjonsforståelse. Fra stab/støtte funksjoner er det enkelte som ikke har særlig kjennskap til dette. En kommentar som er gitt i besvarelsen er følgende: "Veldig viktig å få definert et bilde av utviklingen og være tydelig på hvilket scenario man til enhver tid følger. Kanskje burde dette vært definert som et fast punkt i statusmøtene, slik at dette blir veldig tydelig".

I følge respondentene har de interne informasjonsmøtene i RHF-et vært viktige for å skape en felles situasjonsforståelse. Det har vært en tydelig kommunikasjon fra adm. direktør både i møter, i nyhetssaker og per epost. Alle svarer at det er viktig/svært viktig at det skapes en felles situasjonsforståelse for vurderingen av det samlede risikobildet og tiltakene under hendelsen.

Det er særlig to kilder som er benyttet for å holde seg oppdatert om utviklingen av pandemien; (1) informasjon fra sentrale myndigheter/ aktører som HOD, Hdir, FHI og DSB, og (2) statusmøtene i RHF-et. Epost har for mange i tillegg vært en viktig kilde for informasjon om utviklingen.

På spørsmålet om hvem som er den viktigste eksterne parten å samhandle med og som det er viktigst for å underbygge felles situasjonsforståelse med for å løse oppgaver, er helseforetakene i regionen løftet frem. For øvrig vurderes HOD, Hdir, FHI og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) som viktige parter.

En kommentar på et område hvor samhandlingen ikke fungerte optimalt, var for de private leverandørene av helsetjenester (institusjoner og avtalespesialister). Disse havnet i en krevende situasjon, og det tok noe tid å få informasjon og samhandling etablert med disse. Det har fremkommet problemstillinger rundt beredskapssituasjon som bør beskrives tydeligere i fremtidige avtaler/kontrakter mellom partene.

Det er kommentert at internt i RHF-et har nært samarbeid mellom avdelinger som ikke samarbeider så tett til daglig har bidratt positivt til felles situasjonsforståelse og bedre målretting av tiltak.

Det er videre kommentert at inntrykket er at situasjonsforståelsen i perioder har vært noe ulik mellom helseforetakene i regionen. Det er også løftet som en problemstilling at risiko- og sårbarhetsanalysen burde vært drøftet ytterligere i statusmøtene, for å få flere synspunkter og felles forståelse for risikoområdene.

3.1.3.2 Vurderinger Situasjonsforståelse

Det er positivt at det er skapt en felles situasjonsforståelse gjennom interne informasjonsmøter og tydelig kommunikasjon fra adm. direktør, noe som har vært viktig for vurderingen av det samlede risikobildet og tiltakene under hendelsen. Videre er det positivt at samarbeid på tvers av avdelinger internt i RHF-et har bidratt til bedre målretting av tiltak. Et forbedringspunkt i informasjonsmøtene er et fast punkt knyttet til hvilket scenario som følges med nødvendige tiltak, også sett opp mot risiko- og sårbarhetsanalyser.

Under pandemien er det blitt synliggjort at private leverandører av helsetjenester er utsatte og sårbare i en situasjon hvor mye av normal aktivitet må stenges ned. I beredskapsarbeidet er det viktig at samhandlingen med de private leverandørene av helsetjenester blir prioritert i større grad enn det var ved starten av covid-19-pandemien.

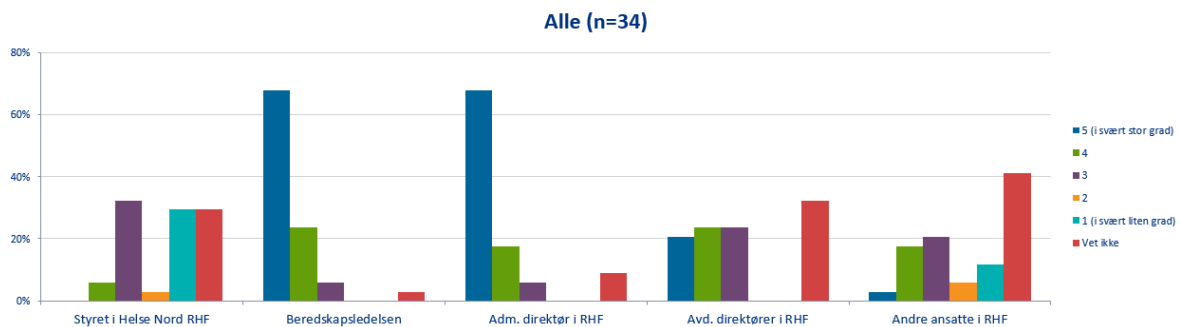
3.1.4 Beslutninger og dokumentasjon

3.1.4.1 Observasjoner Beslutninger og dokumentasjon

Under en beredskapssituasjon er gode beslutnings- og dokumentasjonsprosesser viktige. Både for å ta de riktige beslutninger, men også for i ettertid kunne etterprøve hvem som besluttet hva, til hvilket tidspunkt og på hvilket nivå.

På spørsmålet om hvor strategiske beslutninger vedrørende håndtering av hendelsen ble fattet, viser besvarelsen at det er to viktige arenaer hvor beslutninger ble fattet; (1) med bakgrunn i føringer/oppdrag fra HOD og Hdir, og (2) i beredskapsledelsen i RHF-et. For de viktigste beslutningene knyttet til håndteringen av hendelsen for RHF-et sin del, er besvarelsen ganske entydig på at disse er tatt av adm. direktør og beredskapsledelsen. Avdelingsdirektører har tatt beslutninger i enkelte situasjoner.

Hvem tok beslutninger vedrørende håndteringen av hendelsen som ga føringer for RHF-et?



Figur 9 - Beslutninger som ga føringer for RHF-et.

De fleste har svart at HelseCIM har vært den viktigste kilden til nøyaktig og etterprøvbare dokumentasjon av fattede beslutninger. Deretter er Elements³ viktig, men med vesentlig lavere vurdering enn HelseCIM. Det er for øvrig kommentert at Helse CIM er dårlig tilpasset langstrakte hendelser, da det blir veldig uoversiktlig med mange dokumenter av varierende kvalitet over tid. Det burde vært bedre opplæring i bruk av HelseCIM. Manglende link mellom HelseCim og Elements har ført til mye merarbeid. Det er videre vesentlig å få kontroll på kommunikasjonskanaler som i liten grad er egnet til ivaretagelse av dokumentasjon for å sikre krav til arkivering.

3.1.4.2 Vurderinger Beslutninger og dokumentasjon

Evalueringsgruppa vurderer det som positivt at de fleste respondentene er tydelige på hvem som har tatt beslutninger i RHF-et, og at disse er etterprøvbare i beredskapsverktøyet, HelseCIM. Manglende opplæring i verktøyet i forkant av hendelsen, og

³ Elements - sak-/arkivsystem som benyttes i Helse Nord

svakheter knyttet til oppbyggingen av verktøyet for langstrakte hendelser er erfaringer som bør tas med inn i det videre beredskapsarbeidet.

Manglende integrasjon mellom HelseCIM og Elements og mange kommunikasjonskanaler bidrar til økt risiko for at alle beslutninger og annen vesentlig dokumentasjon ikke blir håndtert i henhold til krav til arkivering.

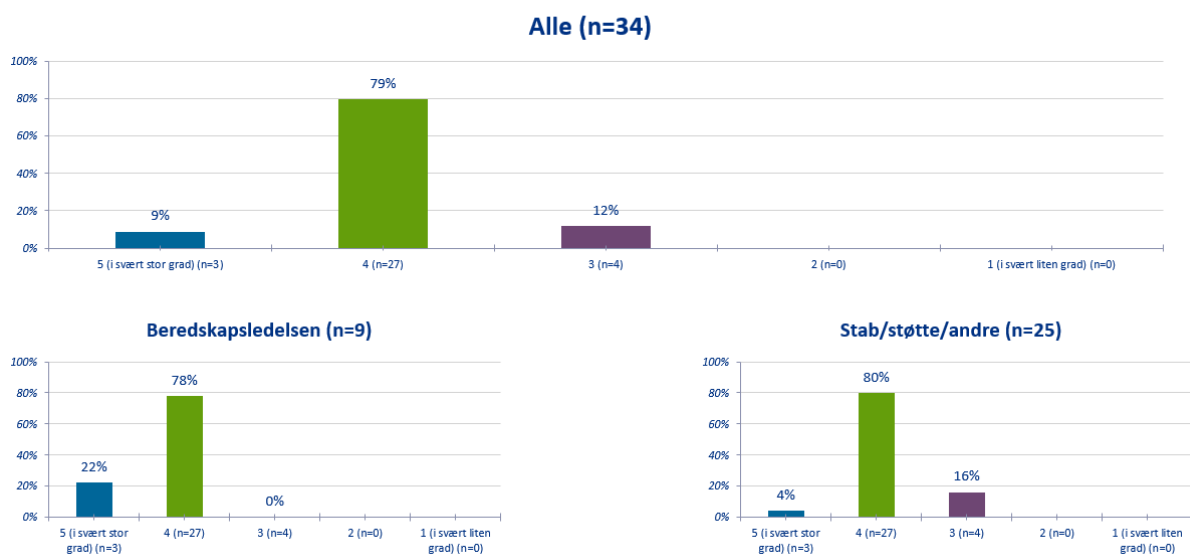
3.1.5 Kommunikasjon og formidling

3.1.5.1 Observasjoner Kommunikasjon og formidling

Kommunikasjon og formidling er viktig i en beredskapssituasjon for å sikre at beslutninger er kjent og at det handles i samsvar med beslutningene.

88 % av respondentene har uttrykt at beredskapsledelsen har lyktes i svært stor/ stor grad med å formidle strategiske og operative beslutninger.

I hvilken grad har beredskapsledelsen lyktes i å formidle strategiske og operative beslutninger?



Figur 10 - Formidling av strategiske og operative beslutninger.

Den viktigste kilden internt i RHF-et for å holde seg oppdatert om strategiske og operative beslutninger, har vært møter/lederinformasjon. Kommunikasjon og formidling til helseforetakene i regionen har i stor grad skjedd gjennom hyppige møter i flere fora, både statusmøter, fagsjefmøter, direktørmøter og nettverksmøter mm. I tillegg har rapporter i HelseCIM, daglig epost-forsendelse av rapporter og informasjon på internett vært viktig.

Det er trukket frem som viktig at det også bør ligge føringer for kommunikasjon i en regional beredskapsplan, for å sikre at alle foretakene kan enes om felles innhold.

3.1.5.2 Vurderinger Kommunikasjon og formidling

Det er positivt at respondentene har uttrykt at beredskapsledelsen har lyktes i svært stor/ stor grad med å formidle strategiske og operative beslutninger, og at de viktigste kildene til dette har vært møter/lederinformasjon.

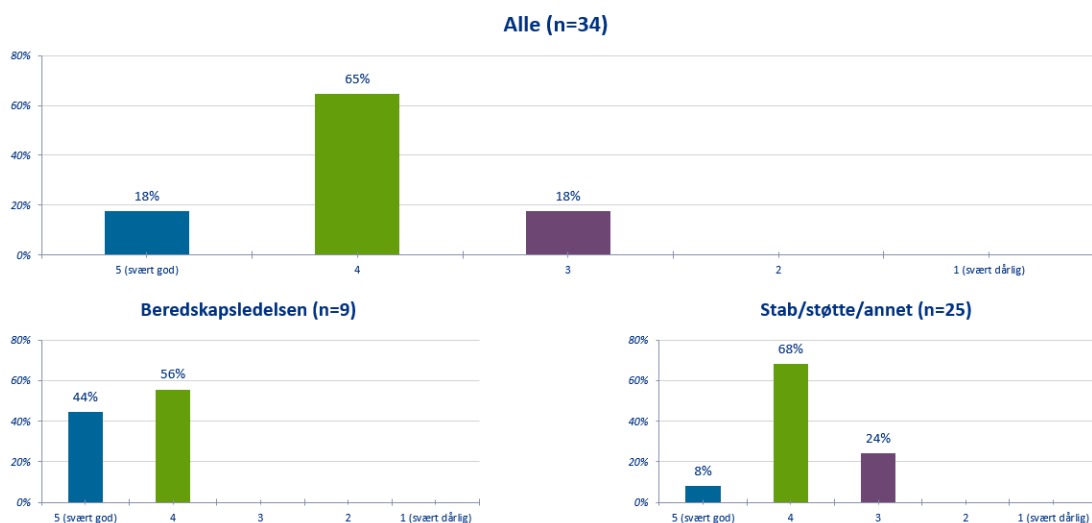
Det vurderes for øvrig som en svakhet at kommunikasjon ikke er berørt i den regionale beredskapsplanen for å sikre at foretaksgruppen kan enes om felles innhold i sine kommunikasjonskanaler.

3.1.6 Oppsummering og læring

3.1.6.1 Oppsummering

Respondentene er gitt anledning til slutt å vurdere om hvordan organiseringen av beredskapsarbeidet har vært så langt under covid-19-hendelsen. De fleste har svart at organiseringen har vært god, se figur 11.

Alt i alt; Hvordan vurderer du organiseringen av beredskapsarbeidet så langt under denne hendelsen?

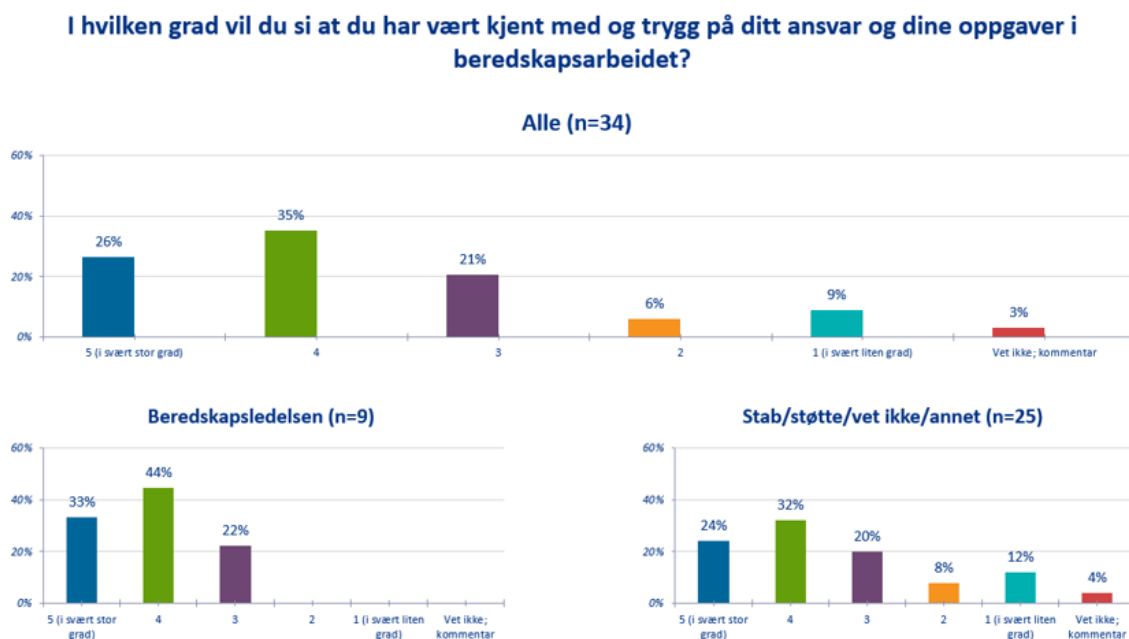


Figur 11 - Organiseringen av beredskapsarbeidet så langt under hendelsen

Det er kommentert at beredskapsplanene og rollene til aktørene bør gjennomgås og oppdateres, og at tiltakskort også bør utarbeides, der hvor det ikke foreligger. Det vil være behov for å se på organisering av fremtidige kriser, spesielt med tanke på fordeling av arbeidsbelastning og å optimalisere organiseringen av arbeidsoppgaver i RHF-et.

Ansatte som er satt til å utføre arbeidsoppgaver på vegne av RHF-et, må få anledning til å løfte dette inn enten i statusmøter eller ledermøter på en hensiktsmessig måte. Dette har ikke vært godt nok strukturert. For eksempel arbeidet med risiko- og sårbarhetsanalyser som skulle presenteres i statusmøte hver onsdag, har ofte ikke blitt tatt inn i møtet og eventuell nye tiltak for å få ned risikoen har i liten grad blitt diskutert. Erfaringene fra pandemihåndteringen har synliggjort at det er rom for forbedringer i hvordan vi jobber og er organisert.

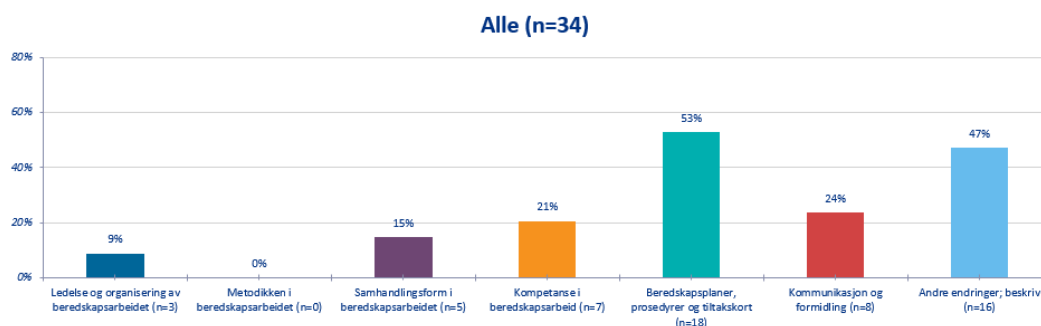
Respondentene har også blitt forespurt om de har vært kjent med og trygg på sitt ansvar og sine oppgaver i beredskapsarbeidet. Her har de fleste besvart at de i ganske stor grad er kjent med og trygg på ansvar og oppgaver i beredskapsarbeidet. Noen svarer at de i stor grad er det, men det er også flere som sier at de ikke nødvendigvis er kjent med sitt ansvar og sine oppgaver. Dette er uavhengig av om de sitter i beredskapsledelsen eller i andre funksjoner, se figur 12.



Figur 12 - Kjennskap til og trygghet knyttet til ansvar og arbeidsoppgaver i beredskapsarbeidet

Respondentene har avslutningsvis blitt forespurt om det er noe som bør endres, dersom restriksjoner må gjeninnføres og beredskap økes etter sommerferien. Det er flere forhold som er påpekt, som også i stor grad sammenfaller med de vurderinger som er nevnt innenfor de enkelte områdene ovenfor. Det er spesielt endring av beredskapsplaner, prosedyrer og tiltakskort som blir fremhevet som det viktigste. I tillegg er det flere som har beskrevet andre endringer. Disse er inkludert i forbedringspunkter i kapittel 3.1.6.3.

Vi går inn i sommer med lav R og normalisering av samfunnet. Om vi må tilbake med restriksjoner og økt beredskap; er det noe du ville ha endret på?



Figur 13 - Nye restriksjoner og økt beredskap – noe som bør endres?

3.1.6.2 Bevaringspunkter

Basert på de tilbakemeldinger som er gitt i spørreundersøkelsen og evalueringsgruppas vurdering av resultatene fra undersøkelsen er de foreløpige bevaringspunktene følgende:

1. Tydelig plassert strategisk ansvar for beredskapsarbeidet i beredskapsledelsen.
2. Klare og tydelige beslutninger.
3. Raskt identifisere og involvere fagområder som er vesentlige i beredskapsarbeidet (eks. HR, innkjøp og smittevern).
4. Etablere møtearenaer med relevante aktører – både internt og eksternt – for å sikre felles situasjonsforståelse og å løse oppgaver.
5. Evne og vilje til samarbeid på tvers av foretak og mellom profesjoner, som sikrer bedre resultat.
6. Fast struktur på beredskapsledelsesmøtene. At alle relevante fagområder deltar har skap felles situasjonsforståelse, også for de utfordringer man har hatt, hvilke tiltak som bør iverksettes og konsekvensen av disse.
7. Matrisejobbing, med etablerte møtepunkter, for å løse oppgaver.
8. Videreføre matrisejobbingen i normal drift.
9. Bruke HelseCIM og sikre god loggføring.
10. Videreføre oppnådde fremskritt på flere områder, som er gjennomført i løpet av et par måneder som tidligere har tatt flere år.

3.1.6.3 Forbedringspunkter

Basert på de tilbakemeldinger som er gitt i spørreundersøkelsen og evalueringsgruppas vurdering av resultatene fra undersøkelsen er de foreløpige forbedringspunktene følgende:

1. Oppdatere beredskapsplaner:
 - a. regional beredskapsplan
 - b. intern beredskapsplan i RHF-et, der RHF-ets operative rolle er mer detaljert beskrevet
 - c. regional smittevernplan, også spesifikt rettet mot pandemi.
Inkludering av rutiner for kommunikasjon i planverket.
2. Tydeliggjøre beslutningslinjer og fullmakter i forkant av hendelser.
3. Definere intern ansvars- og oppgavefordeling, herunder identifisere hvilke aktuelle områder som er nødvendige i en pandemi, eks. pasientreiser som ble inkludert på et sent tidspunkt. Tydelig beskrive ansvar og forventninger til arbeidsoppgaver, og betydningen av endring av beredskapsnivå.
4. Utarbeide hendelsesbaserte rollebeskrivelser, prosedyrer og tiltakskort for alle funksjoner i beredskapsledelsen, inklusive for KORSN.
5. Gjennomføre opplæring og øvelser i normalsituasjon.
6. Definere stedfortredere for hele beredskapsledelsen.
7. Være mer tydelig på hvilke normaloppgaver som kan legges til side i en beredskapssituasjon, planlegge prioriterte normaloppgaver.
8. Avklare ansvars- og rapporteringslinjer ved matriseorganisering i beredskapssituasjoner.
9. Innarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser med tiltak i større grad i beredskapsledelsesmøter og lignende fora.
10. Benytte riktig ressurs til riktig oppgave, for å sikre en forsvarlig arbeidsbelastning på den enkelte.
11. Bedre kommunikasjon med og ledelse av medarbeidere som har hjemmekontor over lengre tid, eventuell involvering i beredskapsarbeidet.
12. Bevisst bruk av informasjonskanaler. Beskrive hvilken kanal som benyttes til hvilken målgruppe og type informasjon.
13. Etablere ansvarlige i RHF-et for utvikling, forvaltning og drift av HelseCIM for Helse Nord RHF og foretaksgruppen.
14. Benytte HelseCIM bedre som rapporteringsverktøy for hele foretaksgruppen.
15. Revurdere og endre etablert møtstruktur i løpet av beredskapsarbeidet. Dette for å unngå deltagelse i møter med mye likt innhold, som tar tid fra operativt arbeid og andre funksjoner.
16. Samhandle med private leverandører av helsetjenester på et tidligere tidspunkt i beredskapsarbeidet.

3.2 Evaluering av de prioriterte områdene

I det foreløpige evalueringsarbeidet er det tre sentrale områder som er vurdert av den ansvarlige avdelingen for området. Dette er områdene «Smittevernutstyr og annet kritisk materiell», «Intensivkapasitet» og «Kritisk personell», siden det er viktig å ha kontroll på disse dersom planscenariene fra FHI med høy R slår inn.

3.2.1 Smittevernutstyr og annet kritisk materiell

Innkjøpsseksjonen har vurdert området smittevernutstyr og annet kritisk materiell.

3.2.1.1 Observasjoner Smittevernutstyr og annet kritisk materiell

I utgangspunktet har ikke Helse Nord RHF noen rolle i den praktiske vareforsyning ved HF-ene, men RHF-et har et overordnet ansvar knyttet til innkjøpsstrategi, drift av ERP-system og koordinering mot Sykehusinnkjøp HF.

I følge "*Hovedprinsipper i beredskapsarbeidet*" har RHF-et ansvar for beredskap også når det gjelder vareforsyning, selv om de praktiske innkjøps- og forsyningsoppgavene løses lokalt. Logistikken ved sykehusene fungert normalt under pandemien med unntak av produkter knyttet til smittevern.

Rollen til Helse Nord RHF ved Innkjøpsseksjonen, har vært å finne løsninger som ikke har vært mulig å finne på HF-nivå, der det er åpenbare synergier ved samordning og der dette er nødvendig for å ivareta forsyningsikkerheten for hvert enkelt HF ved omfordeling av materiell.

Situasjonsbeskrivelse ved pandemien utbrudd:

1. Ingen av HF-ene hadde etablert lager av smittevernmateriell av et slik omfang at det kan ansees som beredskap egnet for å møte en pandemi.
2. Det var uklarhet omkring hvilket utstyr som ville være påkrevd fordi smitteformen ikke var klarlagt i en tidlig fase. Det manglet også anslag for forbrukstall per pasientdøgn som grunnlag for beregning av behov.
3. Internasjonalt startet alle sykehus hamstring av basalt utstyr, og markedet brøt tidlig sammen. Allerede tidlig i mars meldte leverandører om leveringsproblemer.

Det ble iverksatt en rekke tiltak både i regi av Helse Nord RHF, Helse Sør-Øst RHF og fra Sykehusinnkjøp HF sin side den 3. mars 2020 med kartlegging av lagerstatus og oppstart av scenarioarbeid for antatt forbruk og beredskapsbehov. Den 11. mars ble Helse Sør-Øst og Sykehusinnkjøp tildelt ansvaret for overvåking av leveringssituasjonen og etablering av en nasjonal forsyningsløsning. Koordineringsgruppen for utstyr og fordeling (KUF), bestående av representanter fra Helsedirektoratet, Sykehusinnkjøp, Helse Sør Øst og de øvrige RHF-ene ble etablert og fikk ansvar for overvåking av den nasjonale forsyningsstatusen for kritiske varer og fordeling av innkommende varer til nasjonalt lager. Forsyning til kommunene var også omfattet av denne løsningen.

Den 11.mars iverksatte RHF-et daglig rapportering på lagerstatus for smittevernmateriell med oversikt over beholdning på alle sentral- og beredskapslager i regionen. Sentralforsyningen ved UNN i Harstad påtok seg ansvar for drift av felles forsyningslager for regionen, noe som var helt nødvendig for å kunne holde kontroll med inngående varer, fordeling mellom kommunene og HF-ene, samt videre distribusjon. Det ble iverksatt forberedelser til etablering av fordeling og distribusjon av smittevernmateriell til kommunene. Det overordnede ivaretas av Helsedirektoratet og

Fylkesmannen i Troms og Finnmark og i Nordland. Fordeling på enhetsnivå, plukking og forsendelse ivaretas av Helse Nord RHF.

Den første leveranse fra den nasjonale forsyningsordningen ankom regionen den 4. april. Allerede dagen etter startet distribusjon av en andel til kommunene basert på fordeling foretatt av fylkesmennene. Det er i tiden etter dette etablert velfungerende rutiner for fordeling av materiell til kommunene i Nord-Norge og helseforetakene. Direktørmøte ga sin tilslutning til etablering av et felles beredskapslager i Harstad den 11. juni. Arbeidet med etablering av lageret er igangsatt og det ventes store leveranser i tiden fremover fra den felles innkjøpsordningen i regi av Helse Sør-Øst.

3.2.1.2 Egenevaluering Smittevernustyr og annet kritisk materiell

Innkjøpsseksjonen har foretatt en egenevaluering av håndteringen av området. Det forelå ingen planer eller tiltakskort på regionalt nivå ved inngangen til pandemien, og status ved de ulike HF-ene var gjennomgående at det ikke forelå planer for håndtering av vareforsyningen. Nasjonale tiltak initiert av Hdir og utført av Sykehusinnkjøp og Helse Sør-Øst har vært avgjørende for å sikre forsyningen av kritisk materiell. De tiltakene som er iverksatt for sikring av forsyningen av smittevernustyr vurderes av avdelingen, å være adekvat og rettidig, men det er noen viktige utfordringer som det må gripes tak i, for å sikre en bedre vareforsyning fremover.

En svakhet er at innkjøps- og forsyningsfunksjonene ved HF-ene ikke er koordinert, de har ulike løsninger, og det er i liten grad etablert operativ samhandling mellom foretakene. Selv om alle benytter clockwork til sine logistikk-løsninger, og at det dermed ligger til rette for god samordning, er dette ikke realiteten. Sterkere regional samordning, produktstandardisering og like driftsrutiner vil bidra vesentlig for styrking av beredskapen i regionen.

I en tidlig fase ble det etablert en gruppen med personer i nøkkelroller i vareforsyningen ved HF-ene. Dette skjedde uten noen formell henvendelse til HF-ene, men med direkte kontakt til det operative nivået. Gruppen bestod av personell med daglig forsyningsansvar, og med stor grad av løsningsorientering og god situasjonsforståelse. Den operative logistikkfunksjonen samarbeider normalt i liten grad på tvers av HF-ene. Beredskapsmessig vil det være en styrke om det etableres et fast samarbeidsforum for forsyningsleddet ved alle HF-ene.

Underveis har innkjøpsavdelingene måttet finne alternative produkter og løsninger for å sikre tilstrekkelig forsyning. Manglende involvering fra fagmiljøene har vanskeliggjort kvalitetssikring av produkter og endrede metoder. Det har også vært vanskelig å få klarlagt kritikalitet knyttet til leveringssvikt på enkeltprodukter. Forsyningsavdelingene har ikke kompetanse til å foreta produktbeslutninger og er avhengig av faglige vurderinger. Det må etableres permanente produktråd som kan gjøre slike vurderinger

fortløpende i en situasjon med leveringssvikt.

I tillit til leverandørenes leveringsevne har det over flere år vært fokusert på effektivisering av vareforsyningen på sykehusene med nedbygging av lagervolum og begrensning av lagerført sortiment. Lagerlokalene ved sykehusene er tilpasset denne driften, og det er i liten grad plass til å ta imot ekstra volumer i en krisesituasjon eller ved etablering av et beredskapslager.

Tilliten til forsyningslinjene er stor og det foreligger ingen analyse av enkeltprodukters kritikalitet. Størstedelen av sortimentet som benyttes ved avdelingene leveres direkte fra leverandør, og forsyningsavdelingene har ikke noe forhold til disse produktene. Det bør gjennomføres en analyse av enkeltprodukters kritikalitet i en mangelsituasjon, og vurderes om flere produkter bør lagerføres og eventuelt inngå i et beredskapslager. Dette arbeidet må gjøres av fagpersonell.

3.2.1.3 Forbedringspunkter Smittevernutstyr og annet kritisk materiell

Innkjøpsseksjonen i RHF-et har vurdert at de viktigste forbedringspunktene er:

1. Bedre organiseringen av innkjøps- og forsyningsfunksjonen regionalt.
2. Behov for et felles regionalt beredskapslager for kritiske produkter.
3. Fagmiljøene må gjennom regionale og/eller nasjonale produktråd ta et vesentlig større ansvar for varesortimentet.

3.2.2 Intensivbehandling og intensivkapasitet

Kvalitets- og forskningsavdelingen (Kvafor) har på vegne av fagavdelingen vurdert området intensivbehandling og intensivkapasitet.

3.2.2.1 Observasjoner Intensivbehandling og intensivkapasitet

Helse Nord RHF fikk følgende oppdrag fra HOD i Foretaksmøte den 25.03.2020:

Klargjøre hva som må til for å realisere en økning av intensivkapasiteten ut over det som er meldt inn, hvor stor denne kan være, hvor lenge den kan opprettholdes og når en slik økning eventuelt kan være på plass. Dette omfatter blant annet personalressurser, medisinsk utstyr og lokaler.

RHF-et involverte og ga oppdrag til foretakene i Helse Nord i foretaksmøte den 27.03.2020.

Dette omfattet blant annet følgende områder:

- personalressurser (både kapasitet og kompetanse), inkludert ev. opplæring
- medisinsk utstyr, inkludert forbruksmateriell
- lokaler, inkludert gass, vannuttak, strømtilførsel og annet

På bakgrunn av mottatt oppdrag ble det gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse

hvor det i hendelsen *Manglende intensivkapasitet* ble identifisert og iverksatt en rekke tiltak.

3.2.2.2 Egevaluering Intensivbehandling og intensivkapasitet

Kvafor har foretatt en egevaluering av håndteringen av området. Det ble tidlig skapt en felles situasjonsforståelse internt i Helse Nord RHF, men det tok lengre tid å få en felles situasjonsforståelse i foretakene. Kriseforståelsen forplantet seg ulikt i HF-ene, og gjorde det dermed krevende å få opp de faglige problemstillingene i rett tid i foretakene. Erfaringen er at det tok tid å få felles oppfattelse av størrelsen og omfanget av trusselen, og hvordan man definerer en intensivseng i denne konteksten.

De ulike lokasjonene i foretakene opplevdes å være selvstendige enheter, med manglende koordinering og kommunikasjon på tvers av HF-et. Etableringen av et felles regionalt intensivnettverk anses å ha vært positivt for å styrke samarbeid og koordinering.

Rigging av maler og rammeverk for rapportering mm. ble godt mottatt. Evalueringen viser at det er viktig å innhente innspill fra de det gjelder før verktøyet besluttes tatt i bruk, slik at disse kan justeres før produksjonssetting.

Det har ikke eksistert tiltakskort, men det vanskelig å si om dette kunne ha vært til stede i forkant. Læringskurven i beredskapsarbeid har vært bratt, og det ville vært nyttig å ha hatt felles forventningsavklaringer og opplæring i basale rutiner og retningslinjer.

Det kunne enda tidligere vært avklart hvordan kontinuitet kunne sikres i tilfelle frafall, på grunn av stor arbeidsbelastning i perioder, herunder tydeligere føringer om hvordan beredskapsledelsen kan ivareta kritiske funksjoner i tilfelle sykdom/ fravær/ overbelastning for kritiske funksjoner. HF-ene beveget seg saktere over i høyere beredskap enn RHF-et, noe som skapte frustrasjon i foretakene.

Adm. direktørs gode videreformidling av alvoret i trusselen, bidro til felles situasjonsforståelse. Adm. direktør har vært en god katalysator for arbeidet og vært tydelig på hvilke arbeidsstrømmer som er viktige og som må prioriteres. Etter hvert ble det etablert bedre og tydeligere struktur på viktige møtearenaer og samhandlingsarenaer. Det er viktig å være tydelig på at også flere RHF enn Helse Sør-Øst skal være tett på sentrale myndigheter i en krisesituasjoner. Adm. direktør har også klart å ha et internt fokus og bidratt til å motivere og informere. Dette har også bidratt til bedre arbeid i matrise og fellesskap om viktige oppgaver.

3.2.2.3 Forbedringspunkter Intensivbehandling og intensivkapasitet

Følgende forbedringspunkter er kommet opp ved egevaluering av området *Intensivbehandling og intensivkapasitet*:

1. Skape felles situasjonsforståelse på tvers av foretaksgruppen for å få opp de faglige problemstillingene i rett tid i foretakene.
2. Avklare maler og rammeverk for rapportering før produksjonssetting.
3. Avklare felles forventninger og opplæring i basale rutiner og retningslinjer innen beredskapsarbeid.
4. Tydeligere føringer/tanker om hvordan beredskapsledelsen kan ivareta kritiske funksjoner i tilfelle sykdom/fravær/overbelastning.

3.2.3 Kritisk personell

Seksjon for HR/Organisasjon i Helse Nord RHF har vurdert området kritisk personell.

3.2.3.1 Observasjoner Kritisk personell

For å kunne sikre nok kompetanse i regionen til å ivareta kritiske funksjoner for personellområdet under pandemien ble det raskt konstatert behov for å samordne ressurser/tiltak, både regionalt og nasjonalt. Man så behovet for å utnytte ressursene optimalt og i felleskap komme fram til de beste tiltakene.

I inngangen av pandemien var det mye usikkerhet rundt hva som var gjeldende føringer for karantene.

Viktigheten av å sørge for å ivareta personell har blitt særskilt adressert både i foretakene og i et regionalt samarbeid.

I tillegg til å koordinere personellressurser regionalt og nasjonalt, og omdisponere eget personell lokalt observerte man ytterligere behov for å rekruttere personell.

I regi av RHF-et er det etablert et regionalt register over mobiliserbart reservepersonell som oppdateres to ganger i måneden med oversikter over mobiliserbart helsepersonell i regionen. Registeret inneholder blant annet oversikter over permittert helsepersonell som løpende registreres i arbeidsgiverportalen til NAV. Tilgangen til slike oversikter fra NAV kom til i kjølvannet av det samarbeidet som Helse Nord hadde i oppstarten tilknyttet den nasjonale Inkluderingsdugnaden, hvor kontakten nylig var etablert mellom RHF-ene og oppnevnte regionale NAV kontakter. Registeret tilfredsstiller nå kravet til personvern og foretakene er gitt tilgang.

Rent administrativt har det at såpass stor andel av de ansatte har gått inn og ut av karantene, gitt mye merarbeid for stab/støtte personell i foretakene.

- a. Dette er knyttet til oppfølging/registrering av fravær med egne korona koder, og utarbeidelse og hyppig revidering av nye rutiner/retningslinjer, ettersom regelverket ble endret med jevne mellomrom.
- b. En annen konsekvens av at en høy andel ansatte ble satt i karantene, har vært at behovet for innleie i perioden har økt. Løpende vurderinger av hvem som kunne gis

unntak fra karanteneregler for å bidra med kritisk kompetanse, har i den sammenheng vært en krevende balansegang. Helse Nord har derfor under pandemien innført en nokså omfattende omstrukturering av hvordan innleie administreres i foretakene. Gjennom regionalt samarbeid har man gått fra å ha mange bestillere på ulike nivå, til en felles regional koordinator som i samarbeid med kun en ansvarlig kontakt for innleie per foretak, har sørget for en samlet koordinering av hvor mange og hvem som kunne godkjennes fra virksomhetsleder til å unntas gjeldende karanteneregler. *Samtidig som at behovet for innleie har økt, har tilgangen på innleiepersonell blitt redusert og har forsterket utfordringen Helse Nord har som relativt sett har en høy andel innleiepersonell sammenlignet med øvrige helseregioner.*

Det har også vært en god del ekstra arbeid knyttet til smittevern og prøvetaking av ansatte.

Alle tiltak gjennomført på personellområdet har vært forankret i en egen beredskapsplan for personellhåndtering under pandemien som ble utarbeidet og forankret i samarbeid med konserntillitsvalgte og konsernvernetjenesten i starten av pandemien. Helse Nord manglet en detaljert handlingsplan på personellområdet ved starten av pandemien.

Omdisponering og opplæring av alternativt personell har gjort at gjenværende personell har måttet arbeide mer enn normalt, noe som har vært håndtert ved endring av turnuser (mer helgejobbing) og overtid. Så til tross for relativt lave smittetall har ulike karantenebestemmelser ført til økt bruk av gjenværende personell, midlertidige ansettelser og økt innleie der det har vært mulig.

3.2.3.2 Egenevaluering Kritisk personell

Seksjon for HR/Organisasjon har foretatt en egenevaluering av området.

For å sikre nok kompetanse i regionen ble det opprettet nasjonale og regionale nettverk som skal støtte beredskapsledelsen og linjeledelsen med å koordinere og gjennomføre ulike typer tiltak.

Helse Nord opprettet tidlig en egen internettside hvor informasjon om pandemien raskt ble oppdatert og delt i hele foretaksgruppen. En streng praktisering av karantenereglene i Nord-Norge har gjort at det til tider har vært en relativt stor andel av de samlede årsverkene som har blitt satt i karantene. Dette har medført driftsmessige utfordringer og alternativ bruk av bemanning i perioden.

I tillegg til en egen veileder for ivaretagelse av personell er det utarbeidet et eget webinar som fokuserer på ivaretagelse av intensivpersonell hvor ansatte fra Aker sykehus har delt sine erfaringer.

Det har i perioden vært arbeidet aktivt med rekruttering av helsepersonell. Det er utarbeidet egne kampanjer med stillingsannonser hvor sosiale media aktivt tas i bruk for å rekruttere reservepersonell utenfra. Mange av de som ble rekruttert til slike midlertidige koronastillinger var studenter, så det ble derfor i regi av det regionale samarbeidsorganet for utdanning, laget en egen veileder for studenter i praksis under pandemien.

Ved behov kan foretakene bruke registeret for mobiliserbart reservepersonell for å dekke økt personellbehov. Det er gitt opplæring i bruken av registeret, men er anbefalt repetert da løsningen er helt ny, og det vil nå bli et opphold til eventuelt nytt behov for ekstra personell blir aktualisert.

Det er blitt utarbeidet felles kodeverk og retningslinjer knyttet til koronafraværet for å kunne administrere og følge opp denne type fravær. Dette har bidratt til at Helse Nord best mulig har kunnet anslå omfanget og konsekvensene av korona på personellområdet, ref. endring i månedsverk og fravær.

3.2.3.3 Forbedringspunkter Kritisk personell

Følgende forbedringspunkter er kommet opp ved egevaluering av området *Kritisk personell*:

1. Behov for ny opplæring i bruk av registeret for reservepersonell etter sommerferien.
2. Løse utfordringer med hensyn til økt behovet for innleie av vikarer samtidig med at tilgangen på innleiepersonell blitt redusert.
3. Innarbeide detaljert handlingsplan på personellområdet i planverket for fremtidige beredskapssituasjoner.

3.3 Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien

3.3.1 Observasjoner Bruk av hjemmekontor

Det ble gjennomført intern spørreundersøkelse i Helse Nord RHF om bruk av hjemmekontor i forbindelse med beredskapssituasjonen ved covid-19-pandemien. Undersøkelsen ble sendt ut til alle ansatte Helse Nord RHF, inklusive SKDE og FRESK. Gjennomføringsperiode for undersøkelsen var fra 25. mai til 3. juni 2020. Svarprosenten var på tilnærmet 60 %. Hovedfunnene med aktuelle forbedringspunkter, både i forhold til eventuelle nye opptrappingsbehov av tiltak for å ivareta smittevern, men også med tanke på nye måter å organisere arbeidsdagen på inn i den såkalt «nye normalen», ble presentert i ledergruppemøte den 9. juni. Denne rapporten vil ikke gjenta ledergruppesakens innhold, men kun gjengi en kort oppsummering av de viktigste forholdene, som også underbygger enkelte av de tilbakemeldingene som er gitt i spørreundersøkelsen, beskrevet i kapittel 3.1.

3.3.2 Vurderinger Bruk av hjemmekontor

Det er trukket frem enkelte forhold som det er viktig å vurdere i en eventuell ny bølge av pandemien. Ansatte som ikke er en del av beredskapsstaben har til dels følt seg utenfor og lite nyttige. Det er flere kommentarer på at kompetanse og ledig kapasitet ikke har vært godt nok utnyttet i en kombinasjon av hjemmekontor og avgrenset deltakelse i Beredkapsoppgaver, kombinert med at ordinære oppgaver har blitt satt på vent. Tydeligere avklaringer og kommunikasjon på hvilke ordinære oppgaver som kan jobbes videre med, også i en beredskapssituasjon foreslås.

Videre er det kommentert at kortere møter på Skype fungerer bra og burde brukes mer også fremover. Slike møter kan bidra til redusert behov for jobbreiser, noe som også fremheves som positivt. Det som trekker ned er begrensninger i hvor mange som kan være pålogget samtidig og tregt nett. Behov for en fremskyndet innføring av Teams foreslås av flere som et viktig tiltak. Enkelte har ikke tilgang til mobilt kontor og etterspør det.

Tilrettelegging for sosiale treff både digitalt og utendørs i mindre grupper fremmes som tiltak som for enkelte har bidratt positivt til å opprettholde det sosiale limet i arbeidsmiljøet. Det samme etterspørres også fra en ganske stor andel som ikke har hatt ledere eller kollegaer som har lagt til rette for slike tiltak utenom de faste fellesmøtene.

Det er noen kommentarer som indikerer usikkerhet om hva som har vært gjeldende føringer fra arbeidsgiver i forhold til både innføring og oppløsning av ordningen med hjemmekontor. Enkelte kommentarer uttrykker utrygghet på smittefare fremover og hvorvidt arbeidsgiver har sikret gode nok smittevernstiltak for de som kommer tilbake på jobb. Svarene på spørsmålet om man opplever å få klare retningslinjer fra RHF-et angående covid-19 hvor 91,89% svarer at de er delvis eller helt enige i at dette er godt håndtert indikerer likevel at dette ikke har vært en utbredt problemstilling. Dette understøttes ytterligere av påfølgende spørsmål på om det er informasjon man savner fra arbeidsgiver hvor 91,89% svarer nei.

De fleste åpne kommentarene til RHF-ets håndtering av pandemien er også positive og det er 21 respondenter som på eget initiativ har valgt å kommentere at intern kommunikasjon og oppfølging har vært tilfredsstillende. Allmøtene med adm. direktør nevnes spesielt som et positivt tiltak som flere håper kan fortsette også inn i «den nye normalen».

3.3.3 Forbedringspunkter Bruk av hjemmekontor

Dersom hjemmekontorordningen må videreføres, er det kommet opp noen forslag til forbedringspunkter:

1. Bedre tilrettelegge for at kollegaer treffes oftere i mer uformelle fora, både fysisk og virtuelt.
2. Bedre struktur og regelmessighet i arbeidsdagen med faste tidspunkt for både møter, eget arbeid, pauser og et tydeligere skille mellom jobb og fritid.
3. Etablere felles tidspunkt for «lunsj med kolleger».
4. Videreføre digital deltakelse i møter i den «nye normalen».

4 anbefalinger og læringspunkter

4.1 anbefalinger

Evalueringsgruppa anbefaler Helse Nord RHF å:

1. Gjennomgå bevaringspunkter og sikre at disse videreføres i den «nye normalen».
2. Gjennomgå foreløpige forbedringspunkter og prioritere utarbeidelse av handlingsplan ut fra risikovurdering, i forkant av mulig økning av smitte i regionen.

4.2 Bevarings- og forbedringspunkter

4.2.1 Det strategiske beredskapsarbeidet internt i Helse Nord RHF

Bevaringspunkter

B1	Tydelig plassert strategisk ansvar for beredskapsarbeidet i beredskapsledelsen.
B2	Klare og tydelige beslutninger.
B3	Raskt identifisere og involvere fagområder som er vesentlige i beredskapsarbeidet (eks. HR, innkjøp og smittevern).
B4	Etablere møtearenaer med relevante aktører – både internt og eksternt – for å sikre felles situasjonsforståelse og å løse oppgaver.
B5	Evne og vilje til samarbeid på tvers av foretak og mellom profesjoner, som sikrer bedre resultat.
B6	Fast struktur på beredskapsledelsesmøtene. At alle relevante fagområder deltar har skap felles situasjonsforståelse, også for de utfordringer man har hatt, hvilke tiltak som bør iverksettes og konsekvensen av disse.
B7	Matrisejobbing, med etablerte møtepunkter, for å løse oppgaver.
B8	Videreføre matrisejobbingen i normal drift.
B9	Bruke HelseCIM og sikre god loggføring.
B10	Videreføre oppnådde fremskritt på flere områder, som er gjennomført i løpet av et par måneder som tidligere har tatt flere år.

Forbedringspunkter

F1	Oppdatere beredskapsplaner: <ul style="list-style-type: none">• regional beredskapsplan• intern beredskapsplan i RHF-et, der RHF-ets operative rolle er mer detaljert beskrevet• regional smittevernplan, også spesifikt rettet mot pandemi. Inkludering av rutiner for kommunikasjon i planverket.
F2	Tydeliggjøre beslutningslinjer og fullmakter i forkant av hendelser.
F3	Definere intern ansvars- og oppgavefordeling, herunder identifisere hvilke aktuelle områder som er nødvendige i en pandemi, eks. pasientreiser som ble inkludert på et sent tidspunkt. Tydelig beskrive ansvar og forventninger til arbeidsoppgaver, og betydningen av endring av beredskapsnivå.
F4	Utarbeide hendelsesbaserte rollebeskrivelser, prosedyrer og tiltakskort for alle funksjoner i beredskapsledelsen, inklusive for KORSN.

F5	Gjennomføre opplæring og øvelser i normalsituasjon.
F6	Definere stedfortredere for hele beredskapsledelsen.
F7	Være mer tydelig på hvilke normaloppgaver som kan legges til side i en beredskapssituasjon, planlegge prioriterte normaloppgaver.
F8	Avklare ansvars- og rapporteringslinjer ved matriseorganisering i beredskapssituasjoner.
F9	Innarbeide risiko- og sårbarhetsanalyser med tiltak i større grad i beredskapsledelsesmøter og lignende fora.
F10	Benytte riktig ressurs til riktig oppgave, for å sikre en forsvarlig arbeidsbelastning på den enkelte.
F11	Bedre kommunikasjon med og ledelse av medarbeidere som har hjemmekontor over lengre tid, eventuell involvering i beredskapsarbeidet.
F12	Bevisst bruk av informasjonskanaler. Beskrive hvilken kanal som benyttes til hvilken målgruppe og type informasjon.
F13	Etablere ansvarlige i RHF-et for utvikling, forvaltning og drift av HelseCIM for Helse Nord RHF og foretaksgruppen.
F14	Benytte HelseCIM bedre som rapporteringsverktøy for hele foretaksgruppen.
F15	Revurdere og endre etablert møtestruktur i løpet av beredskapsarbeidet. Dette for å unngå deltagelse i møter med mye likt innhold, som tar tid fra operativt arbeid og andre funksjoner.
F16	Samhandle med private leverandører av helsetjenester på et tidligere tidspunkt i beredskapsarbeidet.

4.2.2 Evaluering av de prioriterte områdene - forbedringspunkter

Smittevernutstyr og annet kritisk materiell:

F17	Bedre organiseringen av innkjøps- og forsyningsfunksjonen regionalt.
F18	Behov for et felles regionalt beredskapslager for kritiske produkter.
F19	Fagmiljøene må gjennom regionale og/eller nasjonale produktråd ta et vesentlig større ansvar for varesortimentet.

Intensivbehandling og intensivkapasitet:

F20	Skape felles situasjonsforståelse på tvers av foretaksgruppen for å få opp de faglige problemstillingene i rett tid i foretakene.
F21	Avklare maler og rammeverk for rapportering før produksjonssetting.
F22	Avklare felles forventninger og opplæring i basale rutiner og retningslinjer innen beredskapsarbeid.
F23	Tydeligere føringer/tanker om hvordan beredskapsledelsen kan ivareta kritiske funksjoner i tilfelle sykdom/fravær/overbelastning.

Kritisk personell:

F24	Behov for ny opplæring i bruk av registeret for reservepersonell etter sommerferien.
F25	Løse utfordringer med hensyn til økt behovet for innleie av vikarer samtidig med at tilgangen på innleiepersonell blitt redusert.

F26	Innarbeide detaljert handlingsplan på personellområdet i planverket for fremtidige beredskapssituasjoner.
-----	---

4.2.3 Evaluering av bruk av hjemmekontor under pandemien - forbedringspunkter

F27	Bedre tilrettelegge for at kollegaer treffes oftere i mer uformelle fora, både fysisk og virtuelt.
F28	Bedre struktur og regelmessighet i arbeidsdagen med faste tidspunkt for både møter, eget arbeid, pauser og et tydeligere skille mellom jobb og fritid.
F29	Etablere felles tidspunkt for «lunsj med kolleger».
F30	Videreføre digital deltakelse i møter i den «nye normalen».

Helse Nord RHF og våre helseforetak

Beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien 2020

Evaluering - delrapport 2

Evalueringsgruppa i Helse Nord RHF, 15.01.2021

Godkjent av adm. direktør Cecilie Daae, 18.02.2021

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	4
Formål med evalueringen	4
Fokus for evalueringen	4
Anbefalinger	5
Bevarings- og forbedringspunkter	5
Evaluering av beredskapsarbeidet i Helse Nord RHF – vurdert av helseforetakene	5
Evaluering av beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – vurdert av statsforvaltere.....	6
Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – vurdert av fylkeskommuner og kommuner.....	6
Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – vurdert av Forsvaret.....	7
Innledning.....	8
1 Formål og omfang.....	9
1.1 Formål med evalueringen.....	9
1.2 Hovedmål	9
1.3 Delmål	9
1.4 Strategier.....	9
1.5 Fokus for evalueringen	10
1.6 Metode.....	11
2 Observasjoner og vurderinger	11
2.1 Evaluering av Helse Nord's beredskapsarbeid - helseforetak.....	11
2.1.1 Temaområde ansvar og oppgavefordeling.....	12
2.1.2 Temaområde møteaktivitet og koordinering.....	16
2.1.3 Temaområde rapportering og formidling	21
2.1.4 Temaområde disponering av personell og styringsrett.....	22
2.1.5 Oppsummering og læring.....	23
2.2 Evaluering av foretaksgruppen Helse Nord's beredskapsarbeid - statsforvaltere og sysselmann.....	26
2.2.1 Temaområde ansvar og oppgavefordeling.....	26
2.2.2 Temaområde innkjøp av smittevernutstyr	27
2.2.3 Temaområde møteaktivitet og koordinering.....	28
2.2.4 Temaområde samhandling.....	28
2.2.5 Temaområde informasjonsflyt	28
2.2.6 Temaområde kompetanse og personellbehov	29

2.2.7	Temaområde prioritering av pasientgrupper	29
2.2.8	Temaområde covid-19-rehabilitering	29
2.2.9	Oppsummering og læring.....	30
2.3	Evaluering av foretaksgruppen Helse Nords beredskapsarbeid - fylkeskommuner og kommuner	30
2.3.1	Temaområde ansvar og oppgavefordeling.....	31
2.3.2	Temaområde innkjøp av smittevernutstyr	33
2.3.3	Temaområde møteaktivitet og koordinering.....	34
2.3.4	Temaområde samhandling.....	35
2.3.5	Temaområde informasjonsflyt	36
2.3.6	Temaområde kompetanse og personellbehov	38
2.3.7	Temaområde prioritering av pasientgrupper	38
2.3.8	Temaområde covid-19-rehabilitering	39
2.3.9	Oppsummering og læring.....	40
2.4	Evaluering av foretaksgruppen Helse Nords beredskapsarbeid - Forsvaret	41
2.4.1	Temaområde ansvar og oppgavefordeling.....	42
2.4.2	Temaområde møteaktivitet og koordinering.....	43
2.4.3	Liaisonoffiserer	43
2.4.4	Oppsummering og læring.....	43
3	Anbefalinger og læringspunkter	44
3.1	Anbefalinger	44
3.2	Bevarings- og forbedringspunkter.....	44
3.2.1	Beredskapsarbeidet i Helse Nord RHF –helseforetak	44
3.2.2	Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord –statsforvaltere.....	45
3.2.3	Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – fylkes- og kommuner	46
3.2.4	Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord –Forsvaret	46

Sammendrag

Denne delrapporten oppsummerer evalueringen av Helse Nord's beredskapsarbeid og håndtering av covid-19-pandemien fram til desember 2020 og er utarbeidet av evalueringsgruppa i Helse Nord RHF, basert på evalueringsdirektiv av 8. mai 2020.

Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er å vurdere hvordan Helse Nord RHF og foretaksgruppen i Helse Nord som beredskapsorganisasjoner utøver ledelse og beredskapsarbeid for å ivareta sitt ansvar og samfunnsoppdrag under covid-19-pandemien. Analyse og diskusjon skal ende opp i læringspunkter (bevarings- og forbedringspunkter).

Fokus for evalueringen

Evalueringen er delt inn i følgende faser:

Første fase – delrapport 1:

- Intern evaluering av Helse Nord RHF sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå (*Beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020 – Foreløpig evalueringsrapport*, datert 01.07.2020). Første fase av evalueringen omfattet også pandemiens påvirkning på arbeidssituasjonen til de ansatte i RHF-et, se rapportens kap.3.3.

Andre fase – delrapport 2:

- ***Våre helseforetaks evaluering av RHF-et sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå.***
- ***Våre samarbeidspartnere sin evaluering av Helse Nord RHF og våre helseforetak sine leveranser av spesialisthelsetjenester og vårt bidrag i beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien.***

Tredje fase – delrapport 3:

- Evaluering av brukererfaringer under covid-19-pandemien basert på brukerundersøkelser, forskningsartikler, pandemiregister og informasjon fra brukerorganisasjonene.

Denne evalueringsrapporten, delrapport 2, omhandler og oppsummerer:

- Resultatene fra spørreundersøkelser til informanter fra beredskapsledelse og utvalgte ledere i helseforetakene, som er eid av Helse Nord RHF.
- Resultatene fra spørreundersøkelser til statsforvaltere¹, Sysselmann, fylkeskommuner, kommuner og Forsvaret.

¹ Fra 1.1.2021 har fylkesmann endret navn til statsforvalter, som brukes som tittel gjennom rapporten

Rapporten inkluderer både bevarings- og forbedringspunkter som er avdekket i denne fasen av evalueringen. Basert på definerte læringspunkter skal ledelsen i Helse Nord RHF og våre helseforetak utarbeide risikoanalyserte handlingsplaner for ledelsesforankring og implementering.

Anbefalinger

Evalueringsgruppa anbefaler Helse Nord RHF og helseforetakene å:

1. Gjennomgå bevaringspunkter og sikre at disse videreføres i den «nye normalen».
2. Gjennomgå foreløpige forbedringspunkter og prioritere utarbeidelse av handlingsplan ut fra risikovurdering, i forkant av mulig økning av smitte i regionen.

Bevarings- og forbedringspunkter

Evaluering av beredskapsarbeidet i Helse Nord RHF – vurdert av helseforetakene

Bevaringspunkter

1. Samarbeide tett i hele regionen med regionale koordineringsmøter/nettverksmøter, både for å skape felles situasjonsforståelse, diskutere problemstillinger og formidle hvilke beslutninger som er tatt.
2. Fortsette smittevernarbeidet i Helse Nord i regi av KORSN, noe som har fungert bra.
3. Ha felles plan i Helse Nord for innkjøp av og overordnet koordinering av forsyning av kritisk utstyr.
4. Helse Nord RHF må fortsette å formidle nasjonalt de krevende beredskapsutfordringer som er i nord grunnet geografi mv.

Forbedringspunkter

1. Helse Nord RHF må oppdatere de regionale beredskapsplanene og sørge for at disse er koordinert og samstemt med helseforetakenes egne planer, herunder øve på krisesituasjoner i normalsituasjon for å være godt forberedt. Beredskapsplanene må også inkludere en tydelig kommunikasjonsstrategi.
2. Etablere bedre struktur på regionale koordineringsmøter, med rask ferdigstilling av møtereferater og oppfølgingslister med ansvarlige og frister.
3. Påse riktig sammensetning av ulike møtefora/fagnettverk både fra RHF-et og fra helseforetakene. Sikre at etablerte nettverk har tydelige og riktige mandater for beredskapssituasjoner, slik at det ikke oppstår uavklarte parallelle styringslinjer på tvers av linjeledelse.
4. Etablere beredskapslagre for smittevernutstyr og annet kritisk utstyr lokalt og regionalt, herunder sikre at medisinsk-teknisk utstyr oppgraderes jevnlig.
5. Etablere tilgjengelige legemiddellagre, og beskrive i planverket fast kontaktpunkt på RHF-nivå for avklaringer og regional koordinering på legemiddelområdet, herunder utarbeide anbefalinger knyttet til foretakenes forvaltning av legemiddelberedskap.
6. Samordne regionale beredskapsplaner ved IKT-hendelser, herunder oppdatere IKT-strategien for enklere å sette i gang strakstiltak i en beredskapssituasjon.
7. I enda større grad se kapasiteten under ett i Helse Nord, i og med at det er knapphet på både personellressurser og utstyr.

- | |
|--|
| 8. Beskrive ansvar og ordninger for pasientlogistikk/transport av intensiv-/covid-19-pasienter internt i Helse Nord. |
|--|

Evaluering av beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – vurdert av statsforvaltere

Bevaringspunkter

- | |
|--|
| 5. Fortsette med tett dialog mellom samarbeidspartnere for å styrke samhandling og for å se gjensidig avhengighet. |
| 6. Fortsatt være tilgjengelig og ha hyppig kontakt med øvrige beredskapsaktører og anerkjenne statsforvalternes vurderinger. |
| 7. Fortsatt gjennomføre inkluderende møter som bidrar til gode og faglige diskusjoner, som grunnlag for relevante tiltak. |

Forbedringspunkter

- | |
|---|
| 9. Spesialisthelsetjenesten må se sin rolle som bidragsyter til kommunene, slik at de lykkes i sitt arbeid for å opprettholde kapasitet til å håndtere pasientene utenfor sykehusene (revidere samhandlingsavtalene). |
| 10. Bidra til mer effektivitet i samhandlingen mellom kommuner og sykehus, eks. for transport av covid-19-tester. |

Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – vurdert av fylkeskommuner og kommuner

Bevaringspunkter

- | |
|--|
| 8. Fortsatt tett dialog, samarbeid og samhandling innen temaområdene og på alle nivåer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. |
| 9. Fortsatt prioritere hurtig testing og tilstrekkelig laboratoriekapasitet, smittevernutstyr, og kompetanse og kapasitet i sykehus. |

Forbedringspunkter

- | |
|--|
| 11. Ha en tydelig og omforent kanal for relevant informasjon til og kommunikasjon med kommunene og fastlegene. |
| 12. Bidra til å styrke samhandlingen gjennom helsefelleskapene. |
| 13. Organisere beredskapspersonell fra sykehusene som kan gjøres tilgjengelig for kommuner ved kortvarige behov for bistand, herunder tilpasse samhandlingen ut fra kommunenes behov. |
| 14. Involvere kommunene i beredskapsplanarbeidet og avklare ansvarsforhold mellom kommunene og helseforetakene på et tidligere tidspunkt, herunder avklare om kommunene har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter (revidere samhandlingsavtalene). |
| 15. Forbedre transportlinjene for covid-19-tester. |
| 16. Forbedre logistikken for transport av mulig covid-19-smittede til sykehus. |
| 17. Avklare ansvarsforhold knyttet til dokumentasjon av og informasjon om kvalitetssikring av aktuelt smittevernutstyr. |

Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – vurdert av Forsvaret

Bevaringspunkter

10. Fortsatt se helhet og invitere inn samarbeidspartnere i nasjonal beredskap.

11. Fortsatt benytte liaisonoffiserer i krisesituasjoner til bl.a. informasjon, kommunikasjon og koordinering mellom Forsvaret og spesialisthelsetjenesten.

Forbedringspunkter

18. Knytte kontakt mot heimevernsdistriktet som har ansvar for det regionale sivilmilitære samarbeidet/ totalforsvaret.

19. Involvere Forsvaret i beredskapsplanarbeidet i Helse Nord.
--

20. Etablere forståelse for og styrke evne til planlegging i et lengre tidsperspektiv under en beredskapssituasjon som en pandemi (totalforsvaret).

Innledning

I januar 2020 oppsto det utbrudd av koronavirus SARS-CoV-2 i Kina. Viruset ble beskrevet som betydelig mere smittomt og farlig enn vanlig sesonginfluensa. I løpet av februar 2020 dokumenterte WHO en verdensomspennende spredning av viruset. I de fleste land kom utfordringen med mange og svært dårlige pasienter uforberedt på helsevesenet og samfunnet for øvrig samtidig med at det ble innført omfattende smitteverntiltak med nedstenging av viktige samfunnsfunksjoner. Helse Nord RHF og Helseforetakene i Helse Nord startet en opptrapping av beredskapsarbeidet mot covid-19-pandemien. Man etablerte nødvendige strukturer innad i Helse Nord og med våre samarbeidende etater for å håndtere en eskalerende situasjon.

Evalueringen tar for seg hvordan Helse Nord RHF og våre helseforetak har utøvd ledelse, beredskapsarbeid og levert spesialisthelsetjenester i forbindelse med covid-19-utbruddet. Denne rapporten oppsummerer evalueringen av Helse Nord RHF og helseforetakene i foretaksgruppen i Helse Nord og beskriver hvordan det er utført beredskapsarbeid og levert helsetjenester ved covid-19-pandemien fram til desember 2020.

Stortingsmelding **Meld. St. 10 (2016–2017) – Risiko i et trygt samfunn** fremhever betydningen av læring etter øvelser og hendelser. Det forventes at større hendelser skal evalueres og at funn og læringspunkter skal følges opp gjennom en ledelsesforankret tiltaksplan. Evaluering skal ikke være en aktivitet i slutten av en hendelse, men skal foregå fortløpende under hele håndteringen. I henhold til Folkehelseinstituttet sine prognoser om covid-19-utbruddet vil det komme topper med utbrudd framover i 2020 og et godt stykke inn i 2021. Det er viktig at vi evaluerer og trekker ut læringspunkter som kan implementeres før nye og større utfordringer kommer. Dersom pandemien varer ved vil det av samme grunn være aktuelt med gjentatte evalueringer på seinere tidspunkt.

Evalueringsarbeidet er gjennomført av evalueringsgruppa i Helse Nord RHF, basert på evalueringsdirektiv av 8. mai 2020. Evalueringsgruppa har vært delt inn i en kjernegruppe på 4 personer og en større arbeidsgruppe med representanter fra de fleste avdelinger i RHF-et.

Overordnet ansvarlig for evalueringsarbeidet er Jonny Brodersen, avdelingsdirektør Sikkerhets- og Beredskapsavdelingen.

Kjernegruppa har bestått av:

Jørgen Hansen – leder evalueringsgruppa, Sikkerhets- og Beredskapsavdelingen.

Janny Helene Aasen, Internrevisjonen

Jann-Hårek Lillevoll, Kvalitet og analyse, Kvalitets- og forskningsavdelingen

Kirsti Freibu Tidemann, Økonomi, Eieravdelingen

I tillegg har arbeidsgruppa høsten 2020 bestått av:
Anne May Knudsen, Kommunikasjonsavdelingen
Anita Mentzoni-Einarsen, HR/Organisasjon, Eieravdelingen
Randi Brendberg, Fagavdelingen
Haakon Eichler, HR/Organisasjon, Eieravdelingen
Ørnulf Thorbjørnsen, Innkjøp, Eieravdelingen
Unn Hamran, Administrasjonsavdelingen
Øivind Skogstad Hansen, arbeidstakerrepresentant

1 Formål og omfang

1.1 Formål med evalueringen

Formålet med evalueringen er å vurdere hvordan Helse Nord RHF og foretaksgruppen i Helse Nord som beredskapsorganisasjoner utøver ledelse og beredskapsarbeid for å ivareta sitt ansvar og samfunnsoppdrag under covid-19-pandemien. Analyse og diskusjon skal ende opp i læringspunkter (bevarings- og forbedringspunkter).

1.2 Hovedmål

1. Sørge for at befolkningen i regionen tilbys spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester, medisinske laboratorietjenester, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap og medisinsk nødmeldetjeneste, luftambulansetjeneste og ambulansetjeneste med bil og båt.
2. Understøtte beredskapsarbeidet i samfunnet for øvrig.

1.3 Delmål

- Forebygge og begrense smittespredning, sykdom og død.
- Sikre bemanning, utstyr og øvrige kapasiteter for å kunne gi behandling og omsorg til syke og døende.
- Opprettholde tillit og trygghet i samfunnet ved å gi kunnskapsbasert og helhetlig informasjon og retningslinjer til befolkningen og til andre samfunnssektorer.
- Bidra til å opprettholde vitale regionale og lokale samfunnsfunksjoner. Herunder kommunehelsetjenestene.

1.4 Strategier

De viktigste strategiene i pandemiarbeidet ved koronautbrudd er:

- Generelle hygienetiltak (hånd- og hostehygiene).
- Igangsette tiltak for å begrense smitteutbredelse.
- Medisinsk behandling av syke.

- Bygge kapasitet for testing og karantene/isolering til syke og mistenkt smittede med covid-19.
- Igangsette arbeid for å bidra til å sikre behandlingskapasitet i primær og spesialisthelsetjenestene.

1.5 Fokus for evalueringen

Evalueringen er delt inn i følgende faser:

Første fase – delrapport 1:

- Intern evaluering av Helse Nord RHF sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå (*Beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien 2020 – Foreløpig evalueringsrapport*, datert 01.07.2020). Første fase av evalueringen omfattet også pandemiens påvirkning på arbeidssituasjonen til de ansatte i foretaket, se rapportens kap. 3.3.

Andre fase – delrapport 2:

- ***Våre helseforetaks evaluering av RHF-et sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå.***
- ***Våre samarbeidspartnere sin evaluering av Helse Nord RHF og våre helseforetak sine leveranser av spesialisthelsetjenester og vårt bidrag i beredskapsarbeidet ved covid-19-pandemien.***

Tredje fase – delrapport 3:

- Evaluering av brukererfaringer under covid-19-pandemien basert på brukerundersøkelser, forskningsartikler, pandemiregister og informasjon fra brukerorganisasjonene.

Denne evalueringsrapporten, delrapport 2, omhandler og oppsummerer:

- Resultatene fra spørreundersøkelse til informanter fra beredskapsledelse og utvalgte ledere i helseforetakene, som er eid av Helse Nord RHF.
- Resultatene fra spørreundersøkelse til statsforvaltere og sysselmann
- Resultatene fra spørreundersøkelse til fylkeskommuner og kommuner
- Resultatene fra spørreundersøkelse til Forsvaret.

Rapporten inkluderer både bevarings- og forbedringspunkter som er avdekket i denne fasen av evalueringen. Basert på definerte læringspunkter skal ledelsen i Helse Nord RHF og våre helseforetak utarbeide risikoanalyserte handlingsplaner for ledelsesforankring og implementering.

1.6 Metode

Evalueringen er gjennomført som spørreundersøkelser, med bruk av undersøkelsesplattformen Netigate.

Spørreundersøkelsene er utarbeidet basert på:

- Forventede handlinger ut fra lover og forskrifter, tilgjengelig planverk, prosedyrer og tiltakskort.
- Forventede leveranser ut fra tildelte oppgaver i oppdragsdokument og i foretaksmøter

Informasjon fra informanter i beredskapsaktiviteter og ledelse i samhandlende og underliggende organisasjoner er viktig for å vurdere hvordan Helse Nord RHF og foretaksgruppen i Helse Nord har bidratt til håndteringen av covid-19-utbruddet i Nord-Norge. Det skal vurderes om tiltakene som er iverksatt har vært tilstrekkelige til å redusere risikoen for at uheldige hendelser inntreffer.

2 Observasjoner og vurderinger

2.1 Evaluering av Helse Nord's beredskapsarbeid - helseforetak

Denne delen av evalueringen av RHF-et sin beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå, er basert på spørreundersøkelse som er sendt ut til 187 ledere og ansatte som har hatt en rolle i helseforetakene knyttet til valgte temaer under covid-19-pandemien. Evalueringen omfatter ikke foretakenes eget beredskapsarbeid med fokus på pandemiens påvirkning på de ansatte. Ansvaret for dette ligger hos foretakene selv å evaluere, jf. orienteringssak 4 i styresak 65/2020 i Universitetssykehuset Nord-Norge, og styresak 106/2020 i Nordlandssykehuset. Det er foretakene selv som har valgt ut potensielle respondenter i foretakene for denne evalueringen, og alle foretakene i Helse Nord er representert i besvarelsene. Det er totalt 66 fullførte besvarelser, som gir en svarprosent på 40 %, noe som vurderes å gi et tilstrekkelig grunnlag for de anbefalinger til bevarings- og forbedringspunkter denne rapporten gir. Det gjøres oppmerksom på at antallet respondenter reduseres gjennom undersøkelsen, noe som vises som antall «n» i de enkelte figurene i rapporten. Det er i tillegg valgt å fjerne svar i form av «vet ikke» og «ikke aktuelt» fra de fleste grafoversikter. Denne delen av rapporten er delt inn i 4 temaområder:

- Ansvar og oppgavefordeling
- Møteaktivitet og koordinering
- Rapportering og formidling
- Disponering av personell og styringsrett

Temaområdene er basert på RHF-ets ansvar og oppgaver i samsvar med regional beredskapsplan 2013-2016.

Helse Nord RHF's rolle i en beredskapssituasjon er:

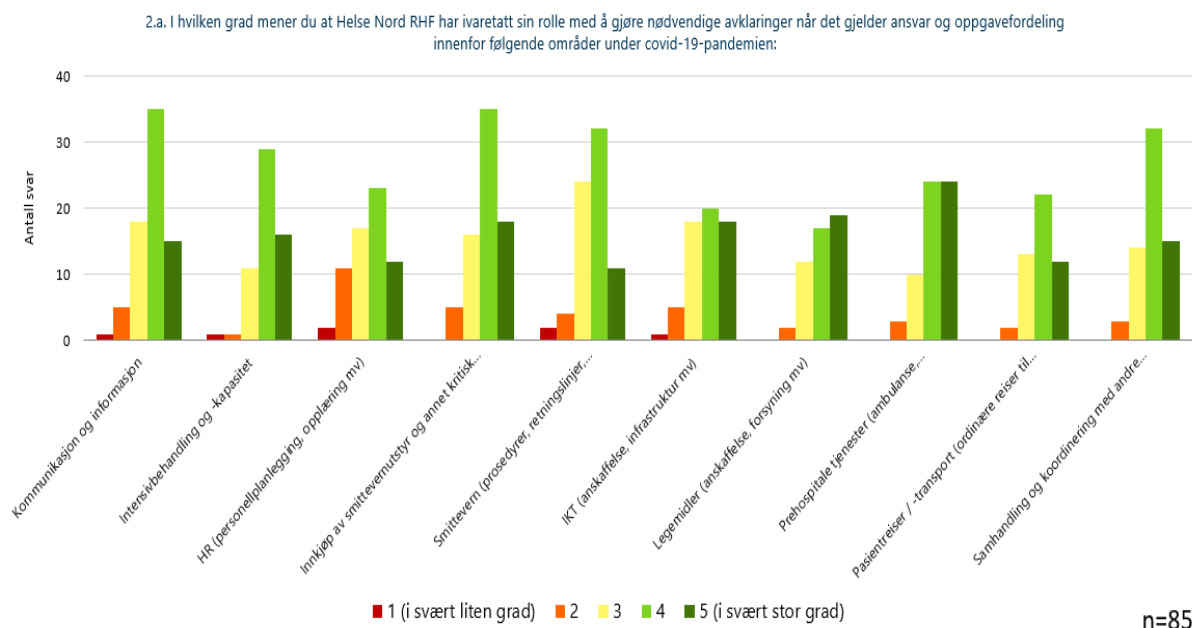
- å *ivareta sørge for*-ansvaret ved å sikre nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen
- å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder *ansvar og oppgavefordeling* ved behov
- å være *kontakt til og støtte* det enkelte helseforetak i beredskapssituasjoner som overgår kapasiteten til helseforetaket
- å hjelpe med *samordning* i beredskapssituasjoner som involverer flere helseforetak, også Helse Nord IKT
- å *rettlede og utøve myndighet* som eier, inkludert å ha kontakt med og *rapportere* til statlige organ
- å utøve styringsrett for *disponering av personell*
- å hjelpe det enkelte helseforetak med *informasjonstiltak*

2.1.1 Temaområde ansvar og oppgavefordeling

Helse Nord RHF skal i en beredskapssituasjon gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling i regionen. Respondentene er bedt om å besvare om RHF-et har ivaretatt sin rolle med å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling innenfor en rekke områder under covid-19-pandemien, jf. figur 1.

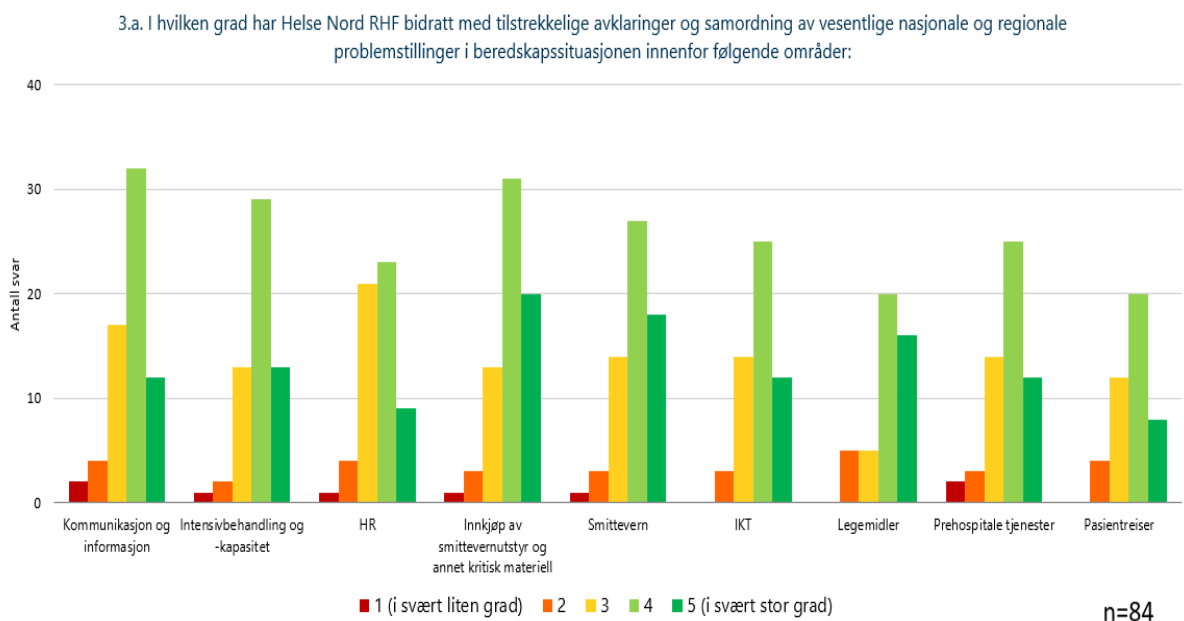
Områdene som er valgt ut er følgende:

- Kommunikasjon og informasjon
- Intensivbehandling - og kapasitet
- HR – personellplanlegging
- Innkjøp av smittevernutstyr og annet kritisk materiell
- Smittevern (prosedyrer, retningslinjer, opplæring, reiser mv)
- IKT (anskaffelser, forsyning mv)
- Legemidler (anskaffelser, forsyning mv)
- Prehospitaltjenester (ambulans, luftambulans, covid-19-transport mv)
- Pasientreiser/ - transport (ordinære reiser til og fra sykehus mv)
- Samhandling og koordinering med andre aktører/ sektorer



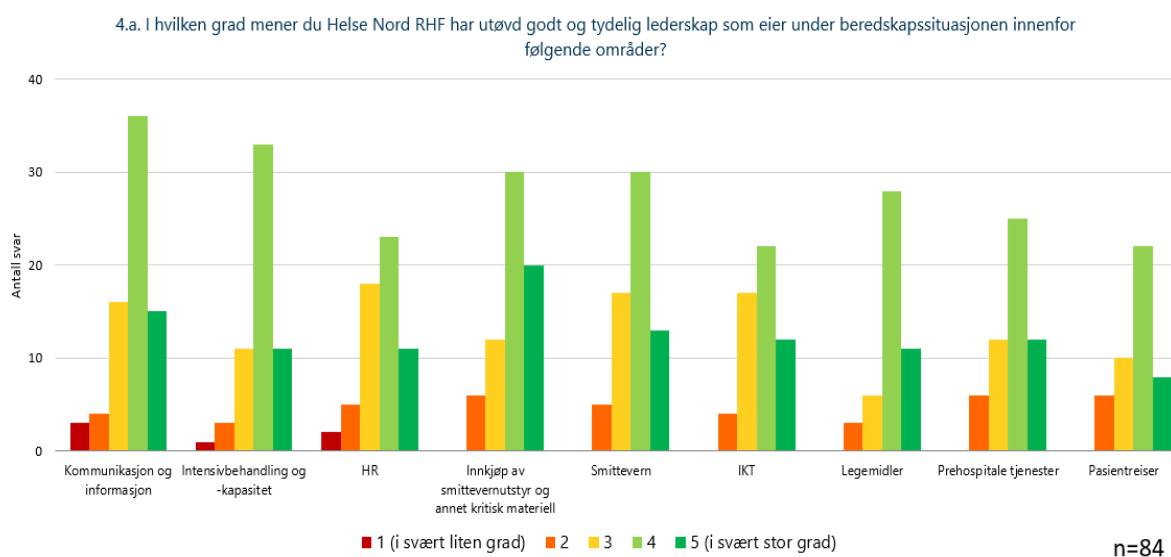
Figur 1 – Rolle med å avklare ansvar og oppgavefordeling

Det er videre forespurt om i hvilken grad Helse Nord RHF har bidratt med tilstrekkelige avklaringer og samordning av vesentlige nasjonale og regionale problemstillinger i beredskapssituasjonen innenfor de ovennevnte områdene, jf. figur 2.



Figur 2 – Avklaring og samordning av vesentlige nasjonale og regionale problemstillinger

Tilslutt er det innenfor temaet, ansvar og oppgavefordeling, forespurt om i hvilken grad Helse Nord RHF har utøvd godt og tydelig lederskap som eier under beredskapssituasjonen innenfor de ovennevnte områdene, jf. figur 3.



Figur 3 – Lederskap som eier under beredskapssituasjonen

I all hovedsak viser besvarelsene i figur 1-3 at respondentene så langt under covid-19-pandemien, er godt fornøyd med hvordan RHF-et har ivaretatt rollen med å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling, å bidra med tilstrekkelige avklaringer og samordning av vesentlige nasjonale og regionale problemstillinger, og å utøve godt og tydelig lederskap som eier. Men basert på kommentarer i besvarelsen, vil vi likevel framheve enkelte forhold som respondentene mener burde vært gjort bedre innenfor enkelte områder.

Kommunikasjon og informasjon: Det er påpekt at regionale retningslinjer har blitt kommunisert for sent, noe som har medført at foretakene har måtte avklare dette selv. Det er også etterspurt mer synlighet i informasjon og kommunikasjon.

Intensivbehandling og intensivkapasitet

Intensivnettverket fungerte bra, og det er påpekt at denne form for fagnettverk kunne vært aktuell også innenfor andre områder. Det er videre trukket fram som positivt at det har vært en god kartlegging og godt samspill med sykehusforetakenes ledelse, når saker har blitt løftet ut av intensivnettverket og opp til direktørene. De korte fristene som ble gitt i april måned knyttet til oppbygging av intensivbehandling og -kapasitet var krevende å håndtere.

HR - personellplanlegging

Det er etterlyst tydeligere retningslinjer med hensyn til innleie av helsepersonell og servicepersonell fra andre land. Det er videre påpekt at betingelser for personell i innsats utenfor normal arbeidsdag burde vært avklart i tidlig fase, med en henvisning til URE-Helseteamet i forbindelse med situasjonen knyttet til hurtigruteskipet Roald Amundsen.

Innkjøp av smittevernutstyr og annet kritisk materiell

Det er påpekt at det tok for lang tid før det ble igangsatt innkjøp av smittevernutstyr og før koordinering av utstyret kom på plass. Det er kommentert at dette ikke kan tilskrives verken regionale eller lokale forhold.

Smittevern (prosedyrer, retningslinjer, opplæring, reiser mv)

Nye smittevernrutiner ble utarbeidet, og det ble påpekt at det burde vært en rolle- og forventningsavklaring mellom RHF-et og regionalt kompetansesenter for smittevern (KORSN). KORSN har jobbet bra med å koordinere smittevern i regionen.

Det er videre kommentert at ansvaret for implementering av gode smittevernrutiner i sykehusene har manglet, noe som også er sett når smitte oppsto i Hammerfest sykehus. Det er påpekt at det var stor usikkerhet knyttet til fagprosedyrer for behandling av covid-19 i starten, og at spesielt de små sykehusene har hatt utfordring i å følge med på prosedyreutviklingen.

IKT (anskaffelser, forsyning mv)

Handlekraften på IKT-området har vært meget god under covid-19-pandemien. IKT-spørsmål ble løftet opp til drøfting mellom HF direktørene og det fungerte godt. Ved samordning av anskaffelser og disponering av medisinteknisk utstyr hadde det vært ønskelig at også medisinteknisk og IKT kompetanse ble involvert i koordineringsgruppene.

Legemidler (anskaffelser, forsyning mv)

På legemiddelområdet har Sykehusapotek Nord HF (SANO) hatt en tydelig og god rolle. Det er likevel påpekt at det burde vært avholdt egne møte eller møteserier mellom RHF-et og SANO på nivå 1 og nivå 2, for å avklare ansvar og oppgavefordeling. Det må på plass en tydeligere samforståelse mellom RHF, sykehusforetak og SANO om hvordan legemiddelberedskap skal bygges opp ved framtidige hendelser. Hvilken rolle og myndighet SANO skal ha i beslutninger knyttet til innhold og oppbygging av legemiddelberedskap, må avklares, forankres i foretakene, samt beskrives i planverk. Det må også etableres en fast kontaktperson for legemiddel-området i RHF-et. SANO ventet ikke på avklaringer, men inntok en proaktiv rolle ved selv å forsøke å løse utfordringene som oppsto uten å vente på RHF. Dette kunne kanskje blitt håndtert annerledes og bedre, dersom det hadde vært gjennomført et tidlig møte med forventningsavklaringer.

Prehospitale tjenester (ambulanse, luftambulanse, covid-19-transport mv)

Det er påpekt at det ikke har vært tydelig nok koordinering og ansvarsfordeling innenfor de prehospitale tjenestene, og at RHF-ets rolle burde vært tydeligere. Det har vært utfordrende med transporter av covid-19-pasienter på tvers i Helse Nord. Det oppleves at transportutstyr er på plass, men at kriterier mangler for slike pasienttransporter. Hvilke pasienter er det som skal flyttes, til hvilket sykehus skal de klareres når skal de transporteres og hvilke transportmiddel skal benyttes. Det er videre påpekt at det i

større grad burde vært sett på naturlige transportveier og i mindre grad ensidig forholdt seg til foretaksgrensene. Et eksempel som er trukket fram er at Harstad ville hatt kapasitet til å bistå Vesterålen og Lofoten på landeveien i stedet for å bruke store summer på spesialtransport i fly. Det er videre kommentert at styringen med Luftambulansen ved regional AMK bør ligge i direkte styringslinje fra Helse Nord RHF.

Pasientreiser/-transport (ordinære reiser til og fra sykehus mv)

Det er kommentert at det fra eieravdelingen i RHF-et er gjort en meget god jobb mot flyselskapene, for å få på plass løsninger for å frakte pasienter til behandling på sykehusene. Men det er likevel påpekt at RHF-et burde vært tettere på de som besluttet stengingen av to flyplasser på Helgeland, noe som rammet et stort antall pasienter.

Samhandling og koordinering med andre aktører/sektorer

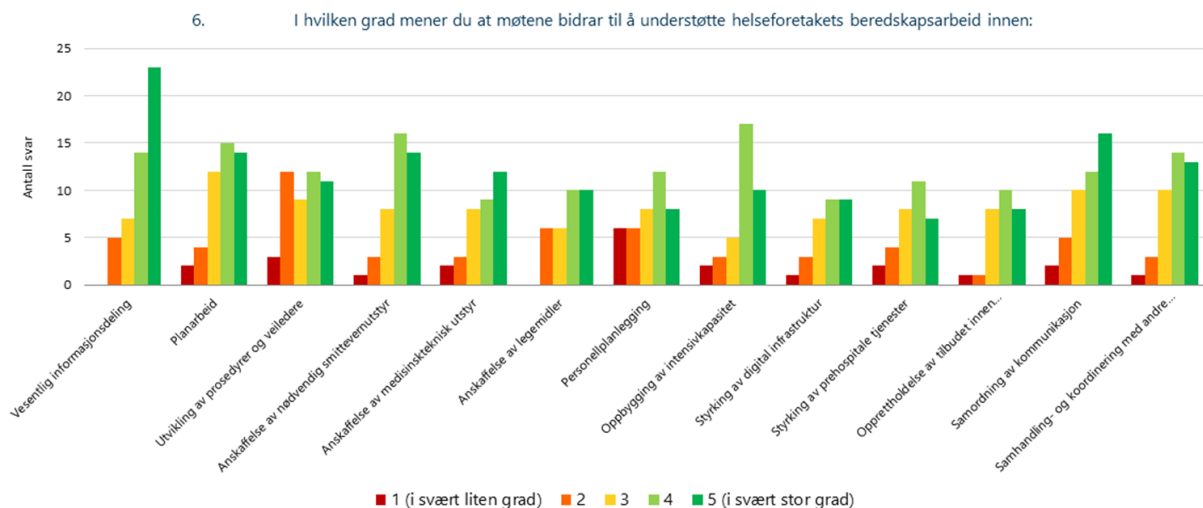
Kommunene har til en viss grad etterlyst Helse Nord RHF, og ønsker RHF-et som en mer synlig og strategisk aktør for hele regionen.

Andre områder

Respondentene fikk tillegg anledning til å kommentere andre aktuelle områder hvor RHF-et burde/kunne vært mer aktivt. Det er kommentert at det tidligere burde vært en sentral styring i fordelingen av de sykeste covid-19-pasientene, for å unngå at den elektive og poliklinikkdriften ble så hardt rammet ved alle lokalisasjonene. Lange ventelister og redusert elektiv drift gir også helsetap for befolkningen. Det er videre kommentert at de fleste avdelingene i RHF-et som bisto med ivaretagelsen av RHF-ets «sørge-for-ansvar», har framstått som koordinerende enheter, som f.eks. kommunikasjon, HR og smittevern v/KORSN.

2.1.2 Temaområde møteaktivitet og koordinering

Helse Nord RHF skal ha kontakt med og ved behov koordinere støtte og kapasitet til helseforetakene i beredskapssituasjoner. Videre skal RHF-et hjelpe med samordning mellom helseforetakene. I første fase av covid-19-pandemien ble det etablert flere arenaer for samordning og koordinering, og respondentene ble spurt om deres erfaring med disse arenaene. Om møtene bidro til å understøtte beredskapsarbeidet innenfor områdene er beskrevet i grafene i figur 4.



Figur 4 – Møter understøtter beredskapsarbeidet

Innenfor de fleste områdene gir respondentene uttrykk for at møtene har understøttet deres beredskapsarbeid, men både besvarelsene og kommentarer til disse, viser at RHF-et ikke har lykkes like godt på alle områder.

Vesentlig informasjonsdeling

Basert på besvarelsene og kommentarene har møtearenaene bidratt til at vesentlig informasjon har blitt kommunisert på tvers av foretaksgruppen. Det er noe ulike tilbakemeldinger knyttet til om informasjonen gitt i møtene, har blitt kommunisert videre innad i det enkelte helseforetaket. Noen er fornøyd med intern kommunikasjon, mens andre er mindre fornøyde.

Utvikling av prosedyrer og veiledere

Dette er det området hvor respondentene er minst fornøyde, hvor det kommenteres at møtearenaene i mindre grad har bidratt til å understøtte helseforetakenes behov. Det er ingen som spesifikt har kommentert dette i denne delen av besvarelsen, men ut fra kommentarer i andre deler, er det mye som tyder på at det er rom for flere regionale avklaringer.

Anskaffelse av legemidler

Det har ikke vært etablert egne møter mellom RHF og HF knyttet til legemidler, men det har vært tema i andre møtearenaer. Det er kommentert at for framtidige hendelser bør det vurderes å etablere eget temamøte/egen møtearena for legemiddelområdet, og området bør inngå som en del av pandemiplanverket.

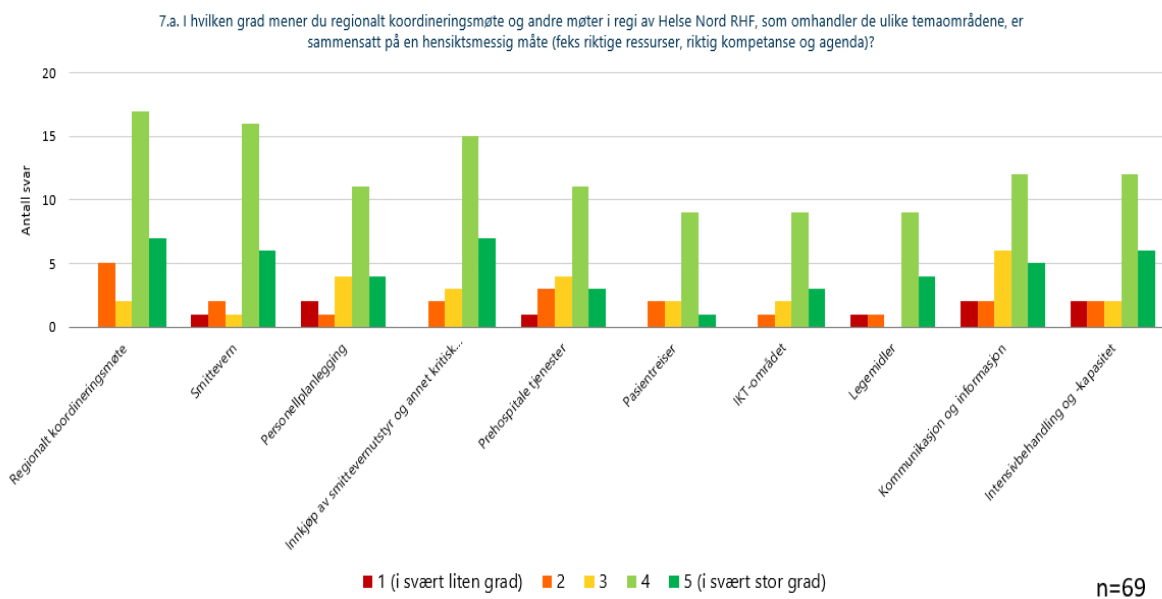
Styrking av prehospitaltjenester

Det er påpekt i undersøkelsen at kuvøseteamet (EpiShuttle) som ble opprettet i forbindelse med covid-19-transportene, bør legges ned, både grunnet unødvendig penge- og ressursbruk, eventuelt at det kan gjenopprettes hvis behovet oppstår.

Generelle kommentarer:

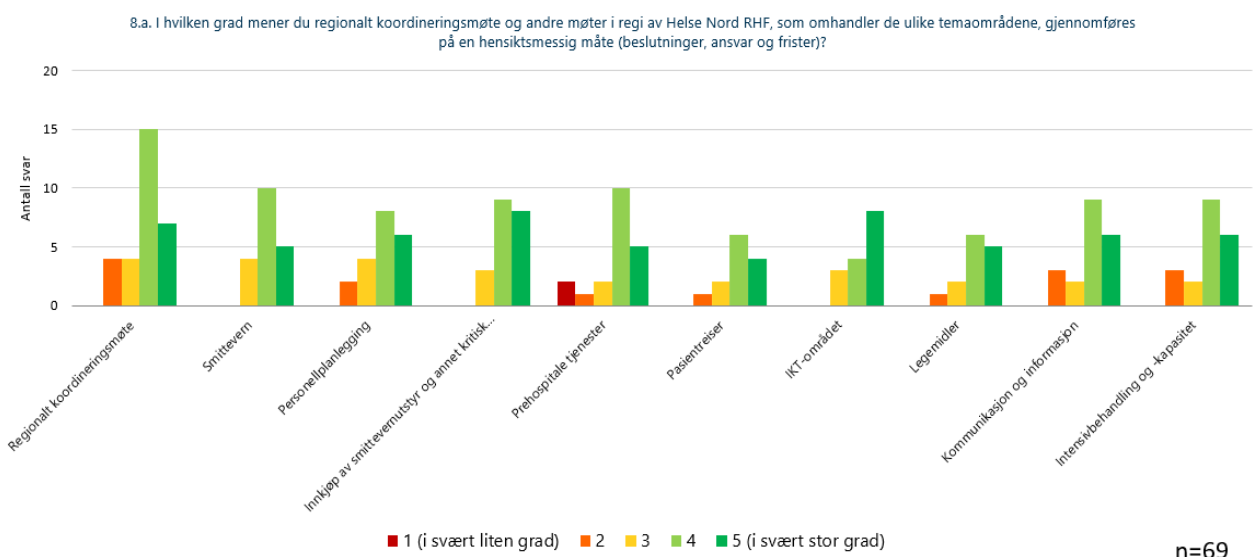
Utover de ovennevnte områdene, er det påpekt at det er stor forskjell i utfordringsbildet mellom lokalsykehusene og de store universitetssykehusene. Dette gjør at lokalsykehusene ikke har fått formidlet sine problemstillinger opp mot RHF-et, eventuelt ikke har kjent seg igjen i det som har vært formidlet som utfordrende.

Det har vært gjennomført mange møter i perioden fra mars 2020 frem til i dag. Det er forespurt i undersøkelsen om møtene har vært satt sammen på en hensiktsmessig måte, med riktige ressurser, riktig kompetanse og med hensiktsmessig agenda, jf. figur 5.



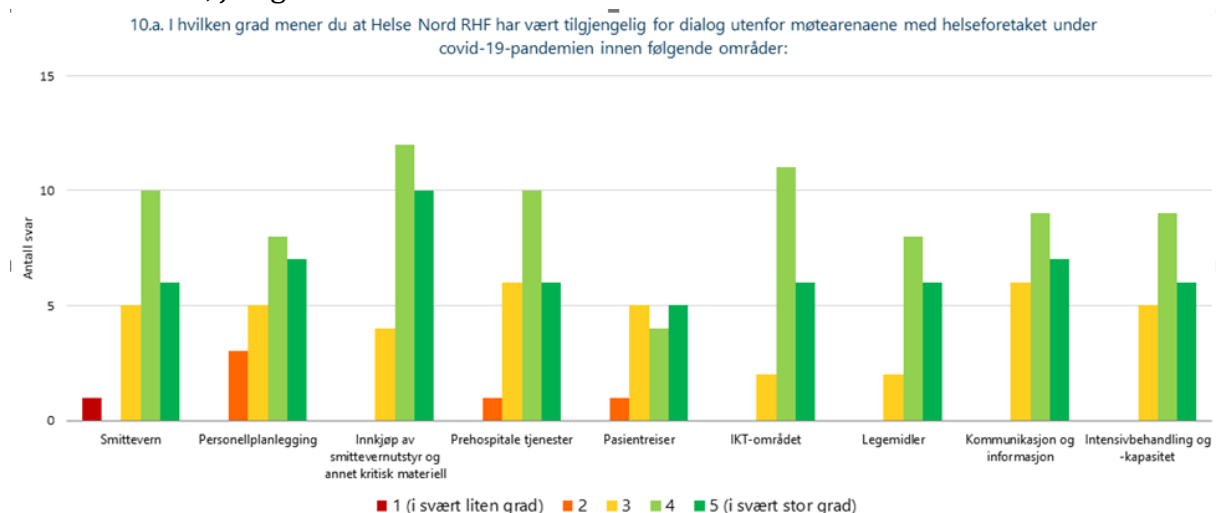
Figur 5 – Møtenes sammensetning

Det er videre forespurt om møtene gjennomføres på en hensiktsmessig måte, med beslutninger, ansvar og frister, jf. figur 6.



Figur 6 – Møtenes gjennomføring

Tilslutt er det forespurt om RHF-et har vært tilgjengelig for dialog utenfor de etablerte møtearenaene, jf. figur 7.



Figur 7 – RHF-ets tilgjengelighet for dialog

Også på disse tre spørsmålene er respondentene godt fornøyd med møtene som er gjennomført og eventuell dialog som har vært, men det er påpekt enkelte forbedringsområder.

Regionalt koordineringsmøte

Det er flere respondenter som har påpekt at det regionale koordineringsmøtet har vært for bredt satt sammen med for mange ledere og saksbehandlere på mange nivåer. Det er videre gitt uttrykk for at alt fra møteinnkallinger, møtegjennomføring og referatskriving burde vært håndtert mer profesjonelt, herunder med bedre saksforberedelse. Det er påpekt at referatene burde sendes ut samme dag, der beslutninger og oppfølgingspunkter med ansvarlige og frister fremkommer skjematisk. Bedre saksforberedelser og strammere møteledelse vil bidra til mer effektive møter, og rom i hverdagen for annen viktig jobb, effektivering av beslutninger, og/eller utarbeidelse av faglige føringer.

Pasientreiser

Pasientreiser med fly har vært godt håndtert, og videreformidlet nasjonalt fra Helse Nord RHF. Andre tema vedrørende pasientreiser, som samkjøring med bil og annet kjøretøy har i liten grad vært diskutert, uten at dette er beskrevet som en svakhet fra RHF-et sin side.

IKT- og legemiddelområdet

Det er påpekt at det ikke er gjennomført egne møter innenfor IKT-området og legemiddelområdet. Reell kapasitet har ikke blitt utfordret innenfor disse to områdene.

Kommunikasjon og informasjon

På grunn av begrenset kapasitet ved flere foretak, har det vært vanskelig å ivareta kommunikasjonsoppgaver.

Intensivbehandling og intensivkapasitet

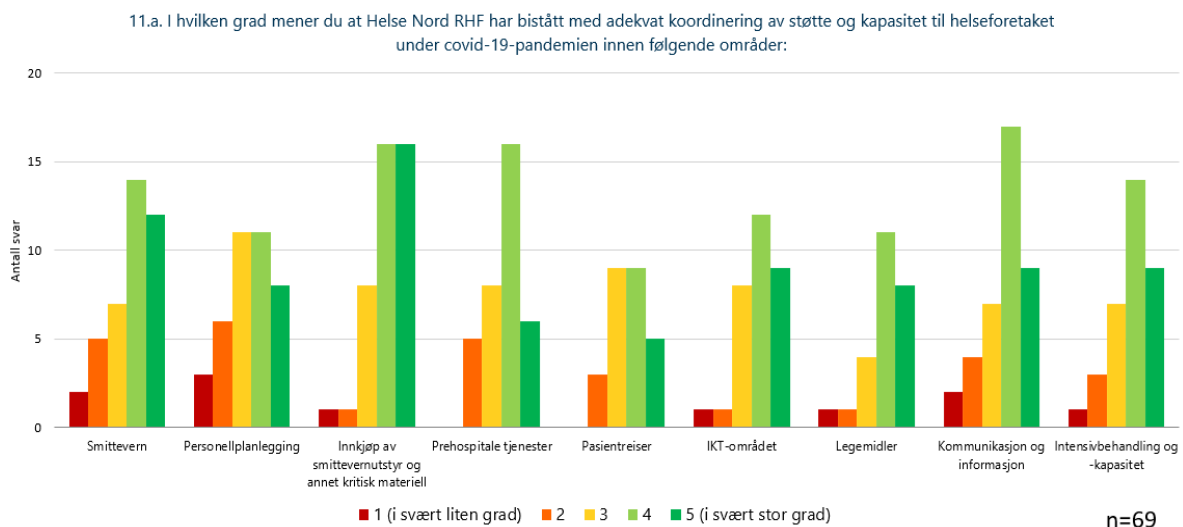
Det er uttrykt at intensivnettverket har vært og er et viktig nettverk.

Generelt til møteaktiviteter

Det er påpekt at ved pandemiens start, ble det aktivert/opprettet en rekke møtefora som skulle bistå i beredskapssituasjonen, men som ikke var beskrevet i verken RHF-ets eller HF-enes beredskapsplaner. Deres mandat var uklare, og om de kunne ta beslutninger utenom HF-enes egne styringslinjer og deres forum for beredskapsledelse. Regionale og lokale beredskapsplaner bør beskrive hvem som oppretter og gir mandat til slike fora, hvilke funksjoner som bør delta i foraene, og hvordan disse rapporterer til egen beredskapsledelse osv. Det er foreslått at det bør være et mindre og aktivt møte mellom HF-direktørene ledet av adm. direktør i RHF-et.

Det etterspørres raskere avklaringer på enkelte saker som er tatt opp på koordineringsmøtene. De riktige aktørene bør delta, og i deres fravær, bør møteleder informeres. Møteledere/ansvarlige for de ulike temaene bør avklares på forhånd, og dette bør være en fast person. Det er kommentert at i mange av de regionale møteforaene, deltar det kun en representant fra det enkelte helseforetaket. Det kan innebære at utfordringene som de mindre sykehusene har, ikke blir diskutert. Noen relevante personer med kjennskap til disse utfordringene bør delta i møtene.

Tilslutt under dette temaet, har vi forespurt respondentene om RHF-et har bidratt med adekvat koordinering av støtte og kapasitet til helseforetakene under covid-19-pandemien, jf. figur 8.

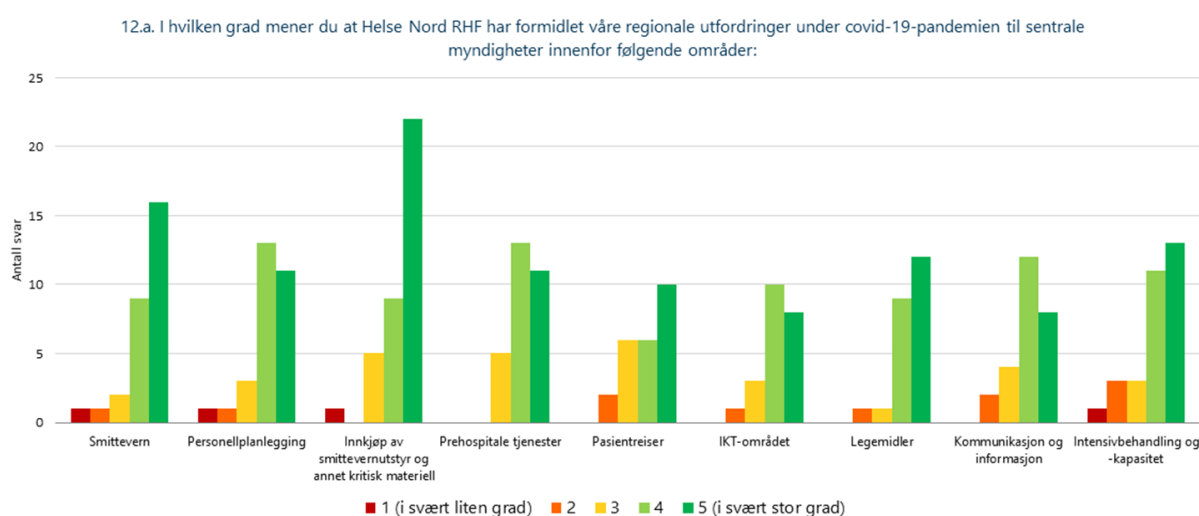


Figur 8 – Adekvat koordinering av støtte og kapasitet

Det området som kommer svakest ut på dette spørsmålet er personellplanlegging, men det er påpekt at personellutfordringer er vanskelige å løse på andre steder enn der utfordringene er. Her må det enkelte sykehus ha egne planer for logistikk og organisering, og være tydelig på hva som reelt sett er mulig å få organisert.

2.1.3 Temaområde rapportering og formidling

I en beredskapssituasjon skal Helse Nord RHF ha kontakt med og rapportere til sentrale myndigheter. Det ble etablert situasjonsrapportering fra helseforetakene til Helse Nord RHF allerede den 3. februar 2020, og situasjonsrapportering til sentrale myndigheter ble igangsatt fra den 28. februar 2020. I undersøkelsen er det forespurt om RHF-et har formidlet de regionale utfordringene under covid-19-pandemien til sentrale myndigheter, jf. figur 9.



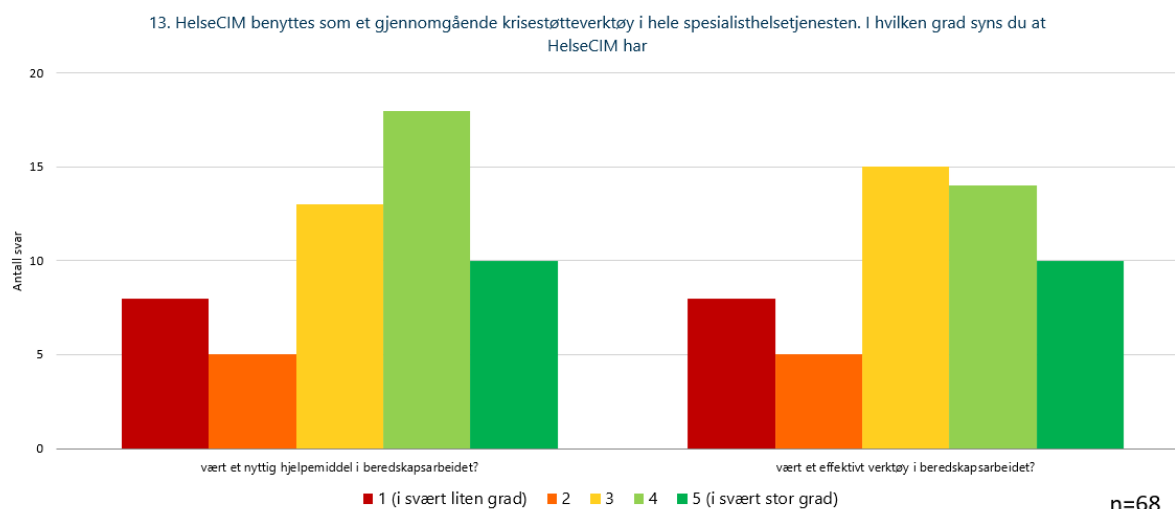
Figur 9 – Formidling av regionale utfordringer

Respondentene har gitt uttrykk for at de i liten grad har kjennskap til hva som blir formidlet til sentrale myndigheter utover de daglige situasjonsrapportene som sendes til helse- og omsorgsdepartementet. Noen er kjent med at det avholdes møter med myndighetene, og at det er jobbet aktivt knyttet til pasientreisetilbudet og kuvøsefly. Besvarelsene tyder på at ledere på nivå 2 og lavere i helseforetakene i mindre grad er kjent med beredskapsarbeidet som gjøres i RHF-et. Det er påpekt at mye av bakgrunnen for manglende kjennskap er manglende operativt beredskapsplanverk. Det er foreslått at planverket bør beskrive en regional beredskapsledelse bestående av adm. direktører i RHF-et og i HF-ene, og at andre koordinerende/operative grupper har faste rapporteringer inn til denne beredskapsledelsen.

Det er kommentert at bemanningen er styrket på noen områder, men det er et stort frafall fra utsatte enheter, noe som innebærer at disse enhetene ikke er bedre rustet nå enn de var i mars 2020. Enkelte formidler en oppfatning av at verken RHF-et eller sentrale myndigheter har tatt dette innover seg.

Krisestøtteverktøy

HelseCIM har blitt benyttet som krisestøtteverktøy i hele foretaksgruppen under covid-19-pandemien. Det er forespurt om HelseCIM har vært et nyttig hjelpemiddel og et effektivt verktøy under pandemien, jf. figur 10.

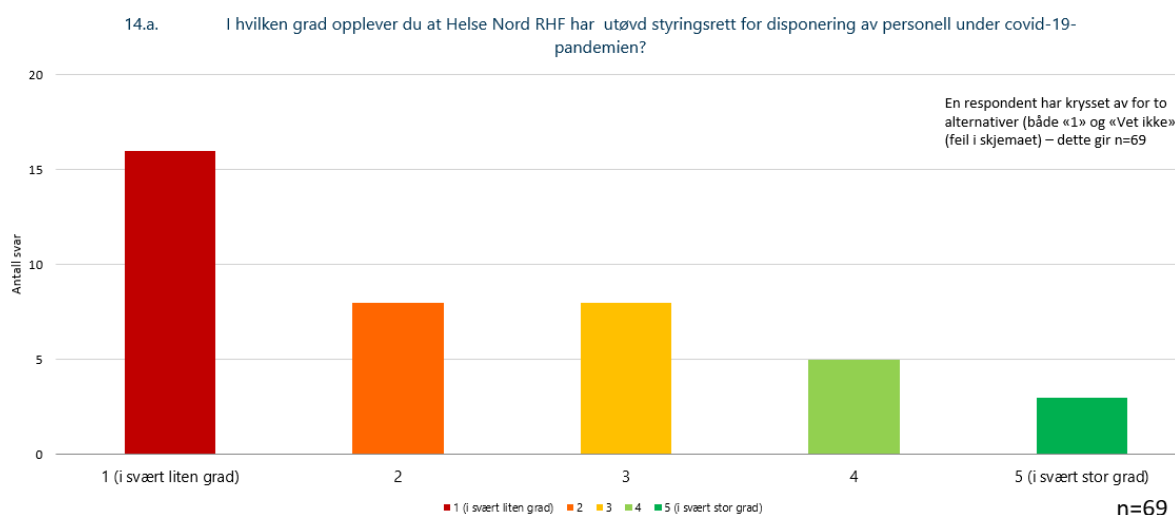


Figur 10 – HelseCIM som gjennomgående krisestøtteverktøy.

Det er ikke gitt noen kommentarer til HelseCIM som krisestøtteverktøy, men ut fra svarene fra respondentene tyder det på at det er mange som ikke er spesielt godt fornøyd med verken verktøyets nytte eller effektivitet.

2.1.4 Temaområde disponering av personell og styringsrett

I en beredskapssituasjon kan Helse Nord RHF utøve styringsrett for disponering av personell. Det er derfor forespurt om respondentene har opplevd at RHF-et har utøvd sin styringsrett under pandemien, jf. figur 11.

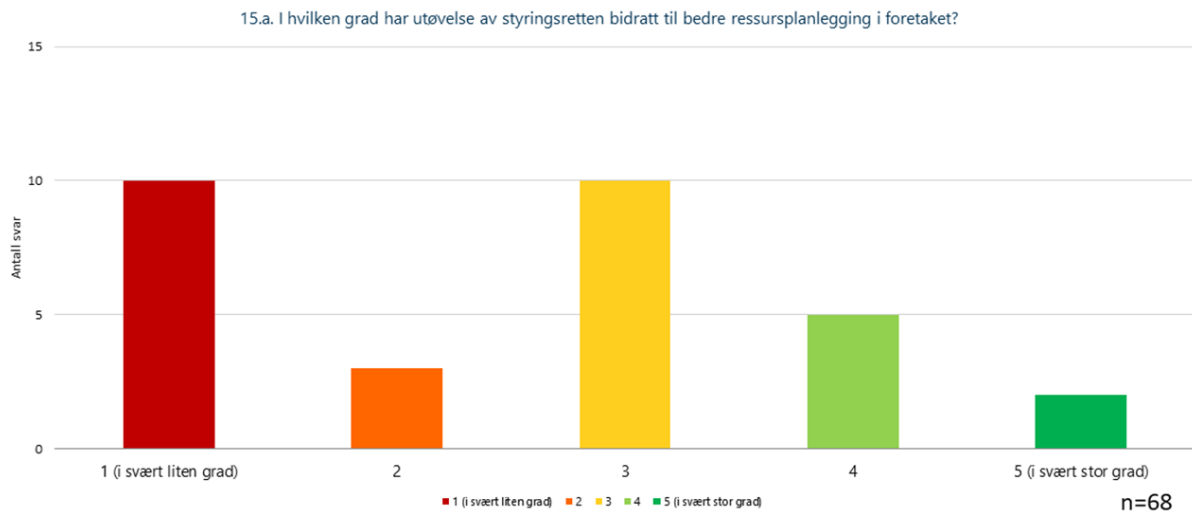


Figur 11 – Utøvelsen av styringsrett for disponering av personell.

De fleste som har besvart dette spørsmålet, sier at RHF-et i svært liten eller liten grad har utøvd styringsrett for disponering av personell. Personelldisponeringer har vært håndtert av det enkelte foretaket, og respondentene har kommentert at det er positivt at

RHF-et ikke har benyttet denne retten. Noen er usikre på om RHF-et reelt sett har en rett til å disponere personell.

Det er videre forespurt om en eventuell utøvelse av styringsrett har bidratt til bedre ressursplanlegging, jf. figur 12.



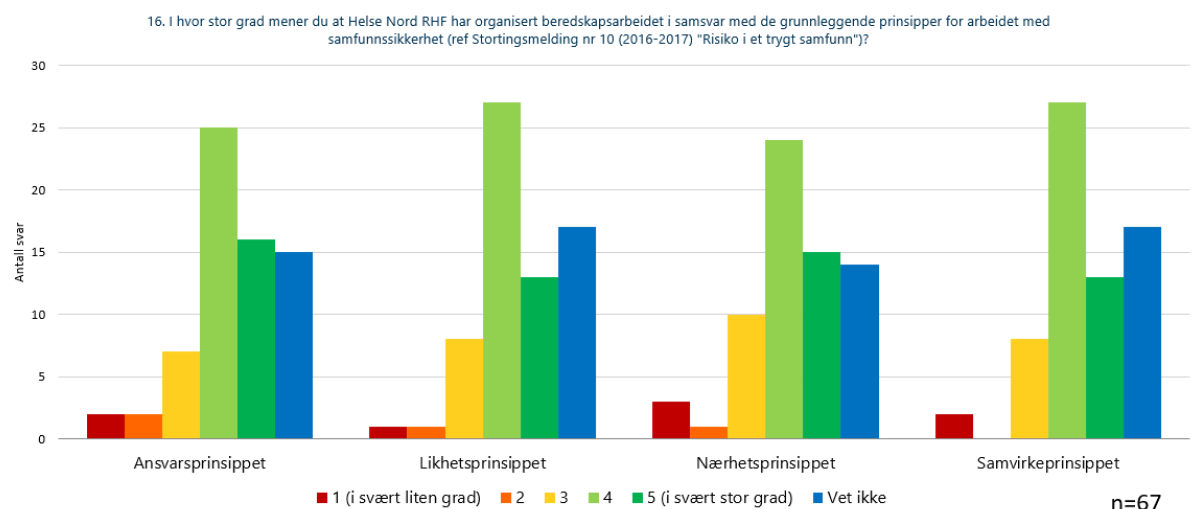
Figur 12 – Bedre ressursplanlegging grunnet utøvelse av styringsrett.

Basert på besvarelsen ovenfor, fremkommer disse svarene som lite relevante, men det er påpekt at dersom det blir et større utbrudd i flere områder av landsdelen, vil utøvelsen av styringsrett kunne bli aktualisert.

2.1.5 Oppsummering og læring

2.1.5.1 Oppsummering

Respondentene har til slutt fått anledning til å vurdere om Helse Nord RHF har organisert beredskapsarbeidet i samsvar med de grunnleggende prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet, ref. Stortingsmelding nr. 10 (2016-2017) «Risiko i et trygt samfunn», jf. figur 13.



Figur 13 – Grunnleggende prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet

Følgende er kommentert knyttet til tre av de fire prinsippene:

Ansvarsprinsippet: Det burde vært tydeligere forventningsavklaring om ansvar og oppgaveløsning mellom RHF og HF, samt mellom HF-ene.

Likhetsprinsippet: Under utøvelsen av beredskapsarbeid kan beredskapsledelsen i RHF-et delegerer mer til seksjonsledere og rådgivere for faktisk utøvelse av relevante oppgaver for å avlaste ledelsen. RHF-et bør også kunne trekke veksler på andre RHF-aktører som SKDE og FRESK, samt personell fra HF-ene som tar et regionalt ansvar for et tema eller særskilte oppgaver.

Samvirkeprinsippet: Internt i foretaksgruppen bør det være oppdaterte koordinerte beredskapsplaner. Det er kjent at det foregår kontakt mellom RHF-et, andre myndigheter og virksomheter, men det er vanskelig å få øye på at det faktisk skjer et systematisk og koordinert samvirke med andre relevante aktører.

Oppsummerende kommentarer fra respondentene:

En generell kommentar fra mange respondenter gjennom undersøkelsen, er at de er lite kjent med hvordan ansvarsdelingen har vært mellom RHF-et og helseforetakene under pandemien. Det er også usikkerhet knyttet til om de «beslutningene» som er fattet av RHF-et er kjent og implementert helt ned på laveste nivå i helseforetakene. Det er videre påpekt at det er viktig å være lydhør for de geografiske ulikhetene vi har i regionen, både med hensyn til muligheter, størrelse (avstander) og ressurstilgjengelighet.

Det er videre kommentert en usikkerhet knyttet til om RHF-et benytter seg av proaktiv stabsmetodikk i sin kriseledelse, og at det er vesentlig at det trenes i beredskapsarbeid i normalsituasjon, for å være mer effektive når man står i en pandemi.

Det har også kommet enkelte oppsummerende kommentarer knyttet til områder som er berørt i spørreundersøkelsen, men hvor spørsmålsstillingen ikke har berørt selve problemstillingen som er kommentert. Det er uttrykt at det bør vurderes om intensivkapasiteten i regionen er tilstrekkelig nok. En annen bekymring som er trukket fram, er sårbarheten og avhengigheten av vikarer i sykehusforetakene, og om det er enkelte tiltak som kan gjennomføres på kort sikt for å sikre tilstrekkelig med spesialsykepleiere og legespesialister. Videre er avhengigheten av ambulanshelikopter og -fly en bekymring, og om etablert beredskap er tilstrekkelige til å ivareta transport av pasientene.

2.1.5.2 Vurdering av temaområdene

Basert på score og tilbakemeldinger fra respondentene, er det evalueringsgruppas vurdering at Helse Nord RHF i all hovedsak har ivaretatt roller og ansvar på en tilfredsstillende måte så langt under covid-19-pandemien. Den høye møteaktiviteten under pandemien har bidratt til tettere samarbeid mellom helseforetakene i regionen, til felles situasjonsforståelse og til oppgaveavklaringer. En aktiv beredskapsledelse som

nasjonalt formidler utfordringsbildet knyttet til lange avstander, avhengighet av innleie av helsepersonell og mange grenseoverganger til røde land, vurderes også som positivt.

Det er likevel enkelte områder hvor det er rom for forbedringer, både på kort og lang sikt. Respondentene i helseforetakene har trukket fram en rekke av de samme svakhetene i beredskapsarbeidet som den interne evalueringen viste våren 2020. Evalueringsgruppa vurderer at dette styrker viktigheten av at arbeidet med implementering av forbedringstiltak må prioriteres. En av de viktigste svakhetene er at det ikke foreligger oppdaterte regionale beredskapsplaner som er koordinert og samstemte med beredskapsplanene i helseforetakene, og som heller ikke er tilrettelagt for en langvarig pandemisituasjon. Pandemien har også vist at det er viktig å øve på beredskapssituasjoner i normalsituasjonen, slik at alle nivå er bedre forberedt ved en ny hendelse.

Basert på tilbakemeldinger vurderer evalueringsgruppa at den høye møtefrekvensen har påvirket negativt ivaretagelsen av vedtatte beredskapsaktiviteter og ordinære driftsoppgaver. Flere respondenter har kommentert at mer effektive møter med de riktige møtedeltakerne ville vært en fordel. Det etterlyses også klare mandater for aktuelle fagnettverk, og at beslutningslinjene i en beredskapssituasjon er avklart.

Innenfor de enkelte områdene som spørreundersøkelsen har omfattet, er det spesielt områdene smittevernutstyr og annet kritisk utstyr, legemidler, IKT, personellsituasjon og pasientlogistikk der det er trukket fram behov for forbedringer. Evalueringsgruppas vurdering er at prioritering av tiltaksarbeid bør foretas ut fra hvilke områder som er kritisk på kort sikt, uavhengig av pandemiens utvikling de nærmeste månedene.

2.1.5.3 Bevaringspunkter

Basert på de tilbakemeldinger som er gitt i spørreundersøkelsen og evalueringsgruppas vurdering av resultatene fra undersøkelsen er bevaringspunktene følgende:

1. Samarbeide tett i hele regionen med regionale koordineringsmøter/nettverksmøter, både for å skape felles situasjonsforståelse, diskutere problemstillinger og formidle hvilke beslutninger som er tatt.
2. Fortsette smittevernarbeidet i Helse Nord i regi av KORSN, noe som har fungert bra.
3. Ha felles plan i Helse Nord for innkjøp av og overordnet koordinering av forsyning av kritisk utstyr.
4. Helse Nord RHF må fortsette å formidle nasjonalt de krevende beredskapsutfordringer som er i nord grunnet geografi mv.

2.1.5.4 Forbedringspunkter

Basert på de tilbakemeldinger som er gitt i spørreundersøkelsen og evalueringsgruppas vurdering av resultatene fra undersøkelsen er forbedringspunktene følgende:

1. Helse Nord RHF må oppdatere de regionale beredskapsplanene og sørge for at disse er koordinert og samstemt med helseforetakenes egne planer, herunder øve på krisesituasjoner i normalsituasjon for å være godt forberedt. Beredskapsplanene må også inkludere en tydelig kommunikasjonsstrategi.
--

2. Etablere bedre struktur på regionale koordineringsmøter, med rask ferdigstilling av møtereferater og oppfølgingslister med ansvarlige og frister.
3. Påse riktig sammensetning av ulike møtefora/fagnettverk både fra RHF-et og fra helseforetakene. Sikre at etablerte nettverk har tydelige og riktige mandater for beredskapssituasjoner, slik at det ikke oppstår uavklarte parallelle styringslinjer på tvers av linjeledelse.
4. Etablere beredskapslagre for smittevernutstyr og annet kritisk utstyr lokalt og regionalt, herunder sikre at medisinsk-teknisk utstyr oppgraderes jevnlig.
5. Etablere tilstrekkelige legemiddellagre, og beskrive i planverket fast kontaktpunkt på RHF-nivå for avklaringer og regional koordinering på legemiddelområdet, herunder utarbeide anbefalinger knyttet til foretakenes forvaltning av legemiddelberedskap.
6. Samordne regionale beredskapsplaner ved IKT-hendelser, herunder oppdatere IKT-strategien for enklere å sette i gang strakstiltak i en beredskapssituasjon.
7. I enda større grad se kapasiteten under ett i Helse Nord, i og med at det er knapphet på både personellressurser og utstyr.
8. Beskrive ansvar og ordninger for pasientlogistikk/transport av intensiv-/covid-19-pasienter internt i Helse Nord.

2.2 Evaluering av foretaksgruppen Helse Nord's beredskapsarbeid - statsforvaltere og sysselmann

Helse Nord RHF har et overordnet administrativt ansvar for at beredskapssituasjoner i regionen blir forsvarlig håndtert og samordnet med statsforvaltere og andre. Det vil si at det regionale helseforetaket sammen med sine helseforetak/sykehus skal sørge for at befolkningen i helseregionen, inklusive Svalbard, får nødvendig helsehjelp og bistand ved ulykker og alvorlige hendelser. Denne delen av evalueringen av foretaksgruppens beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå, er basert på spørreundersøkelse som er sendt ut til statsforvalter i Nordland, statsforvalter i Troms og Finnmark og til sysselmann på Svalbard. Sysselmann har valgt ikke å besvare undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen har omfattet temaområdene:

- Ansvar og oppgavefordeling
- Innkjøp av smittevernutstyr
- Møteaktivitet og koordinering
- Samhandling
- Informasjonsflyt
- Kompetanse og personellbehov
- Prioritering av pasientgrupper
- Covid-19-rehabilitering

2.2.1 Temaområde ansvar og oppgavefordeling

Foretaksgruppen Helse Nord skal i en beredskapssituasjon gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling i regionen, herunder også i samhandlingen med statsforvaltere, sysselmann, fylkeskommuner og kommuner.

Respondentene er bedt om å besvare (i skala fra i svært stor grad (5) til i svært liten grad (1)) om foretaksgruppen har ivaretatt sin rolle med å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innenfor en rekke områder under covid-19-pandemien.

Områdene som er valgt ut er følgende:

- Informasjonsflyt om særlige utfordringer innen helseregionen
- Planarbeid, utvikling av prosedyrer og veiledere
- Telefonkonsultasjoner og rådgivning i enkeltsituasjoner
- Smittevern bistand og opplæring/undervisning
- Anskaffelse og fordeling av nødvendig smittevernutstyr og annet kritisk utstyr
- Anskaffelse og fordeling av legemidler
- Tilgang til testutstyr og kapasitet for testing
- Transport av prøver og tilgang til laboratorietjenester
- Oppbygging av sengekapasitet
- Pasientreiser
- Styrking av prehospitale tjenester

Besvarelsen viser at det er stor variasjon i hvilken grad foretaksgruppen har ivaretatt sin rolle med å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innenfor en rekke områder under covid-19-pandemien. Det er spesielt innen planarbeid, utvikling av prosedyrer og veiledere, innen smittevern bistand og opplæring/undervisning, innen transport av prøver og tilgang til laboratorietjenester og innen oppbygging av sengekapasitet i kommunene, hvor det framkommer at det er behov for forbedringspunkter.

Respondentene har kommentert at det periodevis har vært vanskelig med testkapasitet og tilgang på testutstyr. Det er videre kommentert at spesielt Nordlandssykehuset har utmerket seg i samarbeidet om effektiv transport av prøver.

2.2.2 Temaområde innkjøp av smittevernutstyr

De regionale helseforetakene fikk i brev fra Helsedirektoratet den 6. mars 2020 i oppdrag, sammen med Sykehusinnkjøp HF, å være behjelpelig med å skaffe kritiske legemidler og utstyr/materiell til kommunesektoren, dersom sektoren selv ikke lykkes å løse sine behov for forsyninger. Respondentene ble forespurt om Helse Nord RHF har løst oppdraget med å etablere et system for bestilling og distribusjon av smittevernutstyr til kommunene for å understøtte deres behov, på en adekvat måte.

Det framkommer at Helse Nord RHF i svært stor grad har løst oppdraget på en adekvat måte, og det er kommentert at det har vært svært godt samarbeid og service innen bestilling og distribusjon av smittevernutstyr. Det er kommentert at dette gjelder både i rutinefordeling og ved ekstra behov. Initialt var oppdraget uklart ved at det operative ansvaret var tiltenkt statsforvalterne, noe som bryter med deres rolle. Samarbeid og

rolleavklaring med Helse Nord RHF bidro til gode planer/strukturer som etter hvert bidro til et godt samarbeid.

2.2.3 Temaområde møteaktivitet og koordinering

Helse Nord RHF skal ha kontakt med og ved behov koordinere støtte og kapasitet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten i beredskapssituasjoner. Videre skal RHF-et bidra med samordning av helsetjenestene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (sammen med statsforvaltere og sysselmannen).

I en pandemisituasjon vil tilgang på smittevernutstyr, mulighet for karantene og isolering, laboratoriediagnostikk osv. være begrenset. Særlig i første fase av covid-19-pandemien ble det etablert flere arenaer for samordning og koordinering av bistand for å sikre tilgang på disse kritiske faktorene. Respondentene ble forespurt om møtearenaene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten har vært relevante for å avklare og koordinere håndteringen av covid-19-pandemien.

Besvarelsen viser at statsforvaltere vurderer møtene som de har deltatt i både som nyttige og relevante for å avklare og koordinere håndteringen av pandemien. Dette gjelder kontaktmøte mellom statsforvaltere og Helse Nord RHF, fylkesberedskapsråd og statsforvalterens møte med kommuneoverleger, smittevernoverleger og representanter fra helseforetakene.

2.2.4 Temaområde samhandling

Det er videre forespurt om samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i den enkelte krisesituasjonen har fungert.

Besvarelsen sammen med kommentarer viser at det er store regionale variasjoner, og at det er varierende samhandling mellom lokalsykehus og kommuner. Samhandlingen med UNN og Nordlandssykehuset har fungert godt. På Helgeland har bare Rana hatt møter etter sommeren, og møtene der fungerer greit. Sandnessjøen og Vefsn har ikke hatt møter de siste 6 måneder, og det var også blandede erfaringer før dette.

2.2.5 Temaområde informasjonsflyt

Foretaksgruppen Helse Nord har forsøkt å tilstrebe at informasjon innenfor aktuelle tema skal være samordnet og oppdatert til enhver tid. Respondentene er forespurt om de har benyttet foretaksgruppens informasjon på internett. Det er forespurt om følgende temaer:

- Rutiner innen smittevern
- Innkjøp og fordeling av smittevernutstyr og annet kritisk utstyr
- Kontaktpersoner
- Kompetanse og personell
- Prehospitale tjenester
- Pasientreiser
- Endret tilbud til pasienter

- Analysekapasitet i laboratorium
- Samarbeid ved smittesporing
- Utviklingen i smittesituasjonen

Besvarelsen viser at respondentene i liten grad bruker foretaksgruppens informasjon på internett. Det er videre forespurt om informasjonen har bidratt til avklaringer innenfor en rekke områder, men her viser besvarelsen at informasjonen i liten grad er kjent.

2.2.6 Temaområde kompetanse og personellbehov

Behov for faglig kompetanse og personell har vært stort under pandemien. Respondentene har besvart om foretaksgruppen Helse Nord har understøttet kompetanse- og personellbehovet i kommunene.

Besvarelsen og kommentarer viser at statsforvalterne i stor grad er fornøyd med understøttelsen av kompetanse- og personellbehov til kommunene. Det er kommentert at det har vært gode initiativ med møtearenaer for å diskutere personellressurser og register for tilgjengelig personell, og at Helse Nord har bidratt sterkt bl.a. ovenfor Tromsø kommune flere ganger, noe som har hatt stor betydning for kommunen.

2.2.7 Temaområde prioritering av pasientgrupper

Helse Nord RHF fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet i starten av pandemien å prioritere sårbare pasientgrupper. På bakgrunn av dette er det forespurt om foretaksgruppen Helse Nord har opprettholdt tilbudet til prioriterte pasientgrupper under pandemien. De prioriterte pasientgruppene det er forespurt om er:

- Alvorlig somatisk syke pasienter med behov for nødvendig helsehjelp
- Psykisk helsevern voksne med polikliniske telefon- og videokonsultasjoner og nødvendig døgnbehandling
- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling med polikliniske telefon- og videokonsultasjoner og nødvendig døgnbehandling
- Pasienter i et forløp etter nyoppstått betydelig funksjonsnedsettelse og behov for habilitering og rehabilitering
- Helsehjelp til barn og unge

Besvarelsen viser at tilbudet innen psykisk helsevern voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling har vært opprettholdt kun til en viss grad. Det er kommentert at det er store regionale ulikheter, og at Helsetilsynets undersøkelser av ventetider for utvalgte grupper, spesielt barn og unge, viser dårlige resultater for Helse Nord, men man har forståelse for at tallene er beheftet med usikkerhet grunnet feilrapportering.

2.2.8 Temaområde covid-19-rehabilitering

Et rehabiliteringstilbud til de med komplikasjoner etter covid-19-pandemien vurderes som viktig for å hindre at mange får lange sykemeldinger, kroniske sykdommer eller blir uføre. Det er forespurt om Helse Nord RHF har sørget for at det er etablert tilstrekkelige

rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen. Besvarelsen viser at statsforvalterne ikke har kjennskap til om det er etablert rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen.

2.2.9 Oppsummering og læring

2.2.9.1 Oppsummering

Respondentene har tilslutt fått anledning til å vurdere om foretaksgruppen Helse Nord har organisert beredskapsarbeidet i samsvar med de grunnleggende prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet, ref. Stortingsmelding nr. 10 (2016-2017) «Risiko i et trygt samfunn». Besvarelsen viser at foretaksgruppen Helse Nord i stor grad har organisert beredskapsarbeidet i samsvar med ansvars- og likhetsprinsippet, men at for nærhets- og samvirkeprinsippet har organiseringen vært litt svakere.

Det er avslutningsvis fra respondent stilt spørsmål ved om det var nødvendig å opprettholde så høy beredskap ved sykehusene gjennom sommeren da smitten var fraværende, i forhold til å avvikle normal ferie og være uthvilt og klar når utbruddet kom.

2.2.9.2 Bevaringspunkter

Fra statsforvalternes side er følgende bevaringspunkter framhevet:

5. Fortsette med tett dialog mellom samarbeidspartnere for å styrke samhandling og for å se gjensidig avhengighet.
6. Fortsatt være tilgjengelig og ha hyppig kontakt med øvrige beredskapsaktører og anerkjenne statsforvalterens vurderinger.
7. Fortsatt gjennomføre inkluderende møter som bidrar til gode og faglige diskusjoner, som grunnlag for relevante tiltak.

2.2.9.3 Forbedringspunkter

Fra statsforvalternes side er følgende forbedringspunkter framhevet:

9. Spesialisthelsetjenesten må se sin rolle som bidragsyter til kommunene, slik at de lykkes i sitt arbeid for å opprettholde kapasitet til å håndtere pasienten utenfor sykehusene (revidere samhandlingsavtalene).
10. Bidra til mer effektivitet i samhandlingen mellom kommuner og sykehus, eks. for transport av covid-19-tester.

2.3 Evaluering av foretaksgruppen Helse Nord's beredskapsarbeid - fylkeskommuner og kommuner

Helse Nord RHF har et overordnet administrativt ansvar for at beredskapssituasjoner i regionen blir forsvarlig håndtert og samordnet med statsforvaltere og andre. Det vil si at det regionale helseforetaket sammen med sine helseforetak/sykehus skal sørge for at befolkningen i helseregionen, inklusive Svalbard, får nødvendig helsehjelp og bistand ved ulykker og alvorlige hendelser. Fylkeskommuner og kommuner sine evalueringer av foretaksgruppens beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå er basert på

spørreundersøkelse som er sendt ut til Nordland fylkeskommune, Troms og Finnmark fylkeskommune og til alle kommuner i de to fylkene.

Spørreundersøkelsen rettet mot fylkeskommuner og kommuner har omfattet de samme temaområdene som undersøkelsen rettet mot statsforvaltere og sysselmann:

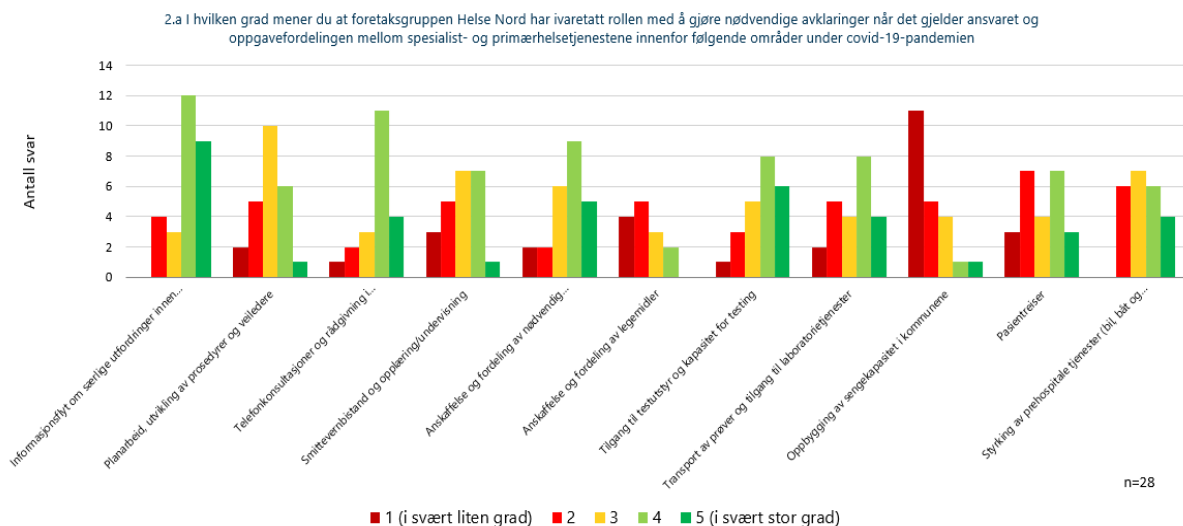
- Ansvar og oppgavefordeling
- Innkjøp av smittevernutstyr
- Møteaktivitet og koordinering
- Samhandling
- Informasjonsflyt
- Kompetanse og personellbehov
- Prioritering av pasientgrupper
- Covid-19-rehabilitering

2.3.1 Temaområde ansvar og oppgavefordeling

Foretaksgruppen Helse Nord skal i en beredskapssituasjon gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling i regionen, herunder i samhandlingen med statsforvaltere, sysselmann, fylkeskommuner og kommuner. Respondentene er bedt om å besvare om foretaksgruppen har ivaretatt sin rolle med å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten innenfor en rekke områder under covid-19-pandemien, jf. figur 14.

Områdene som er valgt ut er følgende:

- Informasjonsflyt om særlige utfordringer innen helseregionen
- Planarbeid, utvikling av prosedyrer og veiledere
- Telefonkonsultasjoner og rådgivning i enkeltsituasjoner
- Smittevernbiestand og opplæring/undervisning
- Anskaffelse og fordeling av nødvendig smittevernutstyr og annet kritisk utstyr
- Anskaffelse og fordeling av legemidler
- Tilgang til testutstyr og kapasitet for testing
- Transport av prøver og tilgang til laboratorietjenester
- Oppbygging av sengekapasitet
- Pasientreiser
- Styrking av prehospitale tjenester



Figur 14 – Ansvar og oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten

Besvarelsen viser at det er stor variasjon i hvor stor grad foretaksgruppen har gjort nødvendige avklaringer knyttet til ansvar og oppgavefordeling under covid-19-pandemien. De områdene som utpeker seg i positiv grad er informasjonsflyt om særlige utfordringer innen helseregionen, anskaffelse og fordeling av nødvendig smittevernutstyr og annet kritisk utstyr, og tilgang til testutstyr og kapasitet for testing. For de øvrige områdene har respondentene gitt uttrykk for at foretaksgruppen i mindre grad har gjort nødvendige avklaringer. Basert på kommentarer i besvarelsen, vil vi framheve forhold som respondentene mener har vært godt håndtert eller som burde vært gjort bedre innenfor enkelte av områdene.

Smittevern bistand og opplæring/undervisning

Rådene som er gitt for å bygge opp smittevernberedskap er gode. Det er også fremhevet at smittevern sykepleier er en tydelig og dyktig rådgiver, og at møtene mellom UNN og kommunene er verdifulle, fordi de er arena for erfaringsdeling, samt god veiledning og råd fra alle parter. Det er kommentert at helseforetakene er viktig beredskapsressurs.

Anskaffelse og fordeling av nødvendig smittevernutstyr og annet kritisk utstyr

Det er påpekt at det har vært viktig at det tilsendte smittevernutstyret har vært kvalitetssikret og at det er tatt initiativ til regionalt lager.

Tilgang til testutstyr og kapasitet for testing

En kortere ventetid og lavere terskel for å ta covid-19-test er positivt, men det er forskjeller mellom kommunene, hvor covid-19-testing har vært avvist av ukjent årsak i flere små kommuner. Det er også påpekt fra en kommune at på grunn av at det kun har vært én smittet i kommunen, har ikke behovet for bistand vært så stort. Det er videre kommentert at sykehus måtte bruke ressursene på sine indre forhold i pandemiens begynnelse, og da var tilgangen på testutstyr begrenset, men dette har bedret seg mye.

Transport av prøver og tilgang til laboratorietjenester

Det er påpekt fra flere at transport av prøver fra kommuner uten flyforbindelse i helger og høytidsdager, er en utfordring. En koordinering av transport av prøver fra Ofoten via Indre Sør-Troms og Midt-Troms til Tromsø kunne begrense kostnader og sikre at prøver når laboratoriet raskere. Det er kommentert at det er svært god informasjon til kommunene fra laboratoriene, og at laboratoriene gjør en flott jobb.

Pasientreiser og prehospitale tjenester

Transport av mulig smittede til testing er problematisk, og pasientreiser har enda ikke etablert noe transporttilbud for pasienter med luftveissymptomer, utover å henvise til egen ambulansetjeneste. Det er dårlig kapasitetsutnyttelse og uhensiktsmessig planlegging. Kommunene har etterspurt dette i månedssvis uten at det er kommet på plass andre løsninger, bortsett fra rundt Tromsø.

For området Vesterålen/Ofoten-regionen (Ramsund) er det påpekt at det bare er en taxi som kan frakte disse pasientene, og det er altfor lite siden de skal serve et stort nedslagsfelt. Grunnet kapasitetsutfordringer, skaper dette uheldige situasjoner hvor disse pasientene transporteres særskilt til Luftveisklinikken i Harstad.

Respondentene har også fått anledning til å kommentere om det er andre områder hvor det har vært behov for avklaringer.

Andre områder

Flere respondenter har påpekt at det er behov for avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling knyttet til utskriving av pasienter med covid-19 fra sykehus, og at kommunene og sykehusene bør ha en felles gjennomgang av ulike scenarier ved innskriving og utskriving. Det bør også være et tettere samarbeid rundt ikke kommunale institusjoner knyttet til rehabilitering.

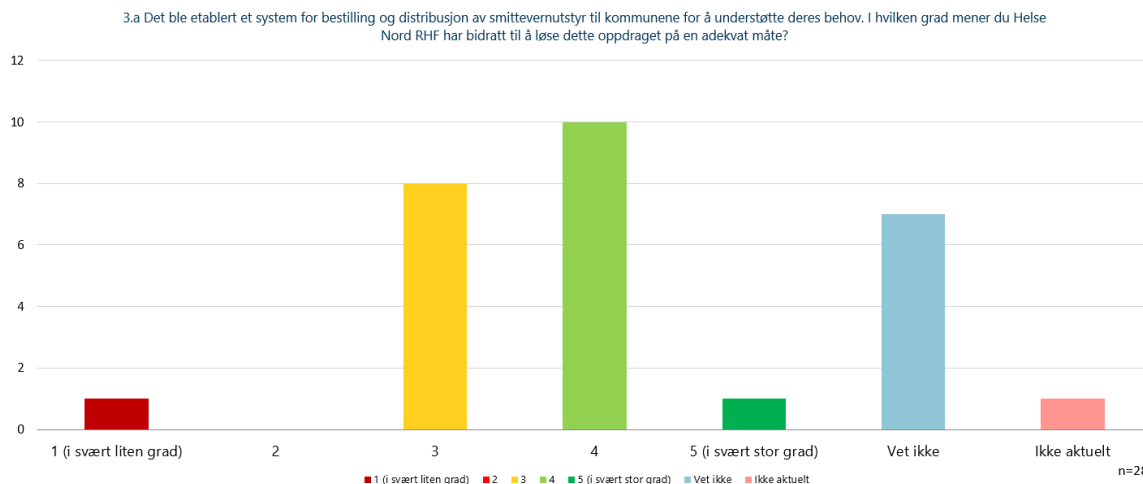
Sesonginfluensavaksineringen for 2020 burde vært avklart fra Helse Nord og ikke fra kommuner og apotek. Det påpekes fra evalueringsgruppas side at dette er et område som ligger utenfor Helse Nord's ansvarsområde

Fra kommunenes side savnes det en tettere dialog og samhandling om utviklingsbildet og risikofaktorene. Mye av informasjonen som er gitt, har fokusert på forholdene i sykehusene, ikke om kommunenes behov.

2.3.2 Temaområde innkjøp av smittevernutstyr

De regionale helseforetakene fikk i brev fra Helsedirektoratet den 6. mars 2020 i oppdrag, sammen med Sykehusinnkjøp HF, å være behjelpelig med å skaffe kritiske legemidler og utstyr/materiell til kommunesektoren, dersom sektoren selv ikke lykkes å løse sine behov for forsyninger. Respondentene ble forespurt om Helse Nord RHF har løst oppdraget med å etablere et system for bestilling og distribusjon av

smittevernutstyr til kommunene for å understøtte deres behov, på en adekvat måte, jf. figur 15.



Figur 15 – Etablere system for bestilling og distribusjon av smittevernutstyr

Selv om respondentene til en viss grad er positiv til systemet for bestilling og distribusjon av smittevernutstyr, er det enkelte kritiske kommentarer til distribusjonsløsningen.

Et punkt som er trukket fram er at den digitale rapporteringsløsningen burde vært mer brukervennlig allerede fra starten av, for å slippe parallell rapportering, men det er også

Det er påpekt at det må være et nasjonalt lager av smittevernutstyr i tilfelle pandemier. Enkelte kommuner har gått til bestilling på egenhånd i starten av pandemien, mens andre har forholdt seg til Helse Sør-Øst ved bestilling av smittevernutstyr.

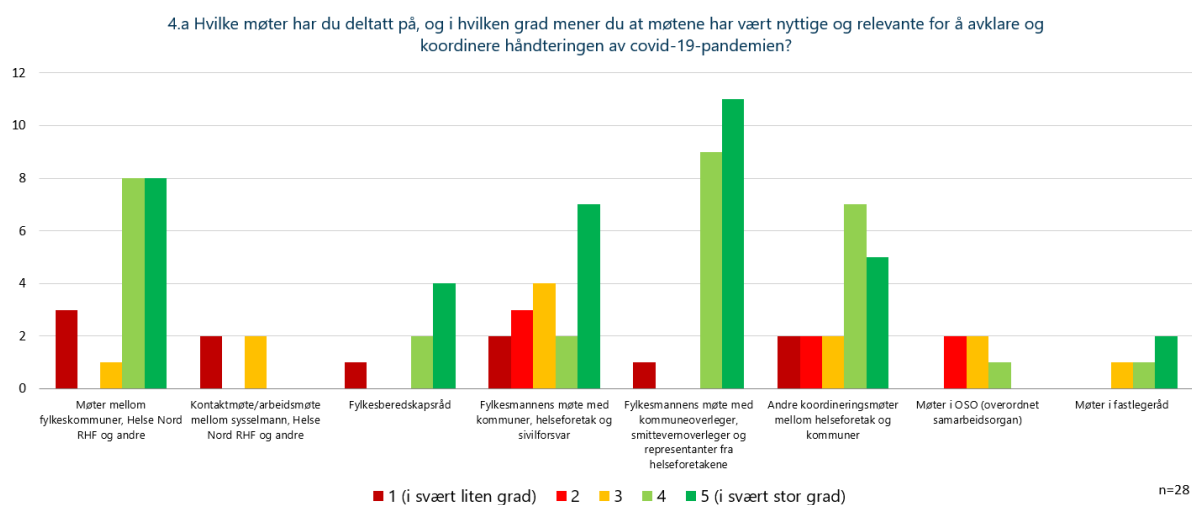
Fordelingen av utstyr mellom kommuner og helseforetak er vurdert som veldig spesiell og uforsvarlig, hvor sykehusene har bygd opp lager, mens kommunene har laget eget smittevernutstyr på dugnad. Det påpekes også her at beslutninger omkring fordeling av materiell ble besluttet av Helsedirektoratet, og at fordelingen av «kommuneandelen» var statsforvalternes ansvar. Respondentene har uttrykt at bekymringen for manglende utstyr er redusert, etter at regional lagerbeholdning er bygd opp.

2.3.3 Temaområde møteaktivitet og koordinering

Helse Nord RHF skal ha kontakt med og ved behov koordinere støtte og kapasitet fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten i beredskapssituasjoner. Videre skal RHF-et bidra med samordning av helsetjenestene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

I en pandemisituasjon vil tilgang på smittevernutstyr, mulighet for karantene og isolering, laboratoriediagnostikk osv. være begrenset. Særlig i første fase av covid-19-pandemien ble det etablert flere arenaer for samordning og koordinering av bistand for

å sikre tilgang på disse kritiske faktorene. Respondentene ble forespurt om møtearenaene mellom spesialist- og primærhelsetjenesten har vært relevante for å avklare og koordinere håndteringen av covid-19-pandemien, jf. figur 16.



Figur 16 – Nyttige og relevante møtearenaer for å avklare og koordinere håndtering av covid-19-pandemien

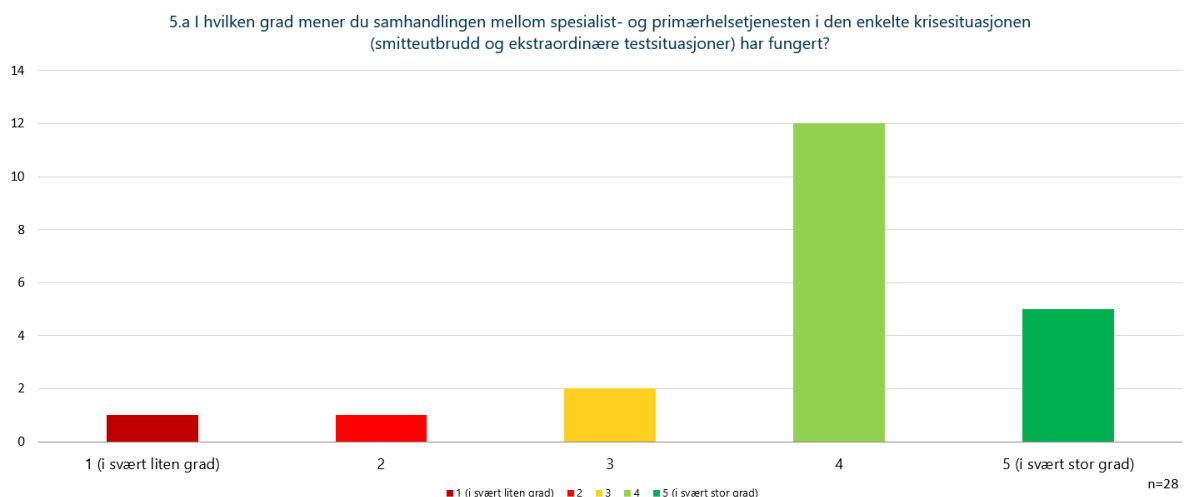
Etablerte møtearenaer oppleves i all hovedsak som nyttige og relevante for å avklare og koordinere håndteringen av pandemien. Enkelte av respondentene har i tillegg til de møtearenaene det er forespurt om i undersøkelsen, deltatt i andre samhandlingsmøter med foretaksgruppen Helse Nord. Det har vært forskjellige lokale møter, som møter med samhandlingsavdelinger, kommuneoverleger, fylkesleger og ulike lokalsykehus. Det har også vært møter med smittevernsykepleiere.

Det er også forespurt om det er andre aktuelle møtearenaer som burde vært etablert under pandemien, og det nevnes møtearena for kommuneoverleger og HF-er i hele Helse-Nord området, i tillegg til kombinert møte mellom kommune, helseforetak og fastlegeforum. Møter nærmere brukerne er også et savn, hvor fagkompetanse fra sykehus og helsepersonell i førstelinjen møtes.

Det er kommentert at oppsplittingen av Midt-Troms/ Indre Sør-Troms mellom UNN Harstad, UNN Narvik og UNN Tromsø har medført at legevaktdistriktet og kommunene er fordelt til samtlige tre seksjoner av UNN. Videre er det kommentert at møtet som ble etablert av Helgelandssykehuset og omkringliggende kommuner har fungert meget bra.

2.3.4 Temaområde samhandling

Det er videre i undersøkelsen forespurt om samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten i den enkelte krisesituasjon har fungert, jf. figur 17.



Figur 17 – Samhandling i den enkelte krisesituasjon

I all hovedsak er respondentene fornøyd med samhandlingen i den enkelte krisesituasjon. Det har vært god dialog om transport og prehospital behandling ved mistanke om covid-19-smitte, men det er enkelte kommentarer til samhandlingen.

Det er påpekt at kommunene i stor grad må klare seg selv ved mottak av pasienter, som er utskrivningsklare tidligere enn de var før. Det bør også bli bedre samhandling knyttet til uavklarte pasienter, i og med at dette kan gi potensielt farlige situasjoner.

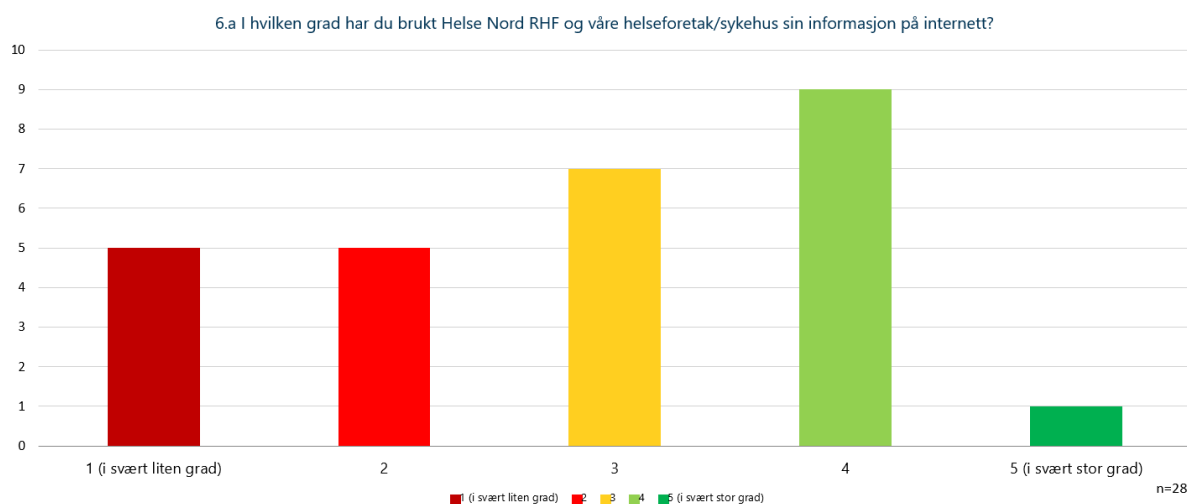
I pandemiens første fase våren 2020 var det en kort periode betydelig usikkerhet rundt transport til sykehus av personer med uavklart smittestatus. Dette førte i enkelte situasjoner til lange ventetider på ambulansetransport, spesielt fly.

I pandemiens andre del var nedstengningen av Hammerfest sykehus utfordrende. De første dagene var det også eksempler på lange ventetider på fly, men forsterket kapasitet kom raskt på plass. Informasjon ut til berørte kommuner, spesielt rundt dette med pasienttransport, kunne med fordel ha kommet tidligere. Rutiner rundt innleggelser til andre sykehus og Klinikk Alta kom på plass, men rutinene var ikke tilstrekkelig kjent ute i organisasjonen. Dette medførte mange og lange telefonrunder for legevakt før avklaring av innleggelsessted og transport ble endelig avklart, særlig i startfasen av nedstengningen.

Det er mangelfull informasjon ut til berørte kommuner ved flytting av opptaksområde for lokalsykehus, men dette er ikke unikt ved covid-19-pandemien.

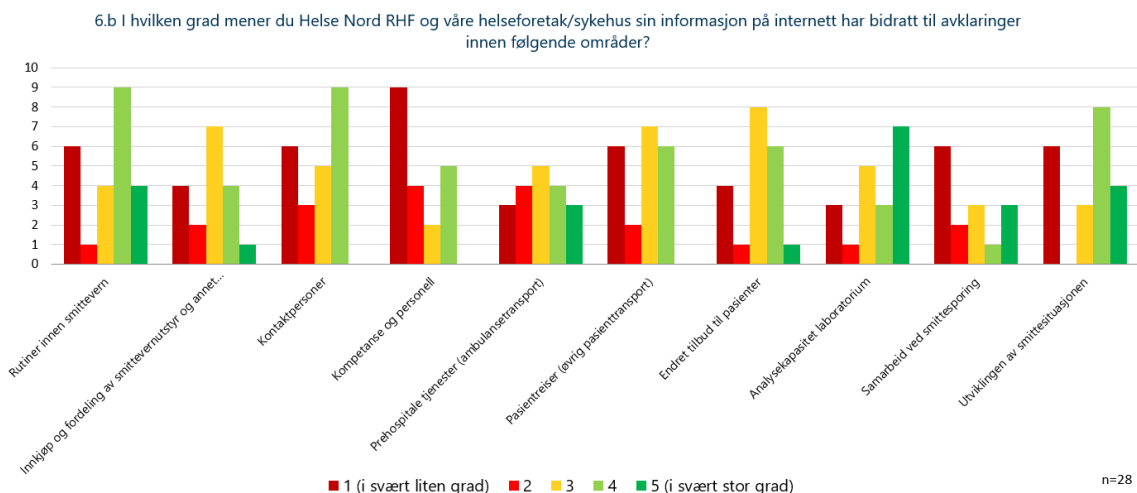
2.3.5 Temaområde informasjonsflyt

Foretaksgruppen Helse Nord har forsøkt å tilstrebe at informasjon innenfor aktuelle temaer skal være samordnet og oppdatert til enhver tid. Respondentene er forespurt om de har benyttet foretaksgruppens informasjon på internett, jf. figur 18.



Figur 18 – Bruk av foretaksgruppens informasjon på internett

Besvarelsen viser at det er store forskjeller blant respondentene i bruken av foretaksgruppens informasjon på internett. Det er videre forespurt om informasjonen har bidratt til avklaringer innenfor en rekke områder, jf. figur 19.



Figur 19 – Om foretaksgruppens informasjon på internett bidrar til avklaringer

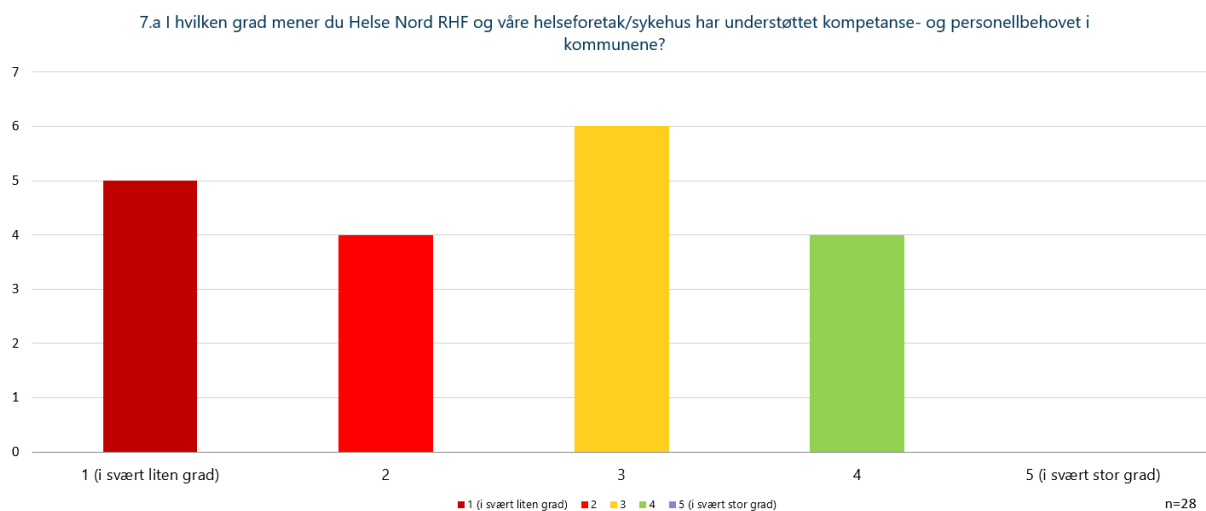
Besvarelsene viser at informasjon på internett i liten grad har bidratt til avklaringer innenfor de forespurte områdene. Det området som utpeker seg som positivt er informasjon om analysekapasitet i laboratorium. Innenfor øvrige områder er det store sprik i om informasjonen er avklarende, selv om mange sier at de har brukt internett under pandemien, jf. figur 18.

Det er kommentert at det er andre kilder enn Helse Nord sine nettsider som har gitt tilstrekkelig informasjon under pandemien. Det er videre påpekt at Helse Nord burde gitt relevant informasjon på andre måter enn gjennom nettsidene, fordi nettsidene gir en ensidig kommunikasjon. Forslag til kommunikasjonsform er å sende informasjon av

betydning for kommunene til deres postmottak. Det er også kommentert at det burde vært tydeligere avklaring om ansvar for smittesporing rundt pasienter innlagt i sykehus.

2.3.6 Temaområde kompetanse og personellbehov

Faglig kompetanse og personellbehovet har vært stort under pandemien. Respondentene har besvart om foretaksgruppen Helse Nord har understøttet kompetanse- og personellbehovet i kommunene, jf. figur 20.



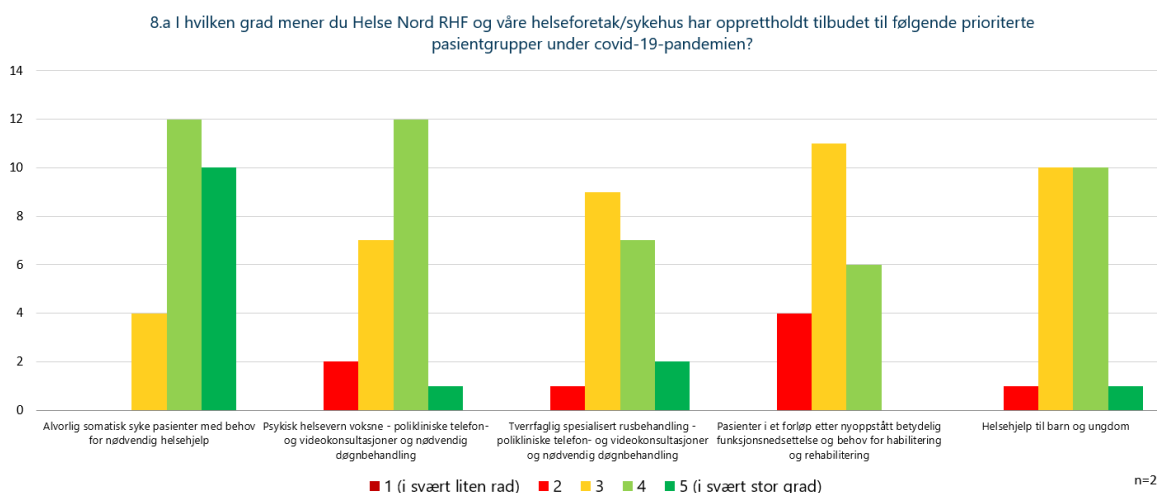
Figur 20 – Understøttelse av kommunenes kompetanse- og personellbehov

Besvarelsen viser at foretaksgruppen i liten grad har understøttet kompetanse- og personellbehov i kommunene.

Det er kommentert at planlagt og gjennomført opplæring er gjort uten direkte bistand fra helseforetakene. Det er stilt spørsmål ved om understøttelse av kompetanse- og personellbehov retter seg mot vertskommunene, fordi understøttelsen ikke er særlig synlig for andre kommuner.

2.3.7 Temaområde prioritering av pasientgrupper

Helse Nord RHF fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet i starten av pandemien å prioritere sårbare pasientgrupper. På bakgrunn av dette er det forespurt om foretaksgruppen Helse Nord har opprettholdt tilbudet til prioriterte pasientgrupper under pandemien, jf. figur 21.

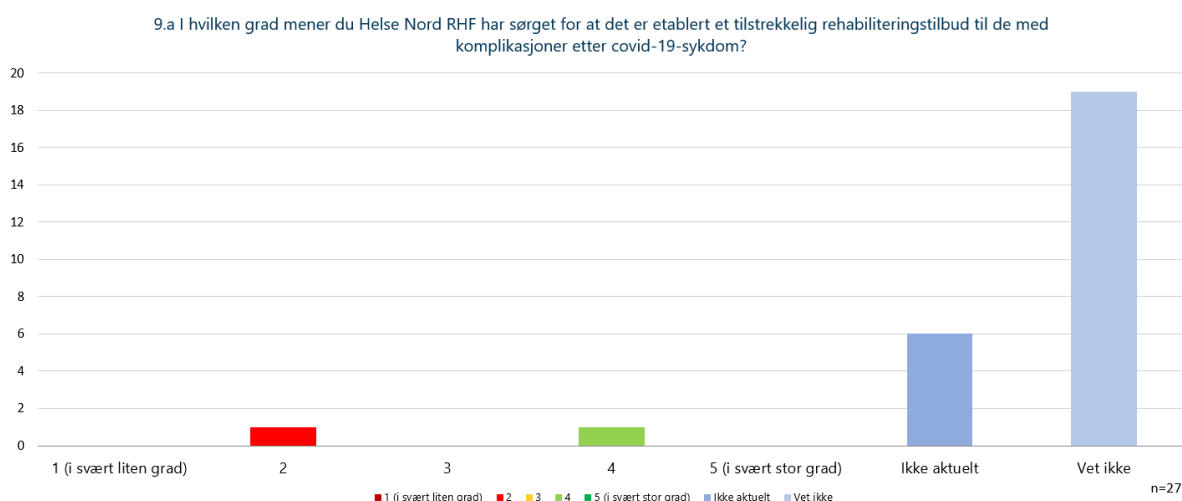


Figur 21 – Opprettholdelse av tilbudet til prioriterte pasientgrupper

Besvarelsene tyder på at tilbudet til de sårbare pasientgruppene i all hovedsak er opprettholdt under pandemien sett fra kommunenes side, men at opprettholdelse av tilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling og pasienter med behov for habilitering og rehabilitering kunne vært bedre.

2.3.8 Temaområde covid-19-rehabilitering

Et rehabiliteringstilbud til de med komplikasjoner etter covid-19-pandemien vurderes som viktig for å forhindre at mange får lange sykemeldinger, kroniske sykdommer eller blir uføre. Det er forespurgt om Helse Nord RHF har sørget for at det er etablert tilstrekkelige rehabiliteringstilbud til denne pasientgruppen, jf. figur 22.



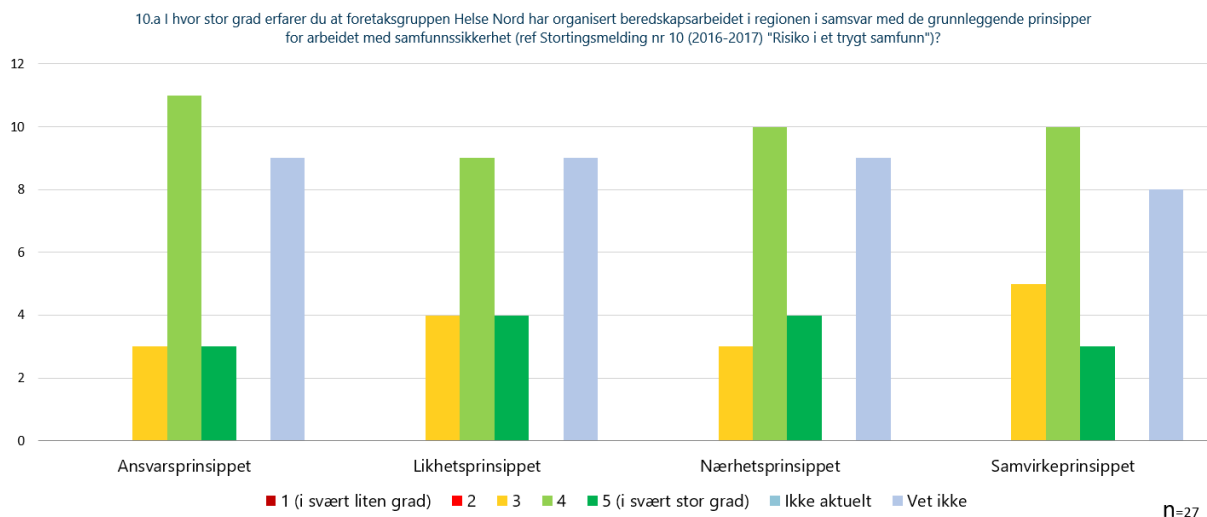
Figur 22 – Etablering av tilstrekkelig rehabiliteringstilbud

Dette er et spørsmål hvor respondentene i liten grad er kjent med om et tilbud er etablert.

2.3.9 Oppsummering og læring

2.3.9.1 Oppsummering

Respondentene har tilslutt fått anledning til å vurdere om foretaksgruppen Helse Nord har organisert beredskapsarbeidet i samsvar med de grunnleggende prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet, ref. Stortingsmelding nr. 10 (2016-2017) «Risiko i et trygt samfunn», jf. figur 23.



Figur 23 – Grunnleggende prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet

Besvarelsen viser at foretaksgruppen Helse Nord i stor grad har organisert beredskapsarbeidet i samsvar med de grunnleggende prinsippene for arbeidet med samfunnssikkerhet.

2.3.9.2 Vurdering av temaområdene

Basert på score og tilbakemeldinger fra respondentene, er det evalueringsgruppas vurdering at foretaksgruppen Helse Nord i all hovedsak har ivaretatt sitt ansvar på en tilfredsstillende måte så langt under covid-19-pandemien. Men evalueringsgruppa vurderer at det finnes forbedringsområder av både kortsiktig og langsiktig karakter. Det er mange respondenter som har trukket fram tett dialog, samarbeid og samhandling på alle nivåer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, som viktig for beredskapsarbeidet. Evalueringsgruppa vurderer at å bevare allerede etablerte samarbeidsformer og samtidig styrke samhandlingen gjennom helsefelleskapene, blir vesentlig framover, både i daglig drift og i beredskapssituasjoner. En større grad av samhandling i langvarige beredskapssituasjoner både knyttet til kompetanse og personellressurser og knyttet til utskrivning av pasienter, bør prioriteres.

At flere respondenter har påpekt at det bør være en tydeligere kanal for kommunikasjon og informasjon fra Helse Nord til kommunene, vurderes også å være et område som må prioriteres i framtidige beredskapssituasjoner. Evalueringsgruppa vurderer at det er vesentlig å involvere kommunene i beredskapsarbeidet og avklare ansvarsforholdene mellom kommunene og helseforetakene på et tidligere tidspunkt i en framtidig langvarig beredskapssituasjon. Forbedringsområder av mer kortsiktig karakter, er å tydeliggjøre og avklare ansvarsforholdene knyttet til dokumentasjon av kvalitetssikret smittevernutstyr.

2.3.9.3 Bevaringspunkter

Fra fylkes- og kommunenes side er følgende bevaringspunkter framhevet:

8. Fortsatt tett dialog, samarbeid og samhandling innen temaområdene og på alle nivåer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
9. Fortsatt prioritere hurtig testing og tilstrekkelig laboratoriekapasitet, smittevernutstyr, og kompetanse og kapasitet i sykehus.

2.3.9.4 Forbedringspunkter

Fra fylkes- og kommunenes side er følgende forbedringspunkter framhevet:

11. Ha en tydelige og omforent kanal for relevant informasjon til og kommunikasjon med kommunene og fastlegene.
12. Bidra til å styrke samhandlingen gjennom helsefelleskapene.
13. Organisere beredskapspersonell fra sykehusene som kan gjøres tilgjengelig for kommuner ved kortvarige behov for bistand, herunder tilpasse samhandlingen ut fra kommunenes behov.
14. Involvere kommunene i beredskapsplanarbeidet og avklare ansvarsforhold mellom kommunene og helseforetakene på et tidligere tidspunkt, herunder avklare om kommunene har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter (revidere samhandlingsavtalene).
15. Forbedre transportlinjene for covid-19-tester.
16. Forbedre logistikken for transport av mulig covid-19-smittede til sykehus.
17. Avklare ansvarsforhold knyttet til dokumentasjon av og informasjon om kvalitetssikring av aktuelt smittevernutstyr.

2.4 Evaluering av foretaksgruppen Helse Nords beredskapsarbeid - Forsvaret

Helse Nord RHF har et overordnet administrativt ansvar for at beredskapssituasjoner i regionen blir forsvarlig håndtert og samordnet med annen innsats. Det vil si at det regionale helseforetaket sammen med sine helseforetak/sykehus skal sørge for at befolkningen i helseregionen, inklusive Svalbard, får nødvendig helsehjelp og bistand ved sykdom, ulykker og alvorlige hendelser. I tillegg skal man oppfylle sine forpliktelser i det sivilmilitære samarbeidet som beskrevet i totalforsvarskonseptet. Observasjonene knyttet til Forsvaret og sivilforsvaret sin evaluering av foretaksgruppens beredskapsledelse på strategisk og operasjonelt nivå er basert på spørreundersøkelse som er sendt ut til samhandlingsaktørene i Forsvaret og sivilforsvaret under covid-19-pandemien.

Spørreundersøkelsen rettet mot Forsvaret og sivilforsvaret har omfattet følgende temaområder:

- Ansvar og oppgavefordeling
- Møteaktivitet og koordinering
- Liaisonoffiserer

2.4.1 Temaområde ansvar og oppgavefordeling

Foretaksgruppen Helse Nord skal i en beredskapssituasjon gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling. Respondentene er bedt om å besvare (i skala fra i svært stor grad (5) til i svært liten grad (1)) om foretaksgruppen har ivaretatt sin rolle med å gjøre nødvendige avklaringer når det gjelder ansvar og oppgavefordeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten knyttet til det sivilmilitære samarbeidet innenfor en rekke områder under covid-19-pandemien.

Områdene som er valgt ut er følgende:

- Informasjonsflyt om særlige utfordringer innen helseregionen
- Planarbeid, utvikling av prosedyrer og veiledere
- Tilgjengelighet for telefonkonsultasjoner og rådgivning i enkeltsituasjoner
- Anskaffelse og fordeling av nødvendig smittevernutstyr
- Anskaffelse av medisinskteknisk utstyr
- Anskaffelse av legemidler
- Tilgang til smittetesting og laboratorietjenester
- Styrking av prehospitale tjenester

Besvarelsen viser at det er stor variasjon i hvilken grad foretaksgruppen har ivaretatt sin rolle med å gjøre nødvendige avklaringer knyttet til ansvar og oppgavefordeling under covid-19-pandemien. De områdene som utpeker seg i positiv grad er informasjonsflyt om særlige utfordringer innen helseregionen og tilgang til smittetesting og laboratorietjenester testing. For de øvrige områdene har respondentene gitt uttrykk for at foretaksgruppen i mindre grad/ noe mindre grad har gjort nødvendige avklaringer. Vi vil framheve en kommentar om at det manglet en forventningsavklaring knyttet til hvilken støtte Forsvaret kunne avse for sivile helsetjenester. Videre kommenteres det at basert på innkomne anmodninger er oppfattelsen i sivil helsevesen at Forsvaret besitter betydelige kapasiteter som kan etterspørres av de sivile helsetjenestene og kommunene. Informasjon om hva Forsvaret har av kapabiliteter og kapasitet må gis til det nivået i helsevesenet som skal planlegge utførelsen, både regionalt og lokalt.

Helse Nord RHF ble tildelt et ansvar for å etablere en ordning for å håndtere sykehusenes anmodninger om støtte fra Forsvaret. Dette ble gjennomført i et nært samarbeid med Forsvarets operative hovedkvarter (FOH). Helse Nord RHF fikk også et nasjonalt ansvar for å håndtere disse anmodningene inn mot sentrale myndigheter (Helsedirektoratet, Forsvaret og DSB) på vegne av alle de fire RHF-ene. På spørsmål om i hvilken grad Helse Nord RHF har løst oppdraget med bistandsanmodninger på en adekvat måte, viser besvarelsene fra respondentene at de i all hovedsak er fornøyd med håndteringen, men det er påpekt at arbeid som har foregått på overordnet nivå ikke er kommet ned i strukturen. Det er videre påpekt at det etter en noe famlende og ustrukturert oppstart, ble satt gode rutiner når RHF-et og FOH satte seg ned sammen. Når tydelige prosedyrer ble etablert og kommunisert ut, fungerte RHF-et godt i sin

koordinerende rolle. Liaisonoffiserer som ivaretar kommunikasjon mellom FOH og Helse Nord synes som en meget god måte å etablere gode løsninger vedrørende koordinering av støttebehovet fra Forsvaret.

2.4.2 Temaområde møteaktivitet og koordinering

Helse Nord RHF skal ha kontakt med og ved behov koordinere støtte og kapasitet fra spesialisthelsetjenesten til Forsvaret i beredskapssituasjoner. Videre skal RHF-et bidra med samordning av helsetjenestene fra primærhelsetjenesten.

I en pandemisituasjon vil tilgang på smittevernutstyr, mulighet for karantene og isolering, laboratoriediagnostikk osv. være begrenset. Særlig i første fase av covid-19-pandemien ble det etablert flere arenaer for samordning og koordinering av bistand for å sikre tilgang på disse kritiske faktorene. Respondentene ble forespurt om møte- og kontaktpunktene har bidratt til å understøtte Forsvarets beredskapsarbeid innenfor de samme områdene som er beskrevet i 3.4.1, i tillegg til området samhandling og koordinering med andre aktører/sektorer i totalforsvaret.

Besvarelsen viser at respondentene i all hovedsak er fornøyd med hvordan møte- og kontaktpunktene har bidratt til å understøtte Forsvarets beredskapsarbeid innen de fleste områdene. Det er noe uenighet om dette er tilfelle når det gjelder de prehospitale tjenestene. Det er påpekt at heimevernsdistriktet ikke har blitt involvert i møtene, og til tross for sitt regionale ansvar ser det ut som om enkelte regionale aktører forholder seg til FOH direkte. Det er kommentert at Forsvaret fikk fremsendt en oversikt over intensivkapasiteten til Helse Nord, og at det ble gjennomført flere telefonmøter, hvor statusen i nord var et tema. Dette ga Forsvaret en god forståelse av utfordringene i nord.

2.4.3 Liaisonoffiserer

Liaisonoffiserer skal være et knutepunkt i samarbeidet mellom enheter i spesialisthelsetjenesten og Forsvaret, herunder ivareta kommunikasjon og koordinerende aktiviteter. Det er avgitt liaisonoffiserer til spesialisthelsetjenesten. Respondentene ble forespurt om dette har bidratt til å lette informasjonsutvekslingen og samarbeidet mellom Helse Nord RHF/ helseforetakene og Forsvaret. Det er entydig positiv tilbakemelding om liaison-offiserenes bidrag til kommunikasjon og koordinering mellom spesialisthelsetjenesten og Forsvaret.

2.4.4 Oppsummering og læring

2.4.4.1 Oppsummering

Respondentene har tilslutt fått anledning til å vurdere om foretaksgruppen Helse Nord har organisert beredskapsarbeidet i samsvar med de grunnleggende prinsipper for arbeidet med samfunnssikkerhet, ref. Stortingsmelding nr. 10 (2016-2017) «Risiko i et trygt samfunn». Besvarelsen viser at foretaksgruppen Helse Nord i stor grad har organisert beredskapsarbeidet i samsvar med ansvars- og likhetsprinsippet, men at for nærhets- og samvirkeprinsippet har organiseringen vært litt svakere.

Det er påpekt avslutningsvis at forståelse for og evne til planlegging i et lengre tidsperspektiv bør bedres. Det oppleves at det i forløpet av pandemien ble et sterkt fokus på å løse de problemer som lå nærmest i tid, og at en krise som pandemi krever langsiktighet. Helse Nord RHF må ta ansvar for dette i plansammenheng, og kortsiktige tiltak må ikke skape utfordringer på lengre sikt. RHF-et må etablere rutiner og systemer for raskt å kunne omstille seg fra daglig drift til håndtering av ekstraordinære situasjoner.

2.4.4.2 Bevaringspunkter

Fra Forvarets side er følgende bevaringspunkter framhevet:

10. Fortsatt se helhet og invitere inn samarbeidspartnere i nasjonal beredskap/totalforsvaret.
11. Fortsatt benytte liaisonoffiserer i krisesituasjoner til bl.a. informasjon, kommunikasjon og koordinering mellom Forsvaret og spesialisthelsetjenesten.

2.4.4.3 Forbedringspunkter

Fra Forvarets side er følgende forbedringspunkter framhevet:

18. Knytte kontakt mot heimevernsdistriktet som har ansvar for det regionale sivilmilitære samarbeidet/ totalforsvaret.
19. Involvere Forsvaret i beredskapsplanarbeidet i Helse Nord (totalforsvaret).
20. Etablere forståelse for og styrke evne til planlegging i et lengre tidsperspektiv under en beredskapssituasjon som en pandemi.

3 anbefalinger og læringspunkter

3.1 anbefalinger

Evalueringsgruppa anbefaler Helse Nord RHF og helseforetakene å:

3. Gjennomgå bevaringspunkter og sikre at disse videreføres i den «nye normalen».
4. Gjennomgå foreløpige forbedringspunkter og prioritere utarbeidelse av handlingsplan ut fra risikovurdering, i forkant av mulig økning av smitte i regionen.

3.2 Bevarings- og forbedringspunkter

3.2.1 Beredskapsarbeidet i Helse Nord RHF –helseforetak

3.2.1.1 Bevaringspunkter

1. Samarbeide tett i hele regionen med regionale koordineringsmøter/nettverksmøter, både for å skape felles situasjonsforståelse, diskutere problemstillinger og formidle hvilke beslutninger som er tatt.
2. Fortsette smittevernarbeidet i Helse Nord i regi av KORSN, noe som har fungert bra.
3. Ha felles plan i Helse Nord for innkjøp av og overordnet koordinering av forsyning av kritisk utstyr.

- | |
|---|
| 4. Helse Nord RHF må fortsette å formidle nasjonalt de krevende beredskapsutfordringer som er i nord grunnet geografi mv. |
|---|

3.2.1.2 Forbedringspunkter

- | |
|--|
| 1. Helse Nord RHF må oppdatere de regionale beredskapsplanene og sørge for at disse er koordinert og samstemt med helseforetakenes egne planer, herunder øve på krisesituasjoner i normalsituasjon for å være godt forberedt. Beredskapsplanene må også inkludere en tydelig kommunikasjonsstrategi. |
| 2. Etablere bedre struktur på regionale koordineringsmøter, med rask ferdigstilling av møtereferater og oppfølgingslister med ansvarlige og frister. |
| 3. Påse riktig sammensetning av ulike møtefora/fagnettverk både fra RHF-et og fra helseforetakene. Sikre at etablerte nettverk har tydelige og riktige mandater for beredskapsarbeidet, slik at det ikke oppstår uavklarte parallelle styringslinjer på tvers av linjeledelse. |
| 4. Etablere beredskapslagre for smittevernutstyr og annet kritisk utstyr lokalt og regionalt, herunder sikre at medisinsk-teknisk utstyr oppgraderes jevnlig. |
| 5. Etablere tilstrekkelige legemiddellagre, og beskrive i planverket fast kontaktpunkt på RHF-nivå for avklaringer og regional koordinering på legemiddelområdet, herunder utarbeide anbefalinger knyttet til foretakenes forvaltning av legemiddelberedskap. |
| 6. Samordne regionale beredskapsplaner ved IKT-hendelser, herunder oppdatere IKT-strategien for enklere å sette i gang strakstiltak i en beredskapssituasjon. |
| 7. I enda større grad se kapasiteten under ett i Helse Nord, i og med at det er knapphet på både personellressurser og utstyr. |
| 8. Beskrive ansvar og ordninger for pasientlogistikk/transport av intensiv-/covid-19-pasienter internt i Helse Nord. |

3.2.2 Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord –statsforvaltere

3.2.2.1 Bevaringspunkter

- | |
|--|
| 5. Fortsette med tett dialog mellom samarbeidspartnere for å styrke samhandling og for å se gjensidig avhengighet. |
| 6. Fortsatt være tilgjengelig og ha hyppig kontakt med øvrige beredskapsaktører og anerkjenne statsforvalterens vurderinger. |
| 7. Fortsatt gjennomføre inkluderende møter som bidrar til gode og faglige diskusjoner, som grunnlag for relevante tiltak. |

3.2.2.2 Forbedringspunkter

- | |
|--|
| 9. Spesialisthelsetjenesten må se sin rolle som bidragsyter til kommunene, slik at de lykkes i sitt arbeid for å opprettholde kapasitet til å håndtere pasienten utenfor sykehusene (revidere samhandlingsavtalene). |
| 10. Bidra til mer effektivitet i samhandlingen mellom kommuner og sykehus, eks. for transport av covid-19-tester. |

3.2.3 Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – fylkes- og kommuner

3.2.3.1 Bevaringspunkter

8. Fortsatt tett dialog, samarbeid og samhandling innen temaområdene og på alle nivåer mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
9. Fortsatt prioritere hurtig testing og tilstrekkelig laboratoriekapasitet, smittevernutstyr, og kompetanse og kapasitet i sykehus.

3.2.3.2 Forbedringspunkter

11. Ha en tydelig og omforent kanal for utsendelse av relevant informasjon til og kommunikasjon med kommunene og fastlegene.
12. Bidra til å styrke samhandlingen gjennom helsefellesskapene.
13. Organisere beredskapspersonell fra sykehusene som kan gjøres tilgjengelig for kommuner ved kortvarige behov for bistand, herunder tilpasse samhandlingen ut fra kommunenes behov.
14. Involvere kommunene i beredskapsplanarbeidet og avklare ansvarsforhold mellom kommunene og helseforetakene på et tidligere tidspunkt, herunder avklare om kommunene har kapasitet til å ta imot utskrivningsklare pasienter (revidere samhandlingsavtalene).
15. Forbedre transportlinjene for covid-19-tester.
16. Forbedre logistikken for transport av mulig covid-19-smittede til sykehus.
17. Avklare ansvarsforhold knyttet til dokumentasjon av og informasjon om kvalitetssikring av aktuelt smittevernutstyr.

3.2.4 Beredskapsarbeidet i foretaksgruppen Helse Nord – Forsvaret

3.2.4.1 Bevaringspunkter

10. Fortsatt se helhet og invitere inn samarbeidspartnere i nasjonal beredskap.
11. Fortsatt benytte liaisonoffiserer i krisesituasjoner til bl.a. informasjon, kommunikasjon og koordinering mellom Forsvaret og spesialisthelsetjenesten.

3.2.4.2 Forbedringspunkter

18. Knytte kontakt mot heimevernsdistriktet som har ansvar for det regionale sivilmilitære samarbeidet/totalforsvaret.
19. Involvere Forsvaret i beredskapsplanarbeidet i Helse Nord (totalforsvaret).
20. Etablere forståelse for og styrke evne til planlegging i et lengre tidsperspektiv under en beredskapssituasjon som en pandemi.

Møtedato: 15. mai 2021

Saksnr.:
2021/528-1

Saksbeh./tlf.:
Tone Amundsen, 46 80 31 14

Sted/dato:
Bodø, 03.05.2021

RBU-sak 49-2020 Oppnevning av brukerrepresentant til regional arbeidsgruppe - spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen

Formål

Oppnevning av brukerrepresentant til den regionale arbeidsgruppen spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Beslutningsgrunnlag:

Helse Nord RHF og de tre andre regionale helseforetakene har i nært samarbeid med Sametinget, utarbeidet strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen».

Alle regionale helseforetak har styrebehandlet strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» med følgende felles vedtak:

- 1. Styret slutter seg til strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» og dokumentet oversendes oppdragsgiver Helse- og omsorgsdepartementet med følgende prioriteringer:*
 - *Strategi for økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten prioriteres i første fase, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.*
 - *Det utarbeides en nasjonal handlingsplan som omfatter helsetjenester til den samiske befolkningen.*
 - *I henhold til de regionale helseforetakenes sørge for ansvar bør det jobbes videre med overordnet organisering av samiske spesialisthelsetjenester. Modell 1, videreutvikling av dagens organisering, anbefales.*

I arbeidet med å øke kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenesten er det nødvendig at de regionale helseforetakene samarbeider i det videre arbeidet med oppfølging av strategidokumentet. Den samiske befolkningen er en heterogen gruppe med ulike samiske språk, kultur, og bosetningsområder. Det vil derfor være ulike behov i de ulike RHF-ene.

I AD-møte 23. november 2020 ble sak 110-2020: Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen- oppfølging behandlet med følgende konklusjon:

1. AD-ene i RHF-ene peker på at økt kvalitet og kompetanse i spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen, fordrer at alle regionale helseforetak er delaktig i det videre arbeidet.

2. AD-ene i RHF-ene støtter at det opprettes en interregional arbeidsgruppe, under ledelse av Helse Nord RHF, som følger opp det videre arbeidet med strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen» Fagdirektørene og AD-ene i RHF-ene skal holdes oppdatert om det videre arbeidet. Representant fra KTV/KVO inviteres inn i arbeidsgruppen.

Arbeidsgruppen skal ledes av Helse Nord RHF og med medlemmer bestående av:

- Et medlem fra Helse Sør-Øst RHF
- Et medlem fra Helse Vest RHF
- Et medlem fra Helse Midt-Norge RHF
- Et medlem fra RBU
- Et medlem fra konserntillitsvalgte
- Et medlem fra Sametinget

Forslag til vedtak

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

Regionalt brukerutvalg oppnevner NN til å sitte i den regionale arbeidsgruppen – spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen

Bodø, 03. mai 2021

Cecilie Dae
adm. direktør

Ikke trykt vedlegg: Strategidokumentet «Spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen». Kan hentes på: <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/samiske-helsetjenester-strategi>

Referanseliste:

Møtedato: 12. mai 2021
Saksnr.:
2021/457

Saksbeh./tlf.:
Mette Bakkeli, 95 04 47 67

Sted/dato:
Bodø, 03.05.2021

RBU-sak 50-2021

Strategi for prehospitaler tjenester i Helseregion Nord

Formål

Hensikten med denne saken er å gi RBU en innledende orientering om oppstart av arbeidet med Strategi for prehospitaler tjenester i Helseregion Nord. Som det går fram av mandatet (vedlagt), skal strategien gi overordnede rammer og forutsetninger for helseforetakenes utviklingsplaner, der de i samarbeid med kommunene skal gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Beslutningsgrunnlag

I forbindelse med behandling av styresak 146-2020 Basestruktur for ambulansehelikopter – gjennomgang, ble det lagt til grunn i saksutredningen at Helse Nord RHF vil gjøre en egen utredning av helikopterbasestrukturen i egen region, sett i en helhetlig akuttmedisinsk sammenheng. Administrerende direktør i Helse Nord RHF viste i sin vurdering til at Helse Nord RHF vil påbegynne en slik gjennomgang i 2021.

Dette arbeidet er nå under oppstart. Utkast til mandat (vedlagt) ble lagt fram til drøfting med konserntillitsvalgte og konsernverneombud i møte 22. april. Endelig mandat skal fastsettes i møte i styringsgruppen 16. mai.

Organisering av arbeidet

Arbeidet vil bli organisert som et prosjekt der de administrerende direktørene i helseforetakene i regionen, to representanter for brukerorganisasjonene og to representanter oppnevnt av konserntillitsvalgte utgjør styringsgruppen. I prosjektgruppen oppnevnes klinikkjefene for prehospitaler tjenester i helseforetakene, i tillegg til en representant for konserntillitsvalgte, Luftambulansetjenesten HF og to eksterne representanter.

Det vil også bli oppnevnt referansegruppe (r) for prosjektet der ordførerne i regionen blir invitert (organisert i møter etter helseforetaksområder).

Representanter for brukerorganisasjonene

To medlemmer fra RBU er oppnevnt som brukerrepresentanter i styringsgruppen.

Tidsplan og faser i arbeidet

Arbeidet skal gjennomføres i løpet av 2021, med plan om å legge fram Strategi for prehospitaler tjenester i Helseregion Nord for styret til behandling 15. desember.

Arbeidet vil bli inndelt i faser.

Første fase (mai – juni) vil omhandle datainnsamling og analyse. Som ledd i dette arbeidet vil det bli avholdt innspillmøter ved alle lokalsykehusene i regionen, der representanter fra de prehospitale tjenestene ved sykehuset, lokale tillitsvalgte og representanter for luftambulansene (der dette er aktuelt) blir invitert. Det vil i tillegg bli avholdt egne møter med kommunelegene i sykehusenes opptaksområde.

Andre fase, gjennom sommeren, vil være å utarbeide første utkast til rapport. Tredje fase (september og oktober) vil medgå til bearbeiding av rapport, møter med ordførere/referansegruppe(r) og forankring hos RBU og KTV/KVO. Det vil i den forbindelse bli egen tematime i RBU.

Konklusjon

Arbeidet med Strategisk plan for prehospitale tjenester i Helseregion Nord gjennomføres i tråd med orienteringen over. Det avholdes egen tematime for RBU til høsten.

Forslag til vedtak

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

1. Orienteringen om arbeidet med Strategisk plan for prehospitale tjenester i Helseregion Nord tas til orientering.

Bodø, 3. mai 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg: 1
Strategi for prehostpiale tjenester: mandag (utkast pr 22. april 2021)

Strategi for prehospitale tjenester i Helseregion Nord

Utkast til mandat

<revidert 22. april 2021>

1. Bakgrunn for saken

Foretaksmøtet i Helse Nord RHF 3. januar 2020 vedtok følgende:

Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å:

- *arbeide for å finne en løsning for et ambulanshelikopter stasjonert i Kirkenes gjennom vinteren 2020. Dette skal erstatte Forsvarets helikopter som i dag er stasjonert midlertidig i Kirkenes. Basert på erfaringene fra dette skal Helse Nord RHF vurdere behovet for et permanent ambulanshelikopter i Kirkenes.*

Foretaksmøtet i Helse Nord RHF 17. april ga de regionale helseforetakene i oppdrag å:

Sørge for at Luftambulansetjenesten HF får på plass et sivilt helikopter i Kirkenes innen 15. juli 2020, til erstatning for Forsvarets Bell-helikopter.

I foretaksmøte i Helse Nord RHF 10. juni 2020, punkt 8.2.1 ble de regionale helseforetakene bedt om å:

- *oppdatere rapporten Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter med ny kunnskap og eventuelle endringer som kan påvirke basestruktur og behov for luftambulansetjenester. Frist for oppdraget er 1. september 2020.*
- *legge til rette for stasjonering av et jetfly i Tromsø, om mulig gjennom anskaffelse av et jetfly som norsk bistand for transport av pasienter med «høy-risiko for smitte» under RescEU-programmet, De regionale helseforetakene skal bistå Helsedirektoratet i forhandlingene med EU. Når en avtale ev. er undertegnet, vil det være de regionale helseforetakenes oppgave å etablere og drifte jetflyet i tråd med avtalen og sikre at dette også inngår i den nasjonale helseberedskapen.*

Styret i Helse Nord RHF behandlet i styresak 91-2020 Permanent ambulanshelikopter i Kirkenes, vurdering av behovet – oppfølging av foretaksmøte 3. januar 2020.

Styresak 91-2020 Permanent ambulanshelikopter i Kirkenes - vurdering av behovet.pdf (helse-nord.no) Til grunn for saken lå rapporten Vurdering av behovet for en permanent ambulanshelikopterbase i Kirkenes, utarbeidet av en hurtigarbeidende arbeidsgruppe vinteren/våren 2020.

Administrerende direktør la i sin vurdering til grunn at det bør arbeides med en løsning i Kirkenes etter 31. januar 2021. Det ble i november 2020 inngått avtale om drift av ambulanshelikopterbase i Kirkenes med NLA AS. Kontrakten har samme tidsramme som hovedavtalen og løpe fram til med 31. mai 2024, med opsjon på forlengelse 2 + 2 år. Etablerer permanent ambulanshelikopter i Kirkenes - Helse Nord RHF (helse-nord.no)

Administrerende direktør viste til at det i perioden framover vil være flere vurderinger som må gjennomføres, som krever tid. Blant annet må nye luftambulansetableringer sees opp mot helheten av alle luftambulanseressurser i Helse Nord, jf. også gjennomgangen av den nasjonale basestrukturen for ambulanshelikopter. Det er planlagt en ny redningshelikopterbase i Tromsø, estimert våren 2022. Sak - stortinget.no Helse Nord vil opprette et eget fagråd for luftambulans i Helse Nord som skal bidra inn i dette arbeidet.

Basert på resultatene av disse prosessene vil vi ha et bedre grunnlag for å gjøre gode prioriteringer.

Styret i Helse Nord RHF behandlet i styresak 146-2020 Basestruktur for ambulanshelikopter – gjennomgang. Styresak 146-2020 Basestruktur for ambulanshelikopter - gjennomgang.pdf (helse-nord.no)

Det går blant annet fram av saksutredningen at målsetningen om å nå 90 pst. av landets befolkning med legebemannet ambulanse innen 45 min. er oppnådd, vurdert ut fra kart og dekningsgrad. Et estimat viser at om lag 99 pst. av befolkningen kan nås med legebemannet ambulanse i løpet av 45 minutter. De nye redningshelikoptrene vil nå ut til en større del av landet innen 45 minutter. Det er regionale og lokale forskjeller i bruk av luftambulans. Slike forskjeller vil man nødvendigvis måtte ha på grunn av ulike geografiske forhold. Helse Nord vil gjøre en egen utredning vedrørende helikopterbasestrukturen i egen region, sett i en helhetlig akuttmedisinsk sammenheng. Administrerende direktør viser i sin vurdering til at Helse Nord vil påbegynne en slik gjennomgang våren 2021.

2. Hensikt med oppdraget

Samfunns mål

Helse Nord skal yte spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning.

Befolkningen skal ha trygghet for at de får kompetent og rask hjelp når de trenger det ved akutt sykdom og skade. De akuttmedisinske tjenestene skal være en godt koordinert kjede, basert på samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak. Tjenesten skal ha kompetente og beredte medarbeidere som har fått opplæring og trening og i samhandling.

Pasientene skal oppleve en sammenhengende akuttmedisinsk tjeneste der innsats settes tidlig inn og informasjonen følger pasienten hele veien – og helt hjem.

Effekt mål

- Sikre god faglig kvalitet i pasientbehandlingen i samsvar med god praksis
- Sikre at pasientene får riktig tilbud til riktig tid (transport på rett nivå)
- Redusere uønsket variasjon i tilbudet og kapasitetsutnyttelsen i de akuttmedisinske tjenestene
- Utnytte den totale beredskapen i hele kjeden fra kommunehelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste til beste for pasienten
- Sikre at de ansatte har adekvat utstyr, opplever tydelig fordeling av ansvar og oppgaver, og at det er nødvendige rutiner og prosedyrer for de ulike oppgavene

Resultatmål

- En overordnet strategiplan for de prehospitaltjenestene som ivaretar
 - en sammenhengende og godt koordinert akuttmedisinsk kjede som sikrer helhetlige pasientforløp pre- og posthospitalt
 - bedre samhandling mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten og trygge pasientforløp
 - riktig dimensjonering av beredskap i helseforetakenes geografiske områder
 - riktig bruk av tilgjengelig kompetanse
 - trygghet i befolkningen

2.1 Hva skal vurderes

Utredningen skal:

- gjennomgå luftambulansesstrukturen i sammenheng med øvrige prehospitaltjenester i Helseregion Nord
- gi tilrådning om hvordan ressursene samlet kan innrettes for å sikre helhetlige pasientforløp i akuttmedisinske situasjoner, og ved henting, overføring og tilbakeføring av pasienter (pre- og posthospitalt)
- gi tilrådning om endelig plassering av ambulanshelikopterbase jf. Utredning av permanent base for ambulanshelikopter i Midtre Hålogaland | Luftambulansetjenesten
- gi overordnede rammer og føringer for helseforetakenes utviklingsplaner, der de i samarbeid med kommunene skal gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, jf. pkt. 2.2.
- gjennomgå rekvireringspraksis i regionen og vurdere samarbeid og samordning mellom R-AMK/AMK-LA/AMK, FKS og MKP
- vurdere beredskapsperspektivet og sårbarheten i de ordinære prehospitaltjenestene ved større hendelser og kriser
- vurdere de økonomiske og personellmessige konsekvensene mv. av eventuelle forslag til endringer.

Utredningen skal også ta hensyn til:

- Nasjonale og regionale rammer og krav, herunder myndighetskrav

- Helsetilsynet: Tilsynsrapport Luftambulansetjenesten (våren 2021)
- planlagte el. forventede endringer i samfunnets infrastruktur (veinett, lufthavnstruktur)
- konsekvensene av endringer i sykehusstruktur; Nye Helgelandssykehuset
- Nye redningshelikoptre (SAR Queen) til erstatning for Sea King i Bodø og Banak. Hvilke konsekvenser har dette for bruksmønster og tilgjengelighet? (Kortere flytid, bedre dårlig-vær-egenskaper, nye krav til landingsforhold på skadested og v/sykehus).
 - manglende/mangelfulle landingsplasser ved enkelte sykehus
- Ny redningshelikopterbase i Tromsø (2022)
- Ambulanshelikopter i Kirkenes – konsekvenser så langt for bruksmønster andre prehospitale ressurser (ambulansefly, bil)
- Nytt jetfly i Tromsø
- Helse Nord sin rolle i nordområdene jf. Nordområdestrategi Nordområdestrategi - mellom geopolitikk og samfunnsutvikling - regjeringen.no
- Helse Nord sin rolle i Totalforsvaret, jf. Forsvarets aktiviteter i Nord
- Læringspunkter fra evalueringer av øvelser og større hendelser
- Teknologiske utviklingsprosjekter; bl.a.
 - implementering av Robust Mobilt Helsenett (RMH),
 - AMK-IKT Landsdekkende prosjekt,
 - Kommunikasjonsløsning for akuttmedisinsk kjede (KAK) <https://www.hdo.no/kak>
 - A-EPJ (Prosjekt i HSØ under implementering, opsjon i Helse Nord (Bliksund AS)). Plan om å innføre i Nord i løpet av 2021.
 - MULTIMONITORER: Påbegynt «nasjonal» anskaffelse i regi av Sykehusinnkjøp. For Helse Nord er det spesielt viktig med kommunikasjon og mottak som gir sikkerhet og brukeradministrasjon - sterkt ønske om at kommuneleger i vakt inngår i samme system for robusthet og sømløs pasientbehandling. LAT inngår. <https://sykehusinnkjop.no/anskaffelser/multimonitor-for-ambulanse>
 - AMBULANSEBILER: Lange anskaffelsesprosesser (klager/rettsak) som nylig er i mål for alle 3 kategorier. <https://sykehusinnkjop.no/nasjonale-avtaler/ambulansebiler>
- Anmodningsvedtak om å forskriftsfeste responstider: Meld. St. 5 (2020-2021), Innst. 275 S (2020-2021) Samfunnssikkerhet i en usikker verden: Vedtak 726: «Stortinget ber regjeringen forskriftsfeste responstider for ambulansetjenesten og sette en

standard for kompetanse og akuttmedisinsk utstyr i ambulansebilene og på ambulansebasene.»

Fakta grunnlag – Analyse:

Det arbeides med hvilket fakta grunnlag som er relevant og tilgjengelig. Etter en foreløpig gjennomgang foreslås følgende:

- Dekningsgrad (befolkning innenfor definert radius) for ambulanse- og redningshelikopter i Helseregion Nord (jf. rapportene "Gjennomgang av basestruktur for ambulanshelikopter" (august 2020) og "Vurdering av behovet for en permanent ambulanshelikopterbase i Kirkenes" (mars 2020).
- Dekningsgrad for øvrige prehospitaler ressurser basert på bosted i Helseregionen
 - Bilambulanse
 - Ambulansfly
 - Ambulansbåt
- Lokalisering av dagens akuttmedisinske ressurser:
 - Sykehus
 - Luftambulans helikopter/fly
 - Legebiler LA-baser
 - Bilambulans
 - Båtambulans (eget prosjekt)
 - Legevakt
- Betydning av klima og værforhold for tilgjengelighet og regularitet i tjenesten
- Analyser av historiske virksomhetsdata fra AMK og FKS, samt pasientreiser:
 - Aktivitetsdata per år på alle prehospitaler ressurser per lokasjon (fem – ti år)
- Virksomhetsdata for spesifikke akuttmedisinske tilstander som f.eks.: STEMI, hjerneslag, Sepsis, fødsel, akutt psykiatri mv. Med dette menes:
 - Antall røde oppdrag per år fordelt på alder (aldersgrupper), kommune (evt. grunnkrets), ressurs og hentested.
 - Hasteoppdrag knyttet til akuttpsykiatri tas også med
- På bakgrunn av virksomhetsdata gjøres et randomisert uttrekk for å beskrive ulike pasientforløp som eksempler, herunder
 - Avvik der ressurser ikke når pasienten på grunn av samtidighet etc.
 - Tid fra innringer 113/bestilling av ambulans fra LV/fastlege, der pasientforløpet starter til hjelp er framme hos pasienten. (ønsker data som gjennomsnitt/median per kommune/år).

Andre aktuelle samarbeidspartnere vi trenger dialog og ny kunnskap fra:

- Data fra SSB
- Justis- og beredskapsdepartementet/Nawsarh/HRS vedr. nye RHKP, ny base Tromsø etc., samt
- Forsvaret – FOH (330 skv.)
- Politi - ressurser for PLIVO/akutt psykiatri
- LAT HF/operatørdata
- Pasientreiser - hjemreise, overføring lokalsykehus, rehabilitering. Rutefly, taxi, ambulanse etc.

2.2 Avgrensninger

Utredningen omfatter ikke:

- organisering og dimensjonering av øyeblikkelig-hjelp tilbudet i kommunene, herunder legevakt, akutt-hjelpere og frivillig førstehjelpsinnsetts.
- lokale tiltak som skal vurderes i forbindelse med helseforetakenes utviklingsplaner, jf. foretaksmøte i Helse Nord RHF 14. januar 2020 der de regionale helseforetakene blant annet ble bedt om å stille krav til helseforetakene om i arbeidet med sin neste utviklingsplan skal gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus i samarbeid med kommunene, jf. pkt. 2.1.
- akuttmedisinske tjenester i sykehus (akuttmottak mv).
- AMK-strukturen i Helse Nord, som skal gjennomgås i et eget prosjekt.
- gjennomgang av regelverket for båtambulansetjenesten – eget prosjekt (ledet av Helse Nord)
- plan for rekruttering og dimensjonering av utdanningskapasitet, opplæringstiltak mv.

3. Organisering

Oppdragsgiver

Cecilie Daae, administrerende direktør Helse Nord RHF

Styringsgruppe

Siri Tau Ursin	Finnmarkssykehuset HF
Anita Schumacher	UNN HF
Paul Martin Strand	Nordlandssykehuset HF
Hulda Gunnlaugsdottir	Helgelandssykehuset
Kari B. Sandnes	Konserntillitsvalgt LO Stat
Ann Mari Jenssen	Konserntillitsvalgt YS
Knut Hartviksen	Brukerrepresentant
Gunhild Berglen	Brukerrepresentant

Prosjektgruppe

Mette Bakkeli	Helse Nord RHF (leder)
Jørgen Nilsen	Finnmarkssykehuset HF
Jon Mathiesen	UNN HF
Harald Stordahl	Nordlandssykehuset HF
Pål E. Madsen	Helgelandssykehuset HF
Oddbjørn Aas	Luftambulansetjenesten HF
Ann Elin Tomlinson	Vestre Viken HF
Geir Kristoffersen	Sykehuset Innlandet HF
Sissel Alterskjær	Konserntillitsvalgt UNIO

Medvirkning og forankring

RBU - Regionalt brukerutvalg

Orienteringssak
Representanter i styringsgruppe
Tematime

KTV & KVO – konserntillitsvalgte og konsernverneombud

Drøfting av utkast til mandat (22. april)
To representanter i styringsgruppe
Tematime

Styret for Helse Nord RHF

Tematime, Styresak

Referansegruppe(r)

Kommunene i Helseregion Nord v/ordførere (organisert i møter per helseforetaksområde)

Det utarbeides egen plan for involvering.

4. Tidsplan og involvering

Arbeidet blir inndelt i faser:

Første fase (mai – juni)

- Datainnsamling og analyse
- Innspillmøter:
 - representanter for de prehospitale tjenestene ved det enkelte lokalsykehus, herunder AMK
 - lokale tillitsvalgte
 - representanter for luftambulansesetere
 - kommuneleger i sykehusenes opptaksområder

Andre fase (juni – medio september)

- Utarbeide rapportutkast
- Diskusjon og behandling i prosjektgruppe og styringsgruppe.

Tredje fase (september – oktober)

- Referansegruppemøte(r) med ordførere organisert etter helseforetakenes opptaksområder
- Korrigere rapportutkast – behandle i prosjektgruppe

Fjerde fase (november – desember)

- Utarbeide sluttrapport
- Drøfting med KTV/KVO
- Tematime og innspill RBU
- Utarbeide sak til styret i Helse Nord RHF – behandling i styret 15. desember 2021

Høring av sluttrapport: Strategi for prehospitale tjenester i Helseregion Nord (2022)

Møtedato: 12.mai 2021
Saksnr.:
2020/999-25

Saksbeh:
Hansen/Tidemann

Sted/dato:
Bodø, 4. mai 2021

RBU-sak 51-2021

Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan

Formål

Viser til RBU-sak 22-2021 om orientering om plan for arbeidet med rullering av Helse Nords økonomiske langtidsplan (ØLP).

Denne saken har til hensikt å informere RBU om status i arbeidet med ØLP.

Arbeidet med rullering av Økonomisk langtidsplan følger i stor grad prosess fra tidligere år, men noe endret som følge av behandling av Strategi for Helse Nord 2021-2024 i styresak 10-2021. Dette medfører at oppfølging av tiltak i Regional utviklingsplan 2035 allerede er styrebehandlet og derfor ikke inngår i årets ØLP.

Beslutningsgrunnlag

Helseforetakene har styrebehandlet sine innspill til planen. Tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i planperioden 2022-2025 og bærekraftsanalyse er oppdatert og styrebehandlet innen fristen.

Handlingsrommet er stramt og det arbeides nå med å utarbeide prioriteringen basert på styrehandlede innspill fra helseforetakene.

Helse Nords økonomiske langtidsplan (ØLP) 2022-2025, inkludert rullering av investeringsplan 2022-2029 skal behandles i styremøtet i Helse Nord RHF 22. juni 2021.

Konklusjon

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

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjon om prosesser i rullering av Økonomisk langtidsplan 2022-2025, inkl. rullering av investeringsplan 2022-2029, til orientering.

Bodø, 12.mai 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Møtedato: 15. mai 2021

Saksnr.:
2020/999-25

Saksbeh./tlf.:
Hilde Normann, 75 51 29 00

Sted/dato:
Bodø, 5. mai 2020

RBU-sak 52-2020 Regionale retningslinjer for godtgjørelser av brukermedvirkning på tjeneste og systemnivå i Helse Nord

Formål

Informere RBU om arbeidet med revisjon av retningslinjene for honorering. RBU inviteres til å gi innspill til arbeidet, samt til problemstillinger som revisjonsarbeidet bør adressere. For å sikre at de viktigste områdene blir prioritert, bes RBU selv prioritere 5 punkter.

Bakgrunn

Gjeldende *Retningslinjer for utbetaling av godtgjøring til medlemmer av Regionalt brukerutvalg og brukerutvalg i HF-ene samt for brukerdeltakelse i prosjekt, prosesser og arrangement ledet av Helse Nord RHF og helseforetakene* ble vedtatt i styresak 140/2012¹ (vedlegg). I styresak 44/2016 ble det vedtatt å differensiere mellom godtgjørelsen for telefon-/videomøter og fysiske møter. Digitale møter inntil 2,5 timer ble honorert med halv takst av lengre, eller fysiske, møter.

På denne tiden skjedde brukermedvirkning først og fremst gjennom deltakelse i formelle råd og utvalg. Siden har antall brukerrepresentanter økt kraftig, samtidig som det er større variasjon i hvilke prosesser brukere deltar i. Kjente problemstillinger knyttet til honorering er:

- Gjeldende retningslinjer dekker i liten grad andre former for medvirkning enn møtedeltakelse.
- Honorering av brukere i LMS tjenester varierer mellom helseforetak, og det finnes ikke et system for regulering av honorarene.

I styresak 59-2020 gjorde styret følgende vedtak: «*Styret i Helse Nord RHF ber adm. direktør om å sette i gang et arbeid for å videreutvikle systemet for godtgjørelser ved brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå i Helse Nord RHF og alle helseforetakene i Helse Nord med mål om å harmonisere godtgjørelsene for dette arbeidet regionalt*»

Konklusjon

Retningslinjene for godtgjøring av brukermedvirkning skal oppdateres. De nye retningslinjene skal både oppleves som dekkende og rettferdig, men også være enkelt å forstå og administrere både for helsetjenesten og for brukerrepresentanter. Helse Nord RHF ønsker innspill som sikrer at revisjonen adresserer vesentlige problemstillinger knyttet til dagens ordning.

¹ Det er utviklet en tradisjon om at summene oppgitt i pkt 3. *Møtegodtgjøring- leder/ -medlemsgodtgjøring* justeres i henhold til Helse- og omsorgsdepartementets justering av styregodtgjørelsen i Helse Nord RHF.

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

Regionalt brukerutvalg tar saken til orientering.

RBU har følgende innspill til arbeidet (max 5 innspill):

a)

Bodø, 5. mai 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

Vedlegg:

Retningslinjer for utbetaling av godtgjøring til medlemmer av Regionalt brukerutvalg og brukerutvalg i HF-ene samt for brukerdeltakelse i prosjekt, prosesser og arrangement ledet av Helse Nord RHF og helseforetakene

Notat ang honorering til behandling i HF-ene

RETNINGSLINJER FOR UTBETALING AV GODTGJØRING TIL MEDLEMMER AV REGIONALT BRUKERUTVALG I HELSE NORD RHF OG BRUKERUTVALG I HF- ENE SAMT FOR BRUKERDELTAGELSE I PROSJEKT, PROSESSER OG ARRANGEMENT LEDET AV HELSE NORD RHF OG HELSEFORETAKENE

1. Ved refusjonskrav til møter/arrangementer

Ved refusjonskrav til møter / arrangementer annet enn møter i brukerutvalget og brukerutvalgets arbeidsutvalg skal innkallinger og eventuell forhåndsgodkjennelse/særlig avtale vedlegges.

2. Skyss- og kostgodtgjøring

Medlemmene av Regionalt brukerutvalg i Helse Nord RHF og brukerutvalgene i helseforetakene (heretter benevnt brukerutvalgene i Helse Nord) gis skyss- og kostgodtgjøring samt nattillegg tilsvarende statens reiseregulativ. Reiser gjennomføres på den for oppdragsgiver billigste måte. Der det er hensiktsmessig benyttes offentlig transportmiddel. Medlemmene gis alminnelig samtykke til å bruke egen bil innenfor regionen på reiser i forbindelse med vervet etter regulativets sats. Ved lange avstander skal bruk av leiebil vurderes der dette kan gi lavere kostnader.

Utenfor regionen kan egen bil bare nyttes når dette blir den billigste reisemåte eller det er en klar ulempe for utførelsen av oppdraget at reisen foretas med offentlige transportmidler. Det samkjøres i størst mulig grad.

Ved reiser utenlands for helseforetakets/Helse Nord RHF's regning, skal det foreligge forhåndsgodkjenning fra budsjettansvarlig for brukerutvalget.

3. Godtgjøring for tapt arbeidsfortjeneste og andre utgifter som utøvelsen av vervet nødvendiggjør

Godtgjøring for tapt arbeidsfortjeneste kan gis når utøvelse av verv direkte medfører tap i egen inntekt. Dette må dokumenteres. Tapt arbeidsinntekt i privat virksomhet som ikke dokumenteres, men som kan synliggjøres, kan dekkes med inntil kr 650,- pr dag.

1. Legitimert sats

a) Lønnskottakere

Som legitimasjon godkjennes erklæring fra arbeidsgiver for trekk i lønn eller kvittering for utgifter til stedfortreder, attestert av arbeidsgiver. Det kan avtales med arbeidsgiver at denne utbetaler ordinær lønn mot refusjon fra Helse Nord RHF/helseforetaket (inkl sosiale utgifter).

b) Selvstendig næringsdrivende

Helse Nord RHF refunderer dokumentert reelt tap i inntekt.

Budsjettansvarlig for brukerutvalget i helseforetaket/Helse Nord RHF skal godkjenne fremlagt dokumentasjon for tapt arbeidsfortjeneste.

2. Andre legitimerede utgifter

Videre kan legitimerede utgifter (utenom tapt arbeidsfortjeneste) som utøvelsen av vervet nødvendiggjør kreves dekket. Utgifter til nødvendig ledsager og tolk dekkes.

3. Møtegodtgjøring - leder-/medlemsgodtgjøring

- a) Leder, nestleder og øvrige medlemmer i Brukerutvalget får en møtegodtgjøring f.t. pålydende kr. 1540,-
- b) Avvikles to eller flere møter samme dag f. eks AU møte + BU møte godtgjøres dette som ett møte.
- c) Medlemmer i styringsgrupper, prosjekter, fagråd, utvalg osv. godtgjøres med kr 1540,- pr. møte. Dette betales fra aktuelle prosjekt, fagråd, utvalg osv. sitt budsjett.
- c) Tilsvarende møtegodtgjøring gis når møter avvikles som telefonmøte.
- d) Tilsvarende møtegodtgjøring gis ved deltagelse i konferanser arrangert av helseforetaket hvor aktiv deltagelse kreves (holde innlegg/oppgaver ifm avvikling etc.). Aktiv deltagelse må dokumenteres ved fremlegg av program etc.
- e) På reisedager uten møter gis ingen møtegodtgjøring.
- f) I forbindelse med studieturer/prosjektreiser, befaringer og kurs/konferanser gis bare møtegodtgjøring når det har vært avholdt et ordinært møte eller etter spesiell avtale.

4. Deltagelse i møter og lignende hvor ikke Helse Nord RHF er arrangør

Ved invitasjon/innkalling fra HF eller eksterne arrangører skal det innhentes forhåndsgodkjennelse fra helseforetaket dersom deltagelse skal dekkes av det regionale foretaket. Slik deltagelse skal fortrinnsvis dekkes av arrangør.

5. Andre utgifter

Utgifter til barnepass kan dekkes når det foreligger et særskilt omsorgsbehov. Det kreves at dette dokumenteres. Godtgjørelse utbetales når barnepasser er en person som normalt ikke har omsorgsforpliktelser for barnet.

Notat:

Regional harmonisering av honorering av brukerrepresentanter i Helse Nord

Formål:

Helse Nord RHF ønsker innspill fra regionens brukerutvalg og ungdomsråd i arbeidet med revisjon av regionale retningslinjer for honorering av brukerrepresentasjon på systemnivå. Innspillene skal sørge for at en revisjon hensyntar de viktigste opplevde utfordringene knyttet til dagens ordning.

Notatet redegjør for bakgrunnen for gjeldende retningslinjer og for at saken nå tas opp til behandling.

Bakgrunn:

Det regionale brukerutvalget i Helse Nord RHF ble opprettet i 2002. Prinsippet om lik godtgjørelse til brukerutvalgene i Helse Nord RHF og alle underliggende helseforetak i Helse Nord ble vedtatt i av Helse Nord styret ti år senere¹. Samme år vedtok styret også *felles prinsipper for dekning av tapt arbeidsfortjeneste, ledsagertjeneste m.m.*², som også omfattet brukerrepresentanter *oppnevnt av brukerutvalgene*³. Prinsippene var basert på statens satser innenlands⁴, og på Helse Nord reisepolicy⁵. *Prinsippene* har ikke vært justert siden de ble vedtatt, men etablert praksis tilsier at møtehonorer og årlig godtgjørelse for brukerutvalgene justeres i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets (HODs) justering av styregodtgjørelsen i Helse Nord⁶.

I 2015 ble RHF-ene i oppdrag fra HOD bedt om å etablere forslag til *felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå for regionale helseforetak og helseforetak*. Arbeidet ble ledet av Helse Nord RHF. Forslag til felles retningslinjer ble vedtatt av Helse Nord styret i 2017⁷. Vedtatt retningslinje berørte i liten grad økonomi, blant annet fordi helseregionene allerede hadde ulik praksis på dette området og det var vanskelig å finne en omforent løsning.

I 2016 kom et tilleggskrav fra HOD om at det skulle etableres ungdomsråd (UR) i helseforetakene. Om økonomiske rammer og honorering av UR sier retningslinjene bare at dette søkes samstemt i hver region, men fastsettes av det enkelte HF⁷. Retningslinjene i Helse Nord er ikke samstemte, men ungdomsrådene honoreres alle etter timesats.

¹ Styresak 21-2012 Godtgjørelse til brukerutvalgene i Helse Nord RHF og alle underliggende helseforetak

² Styresak 140-2012 Regionalt Brukerutvalg og brukerutvalg i helseforetakene – felles prinsipper for dekning av tapt arbeidsfortjenesten, ledsager tjeneste m.m

³ Se også vedtakspunkt 3. i styresak 57-2018 Godtgjørelse til brukerutvalgene i Helse Nord RHF og alle underliggende helseforetak (s 102)

⁴ <https://arbeidsgiver.difi.no/lonn-goder-og-reise/reise-og-satser/statens-satser-innenlands>

⁵ PR12081 Økonomireglementet i Helse Nord RHF, kap 10 - Reiser

⁶ Styresak 59/2020 Godtgjørelse til brukerutvalgene i Helse Nord RHF og alle helseforetakene i Helse Nord

⁷ Styresak 15-2017 Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå

I tiden etter at brukerutvalgene ble opprettet ble brukerrepresentasjon først og fremst utøvd gjennom deltakelse i faste møter, noe retningslinjene gjenspeiler. Etter hvert foregår brukerrepresentasjon på et stadig større mangfold av arenaer. Brukerrepresentanter bidrar f.eks. i prosjekter med hyppige ad hoc møter av kort varighet, tildelingsordninger (som innebærer lesing av omfattende søknader i forkant av møtene og har også andre oppdrag på vegne av organet (f.eks. gjennomgang av tekst med tanke på «brukervennlighet»). Større mangfold krever en noe mer finmasket ordning for honorering.

I forbindelse med at arbeidsutvalget i RBU våren 2020 behandlet den siste justering av godtgjørelsen, ba utvalget Helse Nord om å starte et regionalt arbeid for å harmonisere godtgjørelsene for brukermedvirkning i helseforetakene *på system- og tjenestenivå*. Oppdraget skulle inkludere godtgjørelser til ungdomsråd og til brukerrepresentanter som bidrar i pasient- og pårørendeopplæring. I forbindelse med behandlingen den justerte godtgjørelsen i 2020 (styresak 59-2020) ba styret i vedtakspunkt 3 administrerende direktør om å *«sette i gang et arbeid for å videreutvikle systemet for godtgjørelser ved brukermedvirkning på tjeneste- og systemnivå i Helse Nord RHF og alle helseforetakene i Helse Nord med mål om å harmonisere godtgjørelsene for dette arbeidet regionalt»*.

I styresaken nevner flere områder der det kan være behov for justering. Det vises blant annet til behov for timesats, samt til at honorarene til brukermedvirkning i Lærings og mesteringssentrene ikke er justert på mange år.

I forbindelse med et felles, regionalt teamsmøte for i BU/UR i november 2020, ble det informert om iverksettelsen av arbeidet, og deltakerne ble bedt om å komme med innspill. Sekretærene for de ulike utvalgene i HF'ene har også gitt foreløpige tilbakemelding på utfordringer de mener bør adresseres i forbindelse med dette arbeidet.

Samtidig må reviderte retningslinjer balansere behovet mellom rimelig honorering, med behovet for retningslinjer som er enkle og entydige å forstå og håndtere, både for brukerrepresentanter og ansatte. Det er en kjent problemstilling at enkelte brukerrepresentanter unnlater å kreve honorar, enten fordi prosessen oppleves som for vanskelig eller fordi det ikke tilbys tilstrekkelig veiledning/ opplæring.

Vurdering av gjeldende retningslinjer:

Gjeldende retningslinjer for brukerutvalg i Helse Nord (vedlagt) dekker:

- Årlig godtgjørelse for leder, nestleder og AU-medlem.
- Møtegodtgjøring. Man skiller mellom fysiske og digitale møter. For digitale møter finnes et takstskille på over og under 2,5 timer.
- Beskrivelser av godtgjøring for tapt arbeidsfortjeneste og enkelte andre utgifter
- Beskrivelser av regler for skyss- og kostgodtgjøring

Aktuelle punkter for tilbakemelding:

Det er foreløpig ikke utarbeidet regionale retningslinjer for ungdomsråd.

- Honorering av representanter i ungdomsrådene, hva bør retningslinjene dekke?
- Årlig godtgjørelse for faste møter, eller betaling pr møte?
- Mulighet for timegodtgjørelse?
- Hvordan sørge for at systemer for innkreving er både enkle for brukerne, og i tråd med regnskapsmessige retningslinjer?
- Annet

Videre behandling:

Helse nord RHF vil innhente innspill fra følgende instanser:

- Regionens ungdomsråd og brukerutvalg
- Regionalt brukerutvalg
- Sekretariatene for brukerutvalg og Ungdomsråd i helseforetakene
- Retningslinjer fra andre Regionale helseforetak
- Ledere ved regionens læring- og mestringssenter

Saken vil også legges fram for ledergruppen i helse Nord og direktørmøtet før styremøtet.

En prioritert liste med 5 innspill med begrunnelse bes sendes Helse Nord RHF via postmottak. Innspillene skal benyttes i arbeidet med å lage et revidert utkast for nye retningslinjer.

Trykte vedlegg

- Styresak 140-2012 Regionalt Brukerutvalg og brukerutvalg i helseforetakene – felles prinsipper for dekning av tapt arbeidsfortjeneste, ledsager tjeneste m.m

Utrykte vedlegg

- Styresak 59-2020 Godtgjørelse til brukerutvalgene i Helse Nord RHF og alle helseforetakene i Helse Nord

Møtedato: 12. mai 2021

Arkivnr.:
2020/999-25

Saksbeh/tlf:
Finn Henry Hansen

Sted/Dato:
Bodø, 5. mai 2021

RBU-sak 53-2021 Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord

Formål

Formål med behandlingen i Regionalt brukerutvalg er å:

1. Orienterer om status i arbeidet med å etablere en strategi for kunstig intelligens (KI) i Helse Nord
2. Innhente innspill til deler av utkastet til strategi.

Bakgrunn/beslutningsgrunnlag

Det vises til tidligere presentasjon og drøftelse av denne saken i Brukerutvalget (RBU-sak 12-2021).

Streng restriksjoner for fysiske møter under pandemien har gjort arbeidet mer krevende enn forutsatt. Teams-møter har sin begrensning innen et felt som i seg selv har en større kompleksitet enn mer etablerte saksfelt. Arbeidet har likevel hatt god progresjon og planen er fortsatt å ferdigstille strategidokumentet i løpet av mai måned. Strategien planlegges styrebehandlet 22. juni 2021. Strategiens første seks kapitler nærmer seg endelig form.

Dokumentet er delt inn i fire tematiske avsnitt:

- Innledning og bakgrunn
- Nåsituasjon og fremtidsperspektiver for KIO i Helse Nord
- Forutsetninger, utfordringer og anbefalte tiltak for å lykkes med implementering av KI i Helse Nord
- Prioriterte satsingsområder for utvikling og bruk av KI i Helse Nord

For å kunne utforme en strategi på dette nye feltet, har det vært nødvendig å gjøre et betydelig analysearbeid for å skaffe en oversikt over status og aktuelle problemstillinger. Vi prøver i strategien å dokumentere denne reisen i landskapet for kunstig intelligens på måter som også er ment å ivareta en pedagogisk funksjon, der formålet er å informere ansatte, brukere og allmennhet om dette landskaper, sett fra arbeidsgruppens ståsted. De strategiske vurderinger som gjøres på grunnlag av denne reisen, vil primært være overordnede og retningsgivende, men i noen grad også mer konkrete. Arbeidsgruppen vil være mest konkret når det gjelder forslag til tiltak som går på forberedelse og tilretteleggelse for å ta i bruk kunstig intelligens i helsetjenesten. Kapittel 4, 5 og 6 dreier seg om dette. KI-feltet er regulert gjennom særlige rettsregler, både gjennom lovgivning og EU-forordninger. I kapittel 4 er det gjort en rimelig grundig redegjørelse for disse rettsreglene.

I kapittel 5 er det videre redegjort for tiltak som dreier seg om etablering av nødvendig IKT-infrastruktur som må være på plass for å kunne ta i bruk KI-løsninger. Det

anbefales at dette forberedende arbeidet videreføres gjennom en utdypende konseptutredning i regi av Helse Nord IKT. Utdanning og opplæring av helsepersonell og andre ansatte er også viktige forutsetninger for at praktiske KI-løsninger skal kunne implementeres helsetjenesten; tiltak på dette feltet skisseres i kapittel 6. Det er også behov for teknologisk og annen spisskompetanse som kan bygge bro mellom forskning og implementering av praktiske løsninger. Det viktigste tiltak i så måte, er etablering av Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI) i Tromsø.

Av særlig interesse for Brukerutvalget vil være avsnittet i kapittel 6.3, der spørsmålet om brukermedvirkning drøftes. I strategien vil det også fremmes forslag om organisering av KI-feltet i Helse Nord. Det foreslås etablert et strategisk råd for Senter for pasientnær kunstig intelligens, med deltagelse fra UNN HF, UiT og Helse Nord RHF. Videre foreslås etablert et Fagråd for kunstig intelligens, med deltagelse fra hvert helseforetak, SPKI og brukerrepresentanter.

I siste del av dokumentet, drøftes hvilke overordnede kriterier som legges til grunn for prioritering av satsingsområder for KI i Helse Nord; her vektlegges hensynet til løsningenes nytte, modenhet, kompleksitet mv. I oppstillingen av anbefalte satsingsområder, tas det utgangspunkt i disse kriteriene, men med supplerende vektlegging av komparative fortrinn i eget fagmiljø for KI.

Spørsmålet om egenutvikling versus kommersielle innkjøp av KI-løsninger blir også drøftet i strategidokumentet. Hovedprinsippet er at det ikke skal settes i gang egenutvikling der det på forhånd fins gode, sertifiserte løsninger i markedet. Bildeanalyse, særlig innen radiologi, er utvilsomt det området der det fins flest sertifiserte kommersielle løsninger, men CE-merking og FDA-godkjenning ivaretar ikke alltid de ønskede krav til kvalitetssikring. Det er ellers slik at de aller fleste kommersielle KI-produkter er utviklet med treningsdata fra andre pasientpopulasjoner. Det vil derfor være nødvendig å etablere kompetanse, systemer og rutiner for validering av importerte KI-algoritmer mot norske pasientdata. Enkel tilgang til norske kvalitetssikrede norske pasientdatadata er viktig ikke bare for egenutvikling av løsninger, men også for validering av kommersielle løsninger.

Arbeidsgruppen ønsker innspill om innhold og om lesevennlighet i følgende kapittel:

- Innledning og bakgrunn
- Avsnitt 6.3 om pasientmedvirkning og samvalg

Forslag til vedtak

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

1. Regionalt brukerutvalg tar informasjonen om arbeidet med å etablere en strategi for kunstig intelligens (KI) i Helse Nord til orientering.
2. Regionalt brukerutvalg har følgende innspill til utkastet:
 - a. ..
 - b. ..

Bodø, den 5. mai 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg

Utdrag fra utkast til strategi om kunstig intelligens i Helse Nord. Kapittel 1 og avsnitt 6.3

Utdrag fra utkast

Strategi for kunstig intelligens i Helse Nord for 2022-2025

Status per 3. mai 2021

Kapittel 1 Innledning og bakgrunn
6.3 Pasientmedvirkning og samvalg

UTKAST

Innhold

[FORORD](#) FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

[ORDLISTE/FORKORTEELSE](#) FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

[SAMMENDRAG](#) FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

[1 INNLEDNING OG BAKGRUNN](#) 5

[1.1 Bakgrunn og etablering av arbeidsgruppe](#) 5

[1.2 Innpassing av KI-strategi til overordnede strategier i Helse Nord](#) 7

[1.3 En strategi for å ta i bruk kunstig intelligens i Helse Nord](#) 10

[1.4 Kunstig intelligens og beslutningsstøtteverktøy](#) 12

[2 KUNSTIG INTELLIGENS I HELSETJENESTEN: NÅSITUASJONEN](#) FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

[2.1 Kunstig intelligens innen helse i Norge](#) Feil! Bokmerke er ikke definert.

[2.2 Status for kunstig intelligens i Helse Nord](#) Feil! Bokmerke er ikke definert.

[2.2.1 Sentrale aktører i Helse Nord](#) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

[2.2.2 Prosjekter innen KI for helse](#) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

[3 FRAMTIDEN: MULIGHETER FOR BRUK AV KI I HELSE NORD](#) FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

[3.1 Innen hvilke områder av helsevesenet kan KI anvendes?](#) Feil! Bokmerke er ikke definert.

[3.1.1 Beslutningsstøtte for diagnose, prognose, behandling og risikovurdering](#) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

[3.1.2 Presisjonsmedisin / Persontilpasset medisin \(PM\)](#) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

[3.1.3 Psykisk helse og rusbehandling](#) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

[3.1.4 Legemidler og pasientsikkerhet](#) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

[3.1.5 Automatiserte oppgaver innen helsetjenestens støttefunksjoner](#) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

[3.1.6 Samhandlingsløsninger mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste](#) ... **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

[3.2 Datakilder](#) Feil! Bokmerke er ikke definert.

[4 JURIDISKE ASPEKTER VED KI INNEN HELSE](#) FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.

[4.1 Sentrale prinsipper](#) Feil! Bokmerke er ikke definert.

[4.1.1 Hovedprinsipper basert på Regjeringens KI-strategi og EUs ekspertgruppe](#) **Feil! Bokmerke er ikke definert.**

4.1.2	EUs personvernforordning. Prinsipper for behandling av personopplysninger	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.1.3	Et rettslig rammeverk for KI i EU	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2	Regler for bruk av helseopplysninger til utvikling og bruk av KI	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2.1	Bakgrunn	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2.2	Krav om behandlingsgrunnlag	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2.3	Dispensasjon fra taushetsplikt	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2.4	Opplysninger fra helseregistre	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2.5	Forhåndsgodkjenning fra REK	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.2.6	Kort om bruk av anonyme data	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.3	Sertifisering av KI-systemer som medisinsk utstyr	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.3.1	Bakgrunn	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.3.2	Hvilke systemer er omfattet av regelverket?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.3.3	Egenutvikling av medisinsk utstyr i regi av helseforetak	Feil! Bokmerke er ikke definert.
4.4	Anbefalinger rundt etiske problemstillinger og juridiske aspekter ved bruk av KI	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5	HELSE NORD IKT OG INFRASTRUKTUR	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
	Helse Nord IKTs bidrag i dag	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	Hva gjør de andre regionene?	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	Sentrale komponenter i en IKT-tjeneste for å understøtte KI	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	En funksjonell modell for komponenter i en framtidig tjeneste	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	Datakilder/kildesystem	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	Semantisk funksjon	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	Plattform for forskning og utvikling / prosjektsoner	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	Tidsplan og rekkefølger	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	Gjenbruk og effekter for andre områder	Feil! Bokmerke er ikke definert.
	Kostnader	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.1	Informasjonssikkerhet	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.1.1	Cybersikkerhet	Feil! Bokmerke er ikke definert.
6	UTDANNING OG OPPLÆRING OM KI SOM KOMPETANSEBYGGENDE OG TILLITSSKAPENDE TILTAK VIA VIS ANSATTE OG PASIENTER I HELSETJENESTEN	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
6.1	Forutsetninger og utfordringer	Feil! Bokmerke er ikke definert.
6.2	Anbefalinger og tiltak	Feil! Bokmerke er ikke definert.
6.3	Pasientmedvirkning og samvalg	15
7	SAMARBEID MELLOM FORSKNING, INNOVASJON OG KLINIKK	FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
7.1	Forutsetninger og utfordringer	Feil! Bokmerke er ikke definert.

7.2	Tiltak og anbefalinger	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
8	ANSKAFFELSE, UTPRØVINGS- OG VALIDERINGSKOMPETANSE	..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
8.1	Valideringskompetanse	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
9	TILGJENGELIGGJØRING AV TILSTREKkelig GODE DATASET	..... FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
9.1	Datakilder, datakvalitet og tilgjengeliggjøring av helsedata	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
9.1.1	Større regionale og nasjonale datasett	..... Feil! Bokmerke er ikke definert.
10	ORGANISERING AV KI I HELSE NORD	.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
10.1	Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI)	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
11	KRITERIER FOR PRIORITERING AV SATSNINGSOMRÅDER FOR UTPRØVING OG IMPLEMENTERING AV KI I HELSE NORD	.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
12	PRIORITERTE PROSJEKTER	.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
12.1	Radiologi	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
12.2	Beslutningsstøtteverktøy som foretar risikostratifikering	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
12.3	Psykisk helse	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
12.4	Digital patologi	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
12.5	Automatisert øyebunnsundersøkelse	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
12.5.1	Automatisk påvisning av diabetisk retinopati og risikofaktoranalyser	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
13	KONKLUSJON	.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
14	BIBLIOGRAPHY	.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
15	VEDLEGG	.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
15.1	KI-basert mammografiscreening	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.
16	INNSPILL TIL KI STRATEGIARBEID I HELSE-NORD	.....FEIL! BOKMERKE ER IKKE DEFINERT.
1.	Tilgang til data.	.....Feil! Bokmerke er ikke definert.

2. Ressurser til utvikling av samarbeid med industri	Feil! Bokmerke er ikke definert.
3. Implementering	Feil! Bokmerke er ikke definert.
16.1 Generelt	Feil! Bokmerke er ikke definert.

Kap 1. Innledning og bakgrunn

Dette kapitlet inneholder en beskrivelse av bakgrunnen for arbeidet med å utvikle en strategi for å ta i bruk kunstig intelligens i Helse Nord. Derne st redegjøres for hvordan denne strategien innpasses i det regionale helseforetakets overordnede strategier, og hvordan arbeidet med en KI-strategi for Helse Nord innrettes mht. mandat, avgrensinger, problemstillinger, og fremgangsmåte inkludert arbeidsform og kvalitetssikring. I tillegg gir kapitlet en kort introduksjon til kunstig intelligens og maskinlæring, samt begrepet beslutningsstøtteverktøy.

Bakgrunn og etablering av arbeidsgruppe

Helse Nord RHF har i løpet av de siste årene tatt flere initiativ til å sette kunstig intelligens (KI) på dagsorden. Disse initiativene har hentet inspirasjon fra flere kilder: Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE), maskinlæringsgruppa ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT), BigMed-prosjektet ved Oslo Universitetssykehus, maskinlæringsprosjekter ved andre norske miljøer, og besøk ved IBM-Watson (2017 og 2019) i New York City.

Helse Nord RHF har gjennom deltagelse i styringsgruppen for NSE initiert den første kunnskapsoppsummeringen i Norge om KI i helsetjenesten¹, og senere tatt initiativet til en oppfølgende kunnskapsoppsummering om utfordringer ved implementering av KI-løsninger i helsetjenesten². Gjennom kontakt og samarbeid med NSE, tok Helse Nord RHF initiativet til den første landsomfattende konferansen om kunstig intelligens i helsetjenesten, arrangert i Bodø i juni 2019 med stor deltagelse og internasjonalt anerkjente forelesere.

Gjennomføringen av denne konferansen ble også opptakten til flere oppfølgende aktiviteter: 1) Initiativ til å utarbeide en strategi for å ta i bruk KI i Helse Nord; 2) Gjennom kontakt med miljøet rundt BigMed initierte Helse Nord ideen om å organisere en KI-stafett og et fagnettverk mellom ledende fagmiljøer innen KI-helse som har fått navnet Kunstig intelligens i norsk helsetjeneste (KIN)³. KIN ble etablert gjennom sommeren og høsten 2020; to etapper i KI-stafetten (i regi av BigMed i Oslo og Mohn-senteret i Bergen) er allerede gjennomført og de

¹ <https://ehealthresearch.no/rapporter/health-analytics-kunstig-intelligensnye-muligheter-for-helsetjenesten>

² <https://ehealthresearch.no/prosjekter/kunnskapsoppsummering-for-implementering-av-ki-i-helsetjenesten>

³ <https://ehealthresearch.no/kin>

neste etappene arrangeres på forsommeren 2021 (Midnattssolkonferansen i Tromsø 15.-16. juni⁴) og i regi av NTNU i Trondheim i andre halvdel av 2021.

Arbeidet med strategien for KI/maskinlæring i Helse Nord ble først forsøkt startet opp rundt årsskiftet 2019-2020. Denne oppstarten skjedde gjennom et par innledende møter med miljøene i Tromsø, representert ved både klinikere ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og maskinlæringsgruppen ved UiT. Arbeidet ble imidlertid avbrutt av pandemien og først gjenopptatt høsten 2020, denne gang med en tydelig forankring i Helse Nord RHF's ledelse. I mellomtiden hadde også UNN HF i samarbeid med UiT i egenregi tatt initiativ til å etablere et *Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI)*. Ressurspersoner rundt denne etableringen ble dermed også naturlige samarbeidsparter og de viktigste bidragsytere i arbeidet med å utvikle en strategi for KI for Helse Nord.

Etablering av arbeidsgruppe

Det formelle oppdraget om å starte arbeidet med å utarbeide *en forenklet strategi* for å ta i bruk kunstig intelligens i Helse Nord ble gitt av adm. direktør, etter drøftelser i ledermøtet i august 2020. I oppdraget ble det presisert at arbeidet skulle være forankret i nasjonale og regionale målsettinger. Det ble videre poengtert at strategiarbeidet og selve strategien skulle koordineres med andre nærliggende fagområder, nærmere spesifisert som IKT-feltet og Helse Nord's generelle satsing på innovasjon (jf. Helse Nord's nye reviderte innovasjonsstrategi).

Ledergruppen ga tilslutning til følgende vedtak:

- Adm. direktør foreslår at det opprettes en arbeidsgruppe ledet av Helse Nord RHF med mandat til å utforme en forenklet strategi for å ta i bruk kunstig intelligens i Helse Nord.
- Etter behandling i ledergruppen i Helse Nord RHF, legges saken fram for direktørmøtet før arbeidsgruppen etableres.
- Arbeidsgruppen forutsetter å ferdigstille arbeidet med forenklet strategi innen utgangen av mars 2021.

I september 2021 ga direktørmøtet i Helse Nord tilslutning til de premisser som ble lagt til grunn i den saken som ble fremlagt for ledermøtet i august. Gjennom oppfølgende dialog ble sammensetningen av arbeidsgruppen avklart av ledelsen i Avdeling for forskning og kvalitet i Helse Nord RHF. Følgende personer ble oppnevnt i arbeidsgruppen:

- Rådgiver Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF, Leder
- IT-sjef Bjørn Nilsen, Helse Nord RHF
- Forsker PHD, Karl Øyvind Mikalsen, Maskinlæringsgruppen ved UiT
- Klinikksjef Rolv-Ole Lindsetmo, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
- Forsknings- og innovasjonssjef Herald Reiersen, Helgelandssykehuset HF

⁴ www.midnattssolkonferansen.no

- LIS-lege i radiologi Olav Aune Thomassen, Finnmarkssykehuset HF
- Psykologspesialist Erling Kvig, Nordlandssykehuset HF
- Fagleder kliniske tjenester/sykehusfarmasøyt André Engesland, Sykehusapotek Nord HF
- Seniorrådgiver Erik Skjemstad, Helse Nord IKT
- Rådgiver Knut Høybråten, Helse Nord RHF, har skrevet referater fra møtene i arbeidsgruppen og for øvrig utført diverse sekretariatsoppgaver i tilknytning til arbeidet.

Karl Øyvind Mikalsen har senere tiltrådt som kst. Senterleder ved Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI), og har i praksis ledet arbeidet sammen med Finn Henry Hansen.

Arbeidsgruppen hadde sitt første møte 8. oktober og har til sammen avholdt 8 møter. Som følge av Covid 19, er møtene i hovedsak gjennomført digitalt. Denne arbeidsformen har vært svært krevende for et prosjekt av denne karakter, og det ble derfor nødvendig å be om utsettelse av leveringsfristen med ca. to måneder.

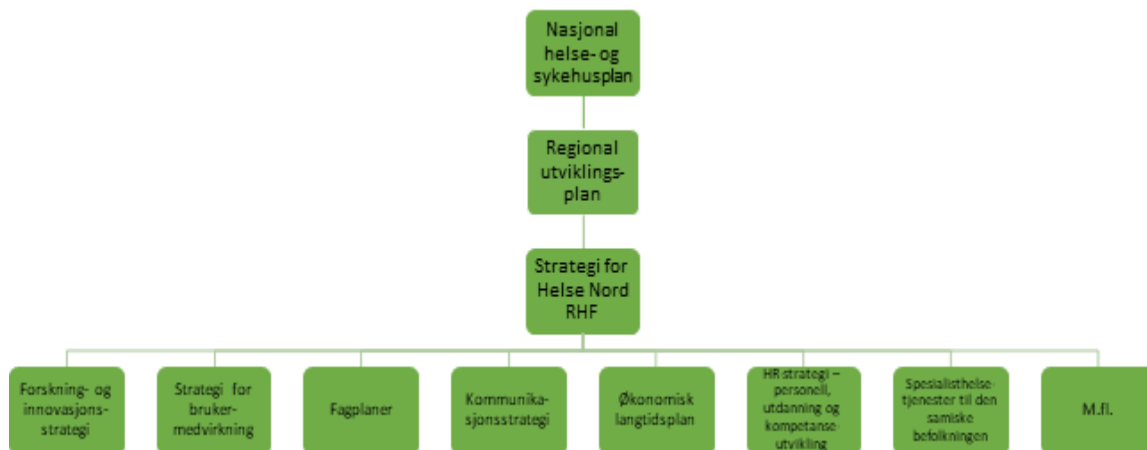
Innpassing av KI-strategi til overordnede strategier i Helse Nord

En strategi for KI i Helse Nord må innpasses i de overordnede strategier som er vedtatt for Helse Nord RHF og for virksomheten i hele foretaksgruppen. Det gjelder nylig vedtatt strategi for Helse Nord RHF, og den nye strategien for forskning og innovasjon som ble vedtatt av styret i mai 2021. I dette avsnittet redegjøres kort for de elementer i disse overordnede strategier som er særlig relevante og rammesettende også for delstrategien om kunstig intelligens.

Strategi for Helse Nord RHF

Styret i Helse Nord RHF har nettopp vedtatt ny overordnet strategi for egen virksomhet, gjeldende for perioden 2021-2024. Denne strategien inngår i et strategihierarki og bygger på nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 og regional utviklingsplan, slik det fremgår av figuren nedenfor.

Figur 1: Strategihierarkiet i Helse Nord



Den regionale utviklingsplanen fram mot 2035 setter retning for det langsiktige arbeidet framover mht. hvilke tema og problemstillinger som adresseres og hvordan foretaksgruppen skal arbeide med disse: samhandling, teknologi, kompetanse og bærekraftig økonomisk drift inngår som viktige målområder i denne langsiktige planen. Strategien for Helse Nord RHF har en kortere tidshorisont og viser hvordan det regionale helseforetaket – i sin tilretteleggende sørge for-funksjon - kan nærme seg de langsiktige målene gjennom mer konkrete prioriteringer. Denne strategien gir i sin tur overordnede føringer for en rekke delstrategier og planer på en rekke områder: forskning og innovasjon, medvirkning, kommunikasjon, HR/personell, fagplaner, økonomiplan mv.

I det overordnede dokumentet for Helse Nord RHF, er det presentert et strategisk rammeverk for utvikling. Med utgangspunkt i visjonen, *sammen om helse i nord*, redegjøres for formål, styringsmål, innsatsområder, hovedoppgaver og verdier. Blant innsatsområdene, vil vi her særlig peke på følgende:

- Vi planlegger og styrer helhetlig og langsiktig
- Vi stiller krav til kvalitet i pasientbehandlingen
- Vi forbedrer gjennom samarbeid

Å ta i bruk KI i helsetjenesten, krever langsiktig planlegging for å kunne ta i bruk nye verktøy for å forbedre kvaliteten i pasientbehandlingen. I strategien legges det stor vekt på forbedring gjennom samarbeid og godt lagspill, både mellom helseforetak, med pasienter og pårørende og i samspill med kommunehelsetjenesten. Innovasjon er et av flere sentrale tiltakspunkter under disse innsatsområdene, for å få til kontinuerlig forbedring, både i egne foretak og i samarbeid med ovennevnte aktører.

Det regionale helseforetaket skal legge til rette for, planlegge og organisere følgende hovedoppgaver:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning og innovasjon
- Opplæring av pasienter og pårørende

- Utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Alle disse oppgavene har relevans for arbeidet med å forberede og ta i bruk KI i Helse Nord. Det dreier seg om å ta i bruk verktøy som både kan effektivisere og kvalitetsforbedre diagnostikk og behandling av pasienter. Dette forutsetter utdanning og opplæring av helsepersonell i arbeidet med å ta i bruk disse verktøyene som er drevet fram gjennom forskning og innovasjon. For å skape tillit til anvendelsen av KI i helsetjenesten og for å ivareta hensynet til pasientsikkerhet, er det viktig og nødvendig å inkludere pasienter og pårørende i beslutnings- og implementeringsprosessene. KI-løsninger forventes å bli ett av flere virkemidler for å utvikle medisinsk praksis og å styrke kompetanseutviklingen i helsetjenesten.

Strategien omtaler mer spesifikt utviklingen innen persontilpasset medisin som vil gjøre det mulig å skreddersy individuell behandling og bruk av KI for å effektivisere tjenestene. Slike nye tjenester skal besluttes iverksatt på grunnlag av metodevurderinger og inngå som ett av flere grep for å forenkle arbeidsprosesser og møte framtidens ressurs- og personellbehov på en bærekraftig måte.

Delstrategi for forskning og innovasjon

Helse Nord RHF er i ferd med å utarbeide en ny strategi for forskning og innovasjon⁵. Forskning er en lovpålagt oppgave for helseforetakene, mens innovasjon, uten å være lovpålagt, har inngått i oppdragsdokumentene til RHFene siden 2007. Begge disse aktiviteter vurderes som viktige virkemidler for å oppnå bedre kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. I strategien for forskning og innovasjon heter det at helseforetakene skal:

«bruke forskning på en helhetlig og systematisk måte som et redskap og som kunnskapsgrunnlag for beslutninger og videre utvikling og forbedring av helsetjenesten».

Det sies videre:

«Andre premisser for en god helsetjeneste, er gode måter å organisere pasientforløpene og tjenestene på, og å imøtekomme brukernes behov for ny forskning og nye innovative løsninger som gjør helsepersonell i stand til å gjøre en bedre jobb, samt å effektivisere tjenestene».

Forskning og innovasjon handler om å utvikle, ta i bruk og dele kunnskap. Dette oppnås best ved samarbeid, både innad i foretaksgruppen og gjennom samarbeid med universitetene, andre kunnskapsaktører, kommunene og næringslivet. I denne strategien påpekes det videre at faglig samarbeid er nødvendig for å redusere den faglige sårbarhet som følger av en helsetjeneste bestående av mange og til dels små enheter. I noen sammenhenger blir også Nord-Norge en liten enhet, noe som tilsier samarbeid også med aktører utenfor regionen.

Nasjonale føringer om større satsing på kliniske studier - for å fremskaffe kunnskap om effekten av legemidler, medisinsk utstyr, prosedyrer og metoder - følges opp i den nye

⁵ Høringsutkast pr 26.02.2021. Denne avløser nåværende strategi for forsknings og innovasjon i Helse Nord 2016-2020

strategien. Målet er at også forskningen må bli en enda mer integrert del av den kliniske virksomheten i sykehus, og at det brukes mer tid og ressurser til denne aktiviteten. I den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier har også bedre bruk av helsedata en tydelig plass. Sammenkobling av ulike typer data kombinert med nye analysemetoder, maskinlæring og kunstig intelligens, er en driver for medisinske og helsefaglig utvikling.

Det vises til de fire prioriterte gruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan (psykisk helse og rus, barn og unge, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser), og understrekes at aktiviteten innen forskning og innovasjon også skal understøtte tjenester til disse prioriterte pasientgruppene.

I strategien vurderes innovasjon som viktig for å møte de utfordringene regionen står ovenfor mht. bærekraft og bemanning. Derfor må Helse Nord «ta i bruk mulighetene som økt digitalisering, storvolum datasett og kunstig intelligens gir. Det innebærer både kvalitetsforbedringer og nye muligheter for effektiviseringer, ... gir også andre rammer for sentralisering og desentralisering, og ... legger til rette for mer behandling og oppfølging i hjemmet».

For å bedre å legge til rette for innovasjonsprosesser, er det nødvendig å styrke den understøttende digitale og kompetansemessige infrastrukturen i foretaksgruppen. Det krever oppdaterte digitale plattformer, videreutvikling av samarbeidet med Helse Nord IKT, regionalt støttepersonell og tilgang til veiledningstjenester (Innomed).

Et sentralt satsingsområde er tjenesteinnovasjon. Blant faglige prioriteringer innen tjenesteinnovasjon er *kunstig intelligens i klinisk bruk* satt opp som første kulepunkt i listen over faglige prioriteringer, og der også Senter for pasientnær kunstig intelligens (SPKI) er omtalt blant større satsinger.

En strategi for å ta i bruk kunstig intelligens i Helse Nord

Den strategien som presenteres i dette dokumentet, befinner seg på nivå tre i Helse Nord's strategihierarki (jf. figur 1). Innen de rammer og føringer som er lagt gjennom de overordnede strategier, må en strategi for kunstig intelligens konkretisere og videreutvikle de mer spesifikke problemstillinger som nødvendigvis vil prege en tematisk avgrenset delstrategi.

Det foreligger i dag ingen strategi for implementering av løsninger for KI i Helse Nord. I lys av den utvikling som skjer på dette feltet, er derfor tiden inne for å ta grep som forbereder helsetjenesten i Nord-Norge på denne utviklingen. Som ved implementering av all ny teknologi, er timing viktig: det er risikoer både ved å være for tidlige ute med å ta i bruk nye løsninger før de er tilstrekkelig «modne» og kostnadseffektive, og ved å være for sent ute og dermed gå glipp av mulige gevinster. Å treffe med timingen er særdeles viktig ved storskala

implementeringer. I nåværende fase kan det imidlertid også være både nyttig og nødvendig å eksperimentere i småskala med sikte på å lære hva KI er, og for å erverve kunnskap og forståelse for hvordan slike løsninger kan tilføre merverdi til våre helsetjenester. Vi har derfor behov for å utarbeide en strategi som både omfatter eksperimentering i småskala og implementering i storskala.

I utarbeidelsen av en slik strategi, må det tas hensyn til både globale teknologiske trender, nasjonale faglige utviklingstrekk, og – ikke minst- aktiviteter og komparative fortrinn i egne fagmiljøer i Helse Nord. Videre må det tas hensyn til nasjonale regulatoriske bestemmelser (lover og forskrifter) og overnasjonale forordninger (EU-reguleringer) som Norge er underlagt. Den kompleksitet som følger av dette er enorm og kan bare møtes med forenkende grep. Derfor var den opprinnelige ide og bestilling å bruke betegnelsen forenklet strategi om dette dokumentet. Under arbeidets gang har imidlertid dokumentet fått en kompleksitet som knapt kan assosieres med en forenklet strategi. Det vurderes derfor som mer hensiktsmessig å sløyfe betegnelsen *forenklet* og ganske enkelt betegne dokumentet som *strategi for kunstig intelligens i Helse Nord*. Gitt dette feltets dynamiske karakter, må dette strategidokumentet vurderes som et første trinn i en utvikling preget av kontinuerlige endringer, noe som tilsier behov for periodiske tilpasninger og justeringer av strategien. Samtidig uttrykker dette dokumentet et behov for – innen rimelig kort tid – å fastsette noen overordnede og retningsgivende rammer for det forestående arbeidet med å forberede og iverksette KI-løsninger.

Leserne av rapporten inviteres derfor til å være med på deler av den reisen arbeidsgruppen har vært gjennom. Presentasjonen av de enkelte kapitler må derfor vurderes som en både analytisk og pedagogisk prosess der det redegjøres for de premisser som ligger til grunn for våre konklusjoner. Utfra strategiens formål, gjøres et beskjedent forsøk på å fange inn noen viktige fokusområder blant de mange som preger KI-feltets fragmenterte jungel. Det er likevel arbeidsgruppens ambisjon å komme fram til noen tydelige og konkrete strategiske grep som oppsummeres i rapportens første kapittel. I denne forstand vil oppsummeringen framstå som en synlig forenkling av strategiens hovedpunkter, fremkommet som resultatet av den gjennomgang og ryddingen som er forsøkt gjennomført i de påfølgende kapitler.

Det er naturlig å starte «ryddingen» med å redegjøre for arbeidsgruppens avgrensning av hva som menes med kunstig intelligens i denne rapporten. KI vil i vår anvendelse av begrepet i praksis være synonymt med maskinlæring der algoritmene kan lære av nye data, til forskjell fra regelstyrte algoritmer (eksemplifisert ved robotisert prosessautomatisering (RPA)).

I rapporten gjøres en forenklet gjennomgang av status for pågående KI-aktiviteter, både nasjonalt og regionalt, men med størst vekt på KI-prosjekter i Helse Nord, primært gjennom samarbeidet mellom UNN og maskinlæringsgruppen ved UiT. Dernest redegjøres for det mulighetsrommet som åpner seg for bruk av KI i framtidens helsetjeneste, og hvilke

forutsetninger, i form av infrastruktur, datatilgang, informasjonssikkerhet, organisering, finansiering og kompetanse mv., som må være på plass for å kunne ta i bruk disse mulighetene.

Med utgangspunkt i ovennevnte gjennomgang av status, muligheter og forutsetninger for gjennomføring, fremmer arbeidsgruppen både generelle og mer spesifikke anbefalinger om oppfølgende satsingsområder, prioriteringer og tiltak. Strategien vil i så måte være et veikart for å gi retning til, strukturere og organisere oppfølgende handlinger i den kommende fireårsperioden (2022-2025). Noen av disse handlingene vil dreie seg om å igangsette mer detaljerte plan- og utredningsprosesser innen nærmere spesifiserte felter, som nødvendige forberedelser for å kvalitetssikre og gjennomføre tiltak. På andre områder vil anbefalingene kunne være mer direkte, eksemplifisert med prioritering av konkrete satsingsområder.

I denne prioriteringen vil det legges betydelig vekt på både løsningenes grad av modenhet og den nytte de kan ha for pasienter og helsetjenesten. Samtidig må det tas hensyn til de prioriteringsimperativer som ligger i overordnede strategier. Helse Nord RHF har i så måte gitt et tydelig signal om at de fire prioriterte gruppene i Nasjonal helse- og sykehusplan også skal understøttes gjennom aktiviteten innen forskning og innovasjon. Det dreier seg om følgende pasientgrupper: barn og unge, psykisk helse og rus, skrøpelige eldre og pasienter med flere kroniske sykdommer.

KI-feltet innen helse er i Norge, som ellers i verden, dominert av forsknings- og utprøvningsprosjekter. Det fins i dag knapt eksempler på storskala implementeringer her i landet. Formålet med denne strategien er å styrke broene mellom forskning, utprøving og implementering av KI-løsninger i kliniske settinger. Rapporten vil derfor inneholde anbefalinger om hvilke områder som ligger best til rette for klinisk utprøving og implementering, og anbefalinger om eventuelle krav til samarbeid om løsninger, regionalt eller nasjonalt. Videre vil vi rapporten drøfte hvilke felter som ligger best til rette for kjøp av kommersielle løsninger gjennom anskaffelsesprosesser, og hvilke felter som fortsatt egner seg best for egenutvikling av løsninger. Mellom disse ytterpunktene finner vi også mer hybride tilnæringsmåter, der man ved hjelp av regionale og nasjonale fagmiljøer tester og validerer (algoritmene i) kommersielle produkter mot norske pasientdata.

Utvikling av egen kompetanse vil være et av de viktigste virkemidler for å ta i bruk KI i helsetjenesten. Det dreier seg her om tverrfaglig kompetanse i samarbeid mellom fagmiljøer innen teknologi, klinisk medisin, epidemiologi og statistikk, jus og organisering, styring mv. I strategien vil det redegjøres for hvordan et *Senter for pasientnær klinisk intelligens (SPKI)* kan fylle denne rollen i Helse Nord. Dette senteret vil ha som formål å både bygge broer mellom forskning, utprøving og implementering av løsninger, inkludert kompetansestøtte til fagmiljøer i helseforetakene.

En dynamisk strategi for KI, må i tillegg til å si noe om hva som skal følges opp og så si noe om hvordan. Derfor vil det i rapporten også redegjøres for forslag om hvordan oppfølgende tiltak og handlinger organiseres med tilhørende roller og ansvar for de ulike parter som skal inngå i det samarbeidet som er nødvendig for å realisere den visjon som ligger til grunn for strategien: *Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk KI i helsetjenesten.*

Kunstig intelligens og beslutningsstøtteverktøy

Kunstig intelligens

I dagens samfunn produseres og samles inn store mengder data i digitalt format, det være seg bilder, tekst, lyd, målinger av forskjellige slag mv. KI dreier seg om å utvikle systemer og algoritmer som kan lære av slike data. Den opplærte kunnskapen kan deretter brukes til å komme med prediksjoner om framtiden eller å utføre spesifikke oppgaver. KI er et tverrfaglig felt som bygger på matematikk, statistikk og informatikk, men har også innslag av blant annet nevrologi og lingvistik. I og med at data samles inn så og si overalt, er KI et felt som favner bredt og har svært mange anvendelsesområder. Spesielt er det verdt å trekke fram bildegenkjenning og tekstanalyse som oppgaver KI kan utføre meget godt.

KI er et dynamisk fagfelt som er i stadig utvikling; av den grunn finnes det ingen universell og eksakt definisjon av hva det er. Derimot er det udiskutabelt at framgangen innen KI det siste tiåret i stor grad er drevet fram av den utviklingen som har skjedd innen maskinlæring, og da spesielt innen dyp læring (deep learning), en særlig suksessfull underdisiplin av maskinlæring. Maskinlæring kan litt forenklet defineres som en fagdisiplin der det utvikles dataprogrammer som kan lære fra data uten å bli eksplisitt programmert. Dette innebærer at dataprogrammene er i stand til å løse spesifikke oppgaver uten å få instruksjoner fra et menneske om hvordan det skal gjøres. Dyp læring er maskinlæring hvor læringen gjøres via kunstige nevralt nettverk⁶.

I regjeringens nasjonale strategi for kunstig intelligens⁷ har man valgt å bruke en definisjon av KI som EUs ekspertgruppe har formulert:

«Kunstig intelligente systemer utfører handlinger, fysisk eller digitalt, basert på tolkning og behandling av strukturerte eller ustrukturerte data, i den hensikt å oppnå et gitt mål. Enkelte KI-systemer kan også tilpasse seg gjennom å analysere og ta hensyn til hvordan tidligere handlinger har påvirket omgivelsene.»

⁶ Kunstige nevralt nettverk er en samlebetegnelse på metoder og algoritmer som kan sees på som svært forenklete etterlikninger av biologisk nervevev fra hjernen.

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-strategi-for-kunstig-intelligens/id2685594/>

Denne definisjonen inkluderer også tradisjonelle systemer som har vært tilgjengelig mange tiår tilbake i tid. Blant annet er regelbaserte IT-systemer basert på forhåndsprogrammerte regler av typen «HVIS A, GJØR B» inkludert av definisjonen over.

Den overnevnte definisjonen av KI er for bred for formålet med denne strategien. Av den grunn velger vi å bruke en litt mer spisset definisjon av KI, der vi legger oss veldig tett opp mot definisjonen av KI som er brukt i Direktoratet for e-helse sin utredning om bruk av kunstig intelligens i helsesektoren⁸. Dette innebærer en definisjon hvor KI brukes nærmest synonymt med maskinlæring, og dermed er tradisjonelle regelbaserte systemer og ekspertsystemer utelukket fra definisjonen. Dette har som konsekvens at regelbaserte systemer for å automatisk fylle ut skjemaer ikke ansees som KI⁹. Ved å bruke denne definisjonen, avgrenses feltet mer presist samtidig som det forhåpentlig kan bidra til å etablere en konsensus rundt forståelsen og anvendelsen av begrepet «KI innen helse».

Beslutningsstøtteverktøy

Innen helsevesenet samles det inn store mengder helsedata via journalsystemer, laboratorie- og radiologisystemer, annet medisinsk utstyr, etc. Det er en kjent sak at bare en begrenset del av denne informasjonen nyttiggjøres for å få bedre kunnskap om helsetjenesten. Av den grunn har man begynt å se et potensial for at KI kan brukes og nyttiggjøres i helsevesenet til å løse mange forskjellige oppgaver, det være seg i form av å gi beslutningsstøtte i tilknytning til diagnostikk, behandling, forebygging og oppfølging av sykdom. Vi ser også for oss at KI kan brukes som støtteverktøy for økonomiske, administrative og logistiske oppgaver i helsevesenet.

Fra et rent teknologisk ståsted, åpner det seg i framtiden et mulighetsrom for at KI-baserte verktøy kan utvikles til helautomatiserte avgjørelser om både behandling og diagnostikk. Det er imidlertid store etiske utfordringer knyttet til verktøy som ikke bare bidrar med støtte til avgjørelser om folks helse, men der algoritmen faktisk tar avgjørelsen uten menneskelig medvirkning. Denne strategien vil derfor kun omhandle utvikling og bruk av KI som *beslutningsstøtteverktøy* innen helse- og omsorgstjenesten, altså KI-verktøy som ikke er helautomatiserte. I så måte legger vi oss på samme linje som Helse- og omsorgsdepartementet i den proposisjonen om bruk av helseopplysninger i løsninger for kunstig intelligens, som i vårsesjonen 2021 legges fram for Stortinget.¹⁰ I denne proposisjonen foreslås å etablere begrepet beslutnings-støtteverktøy for all form for KI som vil utvikles og tas i bruk i helse- og omsorgstjenesten i framtiden.

⁸ <https://ehelse.no/publikasjoner/utredning-om-bruk-av-kunstig-intelligens-i-helsesektoren>

⁹ Selv om regelbaserte systemer ikke inkluderes i vår avgrensning av KI, anbefales det likevel å ta i bruk slike systemer der de kan bidra til å automatisere transaksjonskrevende manuelle prosesser med høye volum.

¹⁰ *Prop. 112 L (2020-2021) Endringer i helsepersonelloven og pasientjournalloven (bruk av helseopplysninger for å lette samarbeid, læring og bruk av kunstig intelligens i helse- og omsorgstjenesten mv.)*

6.3 Pasientmedvirkning og samvalg

I en pasientsentrert helsetjeneste vil det være et rimelig krav at pasient og pårørende trekkes inn i arbeidet med å forberede og å ta i bruk nye metoder og løsninger. Det gjelder også arbeidet med å utprøve og implementere løsninger for kunstig intelligens i helsetjenesten. I første omgang dreier dette seg om å ta i bruk KI som beslutningsstøtte i arbeidet med diagnostikk og behandling av pasienter. Det innebærer at analyseresultater fremkommet gjennom bruk av en KI-algoritme inngår som delement i helsepersonellens beslutningsunderlag. Selv om det foreløpig bare dreier seg om å ta i bruk KI som beslutningsstøtte, er det viktig at ikke bare helsepersonell, men også pasienter får tillit til at KI som metode ivaretar forskriftsmessige og faglige krav pasientsikkerhet og kvalitet.

Det anbefales derfor å inkludere brukerorganisasjoner, brukerutvalg På RHF- og HF-nivå mv. i forberedelse, planlegging og implementering av KI-løsninger. Som valgte representanter for brukerne, vil medlemmer av slike organisasjoner og organer kunne fungere som tillitsbyggende brobyggere mellom helsetjenesten og pasientene, også i arbeidet med å ta i bruk kunstig intelligens. For å kunne ivareta denne rollen er det derfor viktig at helsetjenesten gjennom ulike medvirkningsprosesser tar et medansvar for å skolere og oppdatere aktørene på brukersiden om pågående arbeid på dette feltet. Konkret innebærer det å formidle kunnskap om hvordan man tester kvaliteten på en algoritme, eksempelvis ved å validere den mot norske pasientdata, hvilken treffsikkerhet den har sammenlignet med tradisjonelle medisinske metoder, og hvordan resultatene fra bruk av algoritmen inngår i de samlede faglige vurderinger. Det er videre viktig å informere brukeraktørene om hvordan hensynet til personvern, dataintegritet og datasikkerhet ivaretas når pasientene stiller sine data til disposisjon for forskning og utprøving av kunstig intelligens. Doseringen av slik informasjon må tilpasses den enkelte pasients forutsetninger og behov på måter som ivaretar hensynet til tillit og trygghet.

Gjennom arbeidet med å inkludere brukeraktørene, vil helsetjenesten også kunne få viktige tilbakemeldinger om hvordan informasjon om bruk av KI best kan ivaretas vis a vis pasientene. Dette blir særlig viktig vis a vis de pasientene som deltar i forsknings- og utprøvningsprosjekt, og – ikke minst – når KI settes i drift i stor skala. I slike tilfeller anbefales at brev til pasientene i tilknytning til innkalling til undersøkelse eller behandling, inneholder tilrettelagt og forenklet informasjon om hvordan KI anvendes. Det helsepersonellet håndterer møtet med pasienten, må også gis nødvendig opplæring til å kunne besvare oppfølgende spørsmål fra pasienten.

Kunstig intelligens tatt i bruk som persontilpasset beslutningsstøtte og/eller for å predikere prognose vil kunne bidra til et samvalg hvor pasient pårørende lettere kan forstå fordeler og ulemper ved forskjellige behandlingsalternativer. Samvalg er å betrakte som en prosess under en utredningstid, f.eks i et kreftpakkeforløp, hvor KI kan bidra med beslutningsstøtte basert på oppdatert informasjon hentet fra medisinske bilder, relevante journalopplysninger og kvalitetsregistre.

På fagområder der KI anvendes i diagnostikk eller behandling av pasienter, bør dette også framgå av den informasjon som er lagt ut hjemmesiden for pasientinformasjon.

UTKAST

Møtedato: 12. mai 2021
Arkivnr.:
2020/999-25

Saksbeh/tlf:
diverse

Sted/Dato:
Bodø, 05. mai 2021

RBU-sak 54-2021 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, 05. mai 2021

Cecilie Daae
adm. direktør

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

Møtedato: 12. mai 2021

Arkivnr.:
2020/999-25

Saksbeh/tlf:
Tina Eitran, 915 79 783

Sted/Dato:
Bodø, 3.mai 2021

Styremøter i Helse Nord RHF – informasjon om planlagte styresaker

1. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **26. mai 2021**
pr. Teams:

STYRESAK	ansv.
Virksomhetsrapport nr. 4	HiR/EAH
Miljøgiftlaboratorium ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - status	TKN
Forskningsaktiviteten i foretaksgruppen 2020, oppfølging av styresak 15-2016	TKN
Delstrategi personell, utdanning og kompetanseutvikling – status mandat, oppfølging av sak 10-2021 orientering	HIR/AME
RescEU – prosjekt inkl. detaljer knyttet til økonomi	RSP/HKM
Oppfølging av Internrevisjonsrapport nr. 01/2020: Helse Nord RHF's oppfølging av avtaler om kjøp av helsetjenester - oppfølgingsrevisjon, oppfølging av styresak 24-2020	HiR
Anskaffelser av private helsetjenester i Helse Nord RHF	HIR/FEI
Forsknings- og innovasjonsstrategi for Helse Nord 2021-2025, oppfølging av styresak 131-2020 og 172-2020/06	TKN
Styringssystem for informasjonssikkerhet, oppfølging av sak 32-2021	JB/IMA
Redegjørelse for variasjoner i svartiden på ulike områder innen bildediagnostikk - oppfølging av styresak 106-2020	TKN/EIH
Tilstandsgrad bygg - rapport	HIR
Oppfølging av Internrevisjonsrapport 09/2017: Antibiotikabruk i Helse Nord, oppfølging av sak 44-2018, 166-2018/3 og 81-2019	GT
Tertialets forbedringspris 2021, oppsummering - oppfølging fra styremøte 27MAR2019	TKN
Persontilpasset medisin i Helse Nord, oppfølging av sak 47-2021	GT
Spesialisthelsetjenestens rapport for samfunnsansvar 2020, inkl. miljørapport	HIR/LAM

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 14. mai 2021.
 b) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ...
 c) Saker som er merket i grått, sees i sammenheng og fremmes som én styresak.

2. Følgende saker er planlagt for behandling i styret i Helse Nord RHF **22. juni 2021 i Bodø med mulighet for oppkobling pr. Teams:**

STYRESAK	ansv.
Kliniske fagrevisjoner i foretaksgruppen - oversikt 2020, oppfølging av styresak 61-2017 og sak 107-2020	TKN
Virksomhetsrapport nr. 5	HiR/EAH
Pilotprosjekt for personellbytte ved møtekjøring i aksen Alta-Hammerfest - evalueringsrapport, oppfølging av styresak 23-2020	GT
Tertialrapport nr. 1-2021	TKN
Styringsmodell for IKT-feltet i Helse Nord, oppfølging av sak 32-2021	HIR
Fagråd for infeksjon, smittevern og mikrobiologi - årlig rapport, herunder status for regionen - oppfølging av styresak 14-2017	GT
Felleseide HF - styrets beretning	HiR/EAH
Ledelsens gjennomgang av virksomheter 2019 - forslag til forbedring av styringssystemet, oppfølging av styresak 21-2020	TKN
Kvalitetsstrategi for Helse Nord 2021-2025	TKN/EH
Tarmkreftkirurgi – Helgelandssykehuset HF – oppfølging av styresak 112-2020 og 123-2020 o-sak	GT
Felleseide HF – tertialrapport nr 1	HIR
Styringsmodell for anskaffelser, oppfølging av sak 32-2021	HIR/RSÆ
Rutiner for varsling og rutiner for oppfølging av varslingsaker i Helse Nord - gjennomgang	HiR
Økonomisk langtidsplan 2021-2025 - Investeringsplan 2021-2025	HIR/EAH
Roller og ansvar IKT, oppfølging av sak 51-2021	HIR
Oppfølging av internrevisjonsrapport nr 06-2020 Innleie av helsepersonell i Helse Nord, oppfølging av styresak 12-2021	HIR/AME
Regional utviklingsplan 2023-2038, oppfølging av sak 10-2021 orienteringssak	HIR
Regional utviklingsplan 2035 i Helse Nord - status for arbeidet, oppfølging av styresak 158-2018	
UNN Tromsø arealer til psykisk helse og rusbehandling - konseptfase og valg av tomt, oppfølging av styresak 45-2017	HiR
Salg av tomt UNN Harstad	HIR/LAM
Akutt plasser innen TSB ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF - erfaring, anbefaling av omfang og videre finansiering, oppfølging av styresak 12-2019	GT
Lønnsjustering 2021 adm. direktør	TE
Nye Helgelandssykehuset – konseptfasens steg 0	HIR

- a) Saksdokumenter til dette styremøtet er planlagt sendt fredag 11. juni 2021.
b) Oversikt over aktuelle saker til dette styremøtet er foreløpig ikke gjennomgått med adm. direktør og derfor særdeles tentativ...

Møtedato: 12. mai 2021

Arkivnr.:
2020/999-25

Saksbeh/tlf:
diverse

Sted/Dato:
Bodø, 05. mai 2021

RBU-sak 55-2021 Referatsaker

Vedlagt oversendes kopi av følgende dokumenter:

1. Protokoll AU RBU 05. mai 2021
2. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21
3. Referat Brukerutvalget Nordlandssykehuset HF 15. april 21 – presentasjon pasient og brukerombudet i Nordland
4. Referat møte i Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 7. april 21
5. Reell brukermedvirkning – 10 tips fra Ungdomsrådet. Nordlandssykehuset HF

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

Framlagte saker tas til orientering

Bodø, 05. mai 2021

Cecilie Daae
Adm. direktør

Vedlegg

Protokoll

Vår ref.:
2020/999-25

Referent/tlf.:
Hilde Normann, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 05.05.2021

Møtetype:	Møte i arbeidsutvalget til det Regionale brukerutvalg
Møtedato:	05. mai 2021, kl 09.00-10.00
Møtested:	Teams-møte
Neste møte:	12. mai 2021 – Regionalt brukerutvalg

Tilstede

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

Forfall

Ingen hadde meldt forfall til dette RBU-AU-møtet.

Navn:	Tittel:	Organisasjon:

Saksliste:

- RBU-AU sak 13/2021 Oppnevning: Strategi for prehospitaltjenester – helseregion Nord.
- RBU-AU sak 14/2021 Gjennomgang av saksliste til RBU møte 12 mai
- RBU-AU sak 15/2021 Eventuelt

RBU-AU-sak 13-2021 Oppnevning: Strategi for prehospitaler tjenester – helseregion Nord.

Vedtak:

RBU AU oppnevner Knut Hartvigsen og Leif Birger Mækninen til å sitte i referansegruppa for Strategi for prehospitaler tjenester
RBU AU er fornøyd med at Helse Nord RHF i dette tilfellet har oppnevnt to brukerrepresentanter, og ønsker at dette blir hovedregelen i arbeid der man kan forvente høy temperatur.

RBU-AU-sak 14-2021 Gjennomgang av sakliste til RBU møte 12 mai

Vedtak:

RBU-AU godkjenner saklista for møtet 12 mai 2021

RBU-AU-sak 15-2021 2021 Eventuelt

Vedtak:

Ingen saker

Bodø, den 05. mai 2021

*godkjent av Laila Edvardsen, på vegne av Knut Georg Hartviksen,
den 05. mai 2021*

Knut Georg Hartviksen
RBU-leder


Referat møte i Brukerutvalget 15. april 2021
Sted: Digitalt, Whereby. Lenke sendes ut i forkant av møtet.

Tid: 11:00 til 16:00. *Formøte for Brukerutvalgets medlemmer 11:00 til 12:00.*

Deltagere:		Tilstede	Forfall
Paul Daljord – leder	FFO	X	
Gunn Strand Hutchinson – nestleder	SAFO	X	
Ole Andre Korneliussen	Mental Helse	X	
Carl Eliassen	MARBORG	X	
Ivar Martin Nordgård	Kreftforeningen	X	
Mai Helen Walsnes	Nordland fylkes eldreråd	X	
Linn Christin Sørtorp	RIO	X	
Ole-Henrik Bjørkmo Lifjell	Samisk representant	X	
Marie Dahlskjær	Ungdomsrådet	X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Paul Martin Strand	Administrerende direktør	X	
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/sekretær	X	
Marit Barosen	Økonomisjef	Sak 037	
Tonje Elisabeth Hansen	Fagsjef	Sak 038 og 039	
Kjersti Syversen	Seniorrådgiver pasient- og brukerombudet Nordland	Sak 040	
Runar Finvåg	Pasient- og brukerombud Nordland	Sak 040	
Beate Karlsen	Seksjonsleder seksjon for pasientsikkerhet	Sak 041	
Tone Kristin Amundsen	Seniorrådgiver Helse Nord	Sak 043	

Saksliste

035/2021	Godkjenning av innkalling og saksliste
036/2021	Godkjenning av referat møte 11. mars 2021
037/2021	Virksomhetsrapport februar 2021
038/2021	Status Covid-19
039/2021	Persontilpasset medisin
040/2021	Årsmelding pasient- og brukerombudet Nordland
041/2021	Årsrapport 2020 - Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet
042/2021	Oppnevninger
043/2021	Samiske spesialisthelsetjenester
044/2021	Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset
045/2021	Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker
046/2021	Ungdomsrådets leder orienterer om ungdomsrådets arbeid
047/2021	Referatsaker/Eventuelt

Saksnr.	Saksfremstilling
035/2021	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes.</p>
036/2021	<p>Godkjenning av referat møte 11. mars 2021</p> <p>Vedtak: Referatet fra møtet 11. mars 2021 godkjennes.</p>
037/2021	<p>Virksomhetsrapport februar og mars 2021</p> <div data-bbox="354 813 1321 916" style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>Virksomhetsrapporten oppsummerer forhold ved driften av Nordlandssykehuset.</p> </div> <p>Økonomisjef Marit Barosen presenterte virksomhetsrapportene for februar og mars 2021. Virksomhetsrapporten for februar 2021 ble sendt ut i forkant, og virksomhetsrapport for mars 2021 ble presentert muntlig i møtet.</p> <p>Vedtak: Brukerutvalget tar virksomhetsrapportene for februar 2021 og mars 2021 til orientering.</p>
038/2021	<p>Status Covid-19</p> <p>Fagsjef Tonje Elisabeth Hansen ga en orientering om arbeidet med Covid-19 og besvarte spørsmål fra Brukerutvalgets medlemmer. Aktuell tematikk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situasjonen nå: Lavt smittetrykk/Nordlandssykehuset nå i grønt beredskap. • Aktuelle tall om Covid-19, lenke her. • Vaksinerings av helsepersonell • Langtidsvirkninger av Covid-19 • Ungdom og ventetid psykiatri <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen. 2. Status Covid-19 blir et fast punkt på møtene i Brukerutvalget fremover.
039/2021	<p>Persontilpasset medisin</p> <div data-bbox="354 1850 1321 2011" style="border: 1px solid blue; padding: 5px;"> <p>Persontilpasset medisin, eller presisjonsmedisin, er en betegnelse på et sett med <u>diagnostiske</u> metoder som i større grad en tradisjonell medisin søker å finne behandling eller forebygging som er tilpasset den enkeltes (i hovedsak <u>genetiske</u>) egenskaper.</p> </div>

	<p>Etter ønske fra Brukerutvalget ga Fagsjef Tonje Elisabeth Hansen en orientering om Nordlandssykehusets arbeid med persontilpasset medisin.</p> <p><u>Persontilpasset medisin</u> er særlig aktuelt innenfor følgende områder:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kreft 2. Inflammasjon (betennelse) 3. Medfødte genetiske tilstander <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for en spennende orientering. 2. Brukerutvalget foreslår for Regionalt Brukerutvalg at persontilpasset medisin blir tema på neste brukerkonferanse. Dette følges opp av arbeidsutvalget. 3. Brukerutvalget vil invitere en representant fra Psykisk helse- og rusklinikken som kan legge frem arbeidet med CYP (enkel blodprøve)-testing på et senere møte. Lenke til artikkel om arbeidet. Dette følges opp av arbeidsutvalget.
<p>040/2021</p>	<p>Årsmelding pasient- og brukerombudet Nordland</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Pasient- og brukerombudet (POBO): I hvert fylke skal det være et ombud som skal arbeide for at pasienter, pårørende og brukere får ivaretatt sin rettsikkerhet overfor helsetjenesten. Oppdraget til Pasient- og brukerombudet er todelt. De skal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sørge for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet. 2. Bidra til å bedre kvaliteten i tjenestene. </div> <p>Kjersti Syversen, seniorrådgiver Pasient- og brukerombudet Nordland, og Runar Finvåg, Pasient- og brukerombud Nordland ga en kort oppsummering av årsmeldingen for 2020.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for et godt innlegg og er glad for områder der det er utfordringer løftes i årsmeldingen. 2. Brukerutvalget berømmer Pasient- og Brukerombudets arbeid i 2020. 3. Ungdomsrådets representant er svært fornøyd med samarbeidsprosjektet som har vært mellom Pasient- og brukerombudet Nordland og Ungdomsrådet. 4. Brukerutvalget ønsker å understreke følgende: <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontaktlegeordningen er et av de utfordrende områder som er trukket fram i årsmeldingen. BU har også et fokus på manglende oppfølging av denne rettigheten i spesialisthelsetjenesten og vil ta pasient- og brukerombudets rapport her med i det videre arbeid med å få denne rettigheten realisert. 5. Presentasjonen sendes Brukerutvalgets medlemmer.

041/2021	<p>Årsrapport 2020 - Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>En generell definisjon av pasientsikkerhet er: Pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme.</p> </div> <p>Beate Karlsen, Seksjonsleder seksjon for pasientsikkerhet, presenterte kort Årsrapport 2020 - Regional kompetansetjeneste for klinisk pasientsikkerhet.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for orienteringen og berømmer seksjonen for et godt arbeid. 2. Brukerutvalget ønsker et nytt fremlegg om Nordlandssykehusets arbeid med pasientsikkerhet ved en senere anledning. 												
042/2021	<p>Oppnevninger</p> <table border="1" data-bbox="355 853 1329 1538"> <thead> <tr> <th data-bbox="355 853 762 913">Prosjekt/utvalg</th> <th data-bbox="762 853 1043 913">Brukerrepresentant</th> <th data-bbox="1043 853 1329 913">Kontaktperson?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="355 913 762 1070">PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling.</td> <td data-bbox="762 913 1043 1070">Gerd Karin Bjørhovde</td> <td data-bbox="1043 913 1329 1070">Ivar Martin Nordgård</td> </tr> <tr> <td data-bbox="355 1070 762 1317">Implementering av digital symptomoppfølging for kreftpasienter som får behandling med immunterapi for å redusere alvorlige skader - Kaiku Health. Videreføring av innovasjonsprosjekt.</td> <td data-bbox="762 1070 1043 1317">Gunnar Olsen</td> <td data-bbox="1043 1070 1329 1317">Ivar Martin Nordgård</td> </tr> <tr> <td data-bbox="355 1317 762 1538">Forespørsel til Brukerutvalget og Ungdomsrådet om deltakelse på workshop i prosjektet «Digital hjemmeoppfølging». Workshopen blir digital, og er 21. mai kl. 09.00 til 11.30.</td> <td data-bbox="762 1317 1043 1538">Mai-Helen Walsnes Ole Andre Korneliussen Paul Daljord</td> <td data-bbox="1043 1317 1329 1538">Ikke aktuelt</td> </tr> </tbody> </table> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget støtter arbeidsutvalgets forslag til oppnevninger, slik det fremkommer av saksfremstillingen. 2. Administrasjonen og kontaktpersoner følger opp oppnevningene. 	Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Kontaktperson?	PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling.	Gerd Karin Bjørhovde	Ivar Martin Nordgård	Implementering av digital symptomoppfølging for kreftpasienter som får behandling med immunterapi for å redusere alvorlige skader - Kaiku Health. Videreføring av innovasjonsprosjekt.	Gunnar Olsen	Ivar Martin Nordgård	Forespørsel til Brukerutvalget og Ungdomsrådet om deltakelse på workshop i prosjektet «Digital hjemmeoppfølging». Workshopen blir digital, og er 21. mai kl. 09.00 til 11.30.	Mai-Helen Walsnes Ole Andre Korneliussen Paul Daljord	Ikke aktuelt
Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Kontaktperson?											
PhD prosjekt om måling av pasientskader som følge av kreftbehandling.	Gerd Karin Bjørhovde	Ivar Martin Nordgård											
Implementering av digital symptomoppfølging for kreftpasienter som får behandling med immunterapi for å redusere alvorlige skader - Kaiku Health. Videreføring av innovasjonsprosjekt.	Gunnar Olsen	Ivar Martin Nordgård											
Forespørsel til Brukerutvalget og Ungdomsrådet om deltakelse på workshop i prosjektet «Digital hjemmeoppfølging». Workshopen blir digital, og er 21. mai kl. 09.00 til 11.30.	Mai-Helen Walsnes Ole Andre Korneliussen Paul Daljord	Ikke aktuelt											

043/2021	<p>Spesialisthelsetjenester for samisk befolkning</p> <p>Det er opprettet en arbeidsgruppe i Helse Nord som skal utarbeide en plan over hvilke tiltak som må igangsettes for å øke kvaliteten og kompetansen til sykehusene knyttet til den samiske befolkning. Tone Kristin Amundsen, Spesialrådgiver Helse Nord, er prosjektleder for dette arbeidet, og ga en orientering om arbeidet. Brukerutvalget bes om å gi innspill til arbeidet.</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>Helse Nord RHF har i nært samarbeid med de tre andre regionale helseforetakene i landet og Sametinget, utarbeidet strategidokumentet «spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen». Last ned strategien her.</p> </div> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker for et godt fremlegg og er fornøyd med at dette jobbes med. 2. Brukerutvalget har følgende innspill til arbeidet: <ul style="list-style-type: none"> • Sami klinikkha har ikke habiliteringstjeneste med i sine spesialisthelsetjenester. Brukerutvalget foreslår at habiliteringstjenester vurderes inkludert i Sami klinikkha. Dette er en tjeneste hvor kulturforståelse og språk er viktig når det skal kommuniseres med pasienter, familie og lokale tjenester og legges planer for oppfølging. Dette kan ha betydning for utvikling av kompetanse og kvalitet i tjenester til den samiske befolkning ved lokalsykehusene. • Dersom det opprettes en arbeidsgruppe ved Nordlandssykehuset ønsker Brukerutvalget og Ungdomsrådet å involveres i dette arbeidet, tidlig. 																		
044/2020	<p>Status prosjekter/utvalg/forskning Nordlandssykehuset</p> <p>Brukerutvalgets medlemmer ble oppfordret til å ta kontakt med personene de er kontaktperson for, i forkant av møtet.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: left;">Faste utvalg</th> </tr> <tr> <th style="width: 50%;">Prosjekt/utvalg</th> <th style="width: 30%;">Brukerrepresentant</th> <th style="width: 20%;">Status</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Representant styret Nordlandssykehuset</td> <td>Paul Daljord</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. Representant Overordnet samarbeidsorgan (OSO)</td> <td>Paul Daljord</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Partnerskapsmøtet (Helsefelleskap)</td> <td>Paul Daljord, <i>vara: Gunn Strand Hutchinson</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Klinisk samarbeidsutvalg KSU ifm. Helsefelleskap</td> <td>Paul Daljord</td> <td>Gjennomført flere møter.</td> </tr> </tbody> </table>	Faste utvalg			Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status	1. Representant styret Nordlandssykehuset	Paul Daljord		1. Representant Overordnet samarbeidsorgan (OSO)	Paul Daljord		2. Partnerskapsmøtet (Helsefelleskap)	Paul Daljord, <i>vara: Gunn Strand Hutchinson</i>		3. Klinisk samarbeidsutvalg KSU ifm. Helsefelleskap	Paul Daljord	Gjennomført flere møter.
Faste utvalg																			
Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status																	
1. Representant styret Nordlandssykehuset	Paul Daljord																		
1. Representant Overordnet samarbeidsorgan (OSO)	Paul Daljord																		
2. Partnerskapsmøtet (Helsefelleskap)	Paul Daljord, <i>vara: Gunn Strand Hutchinson</i>																		
3. Klinisk samarbeidsutvalg KSU ifm. Helsefelleskap	Paul Daljord	Gjennomført flere møter.																	

4. Strategisk samarbeidsutvalg (Helsefellesskap)	Gunn Strand Hutchinson, <i>vara: Paul Daljord</i>	
5. Klinisk Etisk Komite (KEK)	Kitt-Anne Hansen, <i>vara: Helge Jenssen</i> <i>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</i>	Årsmelding sendt ut til Brukerutvalgets medlemmer.
6. Driftsrådet til pasient- og pårørendetorget	Linn Christin Sørtorp, <i>vara: Viktor Torrisen</i>	Deltatt på møte tirsdag. Pasient- og pårørendetorget stengt pga. Covid.
7. Sykehusapotek Nord HF (SANO)	Cicile Toresen, <i>vara: Mai Helen Walsnes</i> <i>Kontaktperson: Mai Helen Walsnes</i>	Ikke vært møte siden sist.
8. Forskningsutvalget NLSH	Helge Jensen <i>Kontaktperson: Paul Daljord</i>	Planlegges oppstart 2021.
Prosjekt/utvalg	Brukerrepresentant	Status
9. Prosjekt SamStrømming: Samhandlingsprosjekt e-Konsultasjon mellom Bodø kommune og Nordlandssykehuset	Helge Jenssen <i>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinson</i>	Referat fra møte sendt ut til Brukerutvalgets medlemmer. Bekymring for at det er lite ressurser/midler innenfor psykisk helsevern.
10. Kommunikasjon med pasienter som er lagt inn på akuttmottak med akutte brystmerter	Barbara Priesemann <i>Kontaktperson: Paul Daljord</i>	Prosjekt ikke startet.
11. Medlem av styret i Flexible Assertive Community Treatment (FACT) Lofoten	Ivar Martin Nordgård	Jevnlige møter.
12. Styringsgruppen for Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (SEPREP) Lo/Ve	Ivar Martin Nordgård	Jevnlige møter, utfordring knyttet til å ikke kunne møtes fysisk. Alt foregår digitalt, men det har gått OK.

	13. HelseArbeid poliklinikken	Sarah Isabel Corneliussen Dahl <i>Kontaktperson: Mai Helen Walsnes</i>	
	14. Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS) av psykiatrisk kriseseng i medisinsk Lofoten	Ole Andre Korneliussen	Gjennomført møte i prosjektgruppen.
	15. JF: Strategisk utviklingsplan 2018-2035 Nordlandssykehuset, kronikeromsorg: Prosjekt med mål om å standardisere og gjennomgå behandlingsforløpene i samarbeid med kommunehelsetjenesten.	Prosjekt satt på vent.	
	16. Kurs i brukermedvirkning	Carl Eliassen	Gjennomført møte i arbeidsgruppen.
	Forskningsprosjekt	Brukerrepresentant	Status
	17. Implementering av digital symptomoppfølging for kreftpasienter som får behandling med immunterapi for å redusere alvorlige skader.	Gunnar Olsen <i>Kontaktperson: Ivar Martin Nordgård</i>	
	18. «Telemedical evaluation of surgical patient. A pilot study evaluating safety, feasibility and financial implications».	Jan Arntzen <i>Kontaktperson: Mai Helen Walsnes</i>	
	19. KlinReg-prosjektet "Likeverdige helsetjenester - uansett hvor du bor?"	Mai Helen Walsnes	
	20. Forskningsprosjekt: Identifying patients at risk: how well does existing clinical prediction tools identify patients in need of intensified care. 2020 - 2023	Barbara Priesemann <i>Kontaktperson: Paul Daljord</i>	Prosjekt ikke startet
	21. «Prehospital minutes count during a stroke. Factors associated with prehospital delays with data from various regions in Norway	Paul Amundsen <i>Kontaktperson: Ivar Martin Nordgård</i>	

	and one region in Switzerland»			
	22. Multifamilieterapi i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser hos unge, voksne kvinner	Ragni Adelsten Stokland <i>Kontaktperson: Linn Christin Sørtrorp</i>		
	23. Unge kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser - foreldre og søskens erfaringer.	Ragni Adelsten Stokland <i>Kontaktperson: Linn Christin Sørtrorp</i>		
	24. Tannhelse, kosthold inflammasjon og biomarkører ved akutt intermitterende porfyri	Merete Johansen <i>Kontaktperson: Gunn Strand Hutchinsonson</i>		
	25. Innovative Physiotherapy and Coordinatoen of Care for people with MS: A Randomized Controlled Trial and a Qualitative Study	Tone Elvevoll og Marianne Elvik <i>Kontaktperson: Ole Andre Korneliussen</i>		
	<p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering. 2. Vedrørende prosjekt <i>Samstrømming</i> viser Brukerutvalget til den lange tiden som gikk før brukerrepresentant ble invitert inn i prosjektet. Brukerutvalget vil påpeke viktigheten av at brukerrepresentant er med fra starten av. 3. Administrasjonen sørger for at Brukerutvalgets medlemmer har kontaktinformasjon til brukerrepresentantene de skal følge opp. 			
045/2020	<p>Administrerende direktør orienterer om aktuelle saker</p> <p>Administrerende direktør, Paul Martin Strand, ga en orientering om aktuelle saker.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Styreseminar 22. april. • Høyt fokus på pandemi. • Spørsmål om Helsefelleskap: Samhandlingssjef inviteres til neste møte i Brukerutvalget. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget tar informasjonen til orientering. 2. Samhandlingssjef inviteres til neste møte i Brukerutvalget. 			
046/2021	<p>Ungdomsrådets leder orienterer om aktuelle saker</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har utarbeidet 10 råd for reell brukermedvirkning, lenke til plakat her. 			

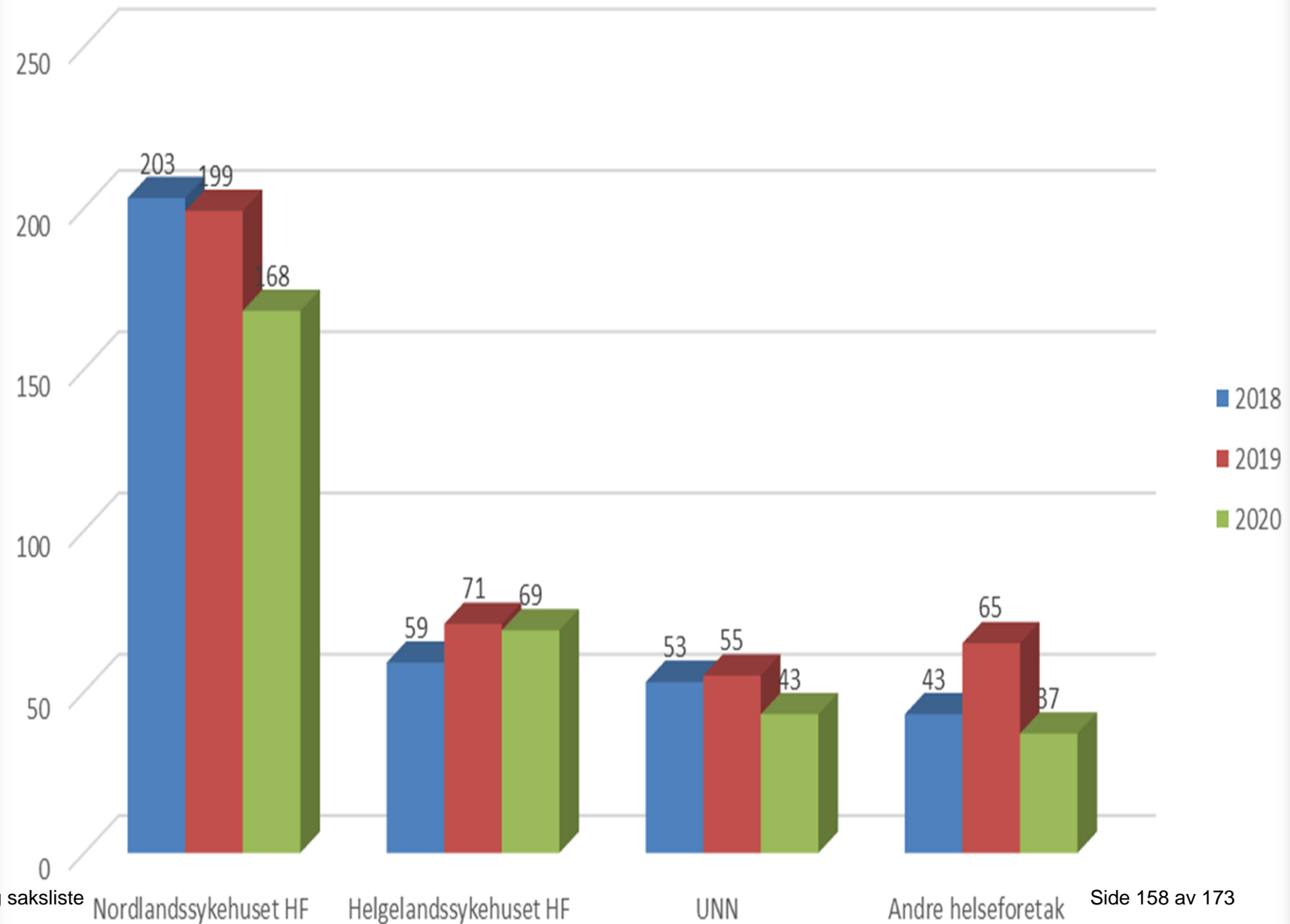
	<ul style="list-style-type: none"> • Foredrag for enhet for psykoser, ledergruppen psykisk-helse og rusklinikken og Leger i spesialisering. • Planlegger fysisk samling tidlig høst 2021, og fellessamling med de andre ungdomsrådene i Helse Nord, oktober 2021. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget takker Ungdomsrådets leder for informasjonen og er imponert over aktiviteten og arbeidet som gjøres i Ungdomsrådet.
047/2021	<p>Referatsaker/Eventuelt</p> <p>Møtereferat/protokoller:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Protokoll Brukerutvalget Helgelandssykehuset 19. mars 2021 2. Referat Brukerutvalget Finnmarkssykehuset 17. mars 2021 3. Møtereferat fra Brukerutvalget UNN 24.02.2021 4. Protokoll Regionalt Brukerutvalg møte 11. mars 2021 5. Protokoll styremøte Nordlandssykehuset 17. mars 2021 <p>Eventuelt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Høringssvar Brukerutvalget Nordlandssykehuset Parkeringsveileder 2. Sak fra Arbeidsutvalget: Et ønske om at relevante vedtak i Brukerutvalget blir referert til i den aktuelle styresak. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Brukerutvalget tar referatsakene til orientering. 2. Brukerutvalgets referater sendes som referatsak til Nordlandssykehusets styre. 3. Administrerende direktør vil være påpasselig med å vektlegge Brukerutvalgets vedtak i aktuelle saker som behandles i styret.

Neste møte:

- Status Covid-19
- Virksomhetsrapport
- Brukerutvalget inviterer prosjektleder for prosjektet *Prehospital minutes count during a stroke*, Ida Bakke, til Brukerutvalgets møte i mai
- Arbeid NLSH senskader kreft/ poliklinikk i Nord-Norge for senskader etter kreftbehandling
- Forskning ved Nordlandssykehuset - status for 2020
- Forbedring 2021 - orientering om resultatet fra kartleggingen for Nordlandssykehuset og plan for videre oppfølging
- Helsefellesskap
- Busstrase
- Oppfølging av punkt i Oppdragsdokumentet 2021 angående oppfølging av barne- og voksenhabilitering i forhold til veileder

Litt statistikk

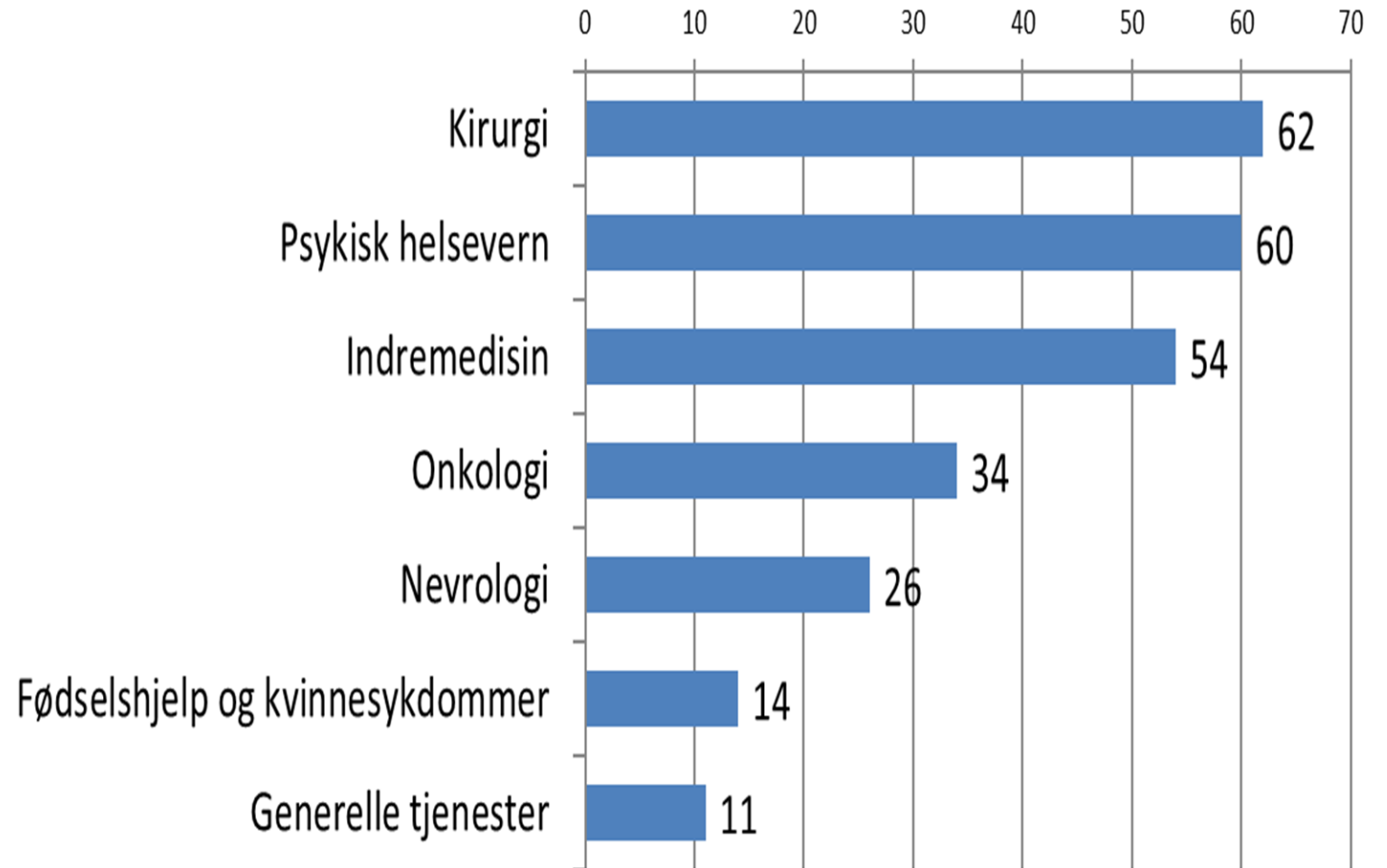
Problemstillinger fordelt på helseforetak



Presentasjon
Årsmelding 2020
Pasient- og
brukerombudet i
Nordland

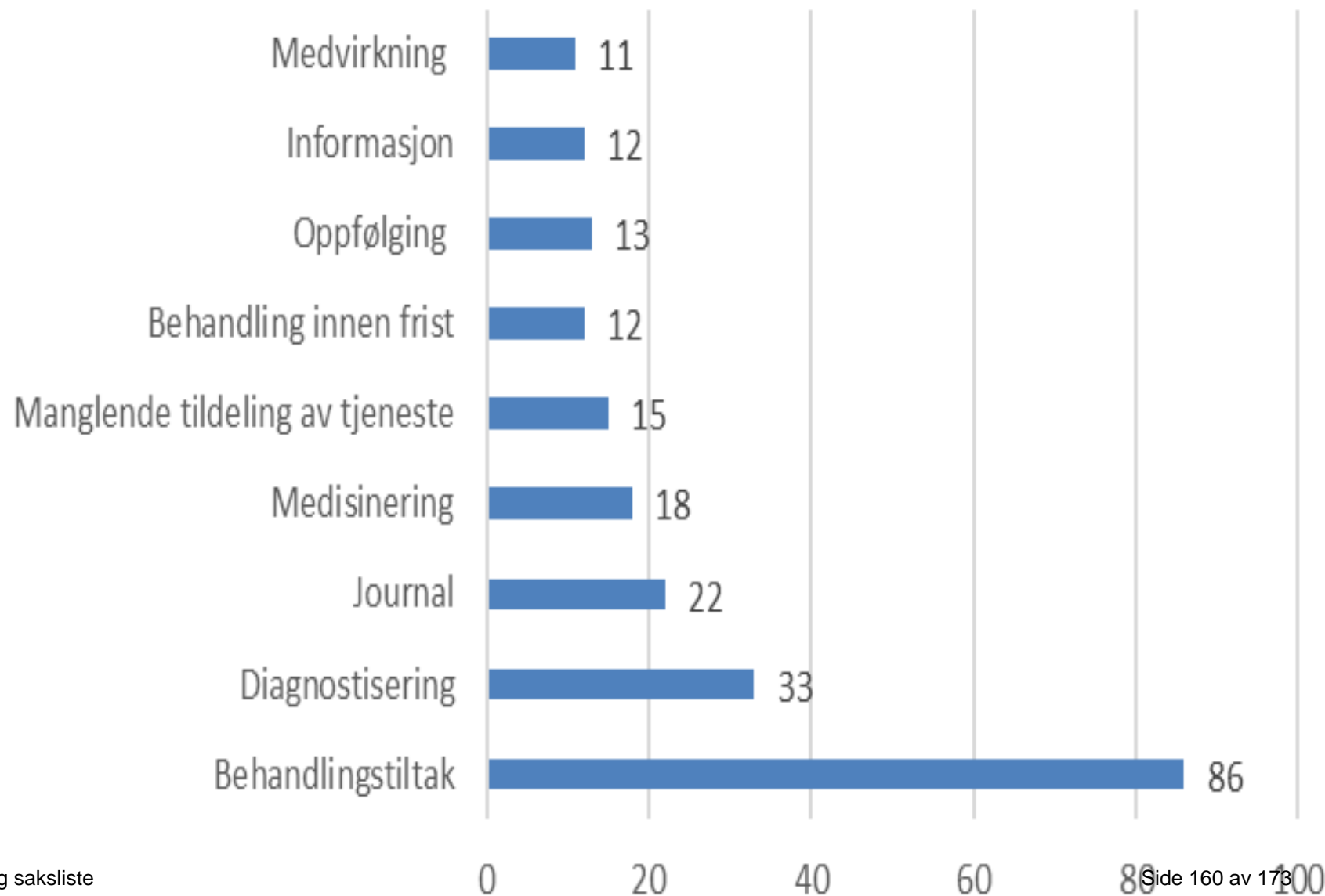
Litt statistikk

2020
Spesialitet



Litt statistikk

Årsak til henvendelse



Presentasjon Årsmelding 2020 Pasient- og brukerombudet i Nordland

Tema: Covid-19

- Nedgang i antall henvendelser første 3 måneder etter 12.mars
- Få henvendelser i 2020 som var direkte årsak i pandemien
- Bekymring for pasienter med psykiske plager og avhengighetslidelse – opplevelse av bortfall av tjenester og mer isolasjon

Fysisk stenging av vårt kontor for besøkende, ikke reise på dialogmøter med pasient/tjenestested – og mer hjemmekontor.

Presentasjon
Årsmelding 2020
Pasient- og
brukerombudet i
Nordland

Tema:
Ungdomsprosjekt

Ungdomsprosjektet

- hvordan komme i kontakt med ungdom som kan ha behov for våre tjenester?
- Hvordan kan ungdom få kunnskap om oss – hva kan vi gjøre?
- Hvilke medier bruker ungdom angående helseutfordringer?

Samarbeid med Ungdomsrådet Nordlandssykehuset

- Godt samarbeid
- Likeverdige parter

Resultat:

- Mye læring for oss
- Utarbeidet materiell som kan brukes i digitale media
- Ungdom Nasjonalt fokusområde i 2021 for alle ombudskontor

Ungdomsprosjektet



Pasient- og
brukerombudet

HAR DU OPPLEVD NOE KJIPT i Helse- og omsorgstjenesten?



www.pasientogbrukerombudet.no



Pasient- og
brukerombudet

HAR DU OPPLEVD NOE KJIPT i Helse- og omsorgstjenesten?

TA KONTAKT MED OSS HVIS DU :

- **Ønsker råd** og veiledning
- **Ikke er fornøyd** med behandlingen eller tjenestene.
- Mener at du **ikke blir hørt** eller tatt med på beslutninger.

Vi kan **være med** på møter om du ønsker det.

Vi kan **pasient- og brukerrettigheter**, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten.

Behov for **tolk?**

Du er **anonym**, vi har **taushetsplikt**.

Hjelpen er **gratis**.

www.pasientogbrukerombudet.no

**Presentasjon
Årsmelding 2020
Pasient- og
brukerombudet i
Nordland**

**Tema:
Samtykkekompetanse
- valg om ikke motta
behandling**

Vurdering av samtykkekompetanse

- Et vanskelig tema som går igjen i en del henvendelser til oss
- TVANG innen psykisk helsevern – og vurdering av samtykkekompetanse. Eksempler på tvangsundersøkelse/innleggelse – utskrevet neste dag.

Dilemma:

Pasienten opplever krenkelse for bruk av tvang – pårørende fortviler at pasient er utskrevet etter kort tid.

- Personer ikke oppsøker og/eller nekter å motta helsehjelp – som absolutt har behov for det. «Retten til å gå til grunne»

Presentasjon Årsmelding 2020 Pasient- og brukerombudet i Nordland

Tema: Kontaktlege

- Rett til kontaktlege ved alvorlig sykdom ved viss varighet
- Kontaktlegen er pasientens medisinskfaglige kontakt gjennom hele pasientforløpet og bidra til at pasientforløpet går som planlagt.
- En del pasienter får ikke informasjon om retten til kontaktlege
- og får heller ikke oppnevnt kontaktlege
- En del opplever ny behandler fra gang til gang – skaper frustrasjon og usikkerhet
- Hvis dette hadde fungert – så mener vi at mange flere pasienter kunne opplevd et mer trygt og forutsigbart behandlingsforløp.

Spørsmål /kommentarer?





Referat møte Ungdomsrådet Nordlandssykehuset 07. april 2021

Sted: Digitalt, Whereby

Tidspunkt: 18:00 til 20:00

Sakspapirer: Legges ut på nett, [lenke her](#).

Deltakere:		Til stede	Meldt forfall
Marie Dahlskjær	Leder		X
Lars-Herman Nordland	Nestleder	X	
Sofie Jonette Berg		X	
Viktoria Linea Høybakk		X	
Sarah Gjerstad		X	
Danielle Johanna Hansen		X	
Bendik Laumann Vedal		X	
Susanne Regina Inga		X	
Mathias Klæboe			X
Trine-Lise Antonsen		X	
Fra Nordlandssykehuset:			
Sissel Eidhammer	Saksbehandler/koordinator	X	
Kirsti Jørgensen	Kontaktperson Psykisk helse og rusklinikk	X	
Marianne Røbekk Sivertsen	Kontaktperson Psykisk helse og rusklinikk	X	
Tone Johnsen	Kontaktperson Medisinsk klinikk	X	
Monica Strand	Kontaktperson Barneklubben		X
Tone Kristin Amundsen	Spesialrådgiver Helse Nord	Sak 15/2021	

Saksliste

- 10/2021 Godkjenning av innkalling og saksliste
- 11/2021 Godkjenning av referat 22. februar 2021
- 12/2021 Oppdrag og gjennomført siden sist
- 13/2021 Helgesamlinger 2021
- 14/2021 Innspill til tema/saker 2021
- 15/2021 Spesialisttjenester for den samiske befolkning

Saksnr.	Saksfremstilling										
10/2021	<p>Godkjenning av innkalling og saksliste</p> <p>Innspill: Tone Johnsen er kontaktperson medisinsk klinikk, ikke hode- og bevegelsesklinikken.</p> <p>Vedtak: Innkalling og saksliste godkjennes med endringen som fremkom i møtet.</p>										
11/2021	<p>Godkjenning av referat møte 22. februar 2021</p> <p>Vedtak: Referat fra møtet 22. februar 2021 godkjennes.</p>										
12/2021	<p>Oppdrag og gjennomført siden sist</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Oppdrag og gjennomført siden sist</th> <th>Representant ungdomsrådet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Filmer laget til Pasientsikkerhetskoneransen. Tekstet etter tilbakemelding fra forrige møte.</td> <td>Lenke her.</td> </tr> <tr> <td>2. Plakat 10 råd for god brukermedvirkning.</td> <td>Satt inn i plakatformat og lagt ut på nett, på denne lenken. <u>Innspill i møtet:</u> Videre arbeid med rådene. Danielle melder seg.</td> </tr> <tr> <td>3. Presentasjon av de nye 10 rådene for god brukermedvirkning for ledergruppen, 11. mai kl. 10:00 til 11:00.</td> <td>Marie og Danielle</td> </tr> <tr> <td>4. Forespørsel til Brukerutvalget og Ungdomsrådet om deltakelse på workshop i prosjektet «digital hjemmeoppfølging». Workshopen blir digital, og er 21. mai kl. 09.00 til 11.30. Ingen begrensning i antall deltakere.</td> <td>Lars-Herman Marie</td> </tr> </tbody> </table>	Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet	1. Filmer laget til Pasientsikkerhetskoneransen. Tekstet etter tilbakemelding fra forrige møte.	Lenke her .	2. Plakat 10 råd for god brukermedvirkning.	Satt inn i plakatformat og lagt ut på nett, på denne lenken . <u>Innspill i møtet:</u> Videre arbeid med rådene. Danielle melder seg.	3. Presentasjon av de nye 10 rådene for god brukermedvirkning for ledergruppen, 11. mai kl. 10:00 til 11:00.	Marie og Danielle	4. Forespørsel til Brukerutvalget og Ungdomsrådet om deltakelse på workshop i prosjektet «digital hjemmeoppfølging». Workshopen blir digital, og er 21. mai kl. 09.00 til 11.30. Ingen begrensning i antall deltakere.	Lars-Herman Marie
Oppdrag og gjennomført siden sist	Representant ungdomsrådet										
1. Filmer laget til Pasientsikkerhetskoneransen. Tekstet etter tilbakemelding fra forrige møte.	Lenke her .										
2. Plakat 10 råd for god brukermedvirkning.	Satt inn i plakatformat og lagt ut på nett, på denne lenken . <u>Innspill i møtet:</u> Videre arbeid med rådene. Danielle melder seg.										
3. Presentasjon av de nye 10 rådene for god brukermedvirkning for ledergruppen, 11. mai kl. 10:00 til 11:00.	Marie og Danielle										
4. Forespørsel til Brukerutvalget og Ungdomsrådet om deltakelse på workshop i prosjektet «digital hjemmeoppfølging». Workshopen blir digital, og er 21. mai kl. 09.00 til 11.30. Ingen begrensning i antall deltakere.	Lars-Herman Marie										

<p>5. Arbeidsgruppe: Prosjekt om sykelig overvekt hos barn og unge.</p>	<p>Sarah I møtet: Utfordring at møtene foregår på dagtid.</p>
<p>6. Arbeidsgruppe: Prosjekt om overganger, psykisk- helse og rusklinikken. Brosjyre-utkast gjennomgås i møtet.</p>	<p>Danielle og Lars Herman I møtet: Gjennomgang av brosjyren. Innspillene tas med i det videre arbeidet med brosjyren.</p>
<p>7. Presentasjon av årsmelding Ungdomsrådet for styret, 17. mars 2021.</p>	<p>Marie, gjennomført.</p>
<p>8. Innlegg på kurs via Lærings- og mestringssenteret, om erfaring med å leve med ADHD. Film.</p>	<p>Mathilde</p>
<p>9. Foredrag lederkonferanse BUP. Tidspunkt: 3. juni kl. 10.15 – 11.15. Temaet for konferansen er «Samarbeid om rett hjelp til rett tid på rett sted».</p>	<p>Danielle, Lars Herman og Bendik. Skal ha planleggingsmøte for å lage innlegget.</p>
<p>10. Foredrag 7 prinsipper for gode overganger for ledergruppen psykisk helse- og rusklinikken. 21. april 12:15 til 13:15.</p>	<p>Danielle og Lars Herman. Planleggingsmøte gjennomført.</p>
<p>11. Foredrag internundervisning Regional enhet for psykoser. 14.04.2021, kl. 14:00 til 15:00.</p>	<p>Danielle og Lars Herman. Planleggingsmøte gjennomført.</p>
<p>12. Kurs brukermedvirkning Det utvikles et kurs for brukermedvirkere ved Nordlandssykehuset.</p>	<p>Viktoria. Første møte i arbeidsgruppen gjennomført. Diskusjon om program mm. Presenterer på senere møte.</p>

	<p>13. Gjesteinnlegg av Marie til pasient- og brukerombudets årsmelding.</p> <p>14. Arbeidsgruppe utvikle lærings- og mestringskurs for ungdom med revmatisk sykdom</p> <p>15. Arbeidsgruppe for å utvikle diagnoseuavhengig kurs for ungdom LMS</p> <p>16. Foredrag for Leger i spesialisering (LIS) 2 og 3. Tema er: Hva må til for å sikre reell brukermedvirkning? Dato er 15. april, tidspunktet er 08:00 til 08:45.</p>	<p>Les årsmeldingen her.</p> <p>Marie</p> <p>Marie og Nikolai</p> <p>Danielle</p>
	<p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet tar informasjonen til orientering. 2. Forberedelse og oppfølging av de ulike oppdragene gjennomføres i samarbeid med administrasjonen. 	
13/2021	<p>Helgesamlinger 2021</p> <p>Samling med Ungdomsrådet i Bodø:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 27. til 29. august • Sted: Bodø <p>Samling med Ungdomsrådene i Helse Nord:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15. til 17. oktober • Sted: Hammerfest <p>Innspill: August er midt i valgkampen. Dersom det blir utsatt kan de to samlingene bli litt tett.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Administrasjonen lager et spørreskjema med forslag til ulike datoer. 2. Tema for samlingene behandles på et senere møte. 	
14/2021	Innspill til tema/saker 2021	

	<ul style="list-style-type: none"> • For å nå ut foreslår arbeidsutvalget at Ungdomsrådet lager en tips-knapp, i likhet med Brukerutvalget. • Ungdomsrådets medlemmer bes komme med innspill til tema eller saker dere ønsker at Ungdomsrådet skal behandle i året som kommer. <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arbeidsutvalget sørger for at tips-knappen opprettes. 2. Ungdomsrådets medlemmer oppfordres til å komme med innspill til saker de ønsker å ta opp.
15/2021	<p>Spesialisthelsetjenester for samisk befolkning</p> <p>Tone Kristin Amundsen, Spesialrådgiver Helse Nord ga informasjon om arbeidet som gjøres med å øke kvaliteten og kompetansen til sykehusene knyttet til den samiske befolkning. Ungdomsrådet ble bedt om å gi innspill til arbeidet, særlig knyttet til et samisk ungdomsperspektiv.</p> <p>Vedtak:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ungdomsrådet takker for et veldig interessant innlegg. 2. Ungdomsrådet har følgende innspill til arbeidet: <ul style="list-style-type: none"> • Tilgang til tolk er veldig viktig, særlig i akuttsituasjoner • Kulturkompetanse er sentralt, og hvordan man blir møtt • Kulturkompetansen er også særlig viktig når det gjelder psykisk helse
	<p>Tilbakemeldinger om møtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • God og effektiv møteledelse • Særlig interessant med saken <i>Spesialisthelsetjenester for samisk befolkning</i> • Bra med kun en sak • Tidspunktet 18:00 til 20:00 fungerte veldig fint. To timer var bra. • Flott arbeid med brosjyren, kunne ha blitt sendt ut tidligere. • Vi gleder oss alle til å kunne ha fysiske møter, da blir det også lettere å få til gode diskusjoner.

Reell brukermedvirkning: 10 tips fra Ungdomsrådet

1. Anerkjenn vår kompetanse og ta oss på alvor.
2. Involver oss tidlig, allerede i planleggingen av prosjektet.
3. Vi skal alltid være minst to brukerrepresentanter.
4. Vår rolle må være tydelig definert.
5. Vi må få god informasjon og opplæring, gjerne formøter.
6. Vi må være godt involvert og trenger å ha en kontaktperson.
7. Vår mening må bety noe - vi må ha innflytelse på beslutningene.
8. Ta hensyn til våre individuelle behov, og respekter tiden vår.
9. Kutt ut sykehuspråket – og unngå forkortelser.
10. Vi må få informasjon om prosjektet jevnlig, også etter at prosjektet er fullført.



NORDLANDSSYKEHUSET

FOR FREMTIDEN

Møtedato: 12. mai 2021
Arkivnr.:
2020/999-25

Saksbeh/tlf:
Div saksbehandlere, 75 51 29 00

Sted/Dato:
Bodø, 05.mai 2021

RBU-sak 56-2021

Eventuelt